



МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Клинические рекомендации

Доброкачественные и предраковые заболевания гортани

МКБ 10: **J37.0/J37.1/J38.0/J38.1/D14.1/D14.2**

Возрастная категория: **взрослые, дети**

ID: **КР319**

Год утверждения: **2016 г. (пересмотр каждые 3 года)**

Профессиональные ассоциации:

- **Национальная ассоциация оториноларингологов**

Научным советом Министерства Здравоохранения Российской Федерации __
_____201_ г.

Оглавление	
Ключевые слова	4
Список сокращений.....	5
Термины и определения.....	6
1. Краткая информация	7
2. Диагностика	10
3. Лечение.....	12
4. Реабилитация	14
5. Профилактика	14
6. Дополнительная информация, влияющая на течение и исход заболевания.....	15
Критерии оценки качества медицинской помощи	15
Список литературы.....	16
Приложение А1. Состав рабочей группы	16
Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций	17
Приложение А3. Связанные документы	18
Приложение Б. Алгоритмы ведения пациента	18
Приложение В. Информация для пациентов	19
Приложение Г.	20

Ключевые слова

- гортань
- хроническое заболевание
- доброкачественное образование
- предраковые новообразования
- хронический гиперпластический ларингит
- дискератозы
- папилломатоз гортани

Список сокращений

ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения

ЛИН – ларингеальная интраэпителиальная неоплазия

NBI эндоскопия - narrowbandimaging (узкоспектральная эндоскопия)

МРТ – магнитно – резонансная томография

КТ – компьютерная томография

NdYag лазер - твердотельный неодимовый [лазер](#), в качестве активной среды используется [алюмо-иттриевый гранат](#)

КТР лазеры - твердотельный [лазер](#), калий-титанил-фосфатный лазер

PDL - PulseDyeLaser - лазер на красителях

CO2 лазер – газовый (углекислотный) лазер

Термины и определения

Хроническое заболевание гортани - хроническое воспалительное заболевание слизистой оболочки и подслизистого слоя гортани

Доброкачественные заболевания гортани - любое объемное образование в гортани, не имеющее свойства озлокачествления.

1. Краткая информация

1.1 Определение

Доброкачественные заболевания гортани по определению Hollinger (1951) - это любое объемное образование в гортани, не имеющее свойства озлокачествления.

В гортани сравнительно часто встречаются доброкачественные новообразования различного гистологического строения, что в известной степени объясняется постоянным его механическим раздражением, связанным с функцией этого органа. Доброкачественные новообразования гортани нередко приводят к нарушениям фонаторной и дыхательной функций. [1]

Общим для этих опухолей являются «три нет»: они не инфильтрируют окружающие ткани, не метастазируют, не рецидивируют после удаления. Однако клиническая практика показывает, что в гортани встречаются опухоли, доброкачественные по гистологическому строению, которые после их удаления рецидивируют.

Предраковое заболевание, предраковое состояние или предрак гортани – понятие собирательное, так как оно включает несколько нозологических форм.

Изучение предракового состояния заслуживает большого внимания, оставаясь чрезвычайно важной проблемой в оториноларингологии. Своевременное выявление предракового процесса может, в известной степени, предрешать развитие злокачественного образования и, в некоторой степени объясняет причины, условия возникновения и роста опухоли гортани

В вопросах терминологии предопухолевых заболеваний гортани наблюдаются определенные сложности. Вопросы малигнизации предраковых заболеваний гортани и диагностика раннего рака гортани еще не решены. По данным О.В. Черемисиной и Е.Л. Чайнозова диагностические ошибки на догоспитальном уровне продолжают составлять 30-35% случаев, а у госпитализированных пациентов 22,4-35%. Рак *insitu* выявляется только 2.3-6% случаев, 1 стадия процесса- 23,9%, а 3-4 стадии заболевания составляют 55-60% от первично выявленных опухолей гортани. Ошибочная диагностическая тактика приводит к длительному (от 2 до 8 мес.) неадекватному ведению больных с предраком и ранним раком гортани [7].

1.2 Этиология и патогенез

Среди наиболее частых причин хронического ларингита необходимо выделить длительные голосовые нагрузки, неправильное пользование голосом, фаринголарингеальный рефлюкс, профессиональные вредности, вредные привычки, хронические заболевания легких и инфекционные факторы [9].

В результате продолжительного воздействия приведенных выше факторов нарушается трофика тканей, изменяется их реактивность, развивается дистрофический процесс. В зависимости от глубины этого процесса хронический ларингит подразделяют на катаральный, гиперпластический (гипертрофический) и атрофический.

У больных катаральным ларингитом на первый план выступают расстройства местного кровообращения и изменения со стороны покровного эпителия, который на отдельных участках может метаплазироваться из цилиндрического в плоский, разрыхляется и облущивается. В подэпителиальном слое обнаруживают круглоклеточную инфильтрацию.

Морфологическая сущность гиперпластического ларингита характеризуется разрастанием соединительной ткани в собственном слое слизистой оболочки за счет появления эксудата, что обуславливает утолщение мягких тканей.

Хронический гиперпластический ларингит может быть диффузным и ограниченным. При ограниченном гиперпластическом ларингите различают ограниченные гиперплазии в области голосовых и преддверных складок, гортанных желудочков, меж- черпаловидного пространства.

У больных атрофическим ларингитом наблюдают более глубокие изменения, которые проявляются гиалинизацией соединительной ткани преимущественно в стенках вен и капилляров. В железах также наблюдаются патологические процессы вплоть до жирового перерождения и распада. Нередко выводные протоки слизистых желез сдавливаются гиперплазированной соединительной тканью.

1.3 Эпидемиология

Хронические воспалительные процессы в гортани составляют 8,4 % всех заболеваний ЛОР-органов. При этом доброкачественные новообразования гортани встречаются в 55-70% случаев среди всех продуктивных процессов верхних дыхательных путей, а при отсутствии своевременного лечения в 3-8% могут озлокачиваться. Из всех доброкачественных новообразований гортани, по данным различных авторов, полипы составляют 39-68%, папилломы - 24-59%, отек Рейнке – 5,5%, кисты 5%, неспецифические гранулемы 3%. [8, 10]

1.4 Кодирование по МКБ 10

J37.0 - Хронический ларингит

J37.1 - Хронический ларинготрахеит

J38.0- Паралич голосовых складок и гортани

J38.1- Полип голосовой складки и гортани

D14.1- Доброкачественное новообразование гортани

D14.2- Доброкачественное новообразования трахеи

1.5 Классификация

Важно различать доброкачественные заболевания гортани и опухолеподобные заболевания гортани.

К первым относятся:

1. Эпителиальные опухоли (аденомы, аденолимфомы);
2. Соединительнотканые опухоли (фиброма, ангиома, хондрома, липома, фибропапиллома);
3. Неврогенные опухоли (невринома и нейрофиброма);
4. Миогенные опухоли.

Ко второй группе наиболее часто относят:

1. Голосовые узелки и полипы (встречается менее чем у 1% населения, соотношение мужчин и женщин 2:1);
2. Отек Рейнке (2,5-3,0% от всех доброкачественных заболеваний гортани);
3. Амилоидоз гортани (встречается крайне редко, менее 1% от всех доброкачественных заболеваний гортани);
4. Кисты и гранулемы (контактные и интубационные).

По классификации ВОЗ от 2003г предраковые заболеваая гортани делятся на две большие группы: облигатный и факультативный предрак.

Облигатные предраковые заболевания гортани – это заболевания, с течением времени обязательно переходящие в злокачественное заболевание гортани. К ним относятся: хронический гиперпластический ларингит, дискератозы (лейкоплакия, лейкокератоз, пахидермия и так далее), папилломатоз гортани (в зависимости от типа вируса).

Факультативные предраковые заболевания гортани – заболевания, малигнизация которых возможна, но не является обязательной. К ним относятся: гранулема, рубцовые изменения гортани. Особое внимание следует обратить на случаи, когда заболевание сопровождается дисплазией слизистой оболочки (то есть цитологическими и структурными изменениями эпителия). В настоящее время имеется три наиболее широко применяемые классификации изменений многослойного плоского эпителия гортани (Таблица № 1).

Таблица № 1 Классификация изменений многослойного плоского эпителия гортани

Классификация ВОЗ (2005)	Ларингеальная интраэпителиальная неоплазия плоскоклеточного эпителия (ЛИН) Париж, 2005	Люблянская классификация плоскоклеточных интраэпителиальных
--------------------------	--	---

		нарушений
Плоскоклеточная гиперплазия	-	Простая гиперплазия
Слабая дисплазия - дисплазия 1 степени	ЛИН 1	Гиперплазия базальных-парабазальных клеток
Умеренная дисплазия - дисплазия 2 степени	ЛИН 2	Атипическая гиперплазия I-II (эпителий риска)
Выраженная дисплазия - дисплазия 3 степени	ЛИН 3	Атипическая гиперплазия II-III степени (эпителий риска)
Рак in situ	ЛИН 3	Рак in situ

2. Диагностика

2.1 Жалобы и анамнез

Основной жалобой и главной причиной обращения к врачу является стойкое нарушение голосовой функции в виде осиплости, редко кашель. Если процесс перекрывает просвет гортани, могут присоединиться явления затруднения дыхания.

При сборе анамнеза обращают внимание на скрининг этиопатогенетических факторов развития заболевания, частоту рецидивов. Важен анамнез голосового расстройства (характер нарушения голосовой функции, его давность, потребность пациента в голосовых нагрузках), так как это позволяет не только провести начальную дифференциальную диагностику заболевания и определить его давность, но и построить правильную систему этапного голосовосстановительного лечения.

2.2 Физикальное исследование

- Рекомендовано обращать внимание на наружные контуры шеи и гортани, подвижность скелета гортани пальпаторно и при глотании, участие мышц шеи в фонации, оценить регионарные лимфоузлы (их увеличение может свидетельствовать об озлокачествлении процесса), оценить качество голоса, качество артикуляции и индивидуальные особенности речи [2,6].

Уровень убедительности рекомендаций – В (уровень достоверности доказательств II)

2.3. Лабораторные исследования

- Рекомендовано проведение биопсии с последующим гистологическое исследованием при фиброларингоскопии, при непрямой микроларингоскопии, при прямой микроларингоскопии [11, 12].

Уровень убедительности рекомендаций – А (уровень достоверности доказательств I)

Комментарии: При обследовании пациента со специфическим процессом требуются дополнительные методы диагностики основного заболевания.

2.4 Инструментальные исследования

- Рекомендовано проведение основных методов обследования [6]:

- Непрямая микроларингоскопия

- Фиброларингоскопия по показаниям;

Уровень убедительности рекомендаций – А (уровень достоверности доказательств I)

Комментарии: гибкие волоконные эндоскопы создают отличную возможность для детального осмотра. При сужениях на уровне любого этажа глотки и гортани лишь с помощью фиброброста удастся получить нужное поле зрения. У больных с трехеомотомией возможен ретроградный осмотр гортани.

- Рекомендована всем пациентам микроларингоскопия [12].

Уровень убедительности рекомендаций – А (уровень достоверности доказательств I)

- Рекомендована электронная стробоскопия по показаниям [12].

Уровень убедительности рекомендаций – В (уровень достоверности доказательств II)

- Рекомендована по показаниям для лучшей визуализации границ и характера дисплазии используется NBI эндоскопия, контактная и аутофлюоресцентная эндоскопия [2].

Уровень убедительности рекомендаций – В (уровень достоверности доказательств II)

- **Рекомендовано** проведение рентгенологического исследования, КТ, МРТ, мультиспиральной компьютерная томография гортани с контрастированием в сосудистом режиме [12].

Уровень убедительности рекомендаций – А (уровень достоверности доказательств I)

Комментарии: КТ выявляет топографические взаимоотношения опухоли с окружающими тканями, очень четко определяет размеры опухоли, костную деструкцию или прорастание новообразования в другие ткани. С помощью КТ возможно выявить деструкцию хрящей гортани.

По сравнению с КТ, МРТ имеет ряд преимуществ. Метод дает высококонтрастное изображение мягкотканых образований. Значительно лучше выявляет миндалины, структуры глотки и гортани.

- Рекомендовано при подозрении на эндофитное образование проведение УЗИ гортани [10].

Уровень убедительности рекомендаций – В (уровень достоверности доказательств II)

Комментарии: *может считаться вспомогательным методом. Позволяет получить представление об образованиях и структурах, находящихся в толще мягких тканей шеи. С помощью УЗИ можно определить наличие жидкости, то есть выявить кисты. Гладкая поверхность образования говорит о доброкачественном характере.*

2.5 Иная диагностика

Оценка голосовой и дыхательной функции.

- **Рекомендовано** выполнение морфо – цито- гистологического исследования (основной метод дифференциальной диагностики) [2].

Уровень убедительности рекомендаций – А (уровень достоверности доказательств I)

Комментарии: *имеет большое практическое значение, так как позволяет дифференцировать доброкачественную опухоль от злокачественной и поставить точный диагноз.*

- Рекомендовано гистохимическое исследование [7].

Уровень убедительности рекомендаций – А (уровень достоверности доказательств I)

Комментарий: *при редких формах доброкачественных новообразований гортани позволяет точно верифицировать процесс.*

- **Рекомендовано:** общие онкомаркеры не столько для диагностики рака гортани, сколько для мониторинга в процессе лечения [8].

Уровень убедительности рекомендаций – В (уровень достоверности доказательств II)

- Рекомендуются консультации терапевта, гастроэнтеролога, эндокринолога, пульмонолога, эндокринолога, ревматолога, невролога, инфекциониста, дерматолога, аллерголога, иммунолога, миколога, фтизиатра для выяснения этиологических факторов развития процесса и сопутствующей патологии [6].

Уровень убедительности рекомендаций – В (уровень достоверности доказательств II)

3. Лечение

3.1 Консервативное лечение

- Рекомендован общий принцип медикаментозного лечения - проведение курсов противовоспалительной терапии в до и послеоперационном периоде, а также этиопатогенетическая терапия при папилломатозе гортани [4].

Уровень убедительности рекомендаций – В (уровень достоверности доказательств II)

- Рекомендовано лечение гастроэнтерологической патологии, особенно гастроэзофагального- рефлюксной болезни [5].

Уровень убедительности рекомендаций – А (уровень достоверности доказательств I)

- Рекомендована ингаляционная терапия минеральными водами для улучшения состояния слизистой оболочки полости рта и гортани у пациентов, с хроническими заболеваниями легких, особенно, получающих топические кортикостероиды. Ингаляционная терапия муколитическими препаратами, гормональными средствами, растительными препаратами с противовоспалительным и антисептическим эффектом [4,7].

Уровень убедительности рекомендаций – В (уровень достоверности доказательств II)

- Ингаляционную процедуру рекомендовано начинать с ингалирования муколитических средств и лишь после этого, через 20 минут, назначать аэрозоли других лекарственных препаратов. После ингаляции кортикостероида и/или антисептика через 20 минут можно провести ингаляцию минеральной воды для увлажнения слизистой оболочки. Такие ингаляционные процедуры проводят 1-2 раза в сутки. Курс лечения - не более 10 дней [4].

Уровень убедительности рекомендаций – А (уровень достоверности доказательств I)

- Рекомендовано голосовосстановительное лечение - для формирования правильных навыков фонации [5].

Уровень убедительности рекомендаций – А (уровень достоверности доказательств I)

Комментарии: курсы консервативной терапии должны быть регулярными в соответствии с клинической картиной заболевания в каждом конкретном случае.

3.2 Хирургическое лечение

Целью хирургического лечения предракового заболевания является проведение гистологического исследования для верификации диагноза и/или одновременное удаление образования, измененных участков слизистой оболочки гортани. Подробно о хирургическом лечении каждого из предраковых заболеваний описано в соответствующих клинических рекомендациях.

Хирургическое лечение делится на две группы:

1. Удаление образований «холодным» микроинструментом (щипчики, выкусыватели, шейвер и так далее);

2. Удаление образования с использованием различного типа лазеров (различного вида диодные лазеры, CO₂ лазер, PDL и KTP лазеры, NdYag лазер и так далее).

Требования к качеству биоптата для исследования:

1. образования небольшого размера следует удалять сразу и целиком отправлять на гистологическое исследование;
 2. при подозрении на эндофитное образование - возможна его пункция под контролем УЗИ;
 3. при гиперпластическом процессе - иссекать измененные участки слизистой оболочки при прямой микроларингоскопии или удалять достаточный объем материала при не прямой микроларингоскопии гортанным выкусывателем (декортикации голосовой складки) с распределением биоптата на предметном стекле единым блоком с указанием сторон и места локализации.
- Рекомендовано применение CO₂ лазера в хирургии новообразований гортани [1].

Уровень убедительности рекомендаций – А (уровень достоверности доказательств I).

Комментарии: *Операции проводятся под общей анестезией, с использованием микроскопа.*

В случае, если образование занимает большой объем, возможно удаление образования открытым доступом (ларингофиссура и прочее).

3.3. Иное лечение

Иное лечение не рекомендовано.

4. Реабилитация

- Рекомендовано ограничение голосовой нагрузки, шепотная речь запрещена [2,4,12].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств III)

- Рекомендовано создание условий для формирования физиологического типа фонации фонопедия [2,7].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств III)

5. Профилактика

- Рекомендовано ограничение воздействия вредных факторов внешней среды, профессиональных вредностей, отказ от курения. Соблюдение диеты, исключая жареное, острое, солёное, пряное, газированные напитки [4,6]

Уровень убедительности рекомендаций – В (уровень достоверности доказательств II)

Комментарии: Все пациенты с данной патологией после хирургического лечения наблюдаются в течение 6 месяцев (на 1, 7 и 14 сутки, через 1, 2,3 и на 6 месяци).

6. Дополнительная информация, влияющая на течение и исход заболевания

В группе риска находятся:

1. Пациенты, страдающие рецидивирующими инфекциями верхних и нижних дыхательных путей, патологией желудочно-кишечного тракта, особенно гастро-эзофагально- рефлюксной болезнью;
2. Пациенты, злоупотребляющие табакокурением и алкоголем;
3. Лица, имеющие контакт с пылью, красками, тяжелыми металлами, повышенными температурам.

Скрининг предраковых заболеваний гортани подразумевает диспансерное наблюдение за лицами, находящимися в группе риска.

Допуск особых групп пациентов (беременных, пожилых, с сопутствующей патологией и пр.) к общей анестезии определяется исключительно степенью анестезиологического риска.

Для биопсии с последующим проведением гистологического исследования противопоказаний не существует. Отягощенных соматически пациентов следует оперировать в условиях многопрофильного стационара.

Критерии оценки качества медицинской помощи

Таблица № 3 Критерии оценки качества медицинской помощи

№	Критерии качества	Уровень достоверности доказательств	Уровень убедительности рекомендаций
1	Выполнен осмотр оториноларинголога и постановка диагноза в течение 6 часов после госпитализации	II	C
2	Проведена непрямая ларингоскопия, фиброларингоскопия	II	B
3	Проведено рентгенологическое исследования, компьютерной томографии гортани и трахеи по показаниям.	II	B
4	Проведена спирометрия, функция внешнего дыхания по показаниям.	II	B

5	Выполнены консультации специалистов (гастроэнтеролога, пульмонолога, аллерголога, онколога и другие)	IV	C
6	Проведено взятие биопсии и морфологического(гистологического) исследования препарата тканей верхних дыхательных путей.	I	A
7	Проведено хирургическое лечение: микроларингоскопия с удалением новообразования гортани, при выраженном затруднении дыхания - трахеостомия.	I	A
8	Выполнено назначение лекарственной терапия (ингаляции с различными лекарственными препаратами, внутригортанные вливания), антибактериальная терапия.	IV	C
9	Отсутствие послеоперационных осложнений	II	B

Список литературы

1. Мостафа И. Контактная лазерная хирургия гортани и гортаноглотки под непрямой ларингоскопией: Дис. канд. мед. наук. –Ленинград, 1990. –141 с.
2. Дайхес Н.А, Быкова В.П., Пономарев А.Б., Давудов Х.Ш. «Клиническая патология гортани. Руководство-атлас». - М.- Медицинское информационное агентство.2009.- 160с.;
3. Донецкая Э.Г. «Клиническая микробиология: руководство». -М.-2011.-С.131;
4. Иванченко Г.Ф., Демченко Е.В., Быкова В.П., Григорян С.С. Клинические особенности и терапия больных хроническим гиперпластическим ларингитом: Метод. Рекомендации - М., 1998-9 с.;
5. Крюков А.И., Кунельская Н.Л., С.Г. Романенко С.Г., и др. «Терапия воспалительных заболеваний гортани» -2013- №2-с.38-41;
6. Романенко С.Г. «Острый и хронический ларингит», «Оториноларингология». Национальное руководство. Краткое издание / под ред. В.Т. Пальчуна-М.- ГЭОТАР-Медиа, 2012 –С. 541-547;
7. Солдатов И.Б. Лекции по оториноларингологии, - М.: Медицина, 1990 - 282 с.;
8. Какурина Г.В., Кондакова И.В., Чойнзонов Е.Л., Шишкин Д.А., Черемисина О.В. Особенности протеома сыворотки крови больных плоскоклеточными карциномами головы и шеи. Сибирский онкологический журнал. 2013;(2):62-66;
9. Карпищенко С.А. Воспалительные заболевания голосовых складок. Consilium Medicum, 2004; 10: 792-796
10. Улоза В.Д. Атлас болезней гортани. – Вильнюс: Моксяис, 1986. – 173 с.
11. Бачерикова Е.А. Доброкачественные новообразования голосовых складок / Материалы V Всероссийской научно-практической конференции «Наука и практика в оториноларингологии». М., 2006. - С. 319.
12. Шеврыгин Б.В., Керчев Б.И. Болезни уха, горла, носа. - М.: ГЭОТАР - МЕД, 2002;
13. Robert P. Ossof, Stanley M. Shashayet. All. The Larynx, Lippincott Williams & Wilkins, 560 p.

Приложение А1. Состав рабочей группы

Дайхес Н.А. д.м.н., профессор

Егоров В.И., д.м.н., профессор, МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, не является членом профессиональной ассоциации.

Нажмудинов И.И., к.м.н., член Национальной медицинской ассоциации оториноларингологов.

Романенко С.Г., к.м.н., не является членом профессиональной ассоциации.

Конфликт интересов отсутствует.

Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций

Настоящие клинические рекомендации были разработаны с целью дать практикующему врачу - оториноларингологу, терапевту общей практики, врачам разных специальностей представление о правильном обследовании и лечении взрослых пациентов с доброкачественными и предраковыми новообразованиями гортани.

Данные клинические рекомендации не заменяют клинического мышления врача, однако дают общую стратегию и алгоритм лечения пациента с объемным доброкачественным и предраковым процессом в гортани. Основной задачей обследования и лечения больного остается дифференциальный диагноз злокачественного опухолевого процесса или системного заболевания на ранних этапах развития, а также восстановление голосовой функции, ибо она является средством коммуникации, и его потеря значительно ограничивает социальные и трудовые возможности человека. Клинические рекомендации ориентированы на всех специалистов, которые могут встречаться с пациентами с указанной патологией, в том числе врачей общей практики, логопедов, фонопедов, медицинских сестер, вокальных и речевых педагогов.

Методология разработки клинических рекомендаций основана на первоначальном составлении по схеме, основанном на клиническом опыте, современном состоянии проблемы и актуальных нормативных правовых актах, с последующим ежегодным обсуждением в профессиональной среде и внесении добавлений и изменений по результатам резолюций конференций и национальных конгрессов в случае их утверждения в Министерстве здравоохранения.

Таблица П1. Исползованные уровни достоверности доказательств

Класс (уровень)	Критерии достоверности
I (А)	Большие двойные слепые плацебоконтролируемые исследования, а также данные, полученные при мета-анализе нескольких рандомизированных контролируемых исследований.
II (В)	Небольшие рандомизированные и контролируемые исследования, при которых статистические данные построены на небольшом числе

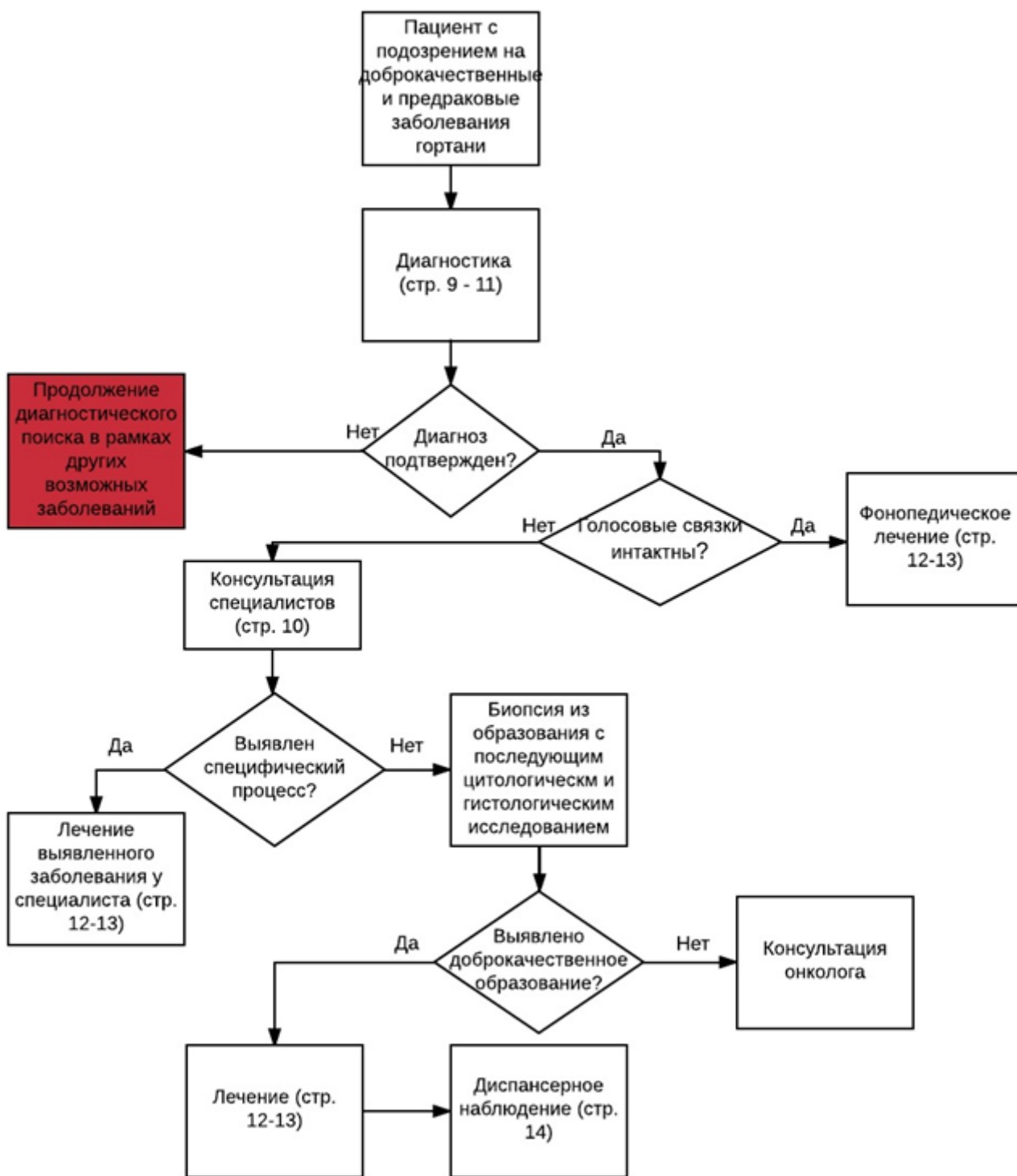
	больных.
III (C)	Нерандомизированные клинические исследования на ограниченном количестве пациентов.
IV (D)	Выработка группой экспертов консенсуса по определённой проблеме

Таблица П2. Используемые уровни убедительности рекомендаций

Шкала	Степень убедительности доказательств	Соответствующие виды исследований
A	Доказательства убедительны: есть веские доказательства предлагаемому утверждению	<ul style="list-style-type: none"> • Высококачественный систематический обзор, мета-анализ. • Большие рандомизированные клинические исследования с низкой вероятностью ошибок и однозначными результатами.
B	Относительная убедительность доказательств: есть достаточно доказательств в пользу того, чтобы рекомендовать данное предложение	<ul style="list-style-type: none"> • Небольшие рандомизированные клинические исследования с неоднозначными результатами и средней или высокой вероятностью ошибок. • Большие проспективные сравнительные, но нерандомизированные исследования. • Качественные ретроспективные исследования на больших выборках больных с тщательно подобранными группами сравнения.
C	Достаточных доказательств нет: имеющихся доказательств недостаточно для вынесения рекомендации, но рекомендации могут быть даны с учетом иных обстоятельств	<ul style="list-style-type: none"> • Ретроспективные сравнительные исследования. • Исследования на ограниченном числе больных или на отдельных больных без контрольной группы. • Личный неформализованный опыт разработчиков.

Приложение А3. Связанные документы

Приложение Б. Алгоритмы ведения пациента



Приложение В. Информация для пациентов

Целью лечения является элиминация воспалительного процесса в гортани, восстановление звучного голоса, предотвращение перерождения воспалительного процесса в злокачественное образование.

Госпитализируются пациенты, которым планируется хирургическое лечение.

Прогноз благоприятный.

Приложение Г.