



Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего образования
«Саратовский государственный медицинский
университет имени В. И. Разумовского»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

ПРИНЯТА

Ученым советом института общественного здоровья,
здравоохранения и гуманитарных проблем медицины

протокол от 29.04.2025 № 4

Председатель А.С. Федонников

УТВЕРЖДАЮ

Директор института стоматологии

Л.Ю. Островская

«29» 04. 2025 г.

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ

ЛОР – заболевания. Фониатрия в логопедии

(наименование учебной дисциплины)

Специальность (направление подготовки)

44.04.03 Специальное «Дефектологическое
образование»

Форма обучения

Заочная

(очная, очно-заочная)

Срок освоения ОПОП

2 года

Кафедра

Оториноларингологии

ОДОБРЕНА

на заседании учебно-методической
конференции кафедры от 22.04.2025 № 5

Заведующий кафедрой Г.О Мареев

СОГЛАСОВАНА

Заместитель директора департамента организации
образовательной деятельности

Д.Ю. Нечухраная

« 23.04.2025 г. ».

СОДЕРЖАНИЕ

1. ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ	
2. ПЕРЕЧЕНЬ ПЛАНИРУЕМЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ОБУЧЕНИЯ	
3. МЕСТО УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ В СТРУКТУРЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ	
4. ТРУДОЕМКОСТЬ УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ И ВИДЫ КОНТАКТНОЙ РАБОТЫ	
5. СТРУКТУРА И СОДЕРЖАНИЕ УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ	
5.1 Разделы учебной дисциплины и компетенции, которые должны быть освоены при их изучении	
5.2 Разделы дисциплины, виды учебной деятельности и формы текущего контроля	
5.3 Название тем лекций с указанием количества часов	
5.4. Название тем практических занятий с указанием количества часов	
5.5. Лабораторный практикум	
5.6. Самостоятельная работа обучающегося по дисциплине	
6. ПЕРЕЧЕНЬ УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ ПО ДИСЦИПЛИНЕ	
7. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ	
8. ПЕРЕЧЕНЬ ОСНОВНОЙ И ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ЛИТЕРАТУРЫ, НЕОБХОДИМОЙ ДЛЯ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ	
9. ПЕРЕЧЕНЬ РЕСУРСОВ ИНФОРМАЦИОННО-ТЕЛЕКОММУНИКАЦИОННОЙ СЕТИ «ИНТЕРНЕТ»	
10. МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ОСВОЕНИЮ ДИСЦИПЛИНЫ	
11. ИНФОРМАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ	
12. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ	
13. КАДРОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ	
14. ИНЫЕ УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ	

1.ВВОДНАЯ ЧАСТЬ

Рабочая программа учебной дисциплины «Лор заболевания. Фониатрия в логопедии» разработана на основании учебного плана по специальности (направлению подготовки) __ Специальное «дефектологическое образование», утвержденного Ученым Советом Университета протокол от «__» _____ 20__ г., № __; в соответствии с ФГОС ВО по специальности (направлению подготовки) оториноларингология, утвержденным Министерством образования и науки Российской Федерации (или Министерством науки и высшего образования Российской Федерации) – см. ФГОС, разные стандарты утверждены разными министерствами «__» _____ 20__ г.

1. ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

Цель освоения дисциплины: подготовка квалифицированного логопеда дефектолога, обладающего системой общекультурных и профессиональных компетенций, способного и готового для самостоятельной профессиональной деятельности в условиях неотложной, специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи.

Задачи освоения дисциплины: Овладение необходимым уровнем знаний по болезням уха, горла, носа; обучение проведению необходимого объема лечебных, реабилитационных и профилактических мероприятий среди пациентов с логопедической патологией в практике лор болезней.

2. ПЕРЕЧЕНЬ ПЛАНИРУЕМЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ОБУЧЕНИЯ

2. ПЕРЕЧЕНЬ ПЛАНИРУЕМЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ОБУЧЕНИЯ

Выпускник программы магистратуры должен обладать **профессиональными компетенциями (ПК)**, соответствующими типу (типам) профессиональной деятельности, на который (которые) ориентирована программа

Наименование категории (группы) компетенций	Код и наименование компетенции (или ее части)
готовность к обследованию и лечению пациентов с оториноларингологическими заболеваниями, контроль безопасности и эффективности	ИД-1 ПК-1.1

Знать: основные принципы общения с пациентами с инфекционной патологией. Факторы риска, этиологию, патогенез, особенности течения и осложнения оториноларингологических заболеваний. Классификации, симптомы и синдромы оториноларингологических заболеваний, методику физикального (сбора жалоб, анамнеза жизни и заболевания, осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация, определение пульса на магистральных артериях, измерение АД), лабораторного и инструментального обследования, включая дополнительное обследование и консультацию врачей-специалистов (показания, объем и очередность) пациентов с патологией уха, горла, носа. Содержание МКБ, принципы формулировки предварительного и заключительного клинического диагноза

Уметь: устанавливать контакт с пациентом с патологией уха, горла, носа
Выявлять факторы риска, основные симптомы, синдромы и осложнения оториноларингологических заболеваний
Собирать жалобы, анамнез жизни и заболевания, проводить полное физикальное обследование, планировать диагностическое (лабораторное и инструментальное), включая дополнительное обследование и консультацию врачей-специалистов, интерпретировать полученные результаты, проводить дифференциальную диагностику с другими заболеваниями/состояниями
Формулировать предварительный и заключительный клинический диагноз с учетом МКБ

Владеть: Имеет навык проведения обследования пациентов с оториноларингологическими заболеваниями

Наименование категории (группы) компетенций	Код и наименование компетенции (или ее части)
готовность к обследованию и лечению пациентов с оториноларингологическими заболеваниями, контроль безопасности и эффективности	ИД-2 ПК-1.2
Знать: порядки, стандарты, клинические рекомендации (протоколы лечения) по оказанию медицинской помощи пациентам с оториноларингологическими заболеваниями, в том числе в неотложной/экстренной форме Методы немедикаментозной (физиотерапия, лечебное питание, лечебная физкультура, дыхательная гимнастика) и медикаментозной, в том числе поддерживающей и паллиативной (противоболевой), терапии (показания и противопоказания, механизм действия основных групп лекарственных препаратов, стандартные режимы, побочные эффекты и осложнения) пациентов с оториноларингологической патологией Показания и противопоказания, виды и методику проведения хирургических (открытых и закрытых) вмешательств на сердце и сосудах (периферических и магистральных), возможные осложнения, методы их профилактики и коррекции Уметь: оказывать медицинскую помощь пациентам с оториноларингологической патологией, в том числе в неотложной/экстренной форме Назначать немедикаментозное (физиотерапию, лечебное питание, лечебную физкультуру, дыхательную гимнастику) и медикаментозное, включая поддерживающее и паллиативное (противоболевое) лечение пациентам с заболеваниями уха, горла, носа, оценивать их эффективность и безопасность	

Владеть: Имеет навык оказания медицинской помощи пациентам с оториноларингологическими заболеваниями, в том числе в неотложной/экстренной

Наименование категории (группы) компетенций	Код и наименование компетенции (или ее части)
готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм для постановки диагноза в соответствие с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	ИД- 1ПК-2.1
Знать: симптомы и синдромы оториноларингологической патологии, методику физикального (сбора жалоб, анамнеза жизни и заболевания, осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация, определение пульса на магистральных артериях, измерение АД), лабораторного и инструментального обследования, включая дополнительное обследование и консультацию врачей-специалистов (показания, объем и очередность) пациентов с оториноларингологической патологией Уметь: выявлять основные симптомы и синдромы инфекционной патологии, проводить полное физикальное обследование, планировать диагностическое (лабораторное и инструментальное), включая дополнительное обследование и консультацию врачей-специалистов, интерпретировать полученные результаты, проводить дифференциальную диагностику с другими заболеваниями/состояниями Владеть: Имеет навык определения у пациентов патологических состояний, симптомов и синдромов оториноларингологических	

Наименование категории (группы) компетенций	Код и наименование компетенции (или ее части)
готовность к определению у пациентов патологических состояний,	ИД-2 ПК-2.2.

симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм для постановки диагноза в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	
Знать: международную статистическую классификацию болезней (МКБ), принципы формулировки диагноза с учетом МКБ Уметь: формулировать диагноз с учетом клинических классификаций и действующей международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ) Владеть: Имеет навык установления диагноза с учетом клинических классификаций и действующей международной статистической	

Наименование категории (группы) компетенций	Код и наименование компетенции (или ее части)
готовность к проведению профилактических осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения пациентов с оториноларингологической патологией	ИД-1 ПК-3.1
Знать: нормативные правовые акты, регламентирующие порядки проведения медицинских осмотров и диспансеризации Уметь: проводить медицинские осмотры и диспансеризацию населения. Владеть: Имеет навык проведения профилактических медицинских осмотров и диспансеризации населения	

Наименование категории (группы)	Код и наименование компетенции (или ее части)
---------------------------------	---

компетенций	
готовность к проведению профилактических осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения пациентов с оториноларингологической патологией	ИД-2 ПК-3.2
Знать: нормативные правовые акты, регламентирующие порядки проведения диспансерного наблюдения Уметь: проводить диспансерное наблюдение и оздоровительные мероприятия (сон, питание, режим дня, двигательная активность) Владеть: Имеет навык проведения диспансерного наблюдения за пациентами	

3. МЕСТО УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ В СТРУКТУРЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ

Дисциплина «Лор заболевания. Фониатрия в логопедии» относится к Блоку 1 вариативной (Б1.Б.13) части, федерального государственного стандарта высшего образования по специальности 44.04.03 «Специальное (дефектологическое) образование.

Для освоения данной учебной дисциплины необходимы знания, умения, навыки, сформированные предшествующими дисциплинами специальностям «Лечебное дело», «Педиатрия».

Учебная дисциплина не имеет последующих учебных дисциплин (модулей).

4. ТРУДОЕМКОСТЬ УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ И ВИДЫ КОНТАКТНОЙ РАБОТЫ

Вид работы	Всего часов	Кол-во часов в году	
		№1	№ 2
1	2	3	4
Контактная работа (всего), в том числе:			
Аудиторная работа	42	42	

Лекции (Л)		14	14	
Практические занятия (ПЗ),		28	28	
Семинары (С)				
Лабораторные работы (ЛР)				
Внеаудиторная работа				
Самостоятельная работа обучающегося (СРО)		30	30	
Вид промежуточной аттестации	зачет (З)			
	экзамен (Э)			
ИТОГО: Общая трудоемкость	час.	72	72	
	ЗЕТ	2	2	

5. СТРУКТУРА И СОДЕРЖАНИЕ УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ

5.1 Разделы учебной дисциплины и компетенции, которые должны быть освоены при их изучении

№ п/п	Индекс компетенции	Наименование раздела учебной дисциплины	Содержание раздела
1	ПК 1 ПК-2 ПК-3	Основные понятия фониатрии Структурные особенности гортани, иннервация	Гортань обладает функциями дыхания, голосообразования и защиты. Механизм этих функций слит воедино и обеспечивается главным образом мышцами гортани, а также лимфоидным скоплением в области гортаноглотки, вестибюля гортани (миндалина Воячека) и морганиевом синусе. Дыхание и голосообразование обеспечивается голосовыми складками, а точнее их мышцами. Единственная мышца, расширяющая голосовую щель - задняя гортанная, именно она создает просвет голосовой щели для свободного дыхания, остальные внутренние мышцы гортани несут лишь голосообразующую функцию, натяжения и соединения голосовых складок по средней линии. Боковые перстне-черпаловидные замыкают передние две трети голосовой щели, а межчерпаловидные (поперечная и косая) сближают черпаловидные хрящи, замыкая заднюю треть голосовой щели (рис. 4.7). Однако для голосообразования необходимо еще и натяжение складок в результате сокращения передней мышцы, сближающей передние отделы перстневидного и щитовидного хряща, и напряжение складок посредством сокращения щито-черпаловидных мышц, особенно их внутренних частей - голосовых мышц. В результате этого сложного физиологического процесса голосовая щель замыкается упругими голосовыми складками, при этом активный выдох создает значительное давление в подголосовом пространстве и «разрывает» сомкнутую голосовую щель, происходит высокочастотная вибрация голосовых складок и рождается голос. Этот процесс поддается тренировке, особенно у певцов, актеров, лекторов, что послужило рождению целой науки о голосе - «фониатрии», а профессионалы постановки голоса

			называются фониатрами, без которых не обходится ни один театр мира. Очень схож механизм образования голоса с кашлем, также являющимся механизмом защиты, когда создается максимальное давление в подголосовом пространстве с последующим «взрывным» открытием голосовой щели. Как указывалось выше к средствам защитной функции гортани относятся лимфоидные скопления в ее верхнем этаже. Кроме этого существует и названный В. И. Воячком «механизм железнодорожной стрелки» - движение надгортанника, открывающего или закрывающего вход в гортань при помощи черпало-надгортанных мышц на перекрестье пищевого и дыхательного пути. Без этого механизма было бы невозможно глотание, когда пищевой комок проходит над закрытой надгортанником голосовой щелью в пищевод, в то время как при дыхании надгортанник поднят. Гортань - полый орган, который состоит из хрящевого скелета, связочного аппарата и собственных мышц. Полость гортани изнутри выстлана слизистой оболочкой. Гортань имеет вид короткого раструба, расположенного над трахеей на уровне тел IV, V и VI шейных позвонков. Однако при глотании и голосообразовании она значительно переходит указанные границы, смещаясь кверху и книзу. Подвижность органа обусловлена непосредственной связью с подъязычной костью. Последняя приводится в движение мышцами шеи. Гортань хорошо прощупывается, а отдельные ее части контурируют под кожей, являясь опознавательными пунктами при трахеостомии. У мужчин таким ориентиром служит выступ щитовидного хряща ("кадык" или "адамово яблоко"), а у женщин или детей - дуга перстневидного хряща. Сверху гортань открывается отверстием, называемом входом в гортань, <i>aditus laryngis</i>. Внизу гортань переходит в трахею. Боковые поверхности органа соприкасаются с долями щитовидной железы и сосудисто-нервными пучками шеи. Позади гортани находится гортаноглотка. Хрящи гортани. Скелет гортани состоит из хрящей разнообразной формы. Основание скелета представляет гиалиновый <i>перстневидный хрящ</i>, форма
--	--	--	---

		которого сходна с формой перстня, т. е. кольца с печаткой. Дуга этого кольца находится спереди, "печатка" в виде широкой четырехугольной пластины - сзади. Хрящ имеет две пары суставных площадок: одна - на верхних углах печатки - для сочленения с черпаловидными хрящами и вторая - в месте перехода дуги в пластинку - для сочленения со щитовидным хрящом. <i>Щитовидный хрящ</i>, также гиалиновый, - самый массивный из хрящей гортани. Расположен над перстневидным хрящом. Состоит из двух пластинок довольно правильной четырехугольной формы, соединяющихся спереди под углом, открытым кзади. Место соединения пластинок образует выступ, который у мужчин легко прощупывается под кожей (рис. 4.1). <i>Черпаловидный хрящ</i> парный, расположен позади пластинок щитовидного хряща на верхних углах "печатки" перстневидного хряща. По форме его сравнивают с трехсторонней пирамидой, в которой различают верхушку, обращенную вверх, кзади и медиально, и основание, на котором имеется суставная площадка для соединения с перстневидным хрящом (рис. 4.2). От основания вперед отходит длинный тонкий отросток, построенный из эластической ткани. Он называется голосовым отростком, поскольку к нему прикрепляется задний конец голосовой связки и голосовой мышцы. От основания назад отходит еще один отросток, толстый и короткий. Этот отросток называется мышечным, поскольку к нему прикрепляются <i>m. m. cricoarytenoidea posterior et lateralis</i>. На верхушке черпаловидного хряща располагается маленький парный хрящ, имеющий форму крючка - <i>рожковидный или санториниев хрящ</i> (рис. 4.3). Названные хрящи составляют стенки гортани. Причем перстневидный хрящ располагается в основании и образует фундамент, на котором стоят щитовидный и черпаловидный хрящи. Все эти хрящи по своему строению относятся к гиалиновым, за исключением голосовых отростков черпаловидных хрящей - последние эластические. Вход в гортань закрывается непарным эластическим надгортанным хрящом, или <i>надгортанником</i>. По форме его сравнивают с язычком или лепестком.
--	--	---

			Соединение хрящей гортани. Хрящи гортани соединяются между собой, с подъязычной костью, глоткой и трахеей. Самые массивные хрящи - щитовидный и перстневидный - соединены связкой и парным суставом. Перстне-щитовидная или коническая связка натянута между дугой перстневидного хряща и нижним краем щитовидного хряща (рис. 4.4). Она имеет желтоватый цвет за счет большого количества эластических волокон в ее составе. Одноименные суставы образуются с помощью суставных площадок на малых рогах щитовидного хряща и соответствующих им суставных площадок на перстневидном хряще. Черпаловидные хрящи, имеющие в своем основании суставные площадки, соединяются с таковыми на верхних углах печатки перстневидного хряща, образуя парный сустав. Надгортанник укреплен тремя связками: 1 - с щитовидным хрящом - щито-надгортанной связкой, соединяющей ножку надгортанника с внутренней поверхностью <i>prominentia laringis</i>; 2 - с подъязычной костью - подъязычно-надгортанной связкой, соединяющей широкую часть надгортанника с телом подъязычной кости. Мышцы гортани. Мышцы гортани можно разделить на скелетные и собственные. Скелетные мышцы начинаются на скелете (грудина, лопатка, подъязычная кость, нижняя челюсть и т. д.) и прикрепляются к щитовидному хрящу или подъязычной кости. К ним относятся следующие мышцы шеи: грудино-щитовидная, грудино-подъязычная, щито-подъязычная, лопаточно-подъязычная, шило-подъязычная и двубрюшная. Собственные мышцы гортани по расположению делят на наружные и внутренние. Наружной является парная перстне-щитовидная мышца (рис. 4.2), в которой различают прямую часть, представленную медиальными пучками волокон, и косую часть - латеральными пучками волокон.
--	--	--	---

			Внутренние мышцы гортани располагаются в основном на задне-боковой поверхности гортани (рис. 4.5), в составе голосовой и черпалонадгортанных складок. Одна из мышц находится на внутренней поверхности щитовидного хряща и действует на надгортанник, это - щито-надгортанная мышца. На задне-боковой поверхности гортани находятся следующие мышцы: задняя перстне-черпаловидная мышца, латеральная перстне-черпаловидная мышца, поперечная черпаловидная мышца, косая черпаловидная мышца, рожково-перстневидная мышца. В составе голосовой складки располагается щито-черпаловидная мышца. Названные мышцы изменяют натяжение голосовой связки или изменяют ширину голосовой щели. В составе черпало-надгортанной складки имеется одноименная черпало-надгортанная мышца, которая изменяет ширину входа в гортань. Полость гортани. В полости гортани выделяют три отдела: верхний, называемый преддверием гортани, средний - желудочек гортани, и нижний - подголосовая полость (рис. 4.6). На фронтальном сечении полость гортани напоминает форму песочных часов, поскольку ее верхний и нижний отделы расширены, а средний - сужен. Это сужение обусловлено наличием на боковых стенках двух пар складок слизистой оболочки, выступающих в просвет гортани и расположенных одна над другой. Верхняя пара носит название преддверных, или ложных голосовых складок. Нижние складки называются голосовыми или истинными голосовыми складками. Обе складки имеют сагиттальное направление. Преддверием гортани называют часть ее полости, расположенную между входом в гортань и ложными голосовыми складками. Передняя стенка преддверия гортани имеет длину в среднем 4 см, задняя - 1-1,5 см. Вход в гортань - это отверстие, сообщающее полость глотки и гортани. Оно ограничено надгортанником, идущими от него к верхушкам черпаловидных хрящей парными складками слизистой оболочки, называемыми черпало-надгортанными складками и непарной межчерпаловидной складкой. Средняя узкая часть полости гортани включает в себя ложные и истинные голосовые складки, щели между ними и
--	--	--	--

			углубления, называемые морганиевыми желудочками. Благодаря такому устройству сагиттальная щель , ограниченная этими складками и называемая голосовой щелью делится на две неравные части. Передняя, большая их часть, соответствует протяженности голосовых связок и называется межперепончатой. Задняя часть, соответствующая длине голосовых отростков, называется межхрящевой. Кровеносные сосуды гортани. Гортань получает кровь из верхней и нижней гортанных артерий. Верхняя гортанная артерия является ветвью верхней щитовидной артерии, отходящей от наружной сонной артерии. От верхней щитовидной артерии она ответвляется на уровне или чуть выше верхнего края щитовидного хряща и через отверстие в подъязычно-щитовидной мембране вместе с одноименным нервом проникает в стенку гортани, где и разветвляется. Одну из ветвей верхней щитовидной артерии называют средней гортанной артерией. Она анастомозирует по средней линии с одноименной артерией противоположной стороны и посылает ветвь через коническую связку внутрь гортани, где кровоснабжает нижнюю ее часть. Нижняя гортанная артерия является ветвью нижней щитовидной артерии, отходящей от щито-шейного ствола подключичной артерии. Она проходит позади перстне-щитовидного сустава, кровоснабжает заднюю поверхность гортани, анастомозирует с верхней и средней гортанными артериями. Из венозных сплетений гортани кровь оттекает по одноименным венам. Верхняя гортанная вена впадает в верхнюю щитовидную вену, являющуюся притоком внутренней яремной вены. Нижняя гортанная вена впадает в нижнюю щитовидную вену, являющуюся притоком плечеголовной вены. Иннервация гортани. Иннервация гортани осуществляется верхним и нижнем гортанными нервами. Оба являются ветвями блуждающего нерва. Верхний гортанный нерв отходит от блуждающего нерва очень высоко (у основания черепа), спускается вниз медиально, идя позади наружной и внутренней сонных артерий. Нижний гортанный нерв отходит не от самого
--	--	--	---

			ствола блуждающего нерва, а является конечным отрезком его крупной ветви - возвратного гортанного нерва. Левый и правый возвратные гортанные нервы лежат между трахеей и пищеводом. От уровня нижнего края перстневидного хряща они носят название нижних гортанных нервов. Последние отходят от блуждающего нерва слева на уровне дуги аорты, справа от подключичной артерии, огибая их. Нижние гортанные нервы иннервируют слизистую оболочку ниже голосовой щели и все мышцы гортани, за исключением перстне-щитовидной. Оба гортанных нерва имеют связи с симпатическими нервами верхнего шейного узла симпатического ствола, что обеспечивает секреторную иннервацию и сосудосуживающий эффект.
2	ПК 1, ПК-2 ПК-3	Певческий голос	Голосообразовательная функция свойственна не только гортани человека, но и гортани животных. У человека она приобретает особое значение, так как непосредственно связана с речевой функцией. Речь же является важнейшим достижением в процессе филогенеза, коренным образом отличающим человека от животных и дающим человеку возможность властвовать над природой, делаящим его существом социальным. Для образования звука голосовая щель должна быть закрыта. Под напором воздуха из трахеи, бронхов и легких она открывается лишь на очень короткое время. При этом прорывается струя воздуха и столб его вибрирует над голосовыми связками. Одновременно происходит вибрация и самих связок. Они совершают колебательные движения в поперечном направлении, кнутри и кнаружи, перпендикулярно к струе выдыхаемого воздуха. Работу голосовых связок при этом уподобляют органной трубе с пружинными язычками. Под действием пружин язычки плотно прижимаются друг к другу. Скопившийся воздух давит на язычки и, преодолевая сопротивление пружин, раздвигает их в стороны. При этом часть воздуха прорывается через щель наружу, давление в нижней части трубы падает, и язычки смыкаются (рис. 192). Так обстоит дело при грудном голосе, или, как говорят, при грудном регистре. Название это происходит оттого, что при этом имеет место сильное

			дрожание передней грудной стенки, хорошо ощутимое рукой. В противоположность этому при фальцете между голосовыми связками имеется просвет, и колебания их происходят почти в направлении тока воздуха. Полного прерывания тока воздуха при этом не получается, а происходит лишь ослабление и усиление его. В то время как при грудном регистре связки напряжены и утолщены, при фальцете они представляются плоскими и сильно растянутыми. При грудном звуке колебания происходят во всю ширину связки, при фальцете колеблются лишь свободные края голосовых связок. При фальцете щель, образованная краями связок, а, следовательно, и длина вибрирующей части их, укорочена. Поэтому при фальцете звук бывает высоким. Он не такой сильный и приятный, как при грудном регистре (С. Н. Ржевкин). При шепоте голосовые связки смыкаются не на всем протяжении; в заднем отделе их остается щель, во время прохождения через которую струи выдыхаемого воздуха возникает шум, называемый шепотным голосом. Закрытие голосовой щели происходит благодаря сложной работе мышц. В ней принимают участие не только суживатели, но и расширители голосовой щели, создавая опору для черпаловидных хрящей. Боковые перстне-черпаловидные, поперечная и косые межчерпаловидные мышцы сближают голосовые связки, передняя перстне-щитовидная натягивает их, щито-черпаловидная (внутренняя) голосовая делает их толще и короче. Волокна во внутренней голосовой мышце располагаются в различных направлениях: вдоль, поперек и вкось. Благодаря этому при фонации возможно сокращение не всей мышцы, а только части ее. В противоположность дыхательной и защитной функциям голосообразовательная функция обслуживается главным образом третьей рефлексогенной зоной, по М. С. Грачевой, и связана с выдыханием воздуха.
--	--	--	---

			Если дыхательная и защитная функции могут быть произвольными и произвольными (полупроизвольными), то голосообразование подчинено нашей воле, нашему сознанию. Афферентные импульсы от рецепторных образований в мышцах, сухожилиях и связках гортани передаются в кору головного мозга, откуда по эфферентным нервным волокнам и осуществляется тонкое управление мышцами гортани. Кортикальные импульсы, помимо регуляторной, могут играть и пусковую роль. Наряду с этим возможно и безусловно рефлекторное проявление голосовых реакций, например при болевых воздействиях, что свидетельствует о наличии субкортикальных центров голосовой реакции. Эти центры также подчинены коре головного мозга, которая может тормозить проявление этих реакций. В звуке различают высоту, силу и тембр. Высота звука зависит от частоты периодических колебаний голосовых связок, а частота колебания связок, в свою очередь, связана с их длиной. Поэтому по мере роста гортани меняется и голос. В периоде полового созревания, между 12 и 16 годами, когда наблюдается усиленный рост гортани, происходит изменение, мутация голоса: он становится более низким. У мальчиков голос из дисканта или альты переходит в тенор, баритон или бас, а у девочек — в сопрано или контральто. На высоту голоса влияет также степень напряжения и внутренняя упругость голосовых связок и положение надгортанника. Когда он сильно опущен, голос становится низким, а если поднят — голос делается высоким. Сила голоса зависит от силы выдыхания. По теории Л. Д. Работнова, в процессе выдоха играет большую роль сокращение мускулатуры бронхов. Особенно большое значение Л. Д. Работнов придает роли мускулатуры бронхов при пении. Он считает, что только благодаря работе мышц бронхов может быть обеспечена плавность выдоха.
--	--	--	--

			Окраску и тембр звук приобретает в результате присоединения к основному тону обертонов в надставной трубке, к которой относятся полости рта, глотки, носа и его придаточных пазух. Тембр голоса зависит от пола, возраста и индивидуальных особенностей устройства голосового и речевого аппарата.
3	ПК 1, ПК-2 ПК-3	Методики фониатрического исследования гортани. Стробоскопия, рентгенография гортани, томография гортани, рентгенокинематография, электромиография	При заболеваниях гортани наиболее часто предъявляются жалобы на нарушение голосообразовательной функции (дисфонию). Изменения голоса могут проявляться в слабости его, огрубении, осиплости или хрипоте и даже в полной афонии. Имеет значение не только степень хрипоты, но и продолжительность ее, внезапность наступления или постепенное развитие ее. Хрипота может носить постоянный или периодический характер. У одних больных она бывает выражена больше сутра, у других — в середине или в конце дня. Все эти особенности могут указывать на характер заболевания, и их следует учитывать при расспросе больного. Помимо хрипоты у больных могут быть жалобы на кашель, выделение большого количества мокроты или, наоборот, на чувство сухости и другие неприятные ощущения в гортани. Такие жалобы предъявляются не только при заболеваниях гортани, но и в случаях патологических процессов в глотке, в трахее, бронхах и легких. Боли в гортани могут быть самопроизвольными, возникать при ощупывании и надавливании на гортань снаружи и при смещениях ее скелета в стороны, но чаще они сопровождают глотание. Глотание бывает особенно болезненным при язвах или перихондрите тех частей гортани, с которыми соприкасается пищевой комок, прежде чем попасть в пищевод. Такими частями являются надгортанник, черпало-надгортанные складки и черпаловидные хрящи. Язвы на истинных голосовых связках болями обычно не сопровождаются. Точно локализованные боли у

			верхненаружного края щитовидного хряща характерны для невралгии верхнего гортанного нерва. Через ушную ветвь блуждающего нерва боли из гортани иногда иррадиируют в ухо. Наконец, боли в области гортани ощущаются при воспалительных процессах в соседних органах, например при воспалении лимфатических узлов; при флегмонах шеи, заболеваниях шейного отдела позвоночника. Кровохарканье и кровотечение из гортани, если исключить травмы, бывают редко и обычно продолжаются один-два дня. Большая длительность кровотечения при отсутствии в гортани грубых анатомических нарушений является серьезным симптомом, заставляющим думать о туберкулезном процессе при злокачественном новообразовании бронхов и легких. Кровотечения в гортани могут быть не только наружными, но и внутритканевыми при геморрагическом ларингите или резком перенапряжении голоса. Поперхивание и попадание пищи в гортань может иметь место в случаях расстройства иннервации и резко выраженных инфильтративных процессов, захватывающих и хрящевой скелет. Зловоние из гортани бывает при распадающихся опухолях. Наиболее грозным симптомом является затруднение дыхания. Оно сопровождается целым рядом других явлений, о чем будет подробно сказано в главе о стенозах гортани и трахеи. Здесь нужно лишь заметить, что для гортанно-трахеальной одышки характерно наличие стридора, т. е. шума при дыхании. При расспросе больного необходимо учитывать его профессию, перенесенные заболевания, возможные профвредности (пыль, газы), а у педагогов, ораторов и певцов — голосовую нагрузку. Важно также знать, не злоупотребляет ли больной алкоголем и курением табака. За расспросом должен следовать наружный осмотр области гортани и
--	--	--	---

			ощупывание ее. Изменение цвета кожных покровов, уплотнение тканей, нарушение целости их, припухлость, изменение конфигурации гортани могут оказаться очень ценными для постановки диагноза. При наличии ран и свищей допустимо зондирование, однако в свежих случаях оно должно производиться с осторожностью. Исследованию полости гортани обязательно должно предшествовать тщательное исследование носа и глотки. Внутренний осмотр гортани — ларингоскопия — подразделяется на непрямую и прямую. Прямая ларингоскопия (ортоскопия, директоскопия) применяется в тех случаях, когда зеркальный осмотр гортани почему-либо невозможен (у маленьких детей) или недостаточен. Ею пользуются для биопсии и удаления доброкачественных опухолей. С недавних пор прямая ларингоскопия почти полностью заменяет кровавые вмешательства при инородных телах трахеи и бронхов. Наконец, она используется для проведения бронхоскопических трубок. Это исследование, за исключением экстренных случаев (инородные тела), делается натошак. Ему обязательно предшествует тщательный осмотр полости рта и глотки, выявление расшатанных больных зубов. Персонал, помогающий во время прямой ларингоскопии, должен быть хорошо обучен. У маленьких детей никакой анестезии не требуется, у взрослых производится местная анестезия. Для того, чтобы увидеть гортань в прямом изображении, необходимо выпрямить угол, образуемый осью рта и осью дыхательного горла. Это достигается путем изменения положения (запрокидывания) головы исследуемого и оттягивания гортани кпереди. Наиболее употребительными являются аппараты отечественных авторов: шпатель С. А. Тихомирова, ортоскоп Д. И. Зимонта и универсальный директоскоп В. Ф. Ундрица. Описание этих аппаратов и пользование ими при-
--	--	--	---

			водится ниже в изложении авторов. В шпателе С. А. Тихомирова (рис. 195) различаются две части: ручка и собственно шпатель. Они соединяются под прямым углом. Шпатель желобообразной формы, имеет боковой прорез: конец шпателя несколько закруглен. Сверху к шпателю прикреплена пластинка, опирающаяся при ларингоскопии на верхние зубы больного. Она плоская и снабжена рифлением для устранения соскальзывания вбок и выталкивания шпателя наружу. В наборе имеется два шпателя: для детей раннего возраста и для подростков и взрослых. Отличаются они один от другого тем, что во втором пластинка подвижная и может удлиняться в зависимости от надобности. Для освещения, как и при ортоскопии, пользуются лобным рефлектором. Шпатель С. А. Тихомирова с успехом можно вставить в бронхоскопическую ручку Брюнинга. Техника введения инструмента сводится к следующему. Больной укладывается на стол без подушки так, чтобы голова его находилась у самого края стола, но не свешивалась за край. Помощник слегка вытягивает шею больного и немного запрокидывает голову назад. Оператор становится у изголовья больного и вводит шпатель в глотку, скользя концом его по спинке языка. Роторасширителя не требуется, нет нужды также и в вытягивании языка. Когда конец шпателя будет проведен за корень, в просвете шпателя появится надгортанник — это первый момент ларингоскопии. Второй момент — фиксация и подъем надгортанника. С этой целью необходимо концом шпателя оттеснить надгортанник кпереди, но не продвигая глубоко шпателя, так как в противном случае конец его попадет за черпаловидные хрящи в устье пищевода и осмотр гортани не удастся. Только после того, как открыта будет гортань, следует продвинуть, если это нужно, шпатель глубже, все время осматривая опознавательные пункты (черпаловидные хрящи, связки и т. п.). В первый момент у больного обычно появляются спазмы голосовой щели, скоро, однако, проходящие и не требующие удаления шпателя. Ортоскоп Д. И. Зимонта (рис. 196) состоит из ручки, соединенной со
--	--	--	--

			специальной станиной, в которой при помощи шестерни передвигается желобообразный шпатель длиной 15 см. Винт служит для фиксирования шпателя в желаемом направлении. На расстоянии 2 см от шпателя укреплен овальная пластинка, являющаяся при исследовании опорой для верхних резцов. Добавочный рычаг, вставляемый в специальное гнездо ручки инструмента, позволяет передать его помощнику, и, таким образом, обе руки для исследования освобождаются. Благодаря этому приспособлению ортоскоп приобретает свойства аппарата для опорной ларингоскопии. Врач садится у изголовья больного. Ассистент стоит справа. Больной лежит на спине, голова его лишь слегка свешивается за край стола и поддерживается помощником, который сидит на маленькой скамеечке рядом с производящим исследование врачом. Маленьких детей при этом завертывают в простыню. Врач берет ортоскоп в правую руку, держа его за ручку, и при всех дальнейших манипуляциях пользуется этой рукой. При введении ортоскопа в рот шпатель его не должен выступать более чем на 2—3 см, а рычаг вынут. Как только конец шпателя достигнет спинки языка и пластинка аппарата будет установлена против резцов верхней челюсти, необходимо постепенно оттянуть на себя ручку ортоскопа, придавая ей вертикальное положение. Вслед за этим при помощи шестерни правой рукой начинают постепенно продвигать шпатель. Когда он минует корень языка, в поле зрения появляется надгортанник. При дальнейшем поворачивании винта шестерни конец шпателя заходит за гортанную поверхность надгортанника, для чего обычно приходится ручку ортоскопа несколько отклонять в сторону груди больного. Это движение, ослабляя давление шпателя на корень языка, облегчает его продвижение вглубь. По мере отодвигания надгортанника и корня языка кверху перед глазом исследователя последовательно появляются черпаловидные хрящи, задняя стенка гортани, голосовые связки и, наконец, передняя комиссура. При таком положении ортоскопа видны также подсвязочное пространство и трахея.
--	--	--	--

			Как только ортоскоп устанавливают надлежащим образом, в гнездо, находящееся на дистальном конце ручки, вставляют рычаг и передают его ассистенту. Последний, приподнимая рычаг с известной силой, фиксирует весь аппарат в установленном положении или меняет его по указанию оперирующего путем опускания и поднимания. Таким путем обе руки хирурга оказываются совершенно свободными. В случае обследования области передней комиссуры требуется максимальное поднятие рычага кверху. Чтобы при этом ослабить давление на зубы, ассистент должен при умеренном поднимании дистального конца рычага второй рукой произвести более значительное давление снизу вверх в области его проксимального конца. В результате получается движение шпателя, как будто бы поднимающего больного за подъязычную кость кверху. По окончании исследования или вмешательства необходимо предварительно удалить рычаг и только после этого извлечь из рта больного ортоскоп. В. Ф. Ундрицем сконструирован универсальный директоскоп (рис. 197) с тремя съемными шпателями — для детей, для взрослых, для интра-трахеального наркоза и для интубации под контролем зрения. Шпатели вставляются в массивную ручку. Дистальный конец шпателя освещается лампочкой. Энергия получается либо от сухих батарей, помещающихся внутри ручки директоскопа, либо от городской сети через обычный трансформатор. Допускается также освещение лобным рефлектором. В шпателе В. Ф. Ундрица боковой разрез сделан более широким, чем в шпателе С. А. Тихомирова. Это позволяет производить все манипуляции не только в гортани, но и в трахее и бронхах, так как через директоскоп можно ввести бронхоскопические трубки из набора Джексона или Брюнинга. Больной обычно находится в лежащем положении на спине. Под плечи ребенка подкладывается рука ассистента. Голова находится у края сто-
--	--	--	--

			ла и запрокинута назад так, что подбородок, передняя поверхность шеи и груди представляют собой прямую линию. В таком положении голова фиксируется помощниками. У взрослых иногда удобнее приподнять немного голову над плоскостью стола. Если необходимо введение бронхоскопа, то в дальнейшем при работе в глубине бронха голова больного свешивается вниз за край стола. Директоскоп удерживают левой рукой и вводят через левую сторону ротового отверстия. Когда клюв достигнет корня языка, аппарат переводится в строго срединную плоскость, и при легком нажимании на корень языка в поле зрения попадает край надгортанника. Последний подхватывается клювом ларингоскопа, и инструмент продвигается несколько глубже. При все более сильном надавливании на корень языка делаются видными черпаловидные хрящи, а затем и полость гортани. Шпатели для прямой ларингоскопии М. П. Мезрина входят в бронхоскопический набор автора. Их всего три, они имеют форму укороченной трубки с овальным просветом. На двух шпателях есть боковые прорезы: у одного справа, у другого слева. Освещение проксимальное из ручки аппарата. Исследование можно производить в различных положениях больного. Для ларингоскопии в положении больного на спине имеется дополнительный держатель, позволяющий, как и в ортоскопе Д. И. Зимонта, превращать шпатель в прибор для подвесной ларингоскопии. Для прямого осмотра гортани можно воспользоваться универсальным ларингоскопом, предназначенным для интубации при интратрахеальном наркозе, который выпускается заводом «Красногвардеец». В этом ларингоскопе имеются шесть сменных клинков или шпателей для детей, подростков и взрослых. Три клинка прямые и три изогнутые (соответственно рельефу верхней поверхности языка), прямой клинок желобообразный, в изогнутом желоба нет. В рукоятке ларингоскопа имеется
--	--	--	--

			электрическая батарейка; он может быть включен и в городскую сеть через понижающий трансформатор. Вводят этот ларингоскоп так же, как и директоскоп В. Ф. Ундрица. Успех проведения прямой ларингоскопии зависит от четкого выполнения всех методических указаний. Чрезмерная поспешность, стремительность в проведении шпателя нередко являются причиной ошибок и неудач. Необходимо строго придерживаться средней линии тела, так как отклонение инструмента в сторону может повести к потере ориентировки. Слишком глубокое продвижение конца шпателя может вызвать остановку дыхания. При быстром введении ортоскопа Зимонта без контроля зрения начинающие исследователи могут поранить заднюю стенку глотки. Любым инструментом может быть поврежден грушевидный синус. Нередким осложнением, особенно у детей, при прямой ларингоскопии, производимой начинающим врачом, является повреждение передних зубов больного. Это происходит в результате перемещения введенного в рот шпателя в сагиттальной плоскости. Поэтому нельзя допускать таких перемещений; разрешаются лишь наклоны к себе и от себя. Наконец, в результате длительного и грубого исследования может развиваться значительный отек гортани, заставляющий производить даже трахеотомию. Отек может возникнуть очень быстро или спустя некоторое время. Поэтому прямая ларингоскопия должна производиться, как правило, в специальной комнате или в перевязочной при стационаре, и за больным должно быть установлено тщательное наблюдение в течение нескольких часов. Лишь в тех случаях, когда исследование было очень кратким, например, при удалении инородного тела из трахеи, больного можно отпустить из учреждения и раньше. Противопоказания для прямой ларингоскопии такие же, как и для трахео-бронхоскопии. Нельзя делать прямое исследование при резком стенозе гортани. В этом случае правильным будет сначала сделать операцию — трахеотомию.
--	--	--	--

4	ПК 1, ПК 2 ПК-3	Патология голоса. Функциональная фонастения, узелки певцов, вазомоторный монохордит	Хроническое воспаление слизистой оболочки гортани возникает под влиянием тех же причин, в результате которых развивается острое воспаление, но медленно и длительно действующих. Известное значение имеют неблагоприятные бытовые, профессиональные, а также конституциональные факторы, например неполноценное носовое дыхание. Не остаются без влияния хронические заболевания сердечно-сосудистой системы, которые могут быть причиной застоя крови и лимфы. В результате длительного действия перечисленных факторов нарушается трофика тканей, изменяется их реактивность, развивается дистрофический процесс. В зависимости от глубины этого процесса хронические ларингиты делят на <i>катаральные, гиперпластические и атрофические</i>. При катаральных ларингитах на первый план выступают расстройства местного кровообращения и изменения со стороны покровного эпителия. Эпителий метаплазируется из цилиндрического в плоский, разрыхляется и слущивается. В подэпителиальном слое отмечается круглоклеточная инфильтрация. Патогистологическая сущность гиперпластического ларингита характеризуется разрастанием соединительной ткани за счет организации экссудата, что ведет к припуханию тканей гортани. При атрофических ларингитах имеют место более глубокие изменения, выражающиеся, помимо метаплазии эпителия, в гиализации соединительной ткани по преимуществу в стенках вен. В железах также наблюдаются патологические процессы — вплоть до жирового перерождения и распада. Симптоматика хронических катаров гортани (и глотки) довольно скудная и во многом сходная. При них бывает повышенная утомляемость голоса, хрипота или сипота, покашливание, усиленное выделение мокроты. Хрипота или сипота выражены меньше, чем при остром катаре; голос может быть охарактеризован как грубый, низкий, слабый, не совсем звучный и т. д. При обострениях хронического ларингита эти яв-

			ления усиливаются. Объективная картина складывается из изменения окраски слизистой оболочки при катаральных ларингитах: при гиперпластических — она утолщена, а при атрофических ларингитах слизистая оболочка истончается, становится сухой, покрытой корками. Изменение цвета при хроническом ларингите более всего заметно на истинных голосовых связках: они становятся розовыми, сероватыми, как бы грязными. Обычно связки при этом и утолщены, свободный край их несколько закруглен, при фонации нельзя видеть такого напряжения связок, какое бывает в норме. Здесь, таким образом, уже налицо элементы гиперплазии. При более выраженных изменениях говорят о гиперпластическом ларингите. Гиперплазия может захватывать всю гортань или только отдельные участки ее, почему и различают различные и ограниченные гиперпластические ларингиты. При первых истинные голосовые связки иногда не только утолщены, но и прикрыты инфильтрированными ложными, которые при фонации могут соприкасаться друг с другом. Голос при этом отличается грубым тембром и называется ложносвязочным. Для ограниченных гиперпластических ларингитов характерны выросты на фоне порою очень мало или почти совсем неизменной остальной слизистой оболочки. Различают несколько форм их: <i>1. Узелки певцов (noduli laryngis).</i> Они возникают в результате повышенной работы истинных голосовых связок, особенно при неумеренном и неправильном пользовании голосом. Называется эта форма ларингита так потому, что чаще встречается у певцов, однако ее можно наблюдать и у маленьких детей, которые много кричат. По гистологическому строению эти узелки представляют собой разрастание плоского эпителия и соединительной ткани. Их позволительно сравнить с мозолями на руках. Ларингоскопически определяются на обеих истинных
--	--	--	---

			голосовых связках, точнее — на границе передней и средней трети их, два симметрично расположенных узелка величиною с булавочную головку или несколько больше (рис. 201). При фонации голосовая щель замыкается неполностью. 2. <i>Пахидермии гортани</i> представляют собою такие формы гиперпластических ларингитов, при которых образуются ограниченные выросты в виде узлов или бугров, чаще всего в задних отделах истинных голосовых связок или в межчерпаловидном пространстве. Поверхность этих выростов не всегда гладкая, она может быть шероховатой (рис. 202). 3. <i>Подсвязочный ларингит</i>. Эндоскопическая картина при нем такая же, как и при ложном крупе, но менее выраженная. Клиническое течение без приступов удушья. 4. <i>Выпадение морганиева желудочка</i>. В этих случаях слизистая оболочка, выстилающая морганиев желудочек, т. е. щель между истинными и ложными голосовыми связками, гиперплазируясь, как бы не уменьшается в этой щели, выступает из нее, частично прикрывая истинные голосовые связки. Ограниченные формы гиперпластических ларингитов необходимо отличать от специфических инфекционных гранулем, а также от новообразований. Не останавливаясь на этом подробно, следует подчеркнуть, что для отличия пахидермии от туберкулезных инфильтратов в межчерпаловидном пространстве имеет значение строго срединное расположение первых и асимметричное расположение вторых. В случаях атрофического ларингита, как уже упоминалось, слизистая оболочка тонкая, бледная, сухая, покрыта вязкой слизью, засыхающей в корки. Корки часто бывают видны и в трахее. Больного беспокоит постоянная сухость в горле, ощущение присутствия постороннего предмета, постоянное желание откашляться, временами полная потеря голо-
--	--	--	--

			са и даже удушье. Эти явления усугубляются наличием атрофического ринофарингита. При лечении больных хроническим ларингитом надо позаботиться об устранении вредных моментов, к каким относятся погрешности в диете, курение и неумеренное употребление алкоголя, перенапряжение голоса. Так как хронические ларингиты могут быть обусловлены патологией в полости носа и глотки, следует провести необходимое лечение, обеспечив, в частности, свободное носовое дыхание. Нужно установить, нет ли заболеваний бронхов и легких, обуславливающих кашель, постоянно раздражающий гортань. Следует учитывать возможность венозного застоя как одного из признаков заболевания сердца. Из лекарственных веществ назначаются разжижающие слизь и отхаркивающие средства. Очень полезны щелочные и масляные ингаляции. Можно воспользоваться минеральной водой боржоми, эссенцуки №17, вазелиновым, персиковым или эвкалиптовым маслом. С целью улучшения местного кровообращения применяются физические методы лечения в виде прогревания лампой соллюкс, диатермии, УВЧ. Методика применения этих процедур следующая: а) лампой соллюкс проводится облучение переднего отдела шеи на расстоянии 20—25 см. Длительность сеанса — 15—20 мин ежедневно или через день; общее число сеансов — 10—20; б) при диатермии в качестве электродов применяются тонкие пластинки из станиоля, располагаемые на передней поверхности шеи, а индифферентный электрод — на задней поверхности шеи. Продолжительность сеанса — 15—20 мин; общее число сеансов — 5—25; в) при применении УВЧ электроды ставят по обеим сторонам гортани. Продолжительность каждого сеанса — 15—20 мин. Общее количество
--	--	--	---

			сеансов — 10—15. Больным с длительно текущими ларингитами показано пребывание на морских или бальнеологических курортах. При ограниченных гиперпластических ларингитах, не уступающих перечисленным методам лечения, предпринимаются оперативные вмешательства, подобные таковым при доброкачественных новообразованиях. В исключительных случаях приходится ставить вопрос о перемене профессии. В профилактике ларингитов важное значение придается правильному физическому воспитанию, закаливанию организма, санации верхних дыхательных путей и рациональному голосовому режиму.
5	ПК 1 ПК -2 ПК -3	Лечение функциональных, органических и воспалительных заболеваний голосового аппарата	Острое воспаление слизистой оболочки гортани часто бывает одним из проявлений катара верхних дыхательных путей. При рините или фарингите слизистая оболочка гортани в той или иной степени вовлекается в болезненный процесс. Об остром катаре гортани как самостоятельном заболевании говорят лишь при преимущественной локализации воспаления в этом органе. В этиопатогенезе и патолого-морфологических изменениях при катарах разных отрезков верхних дыхательных путей имеется много общего. Поэтому здесь нет необходимости подробно останавливаться на этих вопросах, а следует лишь подчеркнуть некоторые моменты, являющиеся специфическими для гортани. Помимо простуды и инфекции, влияния пыли и газов в возникновении острых катаров играют большую роль погрешности в диете, очень холодное и горячее питье, неумеренное курение и употребление алкоголя и, особенно, неправильное пользование голосом. Перенапряжение голосового аппарата при сильном крике и длительном разговоре в неблагоприятной обстановке (пыль,

			холод), неумелая постановка голоса при обучении пению могут обусловить развитие ларингита. Подмечено, что острые катары гортани часто возникают в период полового созревания, когда происходит мутация голоса. В возникновении ларингитов известную роль играют заболевания нижерасположенных дыхательных органов (трахеит, бронхит, пневмония, плеврит), сопровождающиеся кашлем, раздражающим гортань. Острые ларингиты могут быть симптомом таких общих инфекционных болезней, как грипп, корь, скарлатина. Наконец, острый ларингит нередко представляет собою обострение хронического катара гортани. Патоморфологические изменения сводятся к гиперемии, мелко клеточной инфильтрации и серозному пропитыванию слизистой оболочки. Эти изменения распространяются не только на подслизистый слой, но и на мышцы гортани. Могут иметь место и подэпителиальные кровоизлияния. Иногда при отторжении эпителия появляются небольшие эрозии. Вследствие изменения секреции слизистых желез меняется и влажность слизистой оболочки. В зависимости от стадии ларингита она то суха, блестяща, то на ней имеется большое количество жидкой или вязкой мокроты, засыхающей в виде корок. Общие явления, в частности повышение температуры, при острых ларингитах, как правило, отсутствуют. Местные симптомы характеризуются в первую очередь нарушением голосообразовательной функции. Нарушение голосообразования наступает то сразу, то развивается в течение нескольких часов или дней и достигает различных степеней, вплоть до полной афонии (безгласия). Наряду с этим, а иногда еще до появления хрипоты больного беспокоит чувство саднения, заложенности, щекотания в горле, а также кашель. Кашель, вначале сухой, в дальнейшем сопровождается отхаркиванием мокроты. Иногда он бывает сильным, мучительным, лишает больного сна. Боли при остром ларингите отсутствуют или бывают незначительными, да и то лишь у очень
--	--	--	--

			чувствительных лиц. При осмотре гортани у больного острым ларингитом можно отметить прежде всего гиперемию истинных голосовых связок. Воспалительный процесс не ограничивается ими, а захватывает слизистую оболочку всей гортани, но изменение цвета заметнее на истинных голосовых связках, потому что в норме они белые. Интенсивность окраски бывает различной — от светло-розовой до темно-красной. Вследствие воспалительной инфильтрации слизистая оболочка припухает, истинные голосовые связки утолщаются, появляется припухлость в межчерпаловидном пространстве. Это обстоятельство, а также наличие мокроты на связках обуславливают неплотное замыкание голосовой щели, чем и объясняется хрипота. Несмыкание голосовых связок может быть обусловлено и воспалительным парезом внутренних мышц гортани. Ларингоскопическая картина при этом бывает разной, но чаще при фонации между голосовыми связками остается небольшая овальная щель, что указывает на парез голосовых мышц, заложенных в толще истинных связок. Иногда можно видеть кровоизлияния в слизистую оболочку. Такой ларингит называют геморрагическим. Эта форма характерна для гриппа. Продолжительность острого ларингита, если больной соблюдает назначенный режим, обычно не превышает одной-полутора недель. По прошествии этого срока голос восстанавливается. Если же хрипота затягивается, то следует подумать о более тяжелом, иногда специфическом заболевании гортани. Особую форму острого ларингита представляет подсвязочный ларингит (laryngitis subchordalis), больше известный под именем ложного крупа. В некоторых случаях он осложняет общие инфекционные заболевания
--	--	--	--

			(например, корь, скарлатину). Как показывает название, воспалительный процесс при этой форме локализуется в подсвязочном пространстве. Появление утолщений в подсвязочном пространстве объясняется особым строением слизистой оболочки в этой области: она, поднимаясь вверх от края перстневидного хряща, не прилегает плотно к эластическому конусу и не следует за кривизной стенки гортани, а направляется прямо к краю истинной связки, отчего между слизистой и эластическим слоем образуется треугольное (на фронтальном разрезе) пространство, заполненное рыхлой клетчаткой, которая легко отекает. Особенно много рыхлой клетчатки у маленьких детей, что делает понятным наиболее частое возникновение этого заболевания в возрасте до пяти лет. При горизонтальном положении ребенка на спине, вследствие притока крови, отек увеличивается. Если к этому добавить скопление мокроты в гортани, то станет понятным ухудшение состояния больного по ночам. Присоединяющийся в этих условиях ларингоспазм может создать угрозу для жизни. При ларингоскопии под истинными голосовыми связками и параллельно им видны розовые валики. Области голосовой щели представляется как бы трехэтажной: к двум этажам в норме — розовым ложным голосовым связкам и белым истинным голосовым связкам — добавляется третий розовый этаж — припухлость слизистой оболочки подсвязочного пространства (рис. 198). Таким образом, ларингоскопическая картина при подсвязочном ларингите, как видно на рисунке, довольно характерна, и диагностика его нетрудна. Однако осмотреть гортань с помощью зеркала, т. е. воспользоваться непрямой ларингоскопией, часто не удастся, так как перед врачом маленький ребенок. При этом необходимо прибегнуть к прямой ларингоскопии. В тех же случаях, когда обстановка не позволяет это сделать, приходится ставить диагноз без осмот-
--	--	--	--

		ра гортани. Это ответственная задача! Термин «ложный круп» указывает на то, что это заболевание противопоставляется истинному крупу, т. е. дифтерии гортани. Это в свою очередь означает, что в проявлении этих двух заболеваний имеется много сходного. При дифтерии промедление с впрыскиванием специфической сыворотки приводит к гибели больного. Отсюда ясно, насколько важно поставить правильный диагноз, используя для дифференцирования между ложным крупом (подсвязочным ларингитом) и истинным крупом (дифтерией гортани) ряд признаков. В первую очередь нужно указать на приступообразность течения ложного крупа. Днем у ребенка замечают лишь небольшой насморк, ребенок весел, играет, а ночью внезапно просыпается весь в поту, мечется в страхе, ловит ртом воздух, шумно дышит, синеет. Через некоторое время больной успокаивается и засыпает. Приступ может повториться в эту или следующую ночь. При дифтерии ухудшение общего состояния и развитие стеноза происходит постепенно. Второе важное различие — при ложном крупе голос остается чистым, при дифтерии голос хриплый. Далее, при ложном крупе кашель лающего характера, что объясняют вибрацией подсвязочного пространства (В. И. Воячек). При дифтерии кашля может не быть, во всяком случае он не лающий. Наличие значительно увеличенных лимфатических шейных узлов говорит в пользу дифтерии. Помогает дифференцированию наличие или отсутствие дифтерии зева. Иногда, осматривая зев, при сильном отдавлении языка можно бывает видеть дифтерийные пленки на надгортаннике и взять мазок для бактериологического исследования. Необходимо учитывать и эпидемиологические данные. Если в детском саду, в квартире ребенка или у соседей были случаи дифтерии, то правильно будет
--	--	--

			считать, что и в данном случае имеет место дифтерия гортани. Если, несмотря на тщательное обследование, диагноз остается неясным, вопрос решают в пользу дифтерии и вводят противодифтерийную сы- воротку. <i>Лечение.</i> Постельное содержание больного требуется в тех случаях, ко- гда ларингит является симптомом сильно выраженного катара дыха- тельных путей с повышением температуры, общим недомоганием, раз- битостью, головной болью. При отсутствии общих явлений в освобож- дении от работы нуждаются только больные {педагоги, актеры, певцы, лекторы), голосовой аппарат у которых является рабочим органом. Больному острым ларингитом следует рекомендовать молчание, в слу- чае необходимости он может пользоваться тихой разговорной речью. При простудных катарах, которые возникают рефлекторным путем вследствие нарушения местного кровообращения, весьма рационально использование отвлекающих процедур в виде горячих ножных ванн (42—45°) по 20—30 мин, согревающих компрессов или горчичников на шею. Последние размером 1×55 см накладываются немного выше гор- тани — до угла нижней челюсти — на 10—15 мин. Затем влажной ва- той смываются остатки горчицы и накладывается теплая повязка. Через 24 ч можно снова применить горчичник. Хорошее действие оказывает прием внутрь аспирина или салицилового натрия. Важны также диети- ческие предписания: запрещение раздражающей пищи, пряностей, упо- требления алкоголя. Курение должно быть оставлено или резко ограни- чено. При кашле уместно применение наркотических средств — кодеина или дионина. Для разжижения мокроты полезен прием внутрь отхаркиваю- щих средств. Способствуют отхаркиванию слизи также ингаляции ще- лочей, например раствор столовой соды. Полезны пульверизации горла раствором пенициллина (200 тысяч ЕД антибиотика на 15 мл физиоло-
--	--	--	--

			гического раствора поваренной соли). При ларингитах инфекционного происхождения назначаются не только ингаляции, но и внутримышечные инъекции пенициллина. Полосканий глотки и смазываний гортани следует избегать, так как они лишают гортань необходимого покоя. Иногда при необходимости быстро, хотя бы на время, вернуть чистый голос певцу можно вливать в гортань с помощью шприца несколько капель раствора адреналина 1 : 1000 или 1% эфедрина. Приступ ложного крупа можно ослабить, если освежить и увлажнить воздух в комнате, где находится ребенок. Для этого следует развесить мокрые простыни или сделать теплое влажное обертывание ребенка. Полезны также питье теплого молока или боржоми, ножная или общая ванна. Приступ удушья можно оборвать, если вызвать глоточный рефлекс прикосновением шпателя к задней стенке глотки или чихание — щекотанием в носу. Нужно постараться успокоить ребенка, что лучше всего может сделать мать. В исключительных случаях не удастся обойтись без трахеотомии. Интубация в этих случаях противопоказана, так как следствием ее может быть подсвязочный некроз. В промежутках между приступами проводится лечение острого катара верхних дыхательных путей. Если ложный круп повторяется, нужно установить и устранить способствующие этому моменты. В этиологии заболевания, несомненно, играет роль какой-то аллерген. Известное значение придают обилию мучных веществ в пище ребенка; уменьшение их или замена молочно-растительными продуктами оказывают свое положительное влияние.
--	--	--	---

5.2 Разделы дисциплины, виды учебной деятельности и формы текущего контроля

№	№ семестра	Наименование раздела дисциплины	Виды деятельности (в часах)					Формы текущего контроля успеваемости
			Л	ЛР	ПЗ	СРО	всего	
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	2	Основные понятия фониатрии Структурные особенности гортани, иннервация	2	Не предусмотрено	4	6	12	Тесты Задачи Контрольные вопросы
2	2	Певческий голос	4	Не предусмотрено	6	6	16	Тесты Задачи Контрольные вопросы
3	2	Методики фониатрического исследования гортани. Стробоскопия, рентгенография гортани, томография гортани, рентгенокинематография, электромиография	2	Не предусмотрено	6	6	14	Тесты Задачи Контрольные вопросы
4	2	Патология голоса. Функциональная фонастения, узелки певцов, вазомоторный монохордит	4	Не предусмотрено	6	6	16	Тесты Задачи Контрольные вопросы
5	2	Лечение функциональных, органических и воспалительных заболеваний голосового аппарата	2	Не предусмотрено	6	6	14	Тесты Задачи Контрольные вопросы
ИТОГО:			14		28	30	72	Зачет

5.3. Название тем лекций с указанием количества часов

п/№	Название тем лекций	Количество часов в семестре	
		1 год	2 год
1	2	2	
1	Структурные особенности гортани, иннервация	2	
2	Физиология голоса	2	
3	Певческий голос	2	
4	Методики фониатрического исследования гортани. Стробоскопия, рентгенография гортани, томография гортани, рентгенокинематография, электромиография	2	
5	Патология голоса. Функциональная фонастения, узелки певцов, вазомоторный монохордит	2	
6	Лечение функциональных, органических и воспалительных заболеваний голосового аппарата	2	

5.4. Название тем практических занятий с указанием количества часов

№ п/п	Название тем практических занятий	Количество часов в семестре	
		№1	№2
1	2	3	4
1	Основные понятия фониатрии		3
2	Структурные особенности гортани, иннервация		5
3	Певческий голос		5
4	Методики фониатрического исследования гортани. Стробоскопия, рентгенография гортани, томография гортани, рентгенокинематография, электромиография		5
5	Патология голоса. Функциональная фонастения, узелки певцов, вазомоторный монохордит		5
6	Лечение функциональных, органических и воспалительных заболеваний голосового аппарата		5

5.5. Лабораторный практикум

Проведение лабораторных работ/лабораторного практикума не предусмотрено.

5.6. Самостоятельная работа обучающегося по дисциплине

№ п/п	№ семестра	Наименование раздела	Виды СРО	Всего часов
1	2	3	4	5
1	2	Основные понятия фониатрии	Подготовка к аудиторным занятиям (проработка учебного материала по конспектам лекций и учебной литературе); Работа с учебной и научной литературой; Самостоятельная проработка отдельных тем учебной дисциплины в соответствии с учебным планом;	5

			Работа с тестами и вопросами для самопроверки	
2	2	Структурные особенности гортани, иннервация	Подготовка к аудиторным занятиям (проработка учебного материала по конспектам лекций и учебной литературе); Работа с учебной и научной литературой; Самостоятельная проработка отдельных тем учебной дисциплины в соответствии с учебным планом; Работа с тестами и вопросами для самопроверки	5
	3	Певческий голос	Подготовка к аудиторным занятиям (проработка учебного материала по конспектам лекций и учебной литературе); Работа с учебной и научной литературой; Самостоятельная проработка отдельных тем учебной дисциплины в соответствии с учебным планом; Работа с тестами и вопросами для самопроверки	5
	4	Методики фониатрического исследования гортани. Стробоскопия, рентгенография гортани, томография гортани, рентгенокинематография, электромиография	Подготовка к аудиторным занятиям (проработка учебного материала по конспектам лекций и учебной литературе); Работа с учебной и научной литературой; Самостоятельная проработка отдельных тем учебной дисциплины в соответствии с учебным планом; Работа с тестами и вопросами для самопроверки	5
	5	Патология голоса. Функциональная фонастения, узелки певцов, вазомоторный монохордит	Подготовка к аудиторным занятиям (проработка учебного материала по конспектам лекций и учебной литературе); Работа с учебной и научной литературой; Самостоятельная проработка отдельных тем учебной дисциплины в соответствии с учебным планом; Работа с тестами и вопросами для самопроверки	5
	6	Лечение функциональных,	Подготовка к аудиторным занятиям (проработка учебного	5

		органических и воспалительных заболеваний голосового аппарата	материала по конспектам лекций и учебной литературе); Работа с учебной и научной литературой; Самостоятельная проработка отдельных тем учебной дисциплины в соответствии с учебным планом; Работа с тестами и вопросами для самопроверки	
			ИТОГО	30

6. ПЕРЕЧЕНЬ УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

Учебно-методическое обеспечение для самостоятельной работы обучающихся по учебной дисциплине «Оториноларингология»

Данная часть рабочей программы вынесена в отдельное приложение – методические указания по организации самостоятельной работы ординаторов. Приложение №1

7. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ УСПЕВАЕМОСТИ

Данная часть рабочей программы вынесена в отдельное приложение – Фонд оценочных средств по дисциплине. Приложение №2

8. ПЕРЕЧЕНЬ ОСНОВНОЙ И ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ЛИТЕРАТУРЫ, НЕОБХОДИМОЙ ДЛЯ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

8.1. Основная литература

п/№	Издания	Кол-во экземпляров в библиотеке
1.	«Оториноларингология» национальное руководство под ред. В.Т. Пальчуна М.: ГЭОТАР – Медиа, 2008	7 (+cd)
2.	Детская оториноларингология М.Р. Богомилский, В.Р.Чистякова М.: ГЭОТАР – Медиа, 2007	24
3.	Аллергический ринит О.В. Мареев, Е.Г. Рогова, С.В. Старостина, Г.О. Мареев, С.И. Луцевич, В.Н. Кучмин Саратов: Из-во СГМУ, 2010	5
4.	Болезнь Меньера О.В. Мареев, В.А. Жигалов, Е.Г. Рогова, Г.О. Мареев, С.И. Луцевич Саратов: Из-во СГМУ, 2010	5

8.2 Дополнительная литература

Болезни уха, горла, носа в детском возрасте : национальное руководство : краткое издание / под редакцией М. Р. Богомилского, В. Р. Чистяковой. – Москва : ГЭОТАР–Медиа, 2015. – 544 с. – ISBN 978–5–9704–3032–3. – URL: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970430323.html>. – Текст: электронный.

Лопатин, А. С. Ринит : руководство для врачей / А. С. Лопатин. – Москва : Литтерра, 2010. – 424 с. – ISBN 978-5-904090-30-2. – URL:<http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785904090302.html>. – Текст: электронный.

Лопатин, А. С. Справочник оториноларинголога / А. С. Лопатин, А. В. Варвянская, Г. Р. Каспранская. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 336 с. – ISBN 978-5-9704-4702-4. – URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970447024.html>. – Текст: электронный.

Оториноларингология / А. А. Горохов, Ю. К. Янов, В. В. Дворянчиков, В. Г. Миронов. – 2-е изд. доп. и испр. – Санкт-Петербург : СпецЛит, 2019. – 224 с. – ISBN 9785299010084. – URL: <https://www.books-up.ru/ru/book/otorinolaringologiya-9085725/>. – Текст: электронный.

Оториноларингология. Стандарты медицинской помощи / составители А. С. Дементьев, Н. И. Журавлева, С. Ю. Кочетков, Е. Ю. Чепанова. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 320 с. – ISBN 978-5-9704-3942-5. – URL:<https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970439425.html>. – Текст: электронный.

Пальчун, В. Т. Заболевания верхних дыхательных путей и уха : справочник практикующего врача / В. Т. Пальчун, Л. А. Лучихин, М. М. Магомедов. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 256 с. – ISBN 978-5-9704-2547-3. – URL:<http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970425473.html>. – Текст: электронный.

Пальчун, В. Т. Краткий курс оториноларингологии / В. Т. Пальчун, М. М. Магомедов, А. В. Гуров. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 288 с. – ISBN 978-5-9704-3814-5. – URL:<https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970438145.html>. – Текст: электронный.

Пискунов, Г. З. Перфорация перегородки носа и ее лечение / Г. З. Пискунов. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 72 с. – ISBN 978-5-9704-2782-8. – URL:<http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970427828.html>. – Текст: электронный.

Рациональная фармакотерапия заболеваний уха, горла и носа : руководство / под редакцией А. С. Лопатина. – Москва : Литтерра, 2011. – 816 с. – ISBN 978-5-904090-32-6. – URL: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785904090326.html>. – Текст: электронный.

Руководство по очаговой инфекции в оториноларингологии / под редакцией В. Т. Пальчуна, А. И. Крюкова, М. М. Магомедова. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 224 с. – ISBN 978-5-9704-3474-1. – URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970434741.html>. – Текст: электронный.

Хирургическое лечение дефектов и деформаций носа / В. М. Эзрохин Ю. Н. Сергеев, О. З. Топольницкий, Д. С. Безденежных. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 400 с. – ISBN 978-5-9704-3172-6. – URL: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970431726.html>. – Текст: электронный.

Шахова, Е. Г. Игро моделирование в оториноларингологии / Е. Г. Шахова, С. Е. Козловская, Е. В. Пелих. – Волгоград : ВолгГМУ, 2019. – 28 с. – URL: <https://www.books-up.ru/ru/book/igromodelirovanie-v-otorinolaringologii-9809485/>. – Текст: электронный.

Шелепов, А. М. Военная оториноларингология : учебное пособие / А. М. Шелепов, А. А. Горохов. – Санкт-Петербург : СпецЛит, 2014. – 271 с. – ISBN 9785299006094. – URL:<https://www.books-up.ru/ru/book/voennaya-otorinolaringologiya-2994136/>. – Текст: электронный.

Электронные источники основной и дополнительной литературы

№ п/п	Официальные сообщества	Интернет – страница
Отечественные		
1.	Научная электронная библиотека: электронные научные информационные ресурсы зарубежного издательства Elsevier	www.elsevier.ru
Зарубежные		
1.	Научная электронная библиотека: электронные научные информационные ресурсы зарубежного издательства Springer	www.springer.com
Научно-образовательные медицинские порталы		
1.	Научная электронная библиотека	www.elibrary.ru
2.	Научно-образовательный медицинский портал	www.med-edu.ru
3.	Всероссийская образовательная интернет-программа для врачей «Интернист»	www.internist.ru
4.	Российская ассоциация специалистов функциональной диагностики	www.rasfd.com
5.	Международный медицинский портал	www.univadis.ru
6.	Медицинский образовательный сайт/социальная сеть для врачей	https://vrachivmeste.ru
7.	Научная сеть SciPeople	www.scipeople.ru
8.	Электронная библиотека диссертаций disserCat	www.dissercat.ru
9.	Центральная Научная Медицинская библиотека (Первый МГМУ им. И.М. Сеченова)	www.scsmi.rssi.ru
10.	Российская национальная библиотека (СПб)	www.nlr.ru
11.	Национальная медицинская библиотека (США)	www.ncbi.nlm.nih.gov
12.	Научная электронная библиотека – электронные информационные ресурсы зарубежного издательства Elsevier	www.elsevier.com
13.	Модульная объектно-ориентированная обучающая среда	www.moodle.org
Информационно-справочные системы		
1.	Министерство здравоохранения Российской Федерации	www.rosminzdrav.ru
2.	Министерство здравоохранения Саратовской области	www.minzdrav.saratov.gov.ru

9. ПЕРЕЧЕНЬ РЕСУРСОВ ИНФОРМАЦИОННО-ТЕЛЕКОММУНИКАЦИОННОЙ СЕТИ «ИНТЕРНЕТ»

№ п/п	Сайты
	ЭБС «Консультант студента» http://www.studentlibrary.ru/ ООО «Политехресурс» Контракт № 797КС/11-2022/414 от 21.12.2022, срок доступа до 31.12.2023
	ЭБС «Консультант врача» http://www.rosmedlib.ru/ ООО «Высшая школа организации и управления здравоохранением - Комплексный медицинский консалтинг» Контракт № 762КВ/11-2022/413 от 21.12.2022, срок доступа до 31.12.2023
	ЭБС IPRsmart http://www.iprbookshop.ru/ ООО Компания «Ай Пи Ар Медиа» Лицензионный договор № 9193/22К/247 от 11.07.2022, срок доступа до 14.07.2023г.
	Национальный цифровой ресурс «Руконт» http://www.rucont.lib.ru ООО Центральный коллектор библиотек "БИБКОМ" Договор № 418 от 26.12.2022, срок доступа до 31.12.2023
	Образовательный портал СГМУ www.el.sgmu.ru

	Интернет-адрес страницы кафедры Оториноларингологии https://sgmu.ru/university/departments/departments/infektsionnykh-bolezney/

10. МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ОСВОЕНИЮ ДИСЦИПЛИНЫ

Разрабатываются на основании документа «Методические рекомендации по разработке и составлению учебно-методической документации по освоению дисциплины». **Приложение №2**

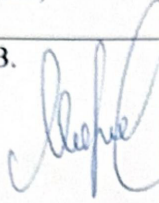
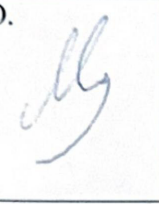
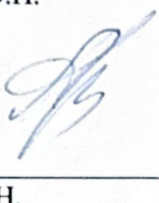
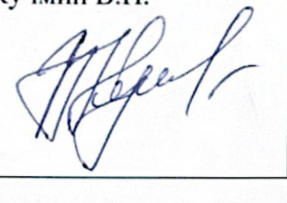
11. ИНФОРМАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ

12. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ

13. КАДРОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ

14. ИНЫЕ УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ

14.Разработчики

№ пп	Фамилия, имя, отчество	Ученая степень, звание	Занимаемая должность	Место работы
1.	Марсеев О.В. 	Профессор, д.м.н.	Профессор кафедры оториноларингологи и	ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России
2.	Марсеев Г.О. 	Профессор, д.м.н.	Заведующий кафедрой оториноларингологи и	ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России
3.	Афониная О.И. 	К.м.н.	Доцент кафедры оториноларингологи и	ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России
4.	Кучмин В.Н. 	К.м.н.	Доцент кафедры оториноларингологи и	ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России

Лист регистрации изменений в рабочую программу

Учебный год	Дата и номер изменения	Реквизиты протокола	Раздел, подраздел или пункт рабочей программы	Подпись регистрирующего изменения
20__-20__				
20__-20__				
20__-20__				
20__-20__				

Сведения о материально-техническом обеспечении,
необходимом для осуществления образовательного процесса по дисциплине
« Лор-заболевания. Фониатрия в логопедии»

№ п/п	Адрес (местополо- жение) учебных кабинетов, объектов для проведения практических занятий, объектов физической культуры и спорта* (с указанием площади и номера помещения в соответствии с документами бюро технической инвентаризации)	Наименование оборудованных учебных кабинетов, объектов для проведения практических занятий, объектов физической культуры и спорта с перечнем основного оборудования	Собственность или оперативное управление, хозяйственное ведение, аренда, субаренда, безвозмездное пользование, практическая подготовка	Наименование объекта	Инвентарный номер
1	2	3	4	5	6
	Университетск ая Клиническая больница №1 им. С.Р. Миротворцева СГМУ Саратов, ул. Б. Садовая, 139, корпус 3	Учебная комната №1, площадь 28,4 м2	Оперативное управление	Стол письменный 1200-600- 750 Стол письменный 1200-600- 750 Стол письменный 1200-600- 750 Стол письменный 1200-600- 750 Стол письменный 1200-600- 750 Стол письменный 1200-600- 750 Стол письменный 1200-600- 750	00000061999 0426 00000061999 0427 00000061999 0428 00000061999 0429 00000000400 0247 00000061999 0742 12000000000 0212

		Учебная комната №2, площадь 29,5 м2		Стол письменный 1200-600-750 Стул (20 шт) Стул (2шт) Стол письменный 1200-600-750 Стол письменный 1200-600-750 Стол письменный 1200-600-750 Стол письменный 1200-600-750 Стол письменный 1200-600-750 Стол письменный 1200-600-750 Стол письменный 1200-600-750 Стол письменный 1200-600-750 Стол письменный 1200-600-750 Стул (9 шт) Экран на треноге ClassicSolution 180*180 Экран настенный Classic 220x220 (W214x214/1 MW-C8/W) Проектор ViewSonicPJL7201 Ноутбук FujitsuSiemensAMILO	A012.1000601057 000000619990430 000000619990431 000000619990432 000000619990433 201309000000220 000000004000246 A012.1000600908 000011010402834 000011010401778 000011010402806 000011010402874 00002101060
--	--	---	--	--	--

		Учебная комната №4, площадь 23,9 м2		Стул (11 шт) 0161 Стол письменный 1200-600-750 A012.1000600908 Стол письменный 1200-600-750 000000619990434 Стол письменный 1200-600-750 000000619990435 Стол письменный 1200-600-750 000000619990436 Стол письменный 1200-600-750 000000619990437 Стул (9 шт) Стол письменный 1200-600-750 000000004000248 Стол компьютерный 1100-600-750 201310000000009 Стол компьютерный 1100-600-750 A012.1000600908 Стол компьютерный 1100-600-750 A012.1000600592 Стол компьютерный 1100-600-	
--	--	---	--	--	--

				750 Стол компьютерный 1100-600-750 Стол компьютерный 1100-600-750 Стол компьютерный 1100-600-750 Стол компьютерный 1100-600-750 Стол компьютерный 1100-600-750	A012.1000600 591 A012.1000600 590 201107000005 930

** (учебные, учебно-лабораторные, административные, подсобные, помещения для занятия физической культурой и спортом, иное)*

Графы 2,3,4 заполняются в обязательном порядке для включения в сведения об образовательной программе, предоставляемые в лицензирующий орган, в случае открытия новой образовательной программы и ее лицензирования

Приложение 4

Сведения о кадровом обеспечении, необходимом для осуществления образовательного процесса по дисциплине

« »										
ФИО преподавателя	Условия привлечения (штатный, внутренний совместный)	Занимаемая должность, ученая степень/ученое звание	Перечень преподаваемых дисциплин согласно учебному плану	Образование (какое образовательное учреждение профессионального образования)	Уровень образования, наименование специальности по диплому,	Объем учебной нагрузки	Сведения о дополнительном профессиональном образовании, год		Общий стаж работы	Стаж практической работы по профилю образовательной программы в профильных
							спец	пед		

	тель, внешний совмести- тель, по договору)	звание		образования окончил, год)	наименова- ние присво- енной ква- лификации	по дис- ципли не (доля став- ки)				организациях с указанием пе- риода работы и должности
Мареев Олег Вадимович	штатный	д.м.н., про- фессор	оториноларин- гология	СГМУ, 1978	Высшее, ле- чебное дело, врач	0,024	Повышение ква- лификации по специальности «оториноларин- гология» 2023	Методика преподава- ния в ВУЗе 2024	40 лет	1979-1985 врач оториноларинго- лог КБ№3
Мареев Глеб Олегович	штатный	Зав кафед- рой, дмн к.м.н.	оториноларин- гология	СГМУ, 2002	Высшее, ле- чебное дело, врач	0,025	Повышение ква- лификации по специальности «оториноларин- гология» 2024	Методика преподава- ния в ВУЗе 2023	15 лет	С 2004 по наст. время врач отоларинголог КБ им С.Р. Миро- творцева
Афонина Оль- га Игоревна	штатный	доцент	оториноларин- гология	СГМУ 2002	Высшее, ле- чебное дело, врач	0,025	Повышение ква- лификации по специальности «оториноларин- гология» 2025	Методика преподава- ния в ВУЗе 2023	15 лет	С 2004 по наст. время врач отоларинголог КБ им С.Р. Миро- творцева
Кучмин Вла- димир Нико- лаевич	штатный	доцент	оториноларин- гологии	СМУ 2009	Высшее, ле- чебное дело, врач	0,025	Повышение ква- лификации по специальности «оториноларин- гология» 2023	Методика преподава- ния в ВУЗе 2023	10 лет	

1. Общее количество научно-педагогических работников, реализующих дисциплину - 4 чел.

2. Общее количество ставок, занимаемых научно-педагогическими работниками, реализующими дисциплину - 0,2 ст.

Пример расчета доли ставки: 1 ставка = 900 учебных часов. У преподавателя по данной дисциплине 135 часов.

Таким образом, $135 : 900 = 0,15$ – доля ставки

Дополнения и изменения к рабочей программе

на 20__-20__ учебный год

по дисциплине Лор заболевания. Фониатрия в логопедии для специальности (направления подготовки) Специальное (дефектологическое) образование.

В рабочую программу вносятся следующие изменения:

- 1.
- 2.
- 3.

или делается отметка об отсутствии изменений на данный учебный год.

Рабочая программа пересмотрена и одобрена без изменений (изменения внесены) на учебно-методической конференции кафедры от 22 апреля 2025 г. № 5.

Заведующий кафедрой

Мареев Г.О. _____ /Фамилия