

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«ПЕРВЫЙ САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ АКАДЕМИКА И.П.
ПАВЛОВА»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РФ**

УТВЕРЖДЕНО

на заседании кафедры
оториноларингологии с клиникой
ФГБОУ ВО
ПСПбГМУ им. И.П. Павлова
27.06.2022 г. протокол № 14
заведующий кафедрой, профессор

С.А. Карпищенко

(ФИО заведующего кафедрой)

Методические указания для студентов

по	Оториноларингологии
	(наименование дисциплины)
по	Клиническая анатомия, физиология и методы исследования глотки и гортани. Заболевания глотки и гортани.
	(наименование темы занятия)
для специальности / направления подготовки факультет/ отделение (при наличии)	Лечебное дело 31.05.01
	(наименование и код специальности)
кафедра	Лечебный
	(наименование факультета)
	Оториноларингологии с клиникой
	(наименование кафедры)

1. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ИЗУЧЕНИЯ ТЕМЫ

составляет 36 ч из них:

1. лекция – 6 ч
2. практические занятия – 18 ч
3. самостоятельная работа – 12 ч

2. ЦЕЛИ

Цель – подготовка современного специалиста, обладающего определенными знаниями в области оториноларингологии с учётом дальнейшего обучения и профессиональной деятельности по специальности 31.05.01– лечебное дело.

Задачи:

В процессе обучения студенты должны:

- изучить топографическую анатомию и физиологию глотки и гортани;
- научиться диагностировать заболевания глотки и гортани, их осложнения;
- уметь назначить лечение при острых и хронических заболеваниях глотки и гортани;
- овладеть принципами оказания экстренной помощи при патологии глотки и гортани;
- получить представление о взаимосвязях глотки и гортани с другими органами и системами организма, принципах профилактических и реабилитационных мероприятий у больных детского возраста.

3. ТРЕБОВАНИЯ К РЕЗУЛЬТАТАМ ОСВОЕНИЯ

В результате освоения темы обучающийся должен показать владение следующими компетенциями:

Код компетенции	Содержание компетенции	Индикаторы достижения компетенции	Оценочные средства
Общепрофессиональные компетенции (ОПК)			
ОПК-4	способность применять медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи, а также проводить обследования пациента с целью установления диагноза	ИД-1 Знать области применения медицинских изделий, предусмотренных порядком оказания медицинской помощи в ЛОР-практике ИД-2 Уметь применять медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи в ходе осмотра ротоглотки с целью установления диагноза	Демонстрация практически навыков, опрос, тестирование

ОПК-5	способность оценивать морфофункциональные, физиологические состояния и патологические процессы в организме человека для решения профессиональных задач	ИД-1 Знать особенности проявления различных ЛОР заболеваний, физиологических особенностей организма ИД-2 Уметь оценивать патологические процессы в организме человека для диагностики ЛОР заболеваний	Опрос, тестирование
ОПК-6	способность организовывать уход за больными, оказывать первичную медико-санитарную помощь, обеспечивать организацию работы и принятие профессиональных решений при неотложных состояниях на догоспитальном этапе, в условиях чрезвычайных ситуаций, эпидемий и в очагах массового поражения	ИД-1 Знать этапы оказания первичной медико-санитарной помощи при патологии ЛОР органов ИД-2 Уметь оказывать первичную медико-санитарную помощь на догоспитальном этапе, в условиях чрезвычайных ситуаций, эпидемий и в очагах массового поражения	Опрос, тестирование
ОПК-7	способность назначать лечение и осуществлять контроль его эффективности и безопасности	ИД-1 Знать методы лечения различных ЛОР заболеваний ИД-2 Уметь назначать лечение, осуществлять контроль его эффективности и безопасности при патологии ЛОР органов	Опрос, тестирование, решение клинической задачи
Профессиональные компетенции (ПК)			
ПК-1	способность оценивать состояние пациента, требующего оказания медицинской помощи в неотложной или экстренной формах	ИД-1 Знать патологические состояния, требующие оказания неотложной или экстренной медицинской помощи при патологии ЛОР органов ИД-2 Уметь распознавать экстренные и неотложные состояния при патологии ЛОР органов	Опрос, тестирование
ПК-2	способность оказывать медицинскую помощь в неотложной форме пациентам при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента	ИД-1 Знать патологические состояния ЛОР органов, требующие оказания неотложной или экстренной медицинской помощи ИД-2 Уметь оказывать неотложную медицинскую помощь при внезапных острых, обострении хронических заболеваниях ЛОР органов	Опрос, тестирование

ПК-3	<p>способность распознавать состояния, представляющие угрозу жизни пациента, включая состояния клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и/или дыхания), требующие оказания медицинской помощи в экстренной форме</p>	<p>ИД-1 Знать патологические состояния при ЛОР заболеваниях, представляющие угрозу жизни пациента ИД-2 Уметь распознавать экстренные и неотложные состояния при ЛОР заболеваниях, несущие угрозу жизни и здоровью пациента</p>	Опрос, тестирование
ПК-5	<p>способность применять лекарственные препараты и медицинские изделия при оказании медицинской помощи в экстренной или неотложной формах</p>	<p>ИД-1 Знать препараты и показания к их назначению при оказании медицинской помощи в экстренной или неотложной формах при патологии ЛОР органов ИД-2 Уметь назначать лекарственные препараты при оказании экстренной и неотложной медицинской помощи при патологии ЛОР органов</p>	Опрос, тестирование
ПК-6	<p>способность собирать жалобы, анамнез жизни и заболевания пациента. Способен проводить полное физикальное обследование пациента (осмотр, пальпацию, перкуссию, аускультацию); способность формулировать предварительный диагноз и составлять план лабораторных и инструментальных обследований пациента</p>	<p>ИД-1 Знать алгоритм, методику обследования пациента при ЛОР патологии ИД-2 Уметь на основе анамнестических данных и объективного обследования (пальпации и перкуссии, фарингоскопии) формулировать предварительный диагноз, составлять план обследования пациента</p>	Опрос, тестирование
ПК-7	<p>способность направлять пациента на лабораторное обследование при наличии медицинских показаний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи;</p>	<p>ИД-1 Знать показания в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи при ЛОР патологии с учетом стандартов медицинской помощи к: назначению лабораторного и инструментального обследования, направлению на консультацию к врачам-специалистам, показания для</p>	Опрос, тестирование

	<p>способность направлять пациента на инструментальное обследование при наличии медицинских показаний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи; способность направлять пациента на консультацию к врачам-специалистам при наличии медицинских показаний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи; способность направлять пациента для оказания специализированной медицинской помощи в стационарных условиях или в условиях дневного стационара при наличии медицинских показаний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи</p>	<p>оказания специализированной медицинской помощи в стационарных условиях или в условиях дневного стационара</p> <p>ИД-2 Уметь направлять пациента при патологии ЛОР органов на лабораторное и инструментальное обследование, на консультацию к врачам-специалистам, направлять для оказания специализированной медицинской помощи в стационарных условиях или в условиях дневного стационара</p>	
--	---	--	--

ПК-8	способность проводить дифференциальную диагностику с другими заболеваниями/состояниями, в том числе неотложными; способность устанавливать диагноз с учетом действующей международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ)	ИД-1 Знать критерии дифференциальной диагностики различных ЛОР заболеваний ИД-2 Уметь устанавливать диагноз с учетом действующей международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ)	Опрос, тестирование
ПК-9	способность разрабатывать план лечения заболевания или состояния с учетом диагноза, возраста и клинической картины в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи	ИД-1 Знать стандарты лечения различных ЛОР заболеваний согласно клиническим рекомендациям (протоколам лечения) ИД-2 Уметь разрабатывать план лечения заболевания с учетом диагноза, возраста и клинической картины	Опрос, тестирование
ПК-10	способность назначать лекарственные препараты, медицинские изделия и лечебное питание с учетом диагноза, возраста и клинической картины болезни и в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи	ИД-1 Знать лекарственные препараты, медицинские изделия и лечебное питание, прописанное в стандартах оказания медицинской помощи при различных ЛОР патологиях ИД-2 Уметь назначать лекарственные препараты, медицинские изделия и лечебное питание согласно клиническим рекомендациям при заболеваниях ЛОР органов	Опрос, тестирование

4. СОДЕРЖАТЕЛЬНАЯ ЧАСТЬ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ

ТЕМА ЗАНЯТИЯ. Клиническая анатомия, физиология и методы исследования глотки. Патология глотки

Цель занятия: Студенты должны знать анатомию глотки, топографические соотношения, имеющие значение в клинике, основные заболевания глотки, уметь обследовать больного с заболеванием глотки, иметь представление о современных методиках эндоскопии глотки.

Демонстрационный материал: Муляжи и рисунки с изображением глотки здорового человека, рисунки с изображением различных патологических процессов в глотке (ангины, фарингиты), глоточный смазыватель, наконечник и шприц для промывания миндалин, аденотом, тонзиллотом, набор инструментов для тонзиллэктомии, тампоны для остановки кровотечений из миндалинковых ниш, жом Микулича.

Содержание занятия: Студенты знакомятся с вопросами топографии глотки, строением кольца Пирогова-Вальдейера, расположением и строением слизистой оболочки глотки, фиброзного слоя, мышц и фасций глотки, особенностями строения заглоточного пространства и его связью с задним средостением и клетчаткой, окружающей крупные сосуды и нервы шеи. Отмечается значение анатомических особенностей строения глотки в клинике. При описании строения заглоточного пространства необходимо обратить внимание на наличие лимфоузлов (на уровне носоглотки), которые развиты у детей, в связи с чем воспалительные процессы заглоточного пространства обычно развиваются в детском возрасте.

При обсуждении вопросов физиологии глотки подчеркивается защитная реакция лимфоидных образований кольца Пирогова-Вальдейера. При разборе акта глотания обсуждается значение механизма “стрелки” и возможные последствия при его нарушении.

Студенты в клинике знакомятся с больными различными формами заболевания глотки. После опроса и ознакомления с общим статусом студенты проводят осмотр ЛОР-органов больных под контролем проводится клинический разбор каждого из больных.

При разборе больного фарингитом упоминается о предрасполагающих факторах заболевания, обсуждаются вопросы этиологии, патогенеза, клиники и лечения острых и хронических (атрофических, гипертрофических — боковой, грануляционной) форм заболевания. Дается рецептура для лечения фарингитов. Студентов обучают процедурам (смазывание глотки, носоглоточный шпрей).

При клиническом разборе больного коклюшковой ангиной, упоминаются клинические формы ангин (катаральная, фолликулярная, лакунарная), освещаются вопросы дифференциального диагноза между отдельными формами коклюшковых ангин, а также между ними и ангинами при заболеваниях крови, при инфекционных заболеваниях, кандидомикозах и т.д. Подчеркивается возможность опасных осложнений со стороны внутренних органов при коклюшковых ангинах. Обсуждаются принципы лечения ангин — антибактериальная терапия (сульфопрепараты, антибиотики), десенсибилизирующая терапия (аспирин, димедрол и т.д.), местное лечение в виде полосканий, теплой повязки, компрессов на подчелюстную область, физиотерапевтических процедур в специальном кабинете и т.д.

При разборе больного паратонзиллитом или паратонзиллярным абсцессом отмечается, что процесс локализуется в околоминдаликовой клетчатке, подчеркиваются характерные симптомы паратонзиллита: затруднение при открывании рта, гнусавый голос из-за отека мягкого неба, механическое затруднение при глотании, резкая инфильтрация тканей околоминдаликовой

области, асимметрия зева при одностороннем процессе, реакция регионарных лимфоузлов и т.д. Обсуждаются вопросы лечения воспалительных процессов в околоминдаликовой области — консервативное, в стадии инфильтрации и хирургический в стадии абсцедирования, при этом привлекается внимание студентов к тому, как производится вскрытие абсцесса, как определяется место вскрытия. Отмечается, что больному, перенесшему паратонзиллиты или паратонзиллярный абсцесс, показана тонзиллэктомия, так как миндалины у него уже не являются органом защиты, а представляют из себя очаг хронической инфекции. Обсуждаются сравнительные преимущества и недостатки тонзиллэктомии в “холодном”, “теплом” и “горячем” периоде (паратонзиллярный абсцесс) .

При обсуждении больного хроническим тонзиллитом подчеркивается, что небные миндалины у него являются очагом инфекции. Обсуждаются причины развития заболевания, его клинические формы (не осложненная, осложненная с проявлениями интоксикации или поражением внутренних органов), при этом необходимо остановиться на клинических проявлениях каждой из этих форм, подчеркнуть, что диагностике хронического тонзиллита большое значение придается анамнезу заболевания (частоте ангин), упомянуть о редкой безангинной форме хронического тонзиллита, которая развивается на фоне ареактивности организма. Подробно обсуждаются методы лечения хронического тонзиллита — консервативные (промывание миндалин, смазывание миндалин лагунами, введение паст в лакуны миндалин, обкалывание миндалин растворами лекарственных веществ, десенсибилизация организма, физиотерапия, в частности применение ультразвука и т.д.), полухирургические (гальванокаустика, криотерапия), которые используются при неосложненных формах хронического тонзиллита, и хирургический — двусторонняя экстракапсулярная тонзиллэктомия, которая производится в осложненных случаях тонзиллита (с проявлениями интоксикации или при поражении внутренних органов). Разбирается классификация хронического тонзиллита, показания к экстренной и плановой операции

В смотровой клиники демонстрируется метод промывания миндалин, гальванокаустика, криотерапия.

После обсуждения по муляжам и рисункам в операционной клинике демонстрируется операция двусторонней тонзиллэктомии. Разбираются осложнения после операции .

При обсуждении больного с гипертрофией лимфоидных образований кольца Пирогова-Вальдейера отмечается, что, как правило, это заболевание детского возраста, что гипертрофии подвергаются обычно небная и носоглоточная миндалины. Обсуждаются клинические признаки аденоидизма — частые заболевания дыхательного тракта, связанные с нарушением носового дыхания, ангины, ухудшения газообмена в легких, вторичная анемия, неправильное развитие лицевого скелета, нервно-рефлекторные расстройства, частые отиты и т.д. Привлекается внимание студентов к отрицательным проявлениям гипертрофии небных миндалин — затруднение при глотании, при разговоре. Отмечается, что признаки гипертрофии часто сочетаются с воспалительными изменениями в миндалинах. Обсуждаются вопросы гиперплазий лимфоидного аппарата. Отмечается, что в случаях, когда нет значительных функциональных расстройств, можно ограничиться общеукрепляющими средствами; при выраженных функциональных

нарушениях показан хирургическое лечение: операция аденотомии при аденоидах и тонзиллотомии. Подчеркивается роль рентгенографии и эпифарингоскопии при аденоидах .

Делается акцент на клинических признаках злокачественных образований глотки и вопросах дифференциального диагноза между ними и доброкачественными образованиями глотки, используя муляжи и рисунки. Подчеркивается значение задней риноскопии с оттягиванием мягкого неба , эпифарингоскопии , компьютерной и магнитно - резонансной томографии в уточнении диагноза ангиофибромы носоглотки . Студентам поручается решение ситуационных задач по теме “Патология глотки” (каждому индивидуально). Результаты решения оглашаются на занятиях.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Как проходит граница между этажами глотки?
2. Каковы особенности строения заглоточного пространства?
3. Какие факторы способствуют развитию патологического процесса в небных миндалинах?
4. Где локализуется патологический процесс при развитии паратонзиллита?
5. На что жалуется больной при катаральном фарингите и каковы местные проявления этого заболевания?
6. Каковы клинические признаки атрофического фарингита?
7. Каковы методы лечения атрофического фарингита?
8. Как лечится гипертрофический фарингит?
9. Какие известны формы кокковых “вульгарных” ангин?
10. С какими патологическими процессами приходится дифференцировать кокковую лакунарную ангину?
11. Какова схема лечения больного кокковой ангиной?
12. Каковы общие и местные осложнения кокковых ангин?
13. Как лечить больного паратонзиллярным абсцессом?
14. Какие известны клинические формы хронического тонзиллита?
15. Какие известны консервативные методы лечения при неосложненной форме хронического тонзиллита?
16. Каковы полухирургические методы лечения хронического тонзиллита?
17. Каковы показания к операции — двусторонней экстракапсулярной тонзиллэктомии?
18. Как проводится подготовка к этой операции?
19. Какова клиника аденоидизма?
20. Какие показания для тонзиллотомии?
21. Какие известны доброкачественные опухоли глотки?
22. Какова схема лечения больного со злокачественными опухолями глотки?
23. Каков диагностический алгоритм при ангиофибром носоглотки ?

ТЕМА ЗАНЯТИЯ. Клиническая анатомия, физиология и методы исследования гортани, трахеи, бронхов и пищевода. Заболевания гортани: острый и хронический ларингит, острый ларинготрахеит у детей, парезы и параличи гортани, стенозы гортани.

Цель занятия: Студенты должны знать анатомические особенности гортани, ее топографию, важнейшие функции, а также клинику и методы лечения наиболее

распространенных патологических процессов гортани. Студенты должны уметь обследовать больного с патологией гортани и рекомендовать лечение.

Демонстрационный материал: муляжи и рисунки по анатомии, физиологии и патологии гортани, рисунки-схемы типичных хирургических вмешательств на гортани, таблицы международной классификации рака (TNM), стробоскоп, аппаратура для лечения речевых расстройств, инструменты — гортанное зеркало, ларингоскоп, фиброларингоскоп, шприц для вливания в гортань, гортанный смазыватель, гортанные шприцы, набор инструментов для трахеостомии и опорной ларингоскопии.

Содержание занятия: По муляжам и рисункам уточняется строение хрящевого остова гортани, связочного аппарата, мышц, слизистой оболочки и лимфоидных образований. Разбираются особенности артериального кровоснабжения, венозного и лимфатического оттока, иннервации и значение данных особенностей в клиническом аспекте. Далее внимание студентов привлекают к вопросам физиологии гортани, разбирая основные ее функции — дыхательную, защитную и голосообразовательную. Отмечается, что ширина просвета гортани, а в связи с этим количество вдыхаемого и выдыхаемого воздуха регулируется рефлекторно (дуга рефлекса — от рецепторов гортани и трахеи по эфферентным нервным волокнам, главным образом по стволу верхнегортанного и далее по стволу блуждающего нерва, до дыхательного центра, находящегося в продолговатом мозгу. Отсюда по эфферентным волокнам двигательные импульсы направляются к мышцам гортани. Дыхательный центр находится под контролем коры головного мозга, чем обеспечивается возможность произвольно изменять ритм и глубину дыхания. Разбирая защитную функцию гортани, состоящую в согревании, увлажнении, очищении и обезвреживании проходящего воздуха, преподаватель останавливает внимание студентов на наличии трех рефлекторных зон слизистой оболочки гортани, зоны распространяются на гортанную поверхность надгортанника, голосовые складки и подголосовую полость. При попадании в гортань вредных примесей, находящихся во вдыхаемом воздухе (пыль, газы), или раздражении, происходит спазм. Спазм препятствует проникновению инородного тела в нижние дыхательные пути, а рефлекторный кашель содействует выталкиванию его. Защита нижних дыхательных путей от попадания туда пищи во время еды обеспечивается приподниманием гортани во время глотания при одновременном смыкании вестибулярных и голосовых складок.

Далее рассматривается голосообразовательная функция у человека, непосредственно связанная с речевой функцией, а также певческим голосом, а речь, как известно, является результатом деятельности второй сигнальной системы (специально человеческого, высшего мышления). Голосообразование (фонация) происходит при сомкнутых голосовых складках под напором выдыхаемого воздуха, за счет вибрации голосовых складок. Гортань напоминает язычковый духовой инструмент (например, орган), но помимо других отличий от духовых инструментов ее голосовые складки могут менять свою длину и форму. Далее подробно рассматривается механизм голосообразования. Совокупность звуков, разнообразных по высоте, силе и тембру, составляет голос. Чем чаще прорывается воздух через голосовую щель, тем звук выше. Для того, чтобы воздух мог прорваться через голосовую щель, он должен находиться под давлением, превышающим силу сопротивления от смыкания голосовых складок. Такое давление обеспечивается комплексным

действием гортани, трахеи, бронхов, легких, диафрагмы и брюшного пресса. Сила звука зависит от напряжения выдыхаемого воздуха и амплитуды колебания голосовых складок. Зародившийся в гортани звук голоса находит свое окончательное оформление в верхних и нижних резонаторах, благодаря которым голоса различаются по тембру. К верхним резонаторам относятся желудочки гортани, полость глотки, рта, носа, околоносовые пазухи и полость черепа. Нижним резонатором является грудная клетка. Отмечается, что голосообразование является в основном произвольным актом и подчинено нашему сознанию. Голос может возникнуть также и непроизвольно, например, крик от боли, страха и т.п. Шепотная речь возникает вследствие трения струи воздуха о стенки верхних дыхательных путей и ротовой полости, при этом голосовые складки смыкаются не полностью.

Далее студенты знакомятся с больными, страдающими острыми и хроническими заболеваниями гортани. После ознакомления с анамнезом и общим статусом проводится эндоскопическое обследование больных под контролем преподавателя. В заключение проводится клинический разбор каждого из больных в присутствии всех членов группы. При клиническом разборе больного с острым ларингитом разбирается этиология, патогенез заболевания. Отмечается, что ларингит часто является проявлением респираторного заболевания, что характерным симптомом развития воспаления в гортани является осиплость. Отмечаются типичные данные ларингоскопии при остром воспалении (гиперемия голосовых складок, слизь в просвете гортани, голосовые складки не смыкаются полностью), проводится дифференциальный диагноз с гортанной ангиной и отеками гортани невоспалительной природы, при которых также наблюдается охриплость, но при этом еще может наблюдаться в большей или меньшей степени затруднение при дыхании. Отмечается большая важность ларингоскопии при проведении дифференциального диагноза.

При обсуждении вопроса лечения острых воспалительных явлений в гортани проводится демонстрация в смотровой клиники вливания лекарств в гортань, смазывания гортани и проводится экскурсия в ингаляторий.

При обсуждении больного гортанной ангиной необходимо учитывать что воспаление лимфаденоидной ткани сопровождается инфильтрацией и отеком окружающих тканей. Поскольку эти явления развиваются в относительно узком отделе дыхательного тракта, то возможны симптомы острого стеноза гортани. Для профилактики этого опасного осложнения с самого начала заболевания важно проводить активную терапию (антибактериальную, противоотечную, десенсибилизирующую). Важно учитывать, что симптомы гортанной ангины в начале заболевания сходны с симптомами при ангине небных миндалин — беспокоит боль в горле, особенно сильная при глотании, общее недомогание, повышение температуры, поэтому ларинголог не может при проведении эндоскопического исследования ограничиться фарингоскопией. Настораживающий врача симптом — осиплость, может появиться позднее, когда в гортани появляется инфильтрация мягких тканей, нарастает отек. При осмотре гортани определяются симптомы острого воспаления — гиперемия, инфильтрация мягких тканей, отек, суживающие просвет гортани. Лечение с самого начала заболевания складывается из парэнтерального введения гормонов и антибиотиков широкого спектра действия (пенициллин, стрептомицин и др.), активной дегидратации, ингаляций, горячих ножных ванн. При развитии

явлений субкомпенсации дыхательной функции производятся инструментальные манипуляции (трахеопункция) и операции (трахеостомия).

При обсуждении больного хроническим ларингитом преподаватель останавливается на факторах, способствующих переходу острого воспаления в хроническое, в том числе производственных (дым, пыль, колебания температуры) на характерных симптомах заболевания, вопросах дифференциального диагноза хронического ларингита и онкологических поражениях гортани. Важно отметить, что необходимо усилить онкологическую настороженность при инфильтратах в гортани (особенно в случаях асимметричного ограничения подвижности гортани).

При разборе больного с доброкачественными образованиями гортани — папиломатоз, узелки певцов, фиброма, папилломатоз — необходимо осветить вопросы этиологии, патогенеза каждого из заболеваний, их типичных клинических признаков. При обсуждении методов лечения отмечается, что наиболее распространенными, а иногда единственным методом лечения этих заболеваний является хирургический — эндоларингеальное удаление после предварительной биопсии. После демонстрации муляжей с доброкачественными образованиями гортани, а также хирургического инструментария (набора Кляйензассера) проводится демонстрация эндоларингеальной операции в операционной ЛОР-клиники. Дается представление о сути, показаниях и преимуществах разработанного в ЛОР-клинике СПбГМУ метода высокочастотной тнжекционной вентиляции легких как способа ИВЛ при эндоларингеальной хирургии а также при лазерной хирургии гортани (опухоли, хронические стенозы).

Во время клинического разбора больного раком гортани проводятся статистические данные — сообщается, что рак гортани занимает 8-е место в структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями в России, в странах Западной Европы и Северной Америки, отмечается быстрый рост заболеваемости в последние 20 лет (в России с 1970 по 1983 гг. количество больных увеличилось на 25%), преобладание заболеваемости раком гортани у лиц, работающих с нефтепродуктами (шоферы, механизаторы и т.д.) и у лиц, злоупотребляющих алкоголем (данные по Финляндии); наследственно-семейный фактор практически отсутствует. Привлекается внимание студентов к предраковым заболеваниям (облигатные предраки: дискератоз-лейкоплакия, папилломатоз у взрослых). Разбираются вопросы патологической анатомии, отмечается, что макроскопически наблюдаются: сосочковая форма с наиболее частой локализацией в вестибулярном отделе (2/3 случаев) и на уровне истинных голосовых складок (1/3); бугристая (узловатая); язвенно-инфильтративная форма с преобладанием эндофитного роста. Подчеркивается, что в 98% случаев гистологически выявляется плоскоклеточный рак с ороговением и без ороговения, остальные виды злокачественных новообразований единичны при локализации процесса в гортани. Необходимо остановиться на вопросах анатомии и классификации рака гортани, анатомо-топографическом делении гортани на зоны и части, на принципах международной классификации (TNM). Подчеркивается значение и возможности компьютерной томографии для объективной оценки степени распространенности первичной очага (Т) в частности в преднадгортанниковое пространство, гортанный желудочек (Морганиев). Обсуждаются вопросы клиники заболевания. Отмечается, что средняя продолжительность анамнеза

(времени от появления первых жалоб до установки диагноза) — 2—4 месяца, что рак гортани — преимущественно заболевание мужчин — в 20 раз чаще, чем у женщин. К субъективным симптомам относятся: охриплость и боли при глотании; сроки появления субъективных расстройств зависят от локализации и степени распространения новообразований. Например, охриплость является ранним симптомом при локализации в области голосовых складок и может быть поздним симптомом при локализации рака в другой области. Боли при глотании с иррадиацией в ухо наблюдаются при раках вестибулярного отдела, новообразования подголосовой полости вызывают приступы удушья при экзофитной форме роста, суживающей просвет гортани. Отмечается, что при локализации опухоли в вестибулярном отделе, при ларингоскопии определяется экзофитная (бугристая) или эндофитная (язвенно-инфильтративная) опухоль, занимающее гортанную поверхность надгортанника и область вестибулярных складок. Характерным симптомом является неподвижность или ограничение подвижности одной из половин гортани, рентгенологически — инфильтрация преднадгортанного пространства. При локализации опухоли на уровне голосовых складок может определяться экзофитная форма новообразования, располагающаяся по краю голосовой складки, обычно наблюдается неподвижность или ограничение подвижности половины гортани. При расположении новообразования в подголосовой полости заболевание может длительно протекать бессимптомно, характерным является появление приступов удушья, кашля, дисфонии, вызванные экзофитной опухолью одной из половин подголосовой полости с нарушением подвижности голосовой складки, рентгенологически (томография) будет определяться инфильтрация стенки с возможным сужением просвета подголосовой полости. Показана фиброларингоскопия и опорная ларингоскопия.

Отмечается, что распространение новообразования на две или три зоны сопровождается хроническим стенозом гортани, требующим трахеотомии, при прорастании в хрящи гортани возникают перихондриты с грубой деформацией наружных контуров шеи. Рак гортани чаще дает метастазы в группы глубоких шейных лимфатических узлов (по ходу внутренней яремной вены), единичное или множественное, позднее- в лимфатические узлы средостения.

Особенности метастазирования рака гортани заключаются в следующем: а) наибольшая склонность к метастазированию наблюдается при вестибулярной локализации опухоли; б) отсутствие метастазов в подчелюстных лимфатических узлах характерно при раках, не выходящих за пределы гортани; в) отсутствие гематогенного метастазирования без лимфогенного (регионарного) появления метастазов.

Важнейшим "первичным" методом диагностики опухолей гортани является биопсия, обычно производимая эндоларингеальным способом. Цитологическое исследование из полости гортани имеет второстепенное значение. Разбирается возможности компьютерной и ядерномагнитной томографии и сцинтиграфии в диагностике первичной опухоли гортани. Обсуждаются дифференциально - диагностические возможности догоспитального комплекса обследования больных с шейными лимфаденопатиями, в том числе с метастатическим раком шеи (доц. Меркулов В.Г.). В состав комплекса, кроме панэндоскопии, входят лучевые методы: компьютерная и ядерномагнитная томография, сцинтиграфия, инфракрасная

термография , ультразвуковая томография шеи с тонкоигольной аспирационной биопсией (асп .ПетровН.Л.) , лазерная корреляционная спектроскопия крови ,радионуклидные исследования (поликлональные антитела). Подробно разбираются вопросы лечения и отдаленных результатов. Лучевая терапия ,хирургия гортани , в том числе лазерная. Хирургическое вмешательство при рецидивах и остаточной опухоли после проведенного лучевого лечения. Комбинированное лечение

Комплексное лечение — сочетание лучевого и хирургического лечения с применением химических противоопухолевых препаратов. Типы хирургических вмешательств: экстирпация гортани, резекция гортани. Лечение регионарных метастазов — радикальная шейная лимфаденэктомия типа операции Крайля.

Обращается внимание на вопрос реабилитации безгортанных больных (трахеопищеводное шунтирование). По муляжам и рисункам разбираются вопросы этиологии, патогенеза и лечения инфекционных гранулем (туберкулез, сифилис, склерома дыхательных путей).

В заключение проводится демонстрация диапозитивов с изображением доброкачественной и злокачественной опухолей гортани, инфекционных гранулем гортани.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Из каких хрящей состоит гортань?
2. Какие известны группы мышц гортани?
3. Каковы места прикрепления наружных мышц гортани?
4. Какие известны группы внутренних мышц гортани?
5. Какие связки различают в гортани?
6. Какие мышцы расширяют голосовую щель?
7. Какие мышцы суживают голосовую щель?
8. Какие мышцы напрягают голосовые складки?
9. Какие артериальные сосуды обеспечивают кровоснабжение гортани?
10. По каким сосудам происходит венозный отток из гортани?
11. Как обеспечивается чувствительная и двигательная иннервация гортани?
12. Какие причины могут вызвать неподвижность одной голосовой складки?
13. Какие функции выполняет гортань?
14. Каков механизм голосообразования?
15. В чем заключается защитная функция гортани?
16. Каковы симптомы острого ларингита?
17. Какие применяются методы лечения острого ларингита?
18. Каковы симптомы хронического ларингита?
19. Как лечить хронический ларингит?
20. Каковы симптомы доброкачественных новообразований гортани?
21. Методы лечения доброкачественных новообразований гортани?
22. Какие факторы предрасполагают к возникновению злокачественной опухоли гортани?
23. Какие известны предраковые заболевания гортани?
24. Как по патологоанатомической характеристике и локализации различают раки гортани?
25. Каков принцип классификации TNM?
26. Какой контингент лиц по полу и возрасту чаще поражается раком гортани?

27. Какие данные ларингоскопии позволяют заподозрить наличие злокачественной опухоли гортани?
28. Каковы принципы лечения злокачественных новообразований гортани?

5. ПЕРЕЧЕНЬ ОСНОВНОЙ И ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ УЧЕБНОЙ ЛИТЕРАТУРЫ, НЕОБХОДИМОЙ ДЛЯ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

а) основная литература:

1. Карпищенко, С. А. Оториноларингология / под ред. С. А. Карпищенко - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 464 с. - ISBN 978-5-9704-4323-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970443231.html> (дата обращения: 27.04.2022). - Режим доступа : по подписке.
2. Пальчун, В. Т. Оториноларингология : учебник / В. Т. Пальчун, А. И. Крюков, М. М. Магомедов. - 4-е изд. , перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 592 с. : ил. - 592 с. - ISBN 978-5-9704-5736-8. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970457368.html> (дата обращения: 27.04.2022). - Режим доступа : по подписке.

б) дополнительная литература

1. Доброкачественные новообразования гортани. Хронические полипозные синуситы: пособие для студентов мед. вузов и врачей/ Санкт-Петербург. гос. мед. ун-т им. акад. И.П. Павлова, каф. оториноларингологии с клиникой; сост. С.А. Карпищенко [и др.]; ред. М.С. Плужников. – СПб.: Изд-во СПбГМУ, 2007. – 47 с.: ил., табл. academicNT
2. Избранные вопросы клинической отиатрии в практике семейного врача: пособие для врачей общей практики: в 2-х ч/ В.В. Дискаленко, К.А. Никитин; Санкт-Петербург. гос. мед. ун-т им. акад. И.П. Павлова, каф. общ. лечеб. практики (семейной медицины), каф. оториноларингологии. – СПб.: Изд-во СПбГМУ. Ч.2. – 2013. – 32 с.
3. Бобошко М.Ю. Диагностика и лечение ушного шума: Учебно-методическое. СПб.: ПСПбГМУ, 2013. – 40 с. academicNT