

Министерство здравоохранения Российской Федерации  
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
дополнительного профессионального образования  
**РОССИЙСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ НЕПРЕРЫВНОГО  
ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ**

**УТВЕРЖДЕНО**

Учебно-методическим советом  
ФГБОУ ДПО РМАНПО

Минздрава России

«30» января 2025 г.

протокол №2

Председатель совета

О.А. Милованова



**ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ  
ПРОГРАММА ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ ВРАЧЕЙ ПО ТЕМЕ  
«ЛАЗЕРНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ  
ЗАБОЛЕВАНИЙ АНАЛЬНОГО КАНАЛА, ПЕРИАНАЛЬНОЙ И КРЕСТЦОВО-  
КОПЧИКОВОЙ ОБЛАСТИ»**

**(СРОК ОБУЧЕНИЯ 36 АКАДЕМИЧЕСКИХ ЧАСОВ)**

**Москва**

**2025**

УДК .....  
ББК .....  
П .....

Организация-разработчик – ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ректор – академик РАН, профессор Д.А. Сычев)

Дополнительная профессиональная программа повышения квалификации врачей по теме «Лазерные технологии при лечении доброкачественных заболеваний анального канала, перианальной и крестцово-копчиковой области». Учебно-методическое пособие: Шельгин Ю. А., Костарев И. В., Обухов В. К., Ачкасов С. И., Мудров А. А., Благодарный Л. А., Алексеев М. В., Шахматов Д. Г., Хомяков Е. А., ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Министерства здравоохранения Российской Федерации. – М.: ФГБОУ ДПО РМАНПО, – 2025. – 49 с. ISBN .....

Актуальность программы повышения квалификации обусловлена необходимостью подготовки врачей в соответствии с требованиями новых порядков и стандартов оказания медицинской помощи пациентам, нуждающихся в оказании колопроктологической медицинской помощи. В обучении используются современные методики, высокотехнологическое оборудование для малоинвазивного лечения заболеваний анального канала, перианальной и крестцово-копчиковой областей с применением диодного лазера.

Дополнительная профессиональная образовательная программа повышения квалификации врачей по теме «Лазерные технологии при лечении доброкачественных заболеваний анального канала, перианальной и крестцово-копчиковой области» является нормативно-методическим документом, регламентирующим содержание и организационно-методические формы обучения врачей по теме «Лазерные технологии при лечении доброкачественных заболеваний анального канала, перианальной и крестцово-копчиковой области» в дополнительном профессиональном образовании.

Учебно-методическое пособие разработано совместно с сотрудниками Института методологии профессионального развития (директора – д.м.н., доцент Л.В.Мельникова) в соответствии с системой стандартов по информации, библиотечному и издательскому делу.

ISBN .....

© ФГБОУ ДПО РМАНПО, 2025

## ОПИСЬ КОМПЛЕКТА ДОКУМЕНТОВ

№ п/п	Наименование документа
1.	Титульный лист
2.	Лист согласования программы
3.	Лист актуализации программы
4.	Состав рабочей группы
5.	Общие положения
6.	Цель программы
7.	Планируемые результаты обучения
8.	Учебный план
9.	Календарный учебный график
10.	Рабочие программы учебных модулей
10.1	Рабочая программа учебного модуля 1 «Лазерные технологии при лечении доброкачественных заболеваний анального канала, перианальной и крестцово-копчиковой области»
11.	Организационно-педагогические условия
11.1	Реализация программы с применением дистанционных образовательных технологий
12.	Формы аттестации
13.	Оценочные материалы
14.	Иные компоненты программы
14.1	Кадровое обеспечение образовательного процесса
14.2	Критерии оценивания

## 2. ЛИСТ СОГЛАСОВАНИЯ

дополнительной профессиональной образовательной программы повышения квалификации врачей по теме «Лазерные технологии при лечении доброкачественных заболеваний анального канала, перианальной и крестцово-копчиковой области»  
(срок обучения 36 академических часов)

### Согласовано:

Проректор по учебной работе:

\_\_\_\_\_  
(подпись)

Лопатин З.В.  
(ФИО)

Директор Института методологии профессионального развития:

\_\_\_\_\_  
(подпись)

Мельникова Л.В.  
(ФИО)

Декан педиатрического факультета:

\_\_\_\_\_  
(подпись)

Самсонова Л.Н.  
(ФИО)

Заведующий кафедрой колопроктологии

\_\_\_\_\_  
(подпись)

Шельгин Ю.А.  
(ФИО)



#### 4. СОСТАВ РАБОЧЕЙ ГРУППЫ

по разработке дополнительной профессиональной образовательной программы повышения квалификации врачей по теме «Лазерные технологии при лечении доброкачественных заболеваний анального канала, перианальной и крестцово-копчиковой области»

(срок обучения 36 академических часов)

№ пп.	Фамилия, имя, отчество	Ученая степень, звание	Занимаемая должность	Место работы
1.	Шельгин Юрий Анатольевич	Д.м.н., профессор	Заведующий кафедрой колопроктологии	ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России
2.	Костарев Иван Васильевич	Д.м.н.	Профессор кафедры колопроктологии	ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России
3.	Обухов Виктор Константинович	К.м.н.	Доцент кафедры колопроктологии	ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России
4.	Ачкасов Сергей Иванович	Д.м.н., профессор	Профессор кафедры колопроктологии.	ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России
5.	Мудров Андрей Анатольевич	Д.м.н.	Профессор кафедры колопроктологии	ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России
6.	Благодарный Леонид Алексеевич	Д.м.н., профессор	Профессор кафедры колопроктологии	ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России
7.	Алексеев Михаил Владимирович	Д.м.н.	Доцент кафедры колопроктологии	ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России
8.	Шахматов Дмитрий Геннадиевич	К.м.н.	Ассистент кафедры колопроктологии	ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России
9.	Хомяков Евгений Александрович	К.м.н.,	Ассистент кафедры колопроктологии	ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России
<i>по методическим вопросам</i>				
1.	Мельникова Людмила Владимировна	Д.м.н., доцент	Директор Института методологии профессионального развития (ИМПР)	ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России
2.	Джигкаева Залина Борисовна		Специалист по учебно-методической работе 1-ой категории	ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России

## 5. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

### 5.1. Характеристика программы:

Дополнительная профессиональная образовательная программа повышения квалификации врачей по теме «Лазерные технологии при лечении доброкачественных заболеваний анального канала, перианальной и крестцово-копчиковой области» со сроком освоения 36 академических часов (далее – Программа) сформирована в соответствии с требованиями:

- Федерального закона от 21.11.2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации»;
  - Федерального закона от 29.12.2012 №273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации»;
  - Федерального закона от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных»;
  - Приказа Министерства труда и социальной защиты РФ от 2 июня 2021 г. N 360н "Об утверждении профессионального стандарта «Врач-онколог»
  - Приказа Министерства труда и социальной защиты РФ от 11 февраля 2019 г. N 69н "Об утверждении профессионального стандарта «Врач – колопроктолог»
  - Приказа Министерства труда и социальной защиты РФ от 26 ноября 2018 г. N 743н "Об утверждении профессионального стандарта "Врач-хирург"
  - Приказа Министерства труда и социальной защиты РФ от 19 апреля 2021 г. N 262н "Об утверждении профессионального стандарта "Врач - акушер-гинеколог"
  - Приказа Министерства труда и социальной защиты РФ от 14 июля 2021 г. N 471н "Об утверждении профессионального стандарта "Врач-эндоскопист"
  - Приказа Министерства труда и социальной защиты РФ от 14 марта 2018 г. N 137н "Об утверждении профессионального стандарта "Врач-уролог"
  - Приказа Минздрава России от 02.05.2025 № 206н «Об утверждении квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием»;
  - Приказа Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23.07.2010 № 541н «Об утверждении единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения»;
  - Приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 02.05.2025 № 205н «Об утверждении номенклатуры должностей медицинских работников и фармацевтических работников»;
  - Приказа Министерства образования и науки Российской Федерации от 01.07.2013 № 499 «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по дополнительным профессиональным программам»;
- и реализуется в системе непрерывного профессионального образования.

- вид программы: практико-ориентированная.

### 5.2. Контингент обучающихся:

- по основной специальности: Колопроктология;

- по смежным специальностям: Хирургия, Онкология, Акушерство и гинекология, Эндоскопия, Урология.

**5.3. Актуальность программы** обусловлена необходимостью подготовки врачей в соответствии с требованиями новых порядков и стандартов оказания медицинской помощи пациентам, нуждающихся в оказании колопроктологической медицинской помощи. В обучении используются современные методики, высокотехнологическое оборудование для малоинвазивного лечения заболеваний анального канала, перианальной и крестцово-копчиковой областей с применением диодного лазера.

**5.4. Объем программы:** 36 академических часов.

**5.5. Форма обучения, режим и продолжительность занятий**

График обучения	Акад. часов в день	Дней в неделю	Общая продолжительность программы, месяцев (дней, недель)
Форма обучения			
Очная	6	6	6 дней, 1 неделя

**5.6. Структура Программы:**

- общие положения;
- цель;
- планируемые результаты освоения Программы;
- учебный план;
- календарный учебный график;
- рабочие программы учебных модулей (дисциплин);
- организационно-педагогические условия реализации программы;
- требования к итоговой аттестации обучающихся.

**5.7. Документ, выдаваемый после успешного освоения программы:** - удостоверение о повышении квалификации.

## 6. ЦЕЛЬ ПРОГРАММЫ

**Цель программы** заключается в совершенствовании ранее полученных знаний, формирование у обучающихся новых профессиональных компетенций и повышение профессионального уровня, на основе новейших данных мировой и отечественной колопроктологии.

**6.1. Задачи программы:**

*Совершенствовать знания:*

– порядков, стандартов и клинических рекомендаций оказания медицинской помощи пациентам с заболеваниями толстой кишки, анального канала и промежности колопроктологического профиля;

- показаний к использованию современных методов инструментальной диагностики у пациентов с колопроктологическими заболеваниями;
- современных методов лечения пациентов с колопроктологическими заболеваниями;

*Совершенствовать умения:*

- руководствоваться порядками, стандартами и клиническими рекомендациями оказания медицинской помощи пациентам с заболеваниями толстой кишки, анального канала и промежности колопроктологического профиля;
- интерпретировать результаты инструментального обследования пациентов с колопроктологическими заболеваниями;
- разработать план миниинвазивного лечения пациентов с колопроктологическими заболеваниями с учетом клинической картины и в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения), порядками и стандартами оказания медицинской помощи;

*Совершенствовать навыки:*

- осмотр (консультация) пациентов с колопроктологическими заболеваниями;
- определения показаний и противопоказаний к выполнению миниинвазивного лечения с использованием диодного лазера у больных геморроем;
- определения показаний и противопоказаний к выполнению сфинктеросберегающего лечения с использованием диодного лазера у больных со свищом прямой кишки;
- определения показаний и противопоказаний к выполнению миниинвазивного лечения с использованием диодного лазера у больных с хроническим воспалением эпителиального копчикового хода.

*Обеспечить приобретение опыта деятельности:*

- определению показаний и техники подслизистой лазерной абляции внутренних геморроидальных узлов;
- определению показаний и техники ликвидации свища прямой кишки методом лазерной коагуляции;
- определению показаний и техники лазерной коагуляции эпителиального копчикового хода.

## **7. ПЛАНИРУЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОБУЧЕНИЯ**

### **7.1 Квалификационные характеристики, совершенствуемые в результате освоения Программы:**

*профессиональные компетенции – (далее - ПК):*

- готовность к диагностике заболеваний и (или) состояний, в том числе новообразований, толстой, тощей и подвздошной кишки, заднего прохода, тазового дна, промежности и крестцово-копчиковой области (ПК-1)
- готовность к лечению пациентов с заболеваниями и (или) состояниями, в том числе с новообразованиями, толстой, тощей и подвздошной кишки, заднего прохода,

тазового дна, промежности и крестцово-копчиковой области, контроль его эффективности и безопасности (ПК-2)

**Паспорт квалификационных характеристик (компетенций), обеспечивающих выполнение трудовых функций**

Индекс компетенции	Знания, умения, навыки, опыт деятельности, составляющие компетенцию	Форма контроля
<i>Совершенствуемые компетенции</i>		
ПК-1	<p><u>Знания</u>            Общие вопросы организации медицинской помощи            Порядок оказания медицинской помощи по профилю "колопроктология"            Клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи пациентам с заболеваниями и (или) состояниями, в том числе с новообразованиями, толстой, тощей и подвздошной кишки, заднего прохода, тазового дна, промежности и крестцово-копчиковой области            Закономерности функционирования здорового организма человека и механизмы обеспечения здоровья с позиции теории функциональных систем; особенности регуляции функциональных систем организма человека при патологических процессах            Методика сбора анамнеза жизни, заболевания и жалоб у пациентов (их законных представителей) с заболеваниями и (или) состояниями, в том числе с новообразованиями, толстой, тощей и подвздошной кишки, заднего прохода, тазового дна, промежности и крестцово-копчиковой области            Методика осмотра и обследования пациентов с заболеваниями и (или) состояниями, в том числе с новообразованиями, толстой, тощей и подвздошной кишки, заднего прохода, тазового дна, промежности и крестцово-копчиковой области            Анатомо-функциональные и возрастные особенности при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе новообразованиях, толстой, тощей и подвздошной кишки, заднего прохода, тазового дна, промежности и крестцово-копчиковой области            Этиология, патогенез заболеваний и (или) состояний, в том числе новообразований, толстой, толстой, тощей и подвздошной кишки, заднего прохода, тазового дна, промежности и крестцово-копчиковой области</p>	Т/К
	<p><u>Умения</u>            Осуществлять сбор жалоб, анамнеза жизни у пациентов (их законных представителей) с заболеваниями и (или) состояниями, в том числе с новообразованиями, толстой, тощей и подвздошной кишки, заднего прохода, тазового дна, промежности и крестцово-копчиковой области            Анализировать и интерпретировать полученную информацию от пациентов (их законных представителей) с заболеваниями и (или) состояниями, в том числе с новообразованиями, толстой, тощей и подвздошной кишки, заднего прохода, тазового дна, промежности и крестцово-копчиковой области            Оценивать анатомо-функциональное состояние толстой, тощей и подвздошной кишки, заднего прохода, тазового дна, промежности и крестцово-копчиковой области при заболеваниях и (или) состояниях,</p>	Т/К

Индекс компетенции	Знания, умения, навыки, опыт деятельности, составляющие компетенцию	Форма контроля
	в том числе новообразованиях, у пациентов	
	<p><u>Навыки</u>  Сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания пациентов (их законных представителей) с заболеваниями и (или) состояниями, в том числе с новообразованиями, толстой, тощей и подвздошной кишки, заднего прохода, тазового дна, промежности и крестцово-копчиковой области  Осмотр пациентов с заболеваниями и (или) состояниями, в том числе с новообразованиями, толстой, тощей и подвздошной кишки, заднего прохода, тазового дна, промежности и крестцово-копчиковой области  Формулирование предварительного диагноза и составление плана лабораторных и инструментальных исследований пациентов с заболеваниями и (или) состояниями, в том числе с новообразованиями, толстой, тощей и подвздошной кишки, заднего прохода, тазового дна, промежности и крестцово-копчиковой области  Направление пациентов с заболеваниями и (или) состояниями, в том числе с новообразованиями, толстой, тощей и подвздошной кишки, заднего прохода, тазового дна, промежности и крестцово-копчиковой области на лабораторные исследования в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи  Направление пациентов с заболеваниями и (или) состояниями, в том числе с новообразованиями, толстой, тощей и подвздошной кишки, заднего прохода, тазового дна, промежности и крестцово-копчиковой области на инструментальные обследования в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи</p>	Т/К
	<p><u>Опыт деятельности</u>  Определению показаний и техники подслизистой лазерной абляции внутренних геморроидальных узлов;  Определению показаний и техники ликвидации свища прямой кишки методом лазерной коагуляции;  Определению показаний и техники лазерной коагуляции эпителиального копчикового хода.</p>	П/А
ПК-2	<p><u>Знания</u>  Порядок оказания медицинской помощи населению с заболеваниями и (или) состояниями, в том числе с новообразованиями, толстой, тощей и подвздошной кишки, заднего прохода, тазового дна, промежности и крестцово-копчиковой области  Клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе новообразованиях, толстой, тощей и подвздошной кишки, заднего прохода, тазового дна, промежности и крестцово-копчиковой области  Методы хирургического лечения заболеваний и (или) состояний, в том числе новообразований, толстой, тощей и подвздошной кишки,</p>	Т/К

Индекс компетенции	Знания, умения, навыки, опыт деятельности, составляющие компетенцию	Форма контроля
	<p>заднего прохода, тазового дна, промежности и крестцово-копчиковой области в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>Методы лечения новообразований толстой, тощей и подвздошной кишки, заднего прохода, тазового дна, промежности и крестцово-копчиковой области в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>Методы консервативного лечения заболеваний и (или) состояний, в том числе новообразований, толстой, тощей и подвздошной кишки, заднего прохода, тазового дна, промежности и крестцово-копчиковой области в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>Механизм действия лекарственных препаратов, применяемых при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе новообразованиях, толстой, тощей и подвздошной кишки, заднего прохода, тазового дна, промежности и крестцово-копчиковой области, показания, противопоказания, возможные осложнения и побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные, у пациентов</p> <p>Методы подбора и назначения медицинских изделий пациентам с заболеваниями и (или) состояниями, в том числе с новообразованиями, толстой, тощей и подвздошной кишки, заднего прохода, тазового дна, промежности и крестцово-копчиковой области, показания, противопоказания, возможные осложнения и побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные, у пациентов</p> <p>Принципы и методы оказания медицинской помощи в неотложной форме пациентам с заболеваниями и (или) состояниями, в том числе с новообразованиями, толстой, тощей и подвздошной кишки, заднего прохода, тазового дна, промежности и крестцово-копчиковой области, осложнения и побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные</p>	
	<p><u>Умения</u></p> <p>Выполнять хирургические вмешательства, диагностические и лечебные манипуляции пациентам с заболеваниями и (или) состояниями, в том числе с новообразованиями, толстой, тощей и подвздошной кишки, заднего прохода, тазового дна, промежности и крестцово-копчиковой области в амбулаторных условиях в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>Выполнять местную, проводниковую, ирригационную, аппликационную и инфильтрационную анестезию (обезболивания) в</p>	Т/К

Индекс компетенции	Знания, умения, навыки, опыт деятельности, составляющие компетенцию	Форма контроля
	<p>соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>Выполнять хирургические вмешательства пациентам с заболеваниями и (или) состояниями, в том числе с новообразованиями, толстой, тощей и подвздошной кишки, заднего прохода, тазового дна, промежности и крестцово-копчиковой области в условиях дневного стационара в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи</p>	
	<p><u>Навыки</u></p> <p>Осуществление хирургических вмешательств и манипуляций на органах брюшной полости, забрюшинного пространства толстой, тощей и подвздошной кишки, заднего прохода, тазового дна, промежности и крестцово-копчиковой области при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе новообразованиях, толстой, тощей и подвздошной кишки, заднего прохода, тазового дна, промежности и крестцово-копчиковой области в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>Оценка результатов хирургических вмешательств и манипуляций на органах брюшной полости, толстой, тощей и подвздошной кишки, заднего прохода, тазового дна, промежности и крестцово-копчиковой области</p> <p>Профилактика и лечение осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе непредвиденных, возникших в результате хирургических вмешательств и манипуляций, применения лекарственных препаратов и (или) медицинских изделий, немедикаментозной терапии, хирургических вмешательств и манипуляций</p>	Т/К
	<p><u>Опыт деятельности</u></p> <p>Лечение пациентов с заболеваниями и (или) состояниями, в том числе с новообразованиями, толстой, тощей и подвздошной кишки, заднего прохода, тазового дна, промежности и крестцово-копчиковой области, контроль его эффективности и безопасности</p>	П/А

Министерство здравоохранения Российской Федерации  
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
дополнительного профессионального образования  
**РОССИЙСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ  
НЕПРЕРЫВНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ**

**УТВЕРЖДЕНО**

Учебно-методическим советом  
ФГБОУ ДПО РМАНПО

Минздрава России

«30» января 2025 г.

протокол №2

Председатель совета

О.А. Милованова



## **8.УЧЕБНЫЙ ПЛАН**

**дополнительной профессиональной образовательной программы повышения  
квалификации врачей по теме «Лазерные технологии при лечении  
доброкачественных заболеваний анального канала, перианальной и крестцово-  
копчиковой области»**

(общая трудоемкость освоения программы 36 академических часов)

**Цель программы** заключается в подготовке квалифицированного врача-специалиста способного и готового самостоятельно оценивать данные лучевых методов диагностики, применяемых, как в диагностическом поиске, так и в динамическом контроле патологии опорно-двигательного аппарата детей и подростков.

### **Контингент обучающихся:**

- по основной специальности: Колопроктология;
- по смежным специальностям: Хирургия, Онкология, Акушерство и гинекология, Эндоскопия, Урология.

**Общая трудоемкость:** 36 академических часов

**Форма обучения:** очная

№ п\п	Название и темы рабочей программы	Трудоёмкость (акад. час)	Формы обучения					Формируемые компетенции	Форма контроля	
			Лекции <sup>1</sup>	СЗ	ПЗ <sup>2</sup>	ОСК <sup>3</sup>	С <sup>4</sup>			ДОТ <sup>5</sup>
<b>1.</b>	<b>Рабочая программа учебного модуля 1 «Лазерные технологии при лечении доброкачественных заболеваний анального канала, перианальной и крестцово-копчиковой области»</b>									
<b>1.1</b>	<b>Нормативно-правовые документы по организации колопроктологической помощи</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	—	—	—	—	—	<b>ПК-1</b>	<b>Т/К<sup>6</sup></b>
1.1.1	Нормативно-правовые документы, определяющие деятельность врача-колопроктолога	1	1	—	—	—	—	—		Т/К
<b>1.2</b>	<b>Клиника, диагностика и лечение геморроя, свищей прямой кишки и хронического воспаления эпителиального копчикового хода.</b>	<b>9</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	—	—	—	<b>ПК-1</b>	<b>Т/К</b>
1.2.1	Геморрой	3	1	1	1	—	—	—		Т/К
1.2.2	Свищи прямой кишки	3	1	1	1	—	—	—		Т/К
1.2.3	Хроническое воспаление эпителиального копчикового хода	3	1	1	1	—	—	—		Т/К
<b>1.3</b>	<b>Клиническая оперативная колопроктология</b>	<b>24</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>9</b>	—	<b>6</b>	—	<b>ПК-1</b>	<b>Т/К</b>
1.3.1	Миниинвазивные операции с применением диодного лазера на анальном канале, промежности и крестцово-копчиковой области	7	2	2	3	—	—	—		Т/К
1.3.2	Показания и эффективность миниинвазивного лечения геморроя с применением лазерных технологий	6	1	1	2	—	2	—		Т/К
1.3.3	Показания и эффективность лечения свищей прямой кишки с применением лазерных технологий	6	1	1	2	—	2	—		Т/К
1.3.4	Показания и эффективность миниинвазивного лечения хронического воспаления эпителиального копчикового хода с применением лазерных технологий	5	1	—	2	—	2	—		Т/К
<b>Трудоёмкость учебного модуля 1</b>		<b>34</b>	<b>9</b>	<b>7</b>	<b>12</b>	—	<b>6</b>	—		
<b>ИТОГОВАЯ АТТЕСТАЦИЯ</b>		<b>2</b>	—	<b>2</b>	—	—	—	—		
<b>Общая трудоёмкость освоения программы</b>		<b>36</b>	<b>9</b>	<b>9</b>	<b>12</b>	—	<b>6</b>	—		<b>3<sup>7</sup></b>

<sup>1</sup> Лекционные занятия. Внимание! Общее рекомендуемое соотношение составляет примерно 1/3 от общего количества учебных часов.

<sup>2</sup> Семинарские и практические занятия.

<sup>3</sup> Обучающий симуляционный курс.

<sup>4</sup> Стажировка

<sup>5</sup> Дистанционные образовательные технологии.

<sup>6</sup> Текущий контроль.

<sup>7</sup> Зачет.

Министерство здравоохранения Российской Федерации  
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
дополнительного профессионального образования  
РОССИЙСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ НЕПРЕРЫВНОГО  
ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

**8.1. УЧЕБНО-ТЕМАТИЧЕСКИЙ ПЛАН С ПРИМЕНЕНИЕМ  
СТАЖИРОВКИ ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ  
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ  
ВРАЧЕЙ ПО ТЕМЕ «ЛАЗЕРНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ  
ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ АНАЛЬНОГО КАНАЛА,  
ПЕРИАНАЛЬНОЙ И КРЕСТЦОВО-КОПЧИКОВОЙ ОБЛАСТИ»**

**Задача стажировки** реализуются при освоении следующих видов деятельности:

- овладение основными диагностическими мероприятиями у пациентов с геморроем, свищом прямой кишки, хроническим воспалением эпителиального копчикового хода;
- проведение дифференциальной диагностики свищей прямой кишки, геморроя и хронического воспаления эпителиального копчикового хода с другими воспалительными и невоспалительными заболеваниями анального канала и перианальной области;
- постановка диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) у пациентов с геморроем, свищом прямой кишки и хроническим воспалением эпителиального копчикового хода;
- ведение пациентов с геморроем, свищом прямой кишки и хроническим воспалением эпителиального копчикового хода;
- овладение современными принципами применения лазерных технологий при лечении хронического геморроя, свищей прямой кишки и хронического воспаления эпителиального копчикового хода;
- овладение техникой основных миниинвазивных вмешательств, выполняемых по поводу геморроя, свищей прямой кишки и хронического воспаления эпителиального копчикового хода с использованием диодного лазера;
- оформление медицинской документации пациентов с геморроем, свищом прямой кишки и хроническим воспалением эпителиального копчикового хода;
- овладение методами оценки качества и безопасности медицинской деятельности после выполнения вмешательств по поводу геморроя, свища прямой кишки и хронического воспаления эпителиального копчикового хода.

**Описание стажировки:** в процессе стажировки обучающиеся овладеют техникой малоинвазивного лечения доброкачественных заболеваний анального канала, перианальной области и крестцово-копчиковой областей с использованием лазерных технологий.

**Официальное название структурного подразделения и организации, на базе которой будет проводиться стажировка:** ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр колопроктологии им. А. Н. Рыжих» Минздрава России.

**Кафедра:** колопроктологии.

**Руководитель стажировки:** Костарев Иван Васильевич профессор, д.м.н., ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России.

**Кураторы:**

Мудров Андрей Анатольевич, профессор, д.м.н., ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России;

Благодарный Леонид Абрамович, профессор, д.м.н., ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России.

№ п/п	Название и темы рабочей программы	Трудоемкость (акад. час.)	Формируемые компетенции	Виды деятельности	Форма контроля
1.3.2	Показания и эффективность миниинвазивного лечения геморроя с применением лазерных технологий	2	ПК-1; ПК-2	- Определение показаний и противопоказаний к миниинвазивным методам лечения пациентов с геморроем; - Знакомство с принципами подготовки к операции и ведению послеоперационного периода пациентов с геморроем	Т/К
1.3.3	Показания и эффективность лечения свищей прямой кишки с применением лазерных технологий	2	ПК-1; ПК-2	- Определение показаний и противопоказаний к сфинктеросберегающим вмешательствам при лечении пациентов со свищами прямой кишки; - Знакомство с принципами подготовки к операции и ведению послеоперационного периода пациентов со свищами прямой кишки	Т/К
1.3.4	Показания и эффективность миниинвазивного лечения хронического воспаления эпителиального копчикового хода с применением лазерных технологий	2	ПК-1; ПК-2	- Определение показаний и противопоказаний к миниинвазивным вмешательствам при лечении пациентов с хроническим воспалением	Т/К

№ п/п	Название и темы рабочей программы	Трудоемкость (акад. час.)	Формируемые компетенции	Виды деятельности	Форма контроля
				эпителиального копчикового хода; - Освоение техники ликвидации хронического воспаления эпителиального копчикового хода методом лазерной термокоагуляции	
	<b>Итого</b>	<b>6</b>			<b>Т/К</b>

Министерство здравоохранения Российской Федерации  
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
дополнительного профессионального образования  
**РОССИЙСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ  
НЕПРЕРЫВНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ**

**УТВЕРЖДЕНО**

Учебно-методическим советом  
ФГБОУ ДПО РМАНПО

Минздрава России  
«30» января 2025 г.

протокол №2

Председатель совета

О.А. Милованова



**9. КАЛЕНДАРНЫЙ УЧЕБНЫЙ ГРАФИК**

дополнительной профессиональной образовательной программы повышения  
квалификации врачей по теме «Лазерные технологии при лечении  
доброкачественных заболеваний анального канала, перианальной и крестцово-  
копчиковой области»

**Сроки обучения:** в соответствии с учебно-производственным планом

<i>Название и темы рабочей программы</i>	<i>1 неделя</i>
	<i>Трудоемкость освоения (акад. час)</i>
Лазерные технологии при лечении доброкачественных заболеваний анального канала, перианальной и крестцово-копчиковой области	34
<b>Итоговая аттестация</b>	<b>2</b>
<b>Общая трудоемкость программы (36 акад. часов)</b>	<b>36</b>

Министерство здравоохранения Российской Федерации  
 Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
 дополнительного профессионального образования  
**РОССИЙСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ  
 НЕПРЕРЫВНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ**

**УТВЕРЖДЕНО**

Учебно-методическим советом  
 ФГБОУ ДПО РМАНПО

Минздрава России

«30» января 2025 г.

протокол №2

Председатель совета

О.А. Милованова



## 10. РАБОЧИЕ ПРОГРАММЫ УЧЕБНЫХ МОДУЛЕЙ

### 10.1. РАБОЧАЯ ПРОГРАММА УЧЕБНОГО МОДУЛЯ 1 «Лазерные технологии при лечении доброкачественных заболеваний анального канала, перианальной и крестцово-копчиковой области»

**Трудоемкость освоения:** 34 академических часов.

**Содержание рабочей программы учебного модуля 1 «Лазерные технологии при лечении доброкачественных заболеваний анального канала, перианальной и крестцово-копчиковой области»**

Код	Название и темы рабочей программы
1.1	<b>Нормативно-правовые документы по организации колопроктологической помощи</b>
1.1.1	Нормативно-правовые документы, определяющие деятельность врача-колопроктолога
1.1.1.1	Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»; Федеральный закон от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей» (опубликован в «Собрании законодательства Российской Федерации», 15.01.1996, № 3, ст. 140);
1.1.1.2	Федеральный государственный образовательный стандарт высшего образования по специальности 31.08.55 Колопроктология (Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 25.08.2014 № 1098 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.55 Колопроктология (уровень подготовки кадров высшей квалификации) (зарегистрировано в Министерстве юстиции Российской Федерации 23.10.2014, регистрационный № 34427);
1.2	<b>Клиника, диагностика и лечение геморроя, свищей прямой кишки и хронического воспаления эпителиального копчикового хода.</b>
1.2.1	<b>Геморрой</b>
1.2.1.1	Этиология, патогенез, патологическая анатомия
1.2.1.2	Клиника и диагностика
1.2.1.3	Осложнения геморроя

Код	Название и темы рабочей программы
1.2.1.4	Миниинвазивное лечение геморроя
1.2.1.5	Хирургическое лечение геморроя
<b>1.2.2</b>	<b><i>Свищи прямой кишки</i></b>
1.2.2.1	Этиология, патогенез, патологическая анатомия, классификация свищей прямой кишки
1.2.2.2	Диагностика и клиническая картина свищей прямой кишки различной степени сложности
1.2.2.3	Значение определения степени сложности свищей прямой кишки в выборе метода миниинвазивного лечения
1.2.2.4	Дифференциальная диагностика
1.2.2.5	Лечение свищей прямой кишки
<b>1.2.3</b>	<b><i>Хроническое воспаление эпителиального копчикового хода</i></b>
1.2.3.1	Этиология, патогенез, патологическая анатомия, классификация хронического воспаления эпителиального копчикового хода
1.2.3.2	Диагностика и клиническая картина хронического воспаления эпителиального копчикового хода
1.2.3.3	Значение определения локализации и размеров эпителиального копчикового хода, особенностей анатомии крестцово-копчиковой области в выборе метода хирургического лечения
1.2.3.4	Дифференциальная диагностика
1.2.3.5	Лечение хронического воспаления эпителиального копчикового хода
<b>1.3</b>	<b>Клиническая оперативная колопроктология</b>
<b>1.3.1</b>	<b><i>Миниинвазивные операции с применением диодного лазера на анальном канале, промежности и крестцово-копчиковой области</i></b>
1.3.1.1	Сфинктеросберегающие вмешательства при лечении свищей прямой кишки, миниинвазивное лечение геморроя и хронического воспаления эпителиального копчикового хода с применением лазерных технологий (ликвидация свища методом лазерной термокоагуляции в сочетании с перевязкой свищевого хода в межсфинктерном пространстве «LIFT», низведением лоскута стенки прямой кишки, подслизистая лазерная коагуляция внутренних геморроидальных узлов, в сочетании или без доплерконтролируемой дезартеризации внутренних геморроидальных узлов (в т.ч. с мукопексией), ликвидация эпителиального копчикового хода методом лазерной коагуляции
1.3.1.2	Современные принципы сфинктеросберегающих вмешательств при лечении свищей прямой кишки, миниинвазивного лечения геморроя и хронического воспаления эпителиального копчикового хода с применением лазерных технологий
<b>1.3.2</b>	<b><i>Показания и эффективность миниинвазивного лечения геморроя с применением лазерных технологий</i></b>
1.3.2.1	Показания и техника подслизистой лазерной коагуляции внутренних геморроидальных узлов
1.3.2.2	Показания и техника подслизистой лазерной коагуляции в сочетании с доплерконтролируемой дезартеризацией внутренних геморроидальных узлов
1.3.2.3	Показания и техника подслизистой лазерной коагуляции в сочетании с доплерконтролируемой дезартеризацией внутренних геморроидальных узлов с мукопексией
1.3.2.4	Результаты различных видов миниинвазивного лечения геморроя с применением диодного лазера
<b>1.3.3</b>	<b><i>Показания и эффективность лечения свищей прямой кишки с применением лазерных технологий</i></b>
1.3.3.1	Показания и техника перевязки свищевого хода в межсфинктерном пространстве (LIFT)
1.3.3.2	Показание и техника иссечения свища с проктопластикой (низведение слизисто-мышечного/полностенного лоскута стенки прямой кишки)
1.3.3.3	Показание и техника ликвидации свища прямой кишки методом лазерной термокоагуляции

Код	Название и темы рабочей программы
	с различными вариантами ушивания внутреннего свищевого отверстия
1.3.3.4	Результаты различных видов сфинктеросберегающих вмешательств с использованием диодного лазера при лечении свищей прямой кишки
<b>1.3.4</b>	<b><i>Показания и эффективность миниинвазивного лечения хронического воспаления эпителиального копчикового хода с применением лазерных технологий</i></b>
1.3.4.1	Показания и техника ликвидации эпителиального копчикового хода методом лазерной коагуляции
1.3.4.2	Показания и техника ликвидации эпителиального копчикового хода методом лазерной коагуляции (SiLaC) с кюретажем выстилки хода и иссечением первичных и вторичных свищевых отверстий дермапанчем
1.3.4.3	Результаты миниинвазивного лечения хронического воспаления эпителиального копчикового хода с использованием диодного лазера

### ***Тематика интерактивных форм учебных занятий:***

№ п/п	Форма занятий	Тема занятий	Формируемые компетенции (индикаторы достижения)
1.	Практика в учебном классе	Современные алгоритмы лечения свищей прямой кишки с помощью сфинктеросберегающих, в т.ч. лазерных технологий, миниинвазивного лечения геморроя и хронического воспаления эпителиального копчикового хода с применением диодного лазера	ПК-1; ПК-2
2.	Кейс-задание	Разбор показаний, методик и результатов сфинктеросберегающего лечения свищей прямой кишки с использованием диодного лазера	ПК-1; ПК-2
3.	Кейс-задание	Разбор показаний, методик и результатов миниинвазивного лечения геморроя с использованием диодного лазера	ПК-1; ПК-2
4.	Кейс-задание	Разбор показаний, методик и результатов миниинвазивного лечения хронического воспаления эпителиального копчикового хода с использованием диодного лазера	ПК-1; ПК-2

**Примеры оценочных средств освоения рабочей программы учебного модуля 1 «Лазерные технологии при лечении доброкачественных заболеваний анального канала, перианальной и крестцово-копчиковой области».**

***Инструкция: Выберите один правильный ответ:***

1. Какое из положений является наиболее удобным для осмотра больного с заболеванием прямой кишки?

А) на правом или левом боку;

Б) на правом или левом боку с согнутыми в тазобедренных и коленных суставах нижними; конечностями, которые приведены к животу;

В) коленно-локтевое положение и в положении больного на спине в гинекологическом кресле;

Г) по Депажю;

Д) лёжа на спине в постели.

Ответ: В - коленно-локтевое положение и в положении больного на спине в гинекологическом кресле.

2. Последствием какого заболевания являются свищи прямой кишки?

А) злокачественного процесса;

Б) перианальных кондилом;

В) острого парапроктита;

Г) анальной трещины;

Д) геморроя.

Ответ: В) острого парапроктита.

**Инструкция: выберите правильный ответ по схеме:**

А) – если правильные ответы 1,2 и 3;

Б) – если правильные ответы 1 и 3;

В) – если правильные ответы 2 и 4;

Г) – если правильный ответ 4;

Д) – если правильные ответы 1,2,3,4.

3. Каковы основные принципы применения малоинвазивных методик лечения геморроя?

1) они применимы только при патологическом состоянии внутренних геморроидальных узлов;

2) не применяются при выраженном наружном геморрое;

3) не применяются при наличии воспалительных заболеваний прямой кишки, анального канала и промежности;

4) все манипуляции выполняются с применением обезболивания.

Ответ: А) – если правильные ответы 1,2 и 3.

4. Что характерно для внутренних геморроидальных узлов при третьей стадии геморроя?

1) выпадают при натуживании и вправляются самостоятельно;

2) увеличены и кровоточат при дефекации;

3) увеличены, кровоточат при дефекации, 1-2 раза в году тромбируются;

4) выпадают, для вправления необходимо ручное пособие.

Ответ: Г) – если правильный ответ 4.

5. Что является характерным для кровотечения из заднего прохода при хроническом геморрое?

1) темным цветом крови;

2) алым цветом крови;

3) наличием сгустков;

4) *периодичностью появления.*

*Ответ: В) – если правильные ответы 2 и 4.*

## **Литература к рабочим программам учебных модулей**

### *Основная:*

1. Шелыгин Ю.А., Титов А.Ю., Благодарный Л.А., Ачкасов С.И. Геморрой. Диагностика и лечение. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 216 с.

2. Вовк Е.И. Рациональная фармакотерапия – фактор успешного лечения геморроя – Русский медицинский журнал. №2, 2002 Е-10, стр. 73

3. Справочник Видаль. Лекарственные препараты в России. М., Видаль Рус, 2016, 1240 с.

4. Шелыгин Ю.А., Благодарный Л.А. Справочник по колопроктологии. - М.: Литтерра, 2012. С. 64-89.

5. Клинические рекомендации. Колопроктология, 2-е изд. под ред. академика РАН Ю.А. Шелыгина. - М.: ГЭОТАР-медиа, 2020, стр. 30-53 и 67-82.

6. Кайзер С.М. Колоректальная хирургия. – М.: Бином, 2011.- 751 с.

### *Дополнительная:*

1. Генри М., Свош М. Колопроктология и тазовое дно. - М.: Медицина. - 1988. С. 232-255.

2. Дульцев Ю.В., Саламов К.Н. Парапроктит. – М.: Медицина, 1981. – 208 с.

3. Воробьев Г.И. Основы колопроктологии. - М.: МИА, 2006. С. 79-82, 94.

4. Титов А.Ю., Костарев И.В., Аносов И.С., Фоменко О.Ю. Первый опыт перевязки свищевого хода в межсфинктерном пространстве (LIFT-методика) в лечении пациентов с транс- и экстрасфинктерными свищами прямой кишки. Колопроктология. 2016. № 4(58). С. 47-53.

5. Костарев И.В., Шелыгин Ю.А., Титов А.Ю. Лечение свищей прямой кишки перемещенным лоскутом: устаревший подход или современный метод? (систематический обзор литературы). Колопроктология. 2016. № 1(55). С. 6-15.

6. Матинян А.В., Костарев И.В., Благодарный Л.А., Титов А.Ю., Шелыгин Ю.А. Лечение свищей прямой кишки методом лазерной термооблитерации свищевого хода (систематический обзор). Колопроктология. 2019. Т. 18. № 3 (69). С. 7-19.

7. Титов А.Ю., Костарев И.В., Благодарный Л.А., Болквадзе Э.Э., Хрюкин Р.Ю. Субмукозная лазерная термоабляция внутренних геморроидальных узлов. Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 2020. № 3. С. 89-96.

8. Захарян А.В., Костарев И.В., Благодарный Л.А., Титов А.Ю., Мудров А.А., Киселев Д.О., Козырева С.Б. Влияние способа закрытия внутреннего свищевого отверстия на результаты лечения свищей прямой кишки методом лазерной коагуляции. Предварительные результаты рандомизированного исследования. Колопроктология. 2022. Т. 21. № 3 (81). С. 33-42.

9. Козырева С.Б., Костарев И.В., Благодарный Л.А., Половинкин В.В., Захарян А.В., Титов А.Ю. Малоинвазивные методы лечения эпителиального копчикового хода (систематический обзор литературы и метаанализ) Колопроктология. 2023. Т. 22. № 2 (84). С. 149-159.

10. Костарев И.В., Захарян А.В., Киселев Д.О., Благодарный Л.А., Мудров А.А., Титов А.Ю. Пятилетний опыт применения метода лазерной коагуляции при лечении транс- и экстрасфинктерных свищей прямой кишки. Колопроктология. 2024. Т. 23. № 1 (87). С. 59-70.

*Интернет-ресурсы:*

1. Сайт Государственного научного центра колопроктологии  
<http://www.new.gnck.ru>
2. Сайт: Центральная научная медицинская библиотека – URL:  
<http://www.scsml.rssi.ru>;
3. Сводный каталог периодики и аналитики по медицине – URL:  
<http://ucm.sibtechcenter.ru>;
4. Издательство «Медицина» – URL: <http://www.medlit.ru/>;
5. Сайт Издательства «Бином» – URL: <http://binom-press.ru/catalog/physioterapy/http://physis.ru/>
6. Сайт клинических рекомендаций: [cr.minzdrav.gov.ru/clin-rec](http://cr.minzdrav.gov.ru/clin-rec)

## **11. ОРГАНИЗАЦИОННО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ УСЛОВИЯ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОГРАММЫ**

### **11.1. Реализация программы в форме стажировки**

Стажировка осуществляется в целях изучения передового опыта, а также закрепления теоретических знаний, полученных при освоении программы повышения квалификации, и приобретения практических навыков и умений для их эффективного использования при исполнении своих должностных обязанностей врача по гигиене детей и подростков, врача по общей гигиене, врача педиатра. Стажировка носит индивидуальный или групповой характер.

Содержание стажировки определяется организацией с учетом предложений организаций, направляющих специалистов на стажировку, содержания дополнительной профессиональной программы повышения квалификации врачей.

Содержание реализуемой дополнительной профессиональной программы в форме стажировки должно быть направлено на достижение целей программы, планируемых результатов, а также для практического использования полученных навыков при разработке проекта школьной целевой профилактической программы по сохранению и укреплению здоровья обучающихся и оптимизации образовательной среды.

Освоение программы в форме стажировки завершается итоговой аттестацией обучающихся, порядок которой определяется организацией самостоятельно.

## **12. ФОРМЫ АТТЕСТАЦИИ**

### **12.1. Промежуточная аттестация обучающихся**

**Аттестация промежуточная** – установление соответствия усвоенного содержания образования планируемым результатам модуля, раздела и др.

### **12.2. Итоговая аттестация обучающихся**

**Аттестация итоговая** – установление соответствия усвоенного содержания образования планируемым результатам обучения по ДПП и представляет собой форму оценки степени и уровня освоения программы, является обязательной и проводится в порядке и в форме, которые установлены образовательной организацией.

Итоговая аттестация по дополнительной профессиональной программе повышения квалификации врачей по теме «Лазерные технологии при лечении доброкачественных заболеваний анального канала, перианальной и крестцово-копчиковой области» проводится в форме зачета и должна выявлять теоретическую и практическую подготовку врача в соответствии с квалификационными требованиями, профессиональными стандартами, утвержденными Порядками оказания медицинской помощи.

Обучающиеся допускаются к итоговой аттестации после изучения дисциплин в объеме, предусмотренном учебным планом программы.

Рекомендуемый порядок проведения итоговой аттестации включает в себя последовательность этапов:

1. Тестирование, направленное на контроль и оценку знаний, умений, составляющих содержание профессиональных компетенций.

2. Решение ситуационных задач, направленное на контроль и оценку умений, составляющих содержание профессиональных компетенций.

Обучающиеся, освоившие дополнительную профессиональную программу повышения квалификации врачей по теме «Лазерные технологии при лечении доброкачественных заболеваний анального канала, перианальной и крестцово-копчиковой области» и успешно прошедшие итоговую аттестацию, получают документ установленного образца о дополнительном профессиональном образовании – удостоверение о повышении квалификации.



## Примеры контрольно-оценочных материалов:

Инструкция: выберите правильный ответ по схеме:

- А) – если правильные ответы 1,2 и 3;
- Б) – если правильные ответы 1 и 3;
- В) – если правильные ответы 2 и 4;
- Г) – если правильный ответ 4;
- Д) – если правильные ответы 1,2,3,4.

1. Что НЕ служит причиной сильных болей после лигирования геморроидальных узлов латексными кольцами?

- А) одновременное лигирование более двух узлов;
- Б) втягивание гребешковой зоны в латексное кольцо;
- В) тромбоз соседних узлов;
- Г) несоблюдение строгой диеты.

Ответ: Г) - несоблюдение строгой диеты.

2. Что характерно для внутренних геморроидальных узлов при первой стадии геморроя?

- А) выпадают, но вправляются самостоятельно;
- Б) выпадают и самостоятельно не вправляются;
- В) кровоточат при дефекации, выпадают и вправляются самостоятельно;
- Г) кровоточат, но не выпадают из анального канала.

Ответ: Г) – кровоточат, но не выпадают из анального канала.

3. Пациент М., 48 лет, обратившись к колопроктологу впервые. Предъявляет жалобы на частое выделение крови, выпадение геморроидальных узлов из заднего прохода при дефекации, слабость, повышенную утомляемость, головокружение при приеме вертикального положения.

Из анамнеза: более 5 лет отмечает периодическое выделение крови из заднего прохода при дефекации, выпадение геморроидальных узлов. В течение последних 6 месяцев увеличилась частота и интенсивность кровотечений, появилась необходимость вправления выпадающих при дефекации геморроидальных узлов рукой, пациент стал отмечать слабость, снижение трудоспособности, повышенную утомляемость.

Объективно: Пациент нормального телосложения и питания. Кожные покровы бледной окраски. Артериальное давление: 120/80 мм рт. ст., ЧСС- 76 уд/мин. Дизурии нет. Стул ежедневный, оформленный.

При местном осмотре: кожа перианальной области не изменена. На 3, 7 и 11 часах увеличенные наружные геморроидальные узлы без признаков воспаления. При пальцевом исследовании прямой кишки: тонус и волевые усилия сфинктера удовлетворительные. На 3, 7 и 11 часах увеличенные внутренние геморроидальные узлы. При натуживании внутренние узлы на 3 и 7 часах выпадают, при волевом сокращении полностью самостоятельно не вправляются, имеется необходимость вправления выпавших узлов рукой.

Результаты лабораторных и инструментальных методов обследований: Колоноскопия:



во всех отделах толстой кишки патологических изменений нет.

ЭГДС: грыжа пищеводного отдела диафрагмы, признаки хронического гастрита. Эрозий, язв не выявлено.

Клинический анализ крови: гемоглобин 72 г/л (N=130-160), эритроциты  $3,2 \times 10^{12}$ , лейкоциты  $-5,2 \times 10^9$ .

Уровень сывороточного железа 10,5 мкмоль/л (N=11-31).

Какова наиболее верная тактика лечения в данном случае?

А. Пациенту рекомендована консультация и лечение у гематолога в связи с наличием анемии с последующей повторной консультацией колопроктологом для решения вопроса о хирургическом лечении геморроя.

Б. Пациенту рекомендована консервативная терапия с использованием гемостатических препаратов (этамзилат натрия, викасол, транексам), препаратов железа и свечей с компонентами, обладающими сосудосуживающим и снижающим сосудистую проницаемость действием (салицил с адреналином, фенилэфрином, трибенозидом, натрия альгинатом и др.).

В. Пациенту рекомендована госпитализация в колопроктологический стационар для выполнения радикального хирургического вмешательства, сопровождающегося удалением внутренних геморроидальных узлов – геморроидэктомии и проведения терапии, направленной на восстановление уровня гемоглобина крови (препараты железа, переливание эритроцитарной массы) под контролем лабораторных показателей крови.

Г. Пациенту рекомендовано проведение склерозирующего лечения геморроя с последующим проведением курса терапии препаратами железа под контролем лабораторных показателей крови. Решение вопроса о необходимости радикального хирургического лечения принимается после повышения уровня гемоглобина крови до 100-110 г/л с учетом жалоб пациента и данных местного статуса (наличие увеличенных внутренних геморроидальных узлов).

Ответ: Г. Пациенту рекомендовано проведение склерозирующего лечения геморроя с последующим проведением курса терапии препаратами железа под контролем лабораторных показателей крови. Решение вопроса о необходимости радикального хирургического лечения принимается после повышения уровня гемоглобина крови до 100-110 г/л с учетом жалоб пациента и данных местного статуса (наличие увеличенных внутренних геморроидальных узлов).

4. Пациентка А., 34 лет, обратилась к колопроктологу с жалобами на наличие увеличенных наружных геморроидальных узлов, частые тромбозы наружных геморроидальных узлов.

Из анамнеза: считает себя больной в течение 3 лет, когда после вторых физиологических родов пациентка отметила появление увеличенных наружных геморроидальных узлов. В дальнейшем, периодически, пациентка отмечала уплотнение геморроидальных узлов, усиление болезненности в области геморроидальных узлов их. Самостоятельно применяла различные местные противовоспалительные консервативные средства без видимым эффектом. В течение последних 10 месяцев тромбоз наружных геморроидальных узлов пациентка отмечает каждые 2-3 месяца.

Объективно: Пациентка имеет нормального телосложения и питания. Кожные покровы

физиологической окраски. Артериальное давление: 115/70 мм рт. ст., ЧСС- 72 уд/мин. Дизурии нет. Стул ежедневный, оформленный.

При местном осмотре: кожа перианальной области не изменена. На 1, 3, 6, 7, 9 и 11 часах имеются увеличенные наружные геморроидальные узлы без признаков тромбоза и воспаления. Наиболее выражены наружные геморроидальные узлы на 3, 7, 9 и 11 часах. При пальцевом исследовании прямой кишки: тонус и волевые усилия сфинктера удовлетворительные. Внутренние геморроидальные узлы не выражены.

Результаты лабораторных и инструментальных методов обследований: Колоноскопия: во всех отделах толстой кишки патологических изменений нет.

Клинический анализ крови: гемоглобин 128 г/л (N=120-140), эритроциты  $4,55 \times 10^{12}$ , лейкоциты- $6,1 \times 10^9$ , тромбоциты- $244 \times 10^9$ .

Какова наиболее верная тактика колопроктолога в данном случае?

А. Пациентке рекомендовано применение местной и системной консервативной терапии при обострении заболевания с последующим использованием поддерживающего лечения флеботоническими препаратами.

Б. Пациентке рекомендовано малоинвазивное лечение геморроя (склеротерапия, лигирование внутренних геморроидальных узлов латексными кольцами и др.) с целью уменьшения вероятности тромбоза наружных узлов при воздействии с помощью малоинвазивных методов на внутренние геморроидальные узлы. После малоинвазивного лечения поддерживающая терапия осуществляется с помощью местных препаратов (свечи, мази) и препаратов системного действия (флеботоники).

В. Пациентке рекомендована госпитализация в колопроктологический стационар для выполнения иссечения наиболее выраженных наружных геморроидальных узлов.

Г. Пациентке рекомендована госпитализация в колопроктологический стационар для выполнения удаления как наружных, так и внутренних геморроидальных узлов (геморроидэктомии).

Ответ: В. Пациентке рекомендована госпитализация в колопроктологический стационар для выполнения иссечения наиболее выраженных наружных геморроидальных узлов.

5. Пациент Е., 52 лет, обратился к колопроктологу с жалобами на периодическое выделение крови из заднего прохода, выпадение геморроидальных узлов из заднего прохода при дефекации.

Из анамнеза: считает себя больным более 10 лет, когда пациент впервые отметил увеличение геморроидальных узлов, примесь алой крови к стулу. На фоне соблюдения диеты, консервативного лечения отмечались периоды стойкой ремиссии, однако в течение последних 2 лет периоды кровотечений при дефекации увеличились, увеличилась степень выпадения геморроидальных узлов, появилась необходимость периодического вправление выпадающих узлов рукой.

Объективно: Пациент худощавого телосложения, повышенного питания. Кожные покровы физиологически чистые. Артериальное давление: 130/80 мм рт. ст., ЧСС- 75 уд/мин. Дизурии нет. Стул ежедневный, кашицеобразный.

При местном осмотре: кожа перианальной области не изменена. На 3, 7 и 11 часах имеются увеличенные наружные геморроидальные узлы без признаков тромбоза и

воспаления. При пальцевом исследовании прямой кишки: тонус и волевые усилия сфинктера удовлетворительные. На 3, 7 и 11 часах расположены увеличенные внутренние геморроидальные узлы. При натуживании внутренние узлы частично выпадают, узлы на 7 и 11 часах вправляются самостоятельно, узел на 3 часах вправляется рукой.

Результаты лабораторных и инструментальных методов обследований: Колоноскопия: во всех отделах толстой кишки грубых органических изменений нет. Удлинение сигмовидной кишки.

Клинический анализ крови: гемоглобин 145 г/л (N=120-140), эритроциты  $4,2 \times 10^{12}$ , лейкоциты  $-7,7 \times 10^9$ , тромбоциты  $-315 \times 10^9$ .

Какова наиболее подходящая тактика лечения в данном случае?

А. Пациенту рекомендовано применение местной и системной консервативной терапии, нормализация стула и изменение образа жизни. Хирургическое лечение не показано в связи с тем, что выпадающие узлы вправляются в анальный канал.

Б. Пациенту рекомендовано малоинвазивное лечение геморроя (склеротерапия, лигирование внутренних геморроидальных узлов латексными кольцами, деструкция внутренних геморроидальных узлов с использованием лазерных технологий, доплероконтролируемая коагуляция внутренних геморроидальных узлов). После малоинвазивного лечения рекомендуется поддерживающая консервативная терапия с помощью местных препаратов (свечи, мази) и препаратов системного действия (флеботоники). В случае неэффективности или недостаточной эффективности малоинвазивного лечения и поддерживающей консервативной терапии, показана госпитализация в колопроктологический стационар для выполнения геморроидэктомии наиболее выраженных, выпадающих внутренних геморроидальных узлов.

В. Пациенту рекомендована госпитализация в колопроктологический стационар для выполнения удаления как выпадающих, так и внутренних геморроидальных узлов на 3, 7 и 11 часах (геморроидэктомия).

Ответ Б. Пациенту рекомендовано малоинвазивное лечение геморроя (склеротерапия, лигирование внутренних геморроидальных узлов латексными кольцами, деструкция внутренних геморроидальных узлов с использованием лазерных технологий, доплероконтролируемая коагуляция внутренних геморроидальных узлов). После малоинвазивного лечения рекомендуется поддерживающая консервативная терапия с помощью местных препаратов (свечи, мази) и препаратов системного действия (флеботоники). В случае неэффективности или недостаточной эффективности малоинвазивного лечения и поддерживающей консервативной терапии, показана госпитализация в колопроктологический стационар для выполнения геморроидэктомии наиболее выраженных, выпадающих внутренних геморроидальных узлов.

6. Пациентка Л., 41 года, обратилась к колопроктологу с жалобами на наличие болезненного опухолевидного образования синюшного цвета в области заднего прохода.

Из анамнеза: считает себя больным с течением 6 дней, когда после погрешности в диете (употребление острой пищи) пациентка отметила появление болезненного

опухолевидного образования в области заднего прохода. Самостоятельно использовала местное нанесение мази Флемеколь – без положительного эффекта. Несмотря на некоторое стихание боли через 5 суток, в связи с сохранением опухолевидного образования обратилась в хирургической помощи. Пациентке установлен диагноз: острый тромбоз наружного геморроидального узла на 7 часах.

Объективно: пациентка среднего телосложения и питания. Кожные покровы физиологической окраски, артериальное давление: 120/80 мм рт. ст., ЧСС- 74 уд/мин. Дизурии нет. Стул регулярный, оформленный.

При местном осмотре в перианальной области не изменена. На 7 часах имеется тромбированный наружный геморроидальный узел синюшного цвета, размерами 1,5x2,0 см, плотно-эластичной консистенции. Кожа вокруг тромбированного наружного узла без признаков отека и воспаления. При пальцевом исследовании прямой кишки: тонус и волевые усиления сфинктера удовлетворительные. Внутренние геморроидальные узлы не выражены.

Результаты лабораторных и инструментальных методов обследований:

Ректороманоскопия, колоноскопия производились в связи с болевым синдромом. Клинический анализ крови: гемоглобин 132 г/л (N=120-140), эритроциты  $4,15 \times 10^{12}$ , лейкоциты- $5,3 \times 10^9$ , тромбоциты- $270 \times 10^9$ .

Какова наиболее вероятная тактика колопроктолога в данном случае?

А. Пациентке рекомендовано продолжение местной консервативной терапии мазевыми композициями содержащими гепарин, кортикостероиды и системной терапии флеботоническими препаратами, поддерживающими диосмин, рутозиды, регуляции стула с помощью диеты и при необходимости слабительных препаратов. В последующем, после стихания острой боли показано проведение поддерживающего лечения флеботоническими препаратами в течение 2-4 недель.

Б. Пациентке рекомендовано малоинвазивное лечение геморроя (склеротерапия, деструкция внутренних геморроидальных узлов с использованием лазерных технологий, лигирование внутренних геморроидальных узлов латексными кольцами и др.) в сочетании с системной терапией флеботоническими препаратами.

В. Пациентке рекомендовано проведение госпитализации в колопроктологический стационар для выполнения иссечения острого наружного геморроидального узла.

Г. Пациентке рекомендовано проведение госпитализации в колопроктологический стационар для выполнения удаления внутреннего геморроидального узла и малоинвазивного лечения геморроя, инфракрасная фотокоагуляция, лигирование латексными кольцами.

Ответ А. Пациентке рекомендовано продолжение местной консервативной терапии мазевыми композициями содержащими гепарин, кортикостероиды и системной терапии флеботоническими препаратами, поддерживающими диосмин, рутозиды, регуляции стула с помощью диеты и при необходимости слабительных препаратов. В последующем, после стихания острой боли показано проведение поддерживающего лечения флеботоническими препаратами в течение 2-4 недель.

7. Пациент О., 26 лет, обратился к колопроктологу с жалобами на периодическое выделение алой крови из заднего прохода при дефекации.

Из анамнеза: считает себя здоровым в течение 3 месяцев, когда на фоне длительной сидячей работы, нервного перенапряжения пациент впервые стал отмечать выделение алой крови из заднего прохода при дефекации. Местно применял различные свечи – с нестойким эффектом.

Объективно: пациент имеет нормального телосложения и питания. Кожные покровы физиологической окраски. Артериальное давление: 110/70 мм рт. ст., ЧСС- 68 уд/мин. Дизурии нет. Стул регулярный, 1 раз в 1-2 дня.

При местном осмотре прямой кишки в анальной области не изменена. Анус сомкнут. Анальный рефлекс сохранен. При пальцевом исследовании прямой кишки: тонус и волевые усилия сфинктера нормальные. На 3, 7 и 11 часах незначительно увеличенные внутренние геморроидальные узлы не выпадающие при натуживании.

Результаты лабораторных и инструментальных методов обследований:  
Ректороманоскопия: в прямой кишке на высоте до 25см. В осмотренных отделах слизистая розовая, язвочек нет. Непосредственно выше анального канала определяются умеренно увеличенные скопления кавернозной ткани внутреннего геморроидального сегмента области внутренних геморроидальных узлов определяются участки местами расположенными сосудами, отмечается незначительная гиперемия слизистой оболочки.

Колonosкопия: во всех отделах прямой кишки патологических изменений нет.

В анализах крови и мочи выявлены отклонения от нормальных величин не выявлено.

Какова наиболее предпочтительная тактика колопроктолога в данном случае?

А. Пациенту рекомендовано консервативное лечение свечами и мазевыми композициями, содержащими кровоостанавливающие препараты (свечи с адреналином, фенилэфрином, трибенозидом, натрий альгинатом и др.), системная терапия флеботоническими препаратами, содержащими диосмин, рутозиды, регуляции стула с помощью диеты и приема осмотических слабительных препаратов. При отсутствии стойкого консервативного эффекта в течение 2-4 недель, сохранении симптомов кровотечения, пациенту показано малоинвазивное лечение геморроя с помощью инфракрасная фотокоагуляция внутренних геморроидальных узлов латексными кольцами).

Б. Пациенту рекомендовано консервативное лечение свечами и мазевыми композициями (препараты местного действия ромашки) на длительный период времени. В связи с отсутствием симптома выпадения геморроидальных узлов консервативное лечение свечами и мазевыми композициями не показано.

В. Пациенту рекомендовано консервативное лечение свечами и мазевыми композициями, содержащими кровоостанавливающие препараты (свечи с адреналином, фенилэфрином, трибенозидом, натрий альгинатом и др.), системная терапия флеботоническими препаратами, содержащими диосмин, рутозиды, регуляции стула с помощью диеты и приема осмотических слабительных препаратов. При отсутствии стойкого консервативного эффекта в течение 2-4 недель, сохранении симптомов кровотечения, пациенту показано малоинвазивное лечение геморроя с помощью инфракрасная фотокоагуляция внутренних геморроидальных узлов латексными кольцами).

препаратов. При отсутствии стойкого клинического эффекта на фоне консервативной терапии применяемой в течение 2-4 недель, пациенту показано выполнение доплерографируемой склеротерапии внутренних геморроидальных узлов с мукопексией, как наиболее эффективной малоинвазивной методики.

Ответ А. Пациенту рекомендовано продолжение применения местной консервативной терапии свечами и мазями с сосудосуживающими и кровоостанавливающими компонентами (свечи с адреналином, фенилэфрином, трибенозидом, натрием тетраборатом и др.), системная терапия флеботоническими препаратами, содержащими флавоноиды, рутозиды, регуляции стула с помощью диеты и приема осмотических слабительных препаратов. При отсутствии стойкого клинического эффекта на фоне консервативной терапии применяемой в течение 2-4 недель, сохранении перманентных кровотечений, пациенту показано малоинвазивное лечение геморроя (склеротерапия, лазерная деструкция внутренних геморроидальных узлов с использованием лазерного излучения).

8. Пациентка Г., 38 лет, обратилась к колопроктологу с жалобами на боли в области заднего прохода во время дефекации, наличие увеличенных наружных геморроидальных узлов, зуд, кровотечения и выпадение геморроидальных узлов из заднего прохода при дефекации.

Из анамнеза: считает себя здоровой в течение 5 лет, когда после родов пациентка впервые стала отмечать наличие геморроидальных узлов, выделение крови из заднего прохода. В последующем у больной появилось выпадение геморроидальных узлов, зуд, кровотечения; периодически пациентка была вынуждена направлять выпадающие узлы в задний проход. В течение 3 месяцев назад пациентка стала отмечать боли, жжение в области заднего прохода во время и в течение 1-2 часов после дефекации. Консервативное лечение не дало эффекта.

Объективно: пациентка среднего телосложения, несколько повышенного питания. Кожные покровы бледной окраски. Артериальное давление: 138/84 мм рт. ст., ЧСС- 72 уд/мин. Стул ежедневный, оформленный.

При местном осмотре в области заднего прохода не изменена. Анус сомкнут. На 3, 6, 7 и 11 часах определяются наружные геморроидальные узлы без признаков воспаления. При ректальном исследовании на 6 часах определяется дистальный край внутреннего геморроидального узла. При пальцевом исследовании прямой кишки: тонус сфинктера повышенный, тонус внутреннего сфинктера удовлетворительные. На 6 часах в анальном канале определяется рубцовый дефект анодермы 0,6x1,2см с рубцовыми краями – анальная трещина. На 3 и 7 часах расположены увеличенные внутренние геморроидальные узлы. На 3 и 7 часах частично выпадают внутренние узлы на 3 и 7 часах частично выпадают. Пациентка страдает от хронической задней анальной трещины со спазмом сфинктера. Диагноз: хроническая задняя анальная трещина со второй геморрой 2-3 стадии.

Результаты лабораторных исследований: биохимических методов обследований: Ректороманоскопия, фиброколоноскопия, колоноскопия проводились в связи с болевым синдромом.

Аноректальная манометрия выявила повышение среднего и максимального давления в анальном канале, что косвенно свидетельствует о спазме внутреннего сфинктера.

Клинический анализ крови: гемоглобин 126 г/л (N=120-140), эритроциты  $3,95 \times 10^{12}$ ,

лейкоциты- $4,8 \times 10^9$ , тромбоциты- $293 \times 10^9$ .

Возможно ли в данном случае применить для лечения геморроя малоинвазивные методы, при каких наиболее оптимальных условиях?

А. Пациентке рекомендовано применение склерозирующего лечения геморроя в амбулаторных условиях. Через 2 недели после склеротерапии показана плановая госпитализация в колопроктологический стационар для хирургического лечения хронической анальной трещины.

Б. Пациентке рекомендовано иссечение анальной трещины, лигирование внутренних геморроидальных узлов латексными кольцами в амбулаторных условиях под местной анестезией.

В. Пациентке рекомендована госпитализация в колопроктологический стационар для иссечения анальной трещины и лечения спазма сфинктера под спинальной анестезией. Решение вопроса о лечении геморроя следует принять после заживления раны в анальном канале.

Г. Пациентке рекомендована госпитализация в колопроктологический стационар для иссечения анальной трещины и лечения спазма сфинктера под спинальной анестезией и одновременного малоинвазивного вмешательства по поводу геморроя (склерозирование внутренних геморроидальных узлов, доплероконтролируемая дезартеризация внутренних геморроидальных узлов, лигирование внутренних геморроидальных узлов латексными кольцами).

Ответ Г. Пациентке рекомендована госпитализация в колопроктологический стационар для иссечения анальной трещины и лечения спазма сфинктера под спинальной анестезией и одновременного малоинвазивного вмешательства по поводу геморроя (склерозирование внутренних геморроидальных узлов, доплероконтролируемая дезартеризация внутренних геморроидальных узлов).

9. Пациент Ж., 73 лет, обратился к колопроктологу с жалобами на обильное выделение крови из заднего прохода при дефекации.

Из анамнеза: считает себя больным более 20 лет, когда пациент впервые стал отмечать периодическое выделение крови из заднего прохода при дефекации, увеличение геморроидальных узлов, длительные периоды отсутствия кровотечений. В анамнезе: 1 год назад перенес инфаркт миокарда. 5 месяцев назад в отделении кардиохирургии пациенту выполнена операция по поводу атеросклероза коронарных артерий выполнено стентирование. В течение последнего периода больному была назначена терапия дезагрегантами. На фоне проводимой терапии пациент стал отмечать эпизоды обильного выделения крови из заднего прохода при дефекации. Консервативное лечение – без эффекта.

Объективно: пациент худощавого телосложения, удовлетворительного питания. Дыхание везикулярное, хрипов нет, в легких ослабление приглушены, ритмичные. Кожные покровы бледно-розовые, влажность кожи нормальная. АД: 115/75 мм рт. ст., ЧСС- 76 уд/мин. Мочеиспускание безболезненное, утром, периодически, больной отмечает затруднение мочеиспускания, количество мочи умеренное, 2 раза в день, кашицеобразный.

При местном осмотре: в области перианальной области не изменена. Анус сомкнут. На 3, 7 и 11 часах умеренно увеличенные наружные геморроидальные узлы без признаков воспаления. При пальпации при опорожнении прямой кишки: тонус и волевые усилия сфинктера удовлетворительные. На 3, 7 и 11 часах расположены увеличенные внутренние геморроидальные узлы. При натуживании внутренние узлы на 3 и 11 часах частично выпадают, ущемления не выявлено. На 3 часах вправляется самостоятельно, на 11 часах вправляется рукой.

Результаты лабораторных и инструментальных методов обследований, консультации специалистов:

Ректороманоскопия: до 20 см слизистая прямой кишки розовая, язв, полипов, эрозий нет.

Колоноскопия: во всех отделах толстой кишки грубых органических изменений не выявлено.

Клинический анализ крови: гемоглобин 105 г/л (N=130-160), эритроциты  $3,3 \times 10^{12}$ , лейкоциты  $6,9 \times 10^9$ , тромбоциты  $200 \times 10^9$ .

Консультация уролога: выявлена доброкачественная гиперплазия предстательной железы, назначено консервативное лечение препаратом тамсулозин.

Пациент был дополнительно обследован кардиологом, установлен клинический диагноз: ишемическая болезнь сердца III стадии. Хроническая анемия легкой степени тяжести. ИБС: стенокардия напряжения ФК 2. Постинфарктный кардиосклероз.

Состояние после стентирования коронарных артерий. Абсолютных противопоказаний к хирургическому лечению геморроя нет.

Какой вариант лечения геморроя является наиболее показанным в данном случае?

А. Пациенту рекомендована госпитализация в колопроктологическое отделение с целью выполнения геморроидэктомии.

Б. Пациенту рекомендована госпитализация в колопроктологическое отделение с целью выполнения доплерографии и лигатурной резекции внутренних геморроидальных узлов с мукопекцией и парентерального введения препарата железа.

В. Пациенту рекомендовано проведение склерозирующего лечения геморроя в амбулаторных условиях с одновременным назначением перорального препарата железа;

Г. Пациенту рекомендовано проведение лигирования внутренних геморроидальных узлов латексными кольцами в амбулаторных условиях с последующим назначением перорального препарата железа.

Ответ В. Пациенту рекомендовано проведение склерозирующего лечения геморроя в амбулаторных условиях с одновременным назначением перорального препарата железа.

10. Пациент К., 46 лет, обратился к врачу-колопроктологу с жалобами на выделение крови и выпадение геморроидальных узлов при дефекации.

Из анамнеза: считал себя здоровым последние 8 лет, когда пациент впервые отметил

примесь алой крови к стулу. В дальнейшем у пациента появилось выпадение геморроидального узла при дефекации. Заболевание прогрессировало. В течение последнего года частота кровотечений увеличилась, выпадающий узел самостоятельно вправляется в анальный канал.

Объективно: Пациент среднего телосложения, удовлетворительного питания. Кожные покровы физиологической окраски. Артериальное давление: 130/80 мм рт. ст., ЧСС- 70 уд/мин. Дизурия, стул жидкий, оформленный.

При местном осмотре перианальной области не изменена. На 3, 7 и 11 часах не выявлены геморроидальные узлы без признаков тромбоза и воспаления. Наиболее крупный узел на 11 часах, который сливается с анальным каналом в анальный канал внутренним геморроидальным пучком прямой кишки: тонус и волевые усилия сфинктера при 3 и 7 часах расположены увеличенные внутренние геморроидальные узлы на 3 и 7 часах. При натуживании внутренние узлы на 3 и 7 часах частично выпадают, самостоятельно вправляются.

Результаты лабораторных исследований: в слепой кишке гнилостная диспепсия, грубых органических изменений не выявлено. Рекомендовано динамическое наблюдение.

Клинический анализ крови: гемоглобин 131 г/л (N=130-160), эритроциты  $4,3 \times 10^{12}$ , лейкоциты- $5,2 \times 10^9$ , тромбоциты- $160 \times 10^9$ .

Какова наиболее целесообразная тактика лечения в данном случае?

- А. Пациенту рекомендовано направление в колопроктологический стационар для выполнения геморроидэктомии.
  - Б. Пациенту рекомендовано направление в колопроктологический стационар для выполнения малоинвазивного лечения геморроя (склеротерапия, дозированная лигатурная терапия, лазерная коагуляция, лигатурная терапия, наложение латексных колец) в амбулаторных условиях.
  - В. Пациенту рекомендовано направление в колопроктологический стационар для выполнения хирургического лечения с дифференцированным подходом к каждому внутреннему геморроидальному узлу – лазерная коагуляция (или др. малоинвазивное лечение) внутренних геморроидальных узлов на 3 и 7 часах, геморроидэктомия внутреннего геморроидального узла на 11 часах.
- Ответ В. Пациенту рекомендовано направление в колопроктологический стационар для выполнения хирургического лечения с дифференцированным подходом к каждому внутреннему геморроидальному узлу – лазерная коагуляция (или др. малоинвазивное лечение) внутренних геморроидальных узлов на 3 и 7 часах, геморроидэктомия внутреннего геморроидального узла на 11 часах.

11. Пациент А., 45 лет, обратился к колопроктологу с жалобами на гнойные выделения из области анального канала. Заболевание длится 1 год, когда пациенту в экстренном

порядке было выполнено иссечение и дренирование острого парапроктита. В последующем стал отмечаться уменьшение указанных жалоб.

Объективно: Пациент худощавого телосложения, удовлетворительного питания. Кожные покровы чистые, без высыпаний. Артериальное давление: 130/80 мм рт. ст., ЧСС- 70 уд/мин. Дыхание в легких без патологических изменений, оформленный.

При местном осмотре перианальной области не изменена. Наружные геморроидальные узлы без признаков тромбоза и воспаления. На 6 часах, в 3 см от края ануса, определяется небольшое свищевое отверстие до 0,3 см в Д с гноевидным отделяемым. При надавливании на переднюю стенку прямой кишки: тонус и волевые усилия сфинктера удовлетворительные. На 6 часах, в проекции задней анальной крипты, пальпируется втяжение в виде внутреннего свищевого отверстия.

Результаты лабораторных методов исследований: Колоноскопия: в сигмовидной кишке обнаружены дивертикулы без признаков воспаления, в других отделах толстой кишки воспалительных изменений не выявлено.

УЗИ ректальным датчиком выявлен транссфинктерный свищ прямой кишки, проходящий через задний сфинктер и передний сфинктер. Дополнительные затеки и свищевых ходов не выявлено.

Клинический анализ крови: гемоглобин 134 г/л (N=130-160), эритроциты  $4,4 \times 10^{12}$ , лейкоциты- $5,1 \times 10^9$ , СОЭ-10 мм/ч.

Какой вариант лечения свища является наиболее целесообразным в данном случае?

А. Пациенту рекомендовано лечение в амбулаторных условиях с помощью выполнения лазерной абляции свищевого хода с низведением слизистой оболочки.

Б. Пациенту рекомендовано лечение в колопроктологический стационар для выполнения хирургического иссечения свища в просвет прямой кишки.

В. Пациенту рекомендовано лечение в амбулаторных условиях с помощью введения в свищевое отверстие биопластического материала (биопластические тампоны, биопластические импланты) в амбулаторных условиях.

Г. Пациенту рекомендовано лечение в амбулаторных условиях с помощью фибринового клея.

Ответ: А. Пациенту рекомендовано лечение в амбулаторных условиях с помощью выполнения лазерной абляции свищевого хода с низведением слизистой оболочки.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОГРАММЫ

**14.1 Кадровые ресурсы:** Программа реализуется в процессе образовательного процесса преподавательским составом кафедры.

**14.2. Критерии оценки качества реализуемой программы:** осуществляется при 100-балльной системе

	Баллы	Оценка
<p>Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показана совокупность признаков, относящихся к данному объекту, различия и несущественные его признаки, объект демонстрируется на фоне других объектов междисциплинарных связей. Ответ сформулирован литературным языком, логичен, обоснован.</p> <p>Практические (и/или теоретические) задания выполнены в полном объеме, необходимые практические навыки работы в рамках программы учебные задания выполнены, качество их выполнения оценено числом баллов, близким к максимальному.</p>	90-100	5
<p>Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показана совокупность признаков, относящихся к данному объекту, раскрыты основные положения теории, логическая последовательность изложения, теорий, явлений. Знание об объекте демонстрируется на фоне других объектов междисциплинарных связей данной науки. Могут быть допущены незначительные неточности, исправленные обучающимся самостоятельно.</p> <p>Практические (и/или теоретические) задания выполнены в полном объеме, необходимые практические навыки работы в рамках программы учебные задания выполнены, качество их выполнения близко к максимальному.</p>	80-89	4
<p>Дан недостаточно развернутый ответ. Логика и последовательность изложения не соблюдены. Допущены ошибки в раскрытии понятий, обучающийся не способен самостоятельно выявить существенные признаки и обобщенные знания. Может конкретизировать основные положения только с помощью преподавателя.</p> <p>Практические (и/или теоретические) задания выполнены, теоретическое содержание курса выполнено, практические навыки работы в рамках программы учебные задания выполнены, большинство заданий выполнено, некоторые из выполненных заданий выполнены не полностью.</p>	70-79	3
<p>Дан неполный ответ на поставленный вопрос с существенными ошибками, фрагментарность, отсутствие обобщенных знаний по данному понятию. Отсутствуют навыки самостоятельной работы, неграмотная речь, допущены ошибки, приводящие к коррекциям преподавателя, но и на другие вопросы.</p> <p>Практические (и/или теоретические) задания выполнены частично, теоретическое содержание курса выполнено частично, практические навыки работы в рамках программы учебные задания выполнены либо качество их выполнения близко к минимальному. При</p>	69 и менее	2

	Критерии ответа	Баллы	Оценка
дополнительной самостоятельной работе, консультации преподавателя при выполнении учебных заданий	Умение работать над материалом курса, при этом обеспечивать повышение качества выполнения		

### 14.3. Критерии оценки

#### Оценки при дифференцированном зачете

	Критерии ответа	Баллы	Оценка
Основные практические навыки освоены, содержание курса освоено, выполнены учебные задания в соответствии с программой обучения университета	Практические навыки выполнены, теоретическое содержание освоено, выполнены навыки работы в рамках программы, большинство предусмотренных заданий	70-100	Зачет
Практические (и/или лабораторные) навыки освоены, содержание курса освоено в рамках учебных заданий программы обучения, выполнение оценено в соответствии с программой	Практические навыки выполнены частично, теоретическое содержание освоено частично, выполнены практические навыки работы в рамках программы, большинство предусмотренных заданий выполнено либо качество их выполнения не соответствует требуемому	менее 70	Незачет