

<https://doi.org/10.17116/otorino20188306113>

Парестезии верхних дыхательных путей у пациентов старшей возрастной группы

К.м.н. С.Г. РОМАНЕНКО¹, к.м.н. А.А. КАЗАКОВА², засл. деятель науки РФ, проф. А.И. КРЮКОВ¹, д.м.н., проф. А.Б. ГЕХТ²

¹Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л.И. Свержевского Департамента здравоохранения Москвы, Москва, Россия, 117152; ²Научно-практический психоневрологический центр им. З.П. Соловьева Департамента здравоохранения Москвы, Москва, Россия, 115419

Проведено комплексное обследование 120 пациентов с парестезиями верхних дыхательных путей (42 (35%) мужчины и 78 (65%) женщин) в возрасте от 56 до 90 лет. В структуре жалоб обследованных пациентов отмечали кашель (72%), ощущение «кома в горле» (46%), першение (43%) и сухость в горле (38%), затруднение глотания (28%). Длительность симптоматики составляла от 1 мес до 3 лет. У пациентов старшей возрастной группы по сравнению с пациентами моложе 55 лет этиологическими факторами парестезий являлись заболевания желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой, бронхолегочной систем, неврологическая патология. ЛОР-патология диагностировалась одинаково часто в обеих группах. Эндокринная патология и стрессовые расстройства чаще выявлялись у пациентов моложе 55 лет, тогда как непереносимость лекарственных препаратов чаще встречалась у пациентов старшей возрастной группы и составила 35%. Окончательным критерием оценки этиологии парестезий служили не только факт выявления той или иной патологии, но и динамика жалоб после проведения соответствующей терапии.

Ключевые слова: кашель, пожилые пациенты, парестезии верхних дыхательных путей, «ком в горле», невротические расстройства.

Paresthesias of the upper respiratory tract in the patients of the elder age group

S.G. ROMANENKO¹, A.A. KAZAKOVA², A.I. KRYUKOV¹, A.B. GEKHT²

¹L.I. Sverzhevskiy Research Institute of Clinical Otorhinolaryngology, Moscow Health Department, Moscow, Russia, 117152; ²Z.P. Solov'ev Research and Practical Psycho-Neurological Centre, Moscow Health Department, Moscow, Russia, 115419

The present study was designed to carry out the comprehensive clinical examination of 120 patients presenting with paresthesia of the upper respiratory tract (42 men (35%) and 78 women (65%) aged 56 to 90 years). The most frequent complaints included cough (72%), globus sensation (46%), itching (43%), dry throat (38%), and difficulty of swallowing (28%). The duration of the clinical symptoms ranged from 1 month to 3 years ($m \pm M$: 1 to 1.46). The etiological factors behind paresthesias in the patients of the older age groups in comparison with the patients below 55 years of age included gastroenterological and cardiovascular diseases, pathology of the broncho-pulmonary system, and neurological pathology. ENT pathology was diagnosed equally often in the patients of both groups. Endocrine pathology and stress-associated conditions occurred more frequently in the patients below the age of 55 years. The intolerance of drugs was more commonly encountered in the patients of the older age group (amounting up to 35%). It is concluded that the ultimate etiological factor of paresthesia of the upper respiratory tract can be deduced based on the detection of a particular disease and the analysis of the dynamics of the patients' complaints after the completion of the adequate treatment.

Keywords: cough, elderly patients, globus sensation, paresthesia of the upper respiratory tract, «lump in the throat», neurotic disorders.

Возраст — это период в физическом и психическом развитии человека, который обозначается хронологическими границами. Понятие возрастных категорий в качестве деления жизненного цикла человека менялось с течением времени. Данный термин — культурно-зависимый и определяется подходом к установлению возрастных рамок на том или ином этапе развития социума.

Существует множество классификаций возрастных категорий в различных областях науки. Возрастная периодизация в медицине опирается на соответствующие возрасту анатомические и физиологические особенности организма. В связи с этим выделяют условные периоды биологическо-

го возраста. Пожилой возраст соответствует периоду с 55 до 75 лет у женщин и с 60 до 75 лет у мужчин. Периодом старческого возраста считается возрастной отрезок 75—90 лет.

В медицине под возрастными особенностями понимают комплекс структурных и функциональных изменений органов и систем организма, диктующих необходимость дифференцированного и индивидуального подхода к лечению пациентов в разные возрастные периоды. Таким образом, объективная оценка клинико-функционального состояния того или иного органа или системы, проведение дифференцированного диагноза заболевания невозможны без учета возрастных особенностей пациента [1].

На приеме у врача-оториноларинголога доля пациентов в возрасте от 55 лет и более составляет около 43%. Наиболее частыми жалобами, с которыми пожилые пациенты обращаются за помощью к ЛОР-врачу, — это парестезии верхних дыхательных путей (ПВДП), которые составляют около 63%.

ПВДП — разновидность расстройства чувствительности, которое характеризуется возникновением нетипичных ощущений в глотке и гортани. К ним относятся ощущение «кома в горле» (КГ), першение, покалывание, онемение в глотке в проекции гортани, расстройство голосовой функции. Парестезии часто сопровождаются упорным кашлем, ощущением нехватки воздуха при вдохе, затруднением глотания.

Наиболее часто встречаются жалобы на ощущение КГ и кашель. При этом обе жалобы чаще всего связаны между собой, поскольку при КГ пациенты порой провоцируют возникновение кашля, пытаясь избавиться от навязчивого симптома.

Существуют определенные трудности в выявлении причин возникновения ПВДП у пациентов старшей возрастной группы, что обусловлено не только возрастными изменениями органов и систем организма, но и полиморбидностью и полипрагмазией [2]. Это приводит к стертости характерной нозологической картины и создает условия для формирования полиэтиологического механизма образования ПВДП.

Состояние ЛОР-органов у лиц пожилого возраста имеет свои анатомо-физиологические особенности. Основные изменения характеризуются развитием субатрофических и атрофических процессов. У пожилых людей истончается слизистая оболочка (СО), уменьшается количество слизистых желез, снижается продукция слизистого секрета и слюны [3]. У 90% пациентов наблюдается угнетение мукоцилиарного транспорта [4]. Все это приводит к сухости СО, скоплению мокроты на СО задней стенки глотки. Отмечается редукция лимфоидной ткани. В соединительной ткани снижается количество фибробластов, эластина и коллагена. Небные миндалины уменьшаются в размерах, лакуны остаются расширенными, что способствует образованию в миндалинах казеозных пробок и тонзиллолитов, сопровождающихся ощущением КГ. У пожилых пациентов снижается тактильная чувствительность СО, что также способствует возникновению парестезий, нередко возникают затруднение или боль при глотании слюны и пищи.

Кроме возрастных изменений верхних дыхательных путей, КГ и кашель могут сопровождаться доброкачественными новообразованиями гортани (кисты, полипы, гранулемы), функциональной дисфонией (гипо- и гипертонусная), рубцовыми изменениями голосовых складок, парезом/параличом гортани, ларингомикозом, хроническим ларингитом, раком грушевидного синуса [5]. Необходимо исключить синдром постназального затека (postnasal drip syndrom), атрофический/субатрофический ринит, фарингит, хронический тонзиллит, хронический гипертрофический фарингит, новообразования ВДП.

На состоянии СО верхних дыхательных путей также влияют принимаемые лекарственные препараты и гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ). Причиной широкой распространенности ГЭРБ среди пациентов гериатрической категории являются уменьшение объема мышечной ткани, развитие жировой дистрофии, нарушение моторики пищевода, замедление опорожнения желудка,

уменьшение секреции слюны, снижение давления и длины нижнего пищеводного сфинктера, нормальная (?) секреция желудочной кислоты, снижение резистентности СО вследствие нарушения эпителиальной регенерации, дуоденогастроэзофагеальный рефлюкс желчи, а также уменьшение количества миентеральных нейронов, преимущественно на уровне соединения пищевода с гортанью. У пожилых пациентов достоверно чаще встречаются грыжи пищеводного отверстия диафрагмы и наличие, как правило, щелочного рефлюксата, резистентного к лечению ингибиторами протонной помпы [6]. ГЭРБ у пожилых больных характеризуется вариабельностью клинических проявлений заболевания с преобладанием экстрапищеводных симптомов, таких как охриплость (71%), ощущение КГ (47%), ларингоспазм, персистирующий кашель (51%), першение в горле (42%), эпизоды апноэ [7]. Атипичное течение ГЭРБ у пожилых пациентов имитирует либо усугубляет патологию дыхательных путей, сердечно-сосудистой системы [8]. Часто встречающиеся стертая симптоматика и латентное течение требуют мультидисциплинарного подхода в диагностике патологии [9]. Причиной возникновения ПВДП в виде ощущения КГ, затруднения при глотании также могут быть нарушение функции верхнего пищеводного сфинктера, крикофарингеальная гипертензия [10], гетеротопия СО желудка в пищеводе и задних отделах гортани [11].

Пациенты пожилого возраста, как правило, принимают большое количество лекарственных препаратов, побочными действиями которых являются сухость СО, кашель. К таким препаратам относятся ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (И-АПФ). Частота подобного побочного эффекта достигает 20% среди всех больных, принимающих И-АПФ. По данным статистики, чаще подобная симптоматика возникает у женщин [12]. В ряде случаев ПВДП могут возникать при приеме β-блокаторов, использовании порошковых ингаляторов, при длительном приеме антигистаминных препаратов, топических ГКС, деконгестантов.

Известно, что причиной длительного кашля может быть бронхолегочная патология (хронический бронхит, бронхиальная астма, туберкулез, саркоидоз, лимфома, доброкачественные опухоли бронхов, бронхогенный рак, метастатические опухоли, пневмония, интерстициальные болезни легких, пролапс мембранозной части трахеи, приводящей к развитию экспираторного стеноза) [13] и патология сердечно-сосудистой системы (сердечная недостаточность на фоне ИБС, пороки сердца, кардиомиопатия, аневризма аорты, опухолевые поражения) [2].

Согласно данным литературы, сухой кашель может возникать у пожилых пациентов с имплантированным электрокардиостимулятором.

Синдром кардиостимулятора («pacemakersyndrome») был предложен Т. Mitsui и соавт. в 1969 г. и включает комплекс разных клинических расстройств, зависящих от неблагоприятных гемодинамических и/или электрофизиологических последствий стимуляции желудочков, среди которых кашель, боль в груди, тахикардия, головная боль, одышка, головокружение, отеки, недомогание, утомляемость, усталость, изменение мышления, растяжение шейных вен, ухудшение зрения, слуха.

Шейные остеофиты, дорсопатия позвоночника, миотонический синдром, остеохондроз позвоночника, болезнь Форестье (идиопатический гиперостоз скелета) могут быть

причинами ощущения КГ как разновидности ПВДП [5]. Хронический кашель, нарушение глотания, поперхивание также могут быть начальными проявлениями болезни Паркинсона и бокового атрофического склероза.

Сравнительно реже ПВДП встречаются при эндокринной патологии (многоузловой зоб, первичный гипотиреоз, аутоиммунный тиреоидит с узлообразованием) [14].

Довольно сложной в диагностическом плане ситуацией является наличие у пациентов невротических расстройств как этиопатогенетического фактора развития ПВДП [15, 16].

Психогенный кашель встречается значительно реже (3%) и скорее является диагнозом исключения. Такой кашель характеризуется непродуктивностью и чаще всего провоцируется ситуациями, требующими повышенного психоэмоционального напряжения (публичные выступления, проведение уроков и др.). Как правило, ожидание кашля приводит к его возникновению.

Таким образом, перед врачом-оториноларингологом встают сложные задачи, заключающиеся в проведении тщательного дифференциально-диагностического поиска этиологических факторов развития ПВДП, определения адекватных схем лечения, что позволит избавить пациента от мучительных симптомов.

Цель исследования — оптимизировать алгоритм дифференциальной диагностики ПВДП у пациентов старшей возрастной группы.

Пациенты и методы

На базах ГБУЗ НИКИО им. Л.И. Свержевского ДЗМ и ГБУЗ НПЦ психоневрологии им. З.П. Соловьева ДЗМ было проведено комплексное обследование 120 пациентов с ПВДП (42 (35%) мужчины и 78 (65%) женщин) в возрасте от 56 до 90 лет. В целях оптимальной диагностики проводили общеклиническое и оториноларингологическое исследование с применением эндоскопических методов диагностики. Скрининг психоэмоциональных нарушений осуществляли на основании клинико-психологического тестирования с использованием симптоматического самоопросника SCL-90. По показаниям пациенты были консультированы терапевтом, неврологом, гастроэнтерологом, эндокринологом, психиатром, применялись лучевые методы диагностики.

Результаты исследования

В структуре жалоб пациенты отмечали кашель (72%), ощущение КГ (46%), першение (43%) и сухость в горле (38%), затруднение глотания (28%). Длительность симптоматики составляла от 1 мес до 3 лет.

По данным проведенного комплексного оториноларингологического обследования с применением эндоскопических методов диагностики, у всех пациентов была выявлена органическая патология со стороны ЛОР-органов, которая может иметь этиопатогенетическую связь с ПВДП: хронический тонзиллит, простая форма/ТАФ1 у 81 (17%) пациента; хронический фарингит: гипертрофический у 21 (4%), субатрофический у 80 (17%); хронический ларингит: катаральный у 90 (19%), субатрофический у 12 (3%); болезнь Рейнке—Гайека, начальная стадия у 1 (1%); функциональная дисфония у 45 (10%), из них гипертонусная у 6 па-

циентов, гипогипертонусная у 2, гипотонусная у 37; хронический субатрофический ринит у 80 (17%); хронический вазомоторный ринит, синдром «постназального затека» у 41 (9%); гипертрофия язычной миндалины у 4 (1%). Доброкачественные новообразования гортаноглотки были выявлены у 11 (2%) пациентов, из них киста надгортанника у 5, гранулема гортани у 3, киста голосовой складки у 2, узелки голосовых складок у 1.

В 91,3% наблюдений имело место сочетание нескольких диагнозов у одного пациента.

У одного пациента было диагностировано новообразование грушевидного синуса, парез левой половины гортани (1% от общей ЛОР-патологии). У 2 (1%) пациентов выявлен шилоподъязычный синдром (Eagle-синдром), у 3 — ларингомикоз.

Всем пациентам проводилось лечение в соответствии с учетом этиологии, патогенеза, сроков развития выявленных заболеваний.

У большинства обследованных нами пациентов с жалобой на КГ при осмотре гортани были выявлены признаки, характерные для внепищеводного проявления ГЭРБ — 73 (61%) пациента.

Эндоларингеальная картина при ГЭРБ характеризовалась гиперемией, пастозностью, гиперплазией СО межчерпаловидной области и черпаловидных хрящей, вестибулярного отдела гортани, голосовых складок, подскладкового пространства, наличием слизи в просвете гортани.

Патология желудочно-кишечного тракта встречалась у 80% пациентов: хронический гастродуоденит (9%), грыжа пищеводного отверстия диафрагмы (7%), синдром раздраженного кишечника (3%). Диагноз ГЭРБ был подтвержден у 61% пациентов.

По нашим данным, патология бронхолегочной системы была диагностирована у 54 пациентов, что составило 45% от общей патологии. Наиболее часто выявлялись бронхиальная астма, хронический бронхит, в том числе обструктивный.

Патология сердечно-сосудистой системы у обследованных нами пациентов была диагностирована у 95 (79%) пациентов. Наиболее часто встречались ишемическая болезнь сердца, стенокардия напряжения, гипертоническая болезнь, застойная сердечная недостаточность, атеросклеротическая болезнь сердца. При этом большинство пациентов отмечали усиление симптоматики ПВДП (кашель со скудно отделяемой мокротой) на фоне физической нагрузки, а также в вечернее время.

Согласно проведенному исследованию, неврологическая патология наблюдалась у 41% (49 пациентов). Наиболее часто выявлялись следующие диагнозы: остеохондроз позвоночника (29%), шейные остеофиты (21%), мышечно-тонический синдром (5%), миозит (3%). Следует отметить, что 5 пациентам был установлен диагноз «грыжа межпозвоночного диска шейного отдела позвоночника»; у 1 из них, по данным МРТ, выявлена картина компрессионной деформации заднего края гортани слева за счет выраженного переднего дискоостеофитного комплекса на уровне C_v-C_{vi} .

На основании анкетирования с помощью симптоматического самоопросника SCL-90, диагностическая ценность которого составила 95% ($p=0$), и обследования у психиатра у 62% пациентов были выявлены расстройства тревожно-депрессивного спектра (РТДС) (рис. 1).

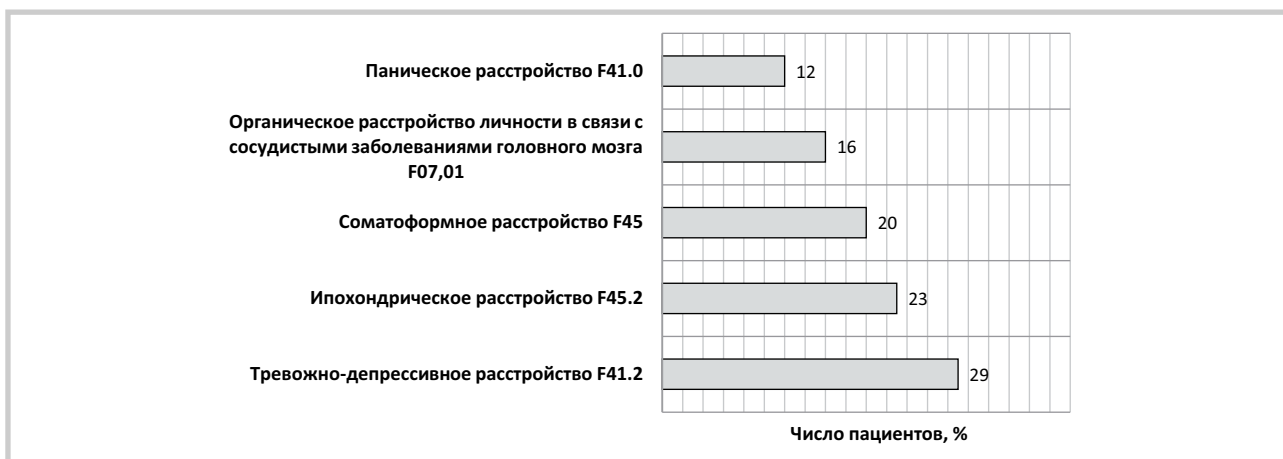


Рис. 1. Структура нарушений психоэмоционального статуса у пациентов с парестезиями верхних дыхательных путей.

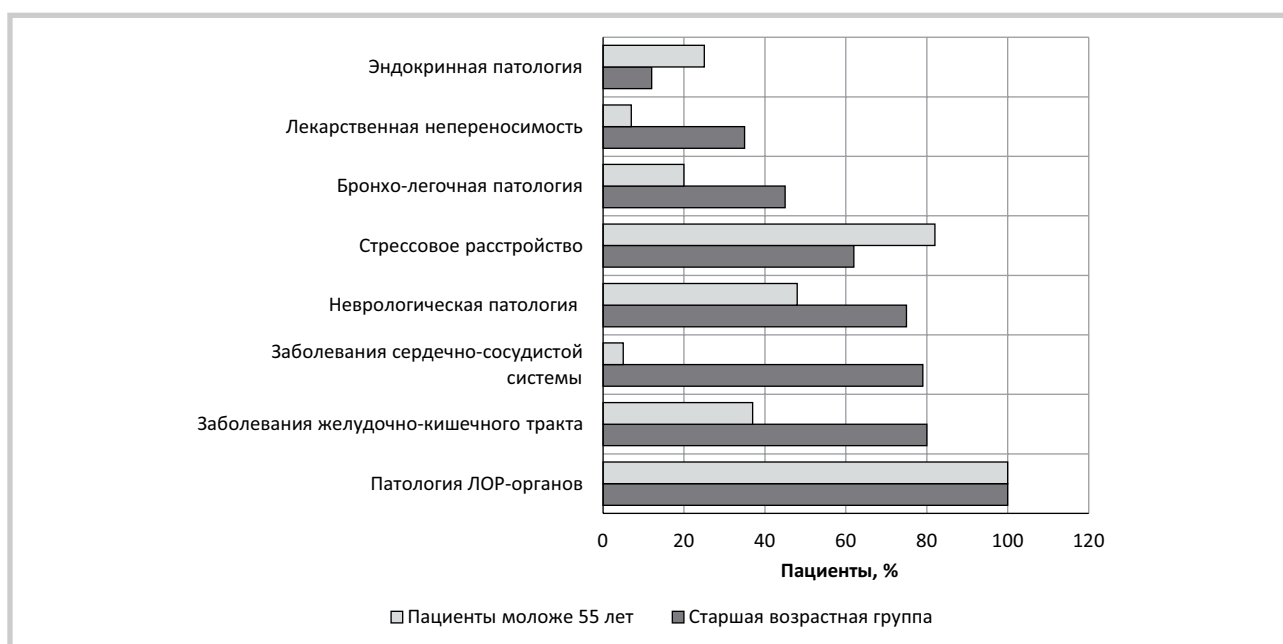


Рис. 2. Сравнительная характеристика этиологических факторов парестезий верхних дыхательных путей у пациентов разных возрастных групп.

Наиболее часто диагностировали смешанное тревожно-депрессивное, соматоформное и ипохондрическое расстройства.

Ключом к распознаванию РТДС у пациентов с ПВДП являются жалобы невротического характера, которые предъявляли 82% пациентов с РТДС. Наиболее часто у пациентов при РТДС наблюдаются выраженная тревога, беспокойство, апатия, плаксивость, снижение трудоспособности, чувство нехватки воздуха и страха, возникновение приступов тахикардии, а также усиление степени выраженности ПВДП в местах большого скопления людей, при воздействии громких звуков, при нахождении в замкнутом пространстве. У 81% пациентов была канцерофобия.

Эндокринная патология встречалась у 12% обследованных нами пациентов: многоузловой зоб I степени; первич-

ный гипотиреоз, аутоиммунный тиреоидит с узлообразованием, аденома правой нижней околощитовидной железы.

Побочные действия лекарственных препаратов в виде возникновения кашля и сухости СО были выявлены у 35% пациентов. Наиболее часто симптоматика возникала на фоне приема И-АПФ, реже — при длительном применении деконгестантов и антигистаминных препаратов. Исчезновение симптоматики после отмены подозреваемых медикаментов позволяет считать, что ПВДП в данной ситуации имели лекарственное происхождение.

Нами был проведен сравнительный анализ этиологических факторов ПВДП у пациентов разных возрастных групп (рис. 2).

У пациентов старшей возрастной группы по сравнению с пациентами моложе 55 лет этиологическими факторами

ПВДП чаще являлись заболеваниями желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой, бронхолегочной систем, неврологической патология. ЛОР-патология диагностировалась одинаково часто в обеих группах. Эндокринная патология и стрессовые расстройства чаще выявлялись у пациентов моложе 55 лет, тогда как непереносимость лекарственных препаратов чаще встречалась у пациентов старшей возрастной группы.

Окончательным критерием оценки этиологии ПВДП служил не только факт выявления той или иной патологии, но и динамика жалоб после проведения соответствующей терапии.

Выводы

1. Парестезии верхних дыхательных путей — полиэтиологическое состояние, которое требует мультидисциплинарного подхода к дифференциально-диагностическим мероприятиям и терапии.

2. Патология ЛОР-органов, этиопатогенетически связанная с ПВДП, была выявлена у всех обследованных пациентов, при этом сочетанную патологию наблюдали в 91,3% случаев.

3. Полученные данные свидетельствуют о наличии расстройств тревожно-депрессивного спектра у 82% пациентов с жалобами на ПВДП.

4. В качестве скрининга психоэмоциональных нарушений пациентам с ПВДП рекомендуется проводить анкетирование с помощью симптоматического самоопросника SCL-90.

5. У пациентов старшей возрастной группы по сравнению с пациентами моложе 55 лет этиологическими факторами ПВДП чаще являлись заболевания желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой, бронхолегочной систем, неврологическая патология, а также непереносимость лекарственных препаратов. Патологию ЛОР-органов диагностировали одинаково часто в обеих группах.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

- Свистушкин В.М. Воспалительные заболевания верхних дыхательных путей у пожилых людей: особенности развития и медикаментозного лечения. *Consilium medicum*. 2003;12:686-690. [Svistushkin VM. Inflammatory diseases of the upper respiratory tract in elderly people: development and pharmacological treatment. *Consilium medicum*. 2003;12:686-690. (In Russ.)].
- Михайлова З.Ф., Кузнецов О.О. Хронический кашель у пожилых пациентов с нормальной рентгенограммой легких. *Consilium Medicum*. 2007;12:18-24. [Mikhailova ZF, Kuznetsov OO. Chronic cough in elderly patients with normal lungs x-ray. *Consilium Medicum*. 2007;12:18-24. (In Russ.)].
- Gregory ND, Chandran S, Lurie D, Sataloff RT. Voice disorders in the elderly. *J voice*. 2010;26(2):254-258. <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2010.10.024>
- Шабалин В.В. Диагностика нарушений мукоцилиарного транспорта при хронических воспалительных заболеваниях верхних и нижних дыхательных путей. *Геронтология и гериатрия*. 2001;1:280-283. [Shabalin VV. Diagnostics of disorders of mucociliary transport in chronic inflammatory diseases of the upper and lower respiratory tract. *Gerontology and geriatrics*. 2001;1:280-283. (In Russ.)].
- Крюков А.И., Гехт А.Б., Романенко С.Г., Казакова А.А. Парестезии верхних дыхательных путей. *Вестник оториноларингологии*. 2014;6:76-80. [Kryukov AI, Guekht AB, Romanenko SG, Kazakova AA. Paresthesias of the upper respiratory tract. *Vestnik otorinolaringologii*. 2014;6:76-80. (In Russ.)]. <https://doi.org/10.17116/otorino2014676-80>
- Pilotto A, Franceschi M, Leandro G, Novell R, Di Mario F. Long-term clinical outcome of elderly patients with refluxesophagitis: A six-month to three-year follow-up study. *Amer J Ther*. 2002;9:295-300. <https://doi.org/10.1097/00045391-200207000-00006>
- Koufman JA. The otolaryngologic manifestations of gastroesophageal reflux disease (GERD). *Laryngoscope*. 1991;101(4):1-78. <https://doi.org/10.1201/b13996-5>
- Ливзан М.А., Денисова О.А. Особенности курации больных пожилого и старческого возраста с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью. *Лечащий врач*. 2015;8:36-38. [Livzan MA, Denisova OA. Peculiarities of supervision of patients of elderly and senile age with gastroesophageal reflux disease. *Lechashiy vrach*. 2015;8:36-38. (In Russ.)].
- Гончаренко А.Ю. Особенности течения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у больных пожилого возраста: Дис. ... канд. мед. наук. 2007. [Goncharenko AYU. Peculiarities of gastroesophageal reflux disease in elderly patients: Dis. ... kand. med. nauk. 2007. (In Russ.)].
- Halum SL, Butler SG, Koufman JA, Postma GN. Treatment of globus by upper esophageal sphincter injection with botulinum A toxin. *Ear Nose Throat J*. 2005;84:74-78. <https://doi.org/10.1097/00005537-200007000-00016>
- Alagozlu H, Simsek Z, Unal S, Cindoruk M, Dumlu S, Dursun A. Is there an association between Helicobacter pylori in the inlet patch and globus sensation? *World J Gastroenterol*. 2010;7:16(1):42-47.
- Дворецкий Л.И., Дидковский Н.А. Кашляющий больной. *Consilium Medicum*. 2003;5(10):552-557. [Dvoreckiy LI, Didkovsky NA. Coughing patient. *Consilium Medicum*. 2003;5(10):552-557. (In Russ.)].
- Лазебник Л.Б., Михайлова З.Ф. Хроническая обструктивная болезнь легких у пожилых. *Consilium Medicum*. 2004;6(12):10-18. [Lazebnik LB, Mikhailova ZF. Chronic obstructive pulmonary disease in the elderly. *Consilium Medicum*. 2004;6(12):10-18 (In Russ.)].
- Nam IC, Choi H, Kim ES, Mo EY, Park YH, Sun DI. Characteristics of thyroid nodules causing globus symptoms. *Eur Arch Otorhinolaryngol*. 2015;272(5):1181-1188. <https://doi.org/10.1007/s00405-015-3525-9>
- Казакова А.А. Лечебно-диагностическая тактика при симптомокомплексе «кома в горле». *Российская ринология*. 2015;2:53-58. [Kazakova AA. Diagnostis and treating measures in patients with «Globus Sensation». *Rossiyskaya Rinologiya*. 2015;2: 53-58. (In Russ.)].
- Вельтишев Д.Ю., Романенко С.Г., Стукало А.С. Психопатологические проблемы расстройств голоса. *ДокторРу*. 2011;4(63):63-69. [Vel'tishchev DYU, Romanenko SG, Stukalo AV. Psychopathological Profile of Voice Disorders. *DoctorRu*. 2011;4(63):63-69. (In Russ.)].

Поступила 17.12.17