

А. И. КРЮКОВ
А. Б. ГЕХТ
С. Г. РОМАНЕНКО
Е. В. БИРЮКОВА
А. А. КАЗАКОВА
Е. В. ЛЕСОГОРОВА
Д. И. КРАСНИКОВА

Московский научно-практический
 центр оториноларингологии
 им. Л. И. Свержевского

Научно-практический
 психоневрологический центр
 им. З. П. Соловьева,
 г. Москва

Российский национальный
 исследовательский медицинский
 университет им. Н. И. Пирогова,
 г. Москва

НАШ ОПЫТ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ЖАЛОБОЙ НА «КОМ В ГОРЛЕ»

Проведено комплексное клиническое обследование 96 пациентов с жалобой на «ком в горле» в возрасте от 18 до 65 лет. У 78 пациентов (81,2 %) выявлены расстройства невротического спектра. Все пациенты получали терапию в зависимости от диагностированной соматической, оториноларингологической и психосоматической патологии. Впервые для лечения больных с «комом в горле» применен метод БОС-терапии в комплексе лечебных мероприятий. Пролечено 36 пациентов. Применение предложенного метода позволило добиться значительного уменьшения выраженности симптоматики, что подтверждено объективными методами.

Ключевые слова: «ком в горле», невротические расстройства, биологическая обратная связь.

В настоящее время диагностика и лечение пациентов с жалобой на «ком в горле» (КГ) остается сложной мультидисциплинарной проблемой. Это обусловлено полиэтиологичностью факторов, вызывающих подобные симптомы и эмпирическим подходом к их лечению. Так, по данным мировой литературы, жалобы на ощущение КГ предъявляют от 4,1 до 5 % пациентов, обращающихся к оториноларингологу, и 76 % пациентов — к фониатру [1]. Около 78 % пациентов с данным симптомом обращались к врачам разных специальностей: эндокринологам, неврологам, гастроэнтерологам, онкологам, в связи с выраженной канцерофобией [2]. В анамнезе 46 % практически здоровых людей отмечены эпизоды жалоб на ощущение КГ. Ощущение КГ носит перемежающийся характер течения, сопровождается эзофагоспазмом, болевым синдромом, тревогой и страхом подавиться, захлебнуться. КГ является симптомом многих заболеваний и может встречаться при следующей патологии: ГЭРБ, патология пищевода, позвоночника, щитовидной железы, хронические заболевания лор-органов: хронический фарингит,

хронический тонзиллит, синдром постназального затека, образование гортани и гортаноглотки. Также встречаются немногочисленные публикации о других возможных причинах КГ, таких как: шилоподъязычный синдром (синдром Eagle); железодефицитная анемия; гипофункция слюнных желез; нарушение функции височно-нижнечелюстного сустава, уменьшение минеральной плотности костной ткани, атипичное проявление аллергической реакции. У 45 % людей КГ является симптомом стрессового расстройства [3]. КГ, который ранее был известен как «globus hystericus», по МКБ-10 входит в группу «невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства». Также КГ был охарактеризован как проявление депрессивного, конверсионного и личностного расстройства. Однако до настоящего времени значение психологических факторов и стрессов в развитии КГ до конца не определено.

Основной целью дифференциальной диагностики при жалобе на КГ является исключение органической патологии органов шеи, в том числе опухолевой.

Также необходимо проведение комплексного психолого-психиатрического обследования пациентов с жалобой на КГ длительностью более 3 месяцев и выраженной канцерофобией, для выявления сопутствующей психоэмоциональной патологии. Однако лекарственная терапия психосоматического расстройства обладает значительным количеством побочных эффектов и не всегда приводит к иррадикации симптома, что делает необходимым поиск дополнительных лечебных мероприятий у данной категории пациентов.

На сегодняшний день в лечении пациентов с психосоматическими нарушениями используется метод нейротерапии с применением биологической обратной связи (БОС). Метод БОС-терапии является дополнительным нефармакологическим методом лечения, наиболее эффективным в комплексе лечебных мероприятий, направленный на активизацию внутренних резервов организма с целью восстановления или совершенствования физиологических навыков. Электроэнцефалографическое биоуправление в настоящее время является, безусловно, приоритетным среди других методов, использующих БОС, так как оно позволяет изменять биоэлектрическую активность головного мозга, что приводит к изменению мозгового кровотока и далее к коррекции функционального состояния человека, включая психоэмоциональную и мотивационную сферы [4–6]. В основе метода БОС-терапии лежит наличие зависимости между вегетативными и психическими функциями. В ходе комплекса процедур пациенту посредством контура внешней обратной связи, через зрительный, слуховой, тактильный анализаторы подается информация о состоянии физиологических процессов (ЧСС, ЭЭГ, кожная проводимость, температура тела, ЭМГ и др.) с целью обучения сознательной психофизиологической саморегуляции. В течение сеансов БОС-терапии возможно усилить или ослабить необходимый физиологический показатель, тем самым изменить уровень тонической активации той регуляторной системы, чью активность данный показатель отражает. По данным литературы, особенно эффективным метод оказался при лечении патологических состояний центральных механизмов регуляции физиологических функций (гипертоническая болезнь, головная боль напряжения, постинсультные состояния, стрессовые расстройства, синдром дефицита внимания и гиперактивности у детей (СДВГ) и т. д.). Эффективность метода БОС-терапии определяется повышением общего чувства контроля, уверенности в себе, склонности к рефлексии, уменьшение чувства страха в ситуации стресса [7]. Имеющиеся на сегодняшний день научные данные свидетельствуют о том, что эффективное применение методов БОС-терапии у 60 % пациентов с неврозами, депрессивными и тревожными расстройствами позволяет снизить медикаментозную нагрузку в 1,5–2 раза, объективно снижает сроки выздоровления в 2–4 раза, а также значительно снижает число повторных обращений [8].

В оториноларингологии методика БОС-терапии чаще всего применяется для обучения пациентов навыкам фонации, а также с целью вестибулярной реабилитации [9, 10].

Цель исследования — оценка эффективности метода БОС-терапии в комплексном лечении пациентов с жалобой на КГ на фоне изменений психосоматического статуса для улучшения качества лечения данного контингента пациентов.

Материал и методы исследования. На базах Московского научно-практического центра оториноларингологии им. Л. И. Свержевского департамента здравоохранения города Москвы и Научно-практического психоневрологического центра им. З. П. Соловьева было проведено комплексное обследование и лечение 96 пациентов с ведущей жалобой на КГ (20 мужчин, 19,6 %, и 76 женщины, 80,4 %) в возрасте от 18 до 65 лет.

Всем пациентам проводились общеклиническое, оториноларингологическое обследование, клинико-функциональное исследование голосообразующего аппарата (слуховая оценка голоса, микроларингоскопия, эндовидеоларингостробоскопия, определение времени максимальной фонации гласных звуков, компьютерный акустический анализ голоса), клинико-психологическое тестирование (с использованием шкал Гамильтона для оценки тревоги (HAM-A) и депрессии (HAM-D), SCL-90 и TAS), а также регистрация клинических симптомов с использованием 10-балльных сенсорно-аналоговых шкал (САШ) до начала и после окончания курса терапии. Все пациенты были консультированы психиатром и психологом, а при необходимости — смежными специалистами (невролог, гастроэнтеролог, эндокринолог).

Результаты и их обсуждение. У всех пациентов с симптомом КГ ($n = 96$) по данным проведенного комплексного оториноларингологического обследования с применением эндоскопических методов диагностики была выявлена следующая органическая патология со стороны лор-органов, в том числе и сочетанная: синдром постназального затека, хронический вазомоторный ринит — 25 пациентов (10 %); хронический фарингит вне обострения: гипертрофический — 44 пациента (18 %), субатрофический — 10 пациентов (4 %); хронический тонзиллит (простая форма/ТАФ1) — 58 пациентов (24 %); гипертрофия язычной миндалины — 1 пациент (1 %); хронический ларингит: катаральный — 64 пациента (26 %), атрофический — 5 пациентов (2 %); функциональная дисфония — 28 пациентов (12 %); кисты надгортанника и черпаловидного хряща — 2 пациента (1 %); гранулема гортани — 1 пациент (1 %); микроузелки голосовых складок — 1 пациент (1 %); болезнь Рейнке – Гайека, начальная стадия — 1 пациент (1 %). У 68 пациентов (73,9 %) был выявлен рефлюкс-эзофагит.

Всем пациентам было проведено консервативное лечение с учетом этиологии, патогенеза, сроков развития выявленных заболеваний. Пациентам с гранулемой гортани и кистами надгортанника ($n = 3$) проведено хирургическое лечение, однако жалобы на ощущение КГ сохранялись.

По данным проведенного психолого-психиатрического обследования у 78 пациентов (81,2 %) были выявлены расстройства невротического спектра. По номенклатуре МКБ-10, состояния квалифицировались как: соматоформное расстройство — в 47 случаях (28 %), тревожно-депрессивное расстройство — в 58 случаях (35 %), ипохондрическое расстройство — в 19 случаях (11 %), рекуррентное депрессивное расстройство — 9 человек (5 %), органическое расстройство личности в связи с сосудистыми заболеваниями головного мозга — в 8 случаях (5 %), паническое расстройство — в 27 случаях (16 %). У 18 пациентов (18,7 %) нарушения психоэмоционального статуса отсутствовали.

Для проведения сравнительного анализа эффективности консервативной и комплексной терапии

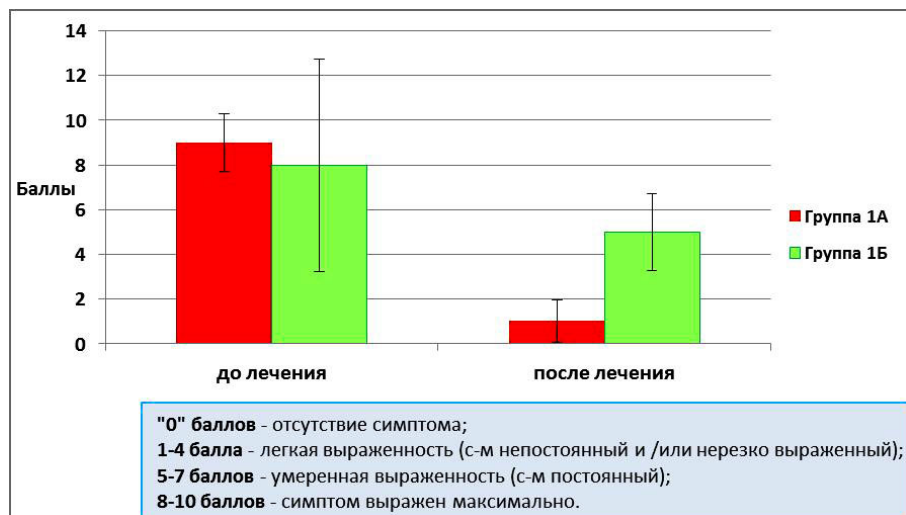


Рис. 1. Анализ субъективных ощущений пациента (10-балльная сенсорная аналоговая шкала)

Таблица 1

Динамика показателей эффективности проведенного курса лечения по данным психометрических шкал

Исследуемые показатели	Группа			
	1А (комбинированная терапия: БОС-терапия + фармакотерапия)		1Б (фармакотерапия)	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
САШ	8,4 ± 1	1 ± 0,9	9 ± 0,76	5,25 ± 1,1
НАМ-А	27,4 ± 7	7,94 ± 2,75	22,5 ± 5,6	12,11 ± 05,27
НАМ-D	20,1 ± 5	6,69 ± 2,4	19,2 ± 5,2	9,79 ± 4,9
SCL-90 (соматизация)	2,33 ± 0,5	0,69 ± 0,3	1,49 ± 0,6	1,01 ± 0,55
SCL-90 (тревожность)	1,3 ± 0,6	0,47 ± 0,2	1,09 ± 0,55	0,72 ± 0,5
SCL-90 (депрессивность)	1,36 ± 0,6	0,58 ± 0,4	1,12 ± 0,58	0,85 ± 0,59
TAS	64 ± 8	57,9 ± 6,8	68,9 ± 8	66,5 ± 7,3

с применением методик биологической обратной связи, пациенты с выявленными расстройствами невротического спектра были разделены на основную (1А) и контрольную (1Б) группы. В группу 1А было включено 39 пациентов (37 женщин, 2 мужчин). В группу 1Б — 33 пациента (7 мужчин; 26 женщин).

Критериями включения пациентов в исследование были: затяжной характер течения (длительность ведущей симптоматики более 3 месяцев); резистентность к проводимой стандартной фармакотерапии, возраст от 18 до 65 лет; праворукость.

Пациенты не включались в исследование (или исключались из него в процессе лечения) в следующих случаях: хронические соматические заболевания в стадии обострения/декомпенсации; клинически значимые черепно-мозговые травмы в анамнезе; состояния острого психоза; мнестикоинтеллектуальные нарушения; очаговая неврологи-

ческая симптоматика; диэнцефальная и височная эпилепсия, в структуру приступа которых входят элементы панической атаки.

В схему комплексного лечения пациентов группы 1А было включено 10 сеансов БОС-терапии (альфа-стимулирующий тренинг — Boslab БИ — 0,12) и психофармакотерапия с учетом выявленного психосоматического расстройства. Длительность одного сеанса 30–40 минут, количество занятий в неделю от 3 до 5. Пациентам группы 1Б проводилась стандартная консервативная терапия в соответствии с выявленной патологией.

Оценка эффективности проведенного курса терапии осуществлялась на основании анализа субъективных ощущений пациентов по данным 10-балльной САШ до начала проведения курса БОС-терапии, на 5-й и 10-й сеансы. Также нами оценивались изменения электрической активности

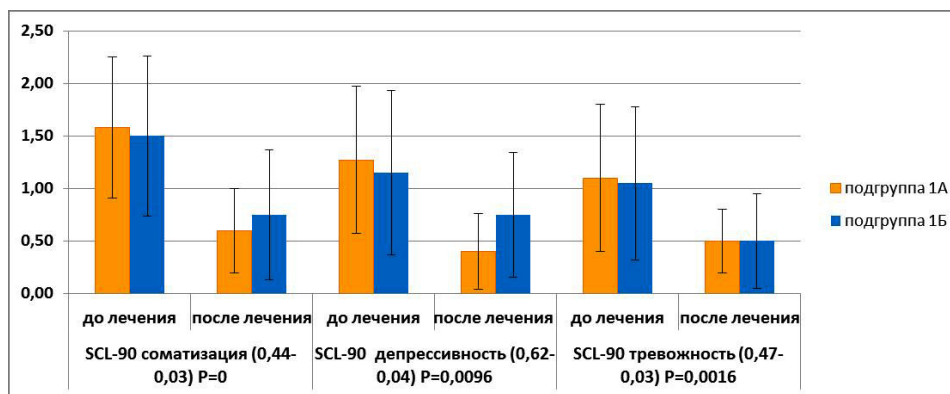


Рис. 2. Регистрация клинических симптомов по данным шкалы SCL-90

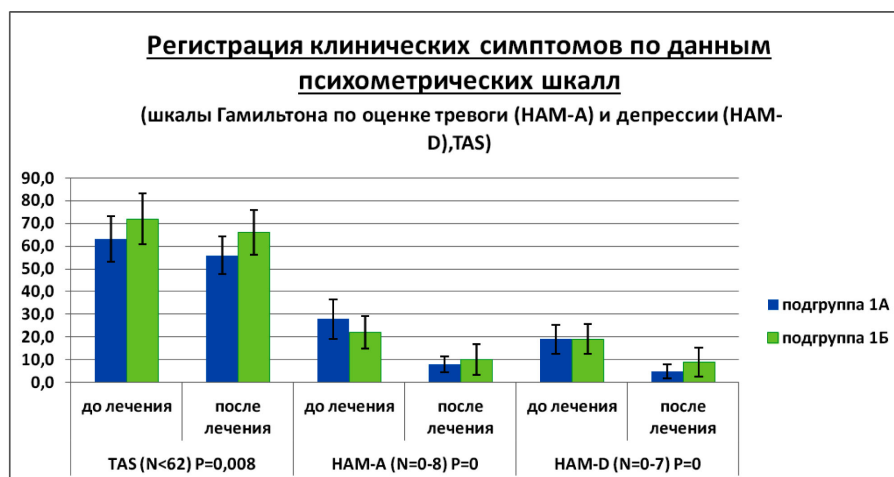


Рис. 3. Регистрация клинических симптомов по данным психометрических шкал

мозга (изменение уровней мощности альфа-, бета-, тета-ритмов), проводилась регистрация клинических симптомов на основе шкал-опросников (шкала Гамильтона для оценки тревоги (HAM-A) и депрессии (HAM-D), SCL-90, TAS) до начала проведения курса БОС-терапии и по окончании лечения.

Полный курс комплексной терапии прошли 36 пациентов. Трое пациентов были исключены из исследования по различным причинам.

По окончании курса лечения у пациентов, получавших комплексную терапию с применением методики БОС-терапии (группа 1А), по сравнению с пациентами контрольной группы (1Б), было отмечено значительное уменьшение интенсивности или редукция жалоб на ощущение КГ, что было отражено в динамике показателей САШ (у 23 пациентов отмечалось исчезновение жалоб на КГ, у 13 пациентов — выраженное регрессирование симптома) (рис. 1).

При регистрации клинических симптомов, по данным психометрических шкал, у всех пациентов 1А группы было отмечено достоверное снижение выраженности соматизации, суммарных показателей тревожности и депрессии по самоопроснику SCL-90, редукция суммарного рейтинга баллов по HAM-D и HAM-A, по сравнению с пациентами 1Б группы (табл. 1), (рис. 2, 3). Также у пациентов основной группы был зафиксирован прирост мощности альфа-ритма и снижение активности бета-ритма, что свидетельствует о снижении уровня тревожности и депрессии.

Через 6 месяцев после проведенного курса БОС-терапии было проведено повторное обследование

18 пациентов (18,7 %). Сохранение положительных результатов со стороны исследуемых показателей было отмечено в 89 % случаях.

Выводы

1. Ощущение «кома в горле» является симптомом многих заболеваний. В алгоритм диагностики пациентов с «комом в горле», помимо общеклинического и оториноларингологического обследования, для выявления органической патологии органов шеи, в том числе опухолевой природы, необходимо включить комплексное психолого-психиатрическое обследование.

2. Расстройства невротического спектра широко распространены среди пациентов с жалобой на «ком в горле» (81 %).

3. Лечение пациентов с жалобами на «ком в горле» должно быть комплексным, с учетом выявленной сочетанной органической патологии и психосоматического расстройства.

4. Применение метода БОС-терапии в комплексном лечении данного контингента пациентов позволяет добиться значительной редукции патологической симптоматики, снизить показатели соматизации, тревожности и депрессивности и уменьшить частоту повторных обращений.

5. Применение БОС-терапии в комплексном лечении является эффективным методом, позволяющим уменьшить медикаментозную нагрузку, повысить общее чувство контроля, уверенности в себе, склонности к рефлексии, уменьшение чувства страха в ситуации стресса у всех пациентов, вошедших в группу исследования, что подтверждено объективными методами.

1. Cashman, E. C. The Natural History of Globus Pharyngeus / E. C. Cashman, M. J. Donnelly // *Int. J. Otolaryngol.* — 2010. — № 10. — P. 4.
2. Ali, K. H. M. What is the severity of globus sensation in individuals who have never sought health care for it? / K. H. M. Ali, J. A. Wilson // *Journal of Laryngology and Otology.* — 2007. — № 121 (9). — P. 865–868.
3. Harris, M. B. Life events and difficulties in relation to the onset of globus pharyngis / M. B. Harris, I. J. Deary, J. A. Wilson // *J. Psychosom Res.* — 1996. — № 40 (6). — P. 603–615.
4. Святогор, И. А. К вопросу о корково-подкорковых взаимоотношениях при лечении больных с дезадаптационными расстройствами методом биологической обратной связи по электроэнцефалограмме / И. А. Святогор, И. А. Моховикова // *Биологическая обратная связь.* — 2000. — № 4. — С. 15–19.
5. Бирюкова, Е. В. Применение нейрофидбека у резистентных к психофармакотерапии больных с тревожными расстройствами : автореф. дис. ... канд. мед. наук / Е. В. Бирюкова. — М., 2011. — 29 с.
6. Штарк, М. Б. Заметки о биоуправлении / М. Б. Штарк. — Новосибирск : ЦЭРИС, 1998. — С. 5–13.
7. Ивановский, Ю. В. Принципы использования метода биологической обратной связи в системе медицинской реабилитации / Ю. В. Ивановский, А. А. Сметанкин // *Биологическая обратная связь.* — 2000. — № 3. — С. 2–9.
8. Serman, M. B. EEG biofeedback in the treatment of epilepsy: An overview circa 1980 / M. B. Serman // *Clinical Biofeedback: Efficacy and Mechanism.* — N. Y., 1982. — P. 330–331.
9. Лучихин, Л. А. Опыт применения стабилметрического комплекса ST-150 «Stabip» в физической реабилитации пациентов с вестибулярными расстройствами / Л. А. Лучихин, А. Л. Гусева, Я. А. Бауш // *Вестник оториноларингологии.* — 2010. — № 5 (прил.). — С. 72–73.
10. Султонова, К. Б. Особенности голосообразующего аппарата и его заболевания в препубертатном и пубертатном периодах : автореф. дис. ... канд. мед. наук / К. Б. Султонова. — М., 2012. — 24 с.

КРЮКОВ Андрей Иванович, доктор медицинских наук, профессор, директор Московского научно-практического центра оториноларингологии им. Л. И. Свержевского; заведующий кафедрой оториноларингологии Российского национально-исследовательского медицинского университета им. Н. И. Пирогова.

ГЕХТ Алла Борисовна, доктор медицинских наук, профессор, заслуженный врач РФ, директор Научно-практического психоневрологического центра им. З. П. Соловьева.

РОМАНЕНКО Светлана Георгиевна, кандидат медицинских наук, руководитель отдела микрохирургии гортани и фониатрии Московского научно-практического центра оториноларингологии им. Л. И. Свержевского.

БИРЮКОВА Елена Валерьевна, кандидат медицинских наук, психиатр Научно-практического психоневрологического центра им. З. П. Соловьева.

КАЗАКОВА Анна Андреевна, аспирантка кафедры оториноларингологии Российского национально-исследовательского медицинского университета им. Н. И. Пирогова.

ЛЕСОГОРОВА Екатерина Владимировна, научный сотрудник отдела микрохирургии гортани и фониатрии Московского научно-практического центра оториноларингологии им. Л. И. Свержевского.

КРАСНИКОВА Диана Игоревна, младший научный сотрудник отдела микрохирургии гортани и фониатрии Московского научно-практического центра оториноларингологии им. Л. И. Свержевского.

Адрес для переписки: undo86@yandex.ru

Статья поступила в редакцию 08.07.2014 г.

© А. И. Крюков, А. Б. Гехт, С. Г. Романенко, Е. В. Бирюкова, А. А. Казакова, Е. В. Лесогорова, Д. И. Красникова

Книжная полка

61/A46

Александрова, Н. В. Основы физиологии и гигиены труда : учеб. электрон. изд. локального распространения : учеб. пособие / Н. В. Александрова. — Омск : ОмГТУ, 2013. — 1 о=эл. опт. диск (CD-ROM).

Физиология и гигиена труда рассматривают обширный ряд проблем, касающихся адаптации физиологических систем человека к труду и влияния трудовых процессов на здоровье. Изучение основ физиологии и гигиены труда необходимо для психологов, которые будут работать в области психологии труда и организационной психологии. В конспекте лекций рассматриваются вопросы адаптации организма к различным условиям трудовой деятельности, таким как физическая нагрузка, шум, вибрация, микроклимат и др. Особое внимание уделяется влиянию указанных факторов на основные физиологические системы организма, обеспечивающие работоспособность сердечно-сосудистую, дыхательную, нервно-мышечную, зрительную и слуховую. Большое внимание уделяется физиологии двигательного аппарата, энергетике мышечного утомления, механизмам локомоций (передвижений), организации трудовых движений и рабочим позам. Предназначено для студентов дистанционной формы обучения по специальности 030301 «Психология труда и организационная психология».