Документ подписан электронной подписью
Директор: Вихрев Денис Владимирович
Сертификат
Серийный номер:
0626 13ED 7135 89B5 854D 50AB 1638 3DFF
Действителен до: 6 декабря 2024 г.
Выдан: Казначейство России

Министерство здравоохранения Российской Федерации

ПЕНЗЕНСКИЙ ИНСТИТУТ УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ВРАЧЕЙ
- филиал федерального государственного бюджетного образовательного учреждения дополнительного профессионального образования
«РОССИЙСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ НЕПРЕРЫВНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ»
(ПИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России)
Кафедра хирургии и эндоскопии имени профессора Н.А. Баулина

ОДОБРЕНО
Ученым советом
ПИУВ – филиала ФГБОУ ДПО РМАНПО
Минздрава России
«26» июня 2023 г. протокол № 5
Председатель _____ Д.В.Вихрев

УТВЕРЖДАЮ
Директор ПИУВ – филиала
ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России
к.м.н. _____ Д.В. Вихрев
«26» июня 2023 г.

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

ГЕПАТОПАНКРЕАТОБИЛИАРНАЯ ХИРУРГИЯ

основной профессиональной образовательной программы высшего образования – программы подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности
31.08.67 Хирургия

Блок 1

Базовая часть (Б1.В.Э.2)

Уровень образовательной программы: высшее образование.
Подготовка кадров высшей квалификации
Вид программы - практикоориентированная

Форма обучения
очная

Пенза
2023

Рабочая программа учебной дисциплины (модуля) «Гепатопанкреатобилиарная хирургия» разработана преподавателями кафедры хирургии ФГБОУ ДПО РМАНПО и кафедры хирургии и эндоскопии имени профессора Н.А. Баулина ПИУВ-филиала ФГБОУ ДПО РМАНПО в соответствии с учебным планом основной профессиональной образовательной программы высшего образования – программы подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.67 Хирургия.

Авторы рабочей программы:

№ пп.	Фамилия, имя, отчество	Ученая степень, звание	Занимаемая должность	Место работы
1.	Шабунин Алексей Васильевич	Член-корр. РАН, д.м.н., профессор	Заведующий кафедрой хирургии	ФГБОУ ДПО РМАНПО
2.	Ермолов Александр Сергеевич	Член-корр. РАН, д.м.н., профессор	Заведующий кафедрой неотложной и общей хирургии	ФГБОУ ДПО РМАНПО
3.	Парфенов Игорь Павлович	Д.м.н., профессор	Профессор кафедры хирургии	ФГБОУ ДПО РМАНПО
4.	Благовестнов Дмитрий Алексеевич	Д.м.н., профессор	Профессор кафедры неотложной и общей хирургии	ФГБОУ ДПО РМАНПО
5.	Лебедев Сергей Сергеевич	К.м.н., доцент	Доцент кафедры хирургии	ФГБОУ ДПО РМАНПО
6.	Лукин Андрей Юрьевич	К.м.н., доцент	Доцент кафедры хирургии	ФГБОУ ДПО РМАНПО
7.	Тавобилов Михаил Михайлович	К.м.н., доцент	Доцент кафедры хирургии	ФГБОУ ДПО РМАНПО
8.	Бедин Владимир Владимирович	К.м.н., доцент	Доцент кафедры хирургии	ФГБОУ ДПО РМАНПО
9.	Тавобилов Михаил Михайлович	К.м.н., доцент	Доцент кафедры хирургии	ФГБОУ ДПО РМАНПО
10.	Гуляев Андрей Андреевич	Д.м.н., профессор	Заведующий кафедрой хирургии и эндоскопии имени профессора Н.А. Баулина	ПИУВ- филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО
11.	Баулина Ольга Александровна	к.м.н.	Доцент кафедры хирургии и эндоскопии имени профессора Н.А. Баулина	ПИУВ- филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО
12.	Баулин Владимир Анатольевич	к.м.н.	Доцент кафедры хирургии и эндоскопии имени профессора Н.А. Баулина	ПИУВ- филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО

По методическим вопросам				
1.	Романенко Гульнара Хамидуллаевна	к.м.н., доцент	заместитель директора Института методологии профессионального развития	ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России
2.	Смирнова Ирина Эдуардовна	к.пед.н. доцент	начальник учебно-методического отдела Института методологии профессионального развития	ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России
3	Афанасьева Анна Викторовна		Специалист учебно-методического отдела	ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России
4	Денисова Алла Геннадьевна	д.м.н., доцент	Заместитель директора по науке и развитию	ПИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России
5	Максимова Марина Николаевна	к.м.н.	Заместитель директора по региональному здравоохранению	ПИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России
6	Морозова Ольга Александровна	д.м.н.	Начальник отдела высшего образования	ПИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России

Рабочая программа учебной дисциплины (модуля) «Гепатопанкреатобилиарная хирургия» одобрена на заседании кафедры хирургии, онкологии и эндоскопии имени профессора Н.А. Баулина 20.06.2017 г. протокол № 6.

Рабочая программа учебной дисциплины (модуля) «Гепатопанкреатобилиарная хирургия» утверждена на Ученом совете ПИУВ – филиала ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России 27.06.2017г. протокол № 6.

Рабочая программа учебной дисциплины (модуля) «Гепатопанкреатобилиарная хирургия» обновлена и одобрена на заседании кафедры хирургии, онкологии и эндоскопии имени профессора Н.А. Баулина 20.06.2018г. протокол №6.

Рабочая программа учебной дисциплины (модуля) «Гепатопанкреатобилиарная хирургия» утверждена на Ученом совете ПИУВ – филиала ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России 26.06.2018г. протокол № 5

Рабочая программа учебной дисциплины (модуля) «Гепатопанкреатобилиарная хирургия» обновлена и одобрена на заседании кафедры хирургии и эндоскопии имени профессора Н.А. Баулина 19.05.2019г. протокол №5 и утверждена на ученом совете ПИУВ – филиала ФГБОУ ДПО РМАНПО 25 июня 2019г. протокол № 6.

Рабочая программа учебной дисциплины (модуля) «Гепатопанкреатобилиарная хирургия» обновлена и одобрена на заседании кафедры хирургии и эндоскопии имени профессора Н.А. Баулина 21.02.2020г. протокол №2 и утверждена на ученом совете ПИУВ – филиала ФГБОУ ДПО РМАНПО 25 февраля 2020г. протокол № 2.

Рабочая программа учебной дисциплины (модуля) «Гепатопанкреатобилиарная хирургия» обновлена и одобрена на заседании кафедры хирургии и эндоскопии имени профессора Н.А. Баулина 21.05.2021г. протокол №5 и утверждена на ученом совете ПИУВ – филиала ФГБОУ ДПО РМАНПО 25 мая 2021г. протокол № 5.

Рабочая программа учебной дисциплины (модуля) «Гепатопанкреатобилиарная хирургия» обновлена и одобрена на заседании кафедры хирургии и эндоскопии имени профессора Н.А. Баулина 21.06.2022г. протокол №6 и утверждена на ученом совете ПИУВ – филиала ФГБОУ ДПО РМАНПО 22 июня 2022г. протокол № 6.

Рабочая программа учебной дисциплины (модуля) «Гепатопанкреатобилиарная хирургия» обновлена и одобрена на заседании кафедры 21.06.2023 г. протокол №6 и утверждена на Ученом совете ПИУВ – филиала ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России 26 июня 2023 г. протокол № 5.

ЛИСТ ОБНОВЛЕНИЙ И АКТУАЛИЗАЦИИ РАБОЧЕЙ ПРОГРАММЫ

№	Дата внесения изменений в программу	Характер изменений	Дата и номер протокола утверждения документа на УС
1.	20.06.2018г	Обновление учебной литературы	26.06.2018 г., протокол №5
2.	20.06.2018г	Обновление содержания	26.06.2018 г., протокол №5
3	19.05.2019г	Актуализация учебного модуля, учебных планов и календарных учебных графиков	25.06.2019 г., протокол №6
4	21.02.2020г.	Обновление кадрового состава	25.02.2020г. протокол №2
5	21.05.2021г.	Актуализация учебного модуля, учебных планов и календарных учебных графиков	25.05.2021 г., протокол №5
6	21.06.2022г.	Актуализация учебного модуля, учебных планов и календарных учебных графиков	22.06.2022г. протокол №6
7	21.06.2023 г.	Обновление фонда оценочных средств для проведения государственной итоговой аттестации.	26.06.2023 г. протокол №5
8	21.06.2023 г.	Обновление учебной литературы.	26.06.2023 г. протокол №5

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Место дисциплины в структуре основной профессиональной образовательной программы высшего образования – программы подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре:

Рабочая программа учебной дисциплины (модуля) «Гепатопанкреатобилиарная хирургия» (далее – рабочая программа) относится к вариативной части программы ординатуры и является альтернативной дисциплиной обязательной для освоения обучающимися. Изучение дисциплины направлено на формирование компетенций врача, обеспечивающих выполнение основных видов деятельности врача.

1.1. Цель программы – подготовка квалифицированного врача-хирурга, способного и готового к самостоятельной профессиональной деятельности в гепатопанкреатобилиарной хирургии на основе сформированных универсальных и профессиональных компетенций.

1.2. Задачи программы:

сформировать знания:

− законодательство Российской Федерации по вопросам охраны здоровья граждан и организации хирургической помощи населению
− нормативные правовые документы, регламентирующие деятельность организаций здравоохранения;
− принципы социальной гигиены, биосоциальные аспекты здоровья и болезни;
− основы медицинской этики и деонтологии;
− биологические и средовые факторы, формирующие здоровье;
− лабораторные методы исследования в гепатопанкреатобилиарной хирургии;
− лучевые методы диагностики в гепатопанкреатобилиарной хирургии;
− инструментальные методы диагностики в гепатопанкреатобилиарной хирургии;
− клинику, диагностику и лечение различных заболеваний гепатопанкреатобилиарной зоны: желчекаменная болезнь и ее осложнения, заболевания печени и желчных протоков, заболевания поджелудочной железы.

1.3. Трудоемкость освоения рабочей программы: 4 зачетных единицы, что составляет 144 академических часа.

1.4. Нормативно-правовые документы, регламентирующие образовательную деятельность:

– Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 03.07.2016) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с изм. и доп., вступ. в силу с 03.10.2016) («Собрание законодательства РФ», 28.11.2011, № 48, ст. 6724);

– Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 26.08.2014 № 1111 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.67 Хирургия (уровень подготовки кадров высшей квалификации)» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 23.10.2014, регистрационный № 34417);

– Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 19.11.2013 № 1258 «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по образовательным программам высшего образования - программам подготовки кадров высшей квалификации» (зарегистрировано в Министерстве юстиции Российской Федерации 28.01.2014, регистрационный № 31137);

– Проект Приказа Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации «Об утверждении профессионального стандарта «Специалист в области хирургии» (подготовлен Минтрудом России 11.01.2016),

– Федеральный государственный образовательный стандарт Высшего образования по специальности 31.08.67 Хирургия (Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 26.08.2014 №1110 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.67 Хирургия (уровень подготовки кадров высшей квалификации) (зарегистрирован в зарегистрирован в Министерстве юстиции Российской Федерации 23.10.2014, регистрационный №34417);

– Порядок оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «Хирургия» (Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.11.2012 №922н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «Хирургия» (зарегистрирован в Министерстве юстиции Российской Федерации 17.04.2013, регистрационный №28161;

– Устав Академии.

2. ПЛАНИРУЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОСВОЕНИЯ ПРОГРАММЫ

2.1. Обучающийся, успешно освоивший программу, будет обладать универсальными компетенциями:

– готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1).

2.2. Обучающийся, успешно освоивший программу, будет обладать профессиональными компетенциями:

диагностическая деятельность:

– готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-5);

лечебная деятельность:

– готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании хирургической медицинской помощи (ПК-6).

2.3. Паспорт формируемых компетенций

Индекс компетенции	Знания, умения, навыки, опыт деятельности	Форма контроля
УК-1	Знания: – базисные знания, способствующие абстрактному мышлению – базисные знания, способствующие синтезу информации – базисные знания, способствующие анализу закономерностей функционирования органов и систем	Т/К
	Умения: – абстрактно мыслить – синтезировать информацию анализировать закономерности функционирования органов и систем	П/А
	Навыки: – абстрактно мыслить – синтезировать информацию анализировать закономерности функционирования органов и систем	Т/К
	Опыт деятельности: - готовности к абстрактному мышлению, анализу и синтезу	П/А
ПК-5	Знания: – нормативно-правовых документов, регулирующих возможность применения врачами-хирургами методов диагностики и способов хирургического лечения у больных хирургическими заболеваниями органов гепатопанкреатобилиарной зоны; – основ топографической анатомии гепатопанкреатобилиарной зоны; – основных патофизиологических нарушений при	Т/К

	хирургических заболеваниях органов гепатопанкреатобилиарной зоны; – клинической картины, особенностей течения и возможных осложнений у пациентов с хирургическими заболеваниями органов гепатопанкреатобилиарной зоны; – показания к использованию современных методов инструментальной диагностики у пациентов с хирургическими состояниями хирургическими заболеваниями органов гепатопанкреатобилиарной зоны; - методических рекомендаций по малоинвазивным методам диагностики и способам лечения в гепатопанкреатобилиарной хирургии	
	Умения: – руководствоваться нормативно-правовыми документами, методическими рекомендациями, регулирующими применение современных методов диагностики и способов лечения в гепатопанкреатобилиарной хирургии; – анализировать и интерпретировать полученную информацию от пациентов с хирургическими заболеваниями гепатопанкреатобилиарной зоны; – оценивать на основании клинических, биохимических и функциональных методов исследования состояние пациентов, требующих выполнения оперативного вмешательства; – оценивать состояние и выделять ведущие синдромы у пациентов с хирургическими заболеваниями органов гепатопанкреатобилиарной зоны, в том числе находящихся в терминальном и тяжёлом состоянии и принимать необходимые меры для выведения пациентов из этого состояния; – организовать (проводить) выполнение комплексного обследования пациентов с хирургическими заболеваниями органов гепатопанкреатобилиарной зоны в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения), порядками и стандартами оказания медицинской помощи; – интерпретировать результаты лабораторного обследования пациентов с хирургическими заболеваниями органов гепатопанкреатобилиарной зоны; – интерпретировать результаты инструментального обследования пациентов с хирургическими заболеваниями органов гепатопанкреатобилиарной зоны; – организовывать и проводить наблюдение и лечение пациентов с хирургическими состояниями заболеваниями органов гепатопанкреатобилиарной зоны в стационарных условиях; – обосновывать необходимость направления пациентов с хирургическими состояниями заболеваниями органов гепатопанкреатобилиарной зоны на консультацию к специалистам других специальностей;	П/А[1]

[1] П/А – промежуточная аттестация

	− интерпретировать результаты осмотра пациентов с хирургическими заболеваниями органов гепатопанкреатобилиарной зоны специалистами; − выявлять клинические симптомы и синдромы у пациентов с хирургическими заболеваниями органов гепатопанкреатобилиарной зоны; − выявлять патологические показатели дополнительных методов исследования (лабораторных, лучевых) у пациентов с хирургическими заболеваниями органов гепатопанкреатобилиарной зоны; − выявлять у пациентов с хирургическими заболеваниями органов гепатопанкреатобилиарной зоны коморбидных форм (заболевания нервной, иммунной, сердечно-сосудистой, эндокринной, дыхательной, пищеварительной, мочеполовой систем и крови), способных вызвать тяжёлые осложнения и/или летальный исход; − проводить дифференциальную диагностику у пациентов хирургического профиля, используя алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего и осложнений) с учетом МКБ; − организовать применение современных методов диагностики и способов лечения у больных с хирургическими заболеваниями гепатопанкреатобилиарной зоны в условиях хирургического стационара	
	Навыки: − применения инструментария и аппаратуры, используемых при проведении современных способов диагностики заболеваний гепатопанкреатобилиарной зоны; − применения пункционно-дренирующего способа диагностики заболеваний гепатопанкреатобилиарной зоны; − применения эндоскопического способа диагностики заболеваний гепатопанкреатобилиарной зоны	П/А
	Опыт деятельности: - определения и оценки показаний и противопоказаний к диагностическим методам в гепатопанкреатобилиарной хирургии	Т/К
ПК-6	Знания: − оперативной хирургии гепатопанкреатобилиарной зоны; − стандартов оказания медицинской помощи больным с хирургическими заболеваниями гепатопанкреатобилиарной зоны; − клинических рекомендаций (протоколов лечения) по вопросам оказания хирургической помощи больным с заболеваниями органов гепатопанкреатобилиарной зоны; − малоинвазивных методик, применяемых в хирургическом лечении заболеваний органов гепатопанкреатобилиарной зоны	Т/К
	Умения: − проводить предоперационную подготовку перед планируемыми хирургическими вмешательствами;	Т/К

	− использовать медицинскую аппаратуру для выполнения лечебных манипуляций, предусмотренных стандартом	
	Навыки: − применения инструментария и аппаратуры, используемых при проведении современных способов лечения заболеваний гепатопанкреатобилиарной зоны; − выполнения традиционных (лапаротомных) вмешательств при заболеваниях гепатопанкреатобилиарной зоны; − применения пункционно-дренирующего способа хирургического лечения заболеваний гепатопанкреатобилиарной зоны; − применения эндоскопического способа хирургического лечения заболеваний гепатопанкреатобилиарной зоны; - применения транслюминального и ретроперитонеоскопического способов хирургического лечения при заболеваниях поджелудочной железы	Т/К
	Опыт деятельности: - определения и оценки показаний и противопоказаний к лечебным методам в гепатопанкреатобилиарной хирургии	П/А

3. СОДЕРЖАНИЕ РАБОЧЕЙ ПРОГРАММЫ

Код	Наименование тем, элементов и подэлементов	Индексы компетенций
Б1.В.Э.2.1	**Клиническая и топографическая анатомия гепатопанкреатобилиарной зоны**	**УК-1, ПК-5**
Б1.В.Э.2.1.1	Клиническая, топографическая анатомия печени и желчных протоков	УК-1, ПК-5
Б1.В.Э.2.1.2	Клиническая, топографическая анатомия поджелудочной железы, двенадцатиперстной кишки и большого дуоденального сосочка	УК-1, ПК-5
Б1.В.Э.2.2	**Заболевания печени и желчных протоков**	**ПК-5, ПК-6**
Б1.В.Э.2.2.1	Доброкачественные и злокачественные опухоли печени	ПК-5, ПК-6
Б1.В.Э.2.2.2	Рак желчного пузыря и большого дуоденального сосочка	ПК-5, ПК-6
Б1.В.Э.2.2.3	Непаразитарные кисты печени	ПК-5, ПК-6
Б1.В.Э.2.2.4	Паразитарные заболевания печени	ПК-5, ПК-6
Б1.В.Э.2.2.5	Абсцессы печени	ПК-5, ПК-6
Б1.В.Э.2.2.6	Холангит	ПК-5, ПК-6
Б1.В.Э.2.2.7	Билиарный сепсис	ПК-5, ПК-6
Б1.В.Э.2.2.8	Желчнокаменная болезнь и её осложнения	ПК-5, ПК-6
Б1.В.Э.2.2.10	Острый холецистит	ПК-5, ПК-6
Б1.В.Э.2.2.11	Постхолецистэктомический синдром	ПК-5, ПК-6
Б1.В.Э.2.2.12	Ятрогенные повреждения внепечёночных желчных протоков	ПК-5, ПК-6
Б1.В.Э.2.2.13	Стриктуры внепечёночных желчных протоков	ПК-5, ПК-6
Б1.В.Э.2.3	**Заболевания поджелудочной железы**	**ПК-5, ПК-6**
Б1.В.Э.2.3.1	Острый панкреатит	ПК-5, ПК-6
Б1.В.Э.2.3.2	Хронический панкреатит	ПК-5, ПК-6
Б1.В.Э.2.3.3	Кистозные заболевания поджелудочной железы	ПК-5, ПК-6
Б1.В.Э.2.3.4	Опухоли поджелудочной железы	ПК-5, ПК-6
Б1.В.Э.2.3.5	Травмы поджелудочной железы	ПК-5, ПК-6

4. ОРГАНИЗАЦИОННО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ УСЛОВИЯ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОГРАММЫ

4.1. Сроки обучения: четвертый семестр.

4.2. Промежуточная аттестация: зачет

Виды учебной работы	Кол-во часов/зачетных единиц
Обязательная аудиторная работа (всего) в том числе:	96
- лекции	8
- семинары	45
- практические занятия	43
Внеаудиторная (самостоятельная) работа ординатора в том числе:	48
- изучение тем, вынесенных на самостоятельную проработку	48
Итого:	**144**

4.3. Разделы учебной дисциплины (модуля) и виды занятий

Код	Название раздела дисциплины	Кол-во часов				Индексы формируемых компетенций
		Л[2]	СЗ[3]	ПЗ[4]	СР[5]	
Б1.В.Э.2.1	**Клиническая и топографическая анатомия гепатопанкреатобилиарной зоны**	**-**	**3**	**3**	**16**	**УК-1, ПК-5**
Б1.В.Э.2.1.1	Клиническая, топографическая анатомия печени и желчных протоков	-	2	1	8	УК-1, ПК-5
Б1.В.Э.2.1.2	Клиническая, топографическая анатомия поджелудочной железы, двенадцатиперстной кишки и большого дуоденального сосочка	-	1	2	8	УК-1, ПК-5
Б1.В.Э.2.2	**Заболевания печени и желчных протоков**	**4**	**27**	**24**	**16**	**ПК-5, ПК-6**
Б1.В.Э.2.2.1	Доброкачественные и злокачественные опухоли печени	-	2	4	1	ПК-5, ПК-6
Б1.В.Э.2.2.2	Рак желчного пузыря и большого дуоденального сосочка	-	2	4	-	ПК-5, ПК-6
Б1.В.Э.2.2.3	Непаразитарные кисты печени	-	2	2	1	ПК-5, ПК-6
Б1.В.Э.2.2.4	Паразитарные заболевания печени	-	2	2	-	ПК-5, ПК-6
Б1.В.Э.2.2.5	Абсцессы печени	-	2	2	-	ПК-5, ПК-6
Б1.В.Э.2.2.6	Холангит	-	2	1	-	ПК-5, ПК-6
Б1.В.Э.2.2.7	Билиарный сепсис	-	2	2	-	ПК-5, ПК-6

[2] *Л - лекции*
[3] *СЗ – семинарские занятия*
[4] *ПЗ – практические занятия*
[5] *СР – самостоятельная работа*

Б1.В.Э.2.2.8	Желчнокаменная болезнь и её осложнения	2	2	2	-	ПК-5, ПК-6
Б1.В.Э.2.2.10	Острый холецистит	2	2	2	-	ПК-5, ПК-6
Б1.В.Э.2.2.11	Постхолецистэктомический синдром	-	3	1	-	ПК-5, ПК-6
Б1.В.Э.2.2.12	Ятрогенные повреждения внепечёночных желчных протоков	-	3	1	-	ПК-5, ПК-6
Б1.В.Э.2.2.13	Стриктуры внепечёночных желчных протоков	-	3	1	-	ПК-5, ПК-6
Б1.В.Э.2.3	**Заболевания поджелудочной железы**	**4**	**15**	**16**	**16**	**ПК-5, ПК-6**
Б1.В.Э.2.3.1	Острый панкреатит	2	3	4	4	ПК-5, ПК-6
Б1.В.Э.2.3.2	Хронический панкреатит	2	3	4	4	ПК-5, ПК-6
Б1.В.Э.2.3.3	Кистозные заболевания поджелудочной железы	-	3	4	2	ПК-5, ПК-6
Б1.В.Э.2.3.4	Опухоли поджелудочной железы	-	3	4	4	ПК-5, ПК-6
Б1.В.Э.2.3.5	Травмы поджелудочной железы	-	3	-	2	ПК-5, ПК-6
Итого		**8**	**45**	**43**	**48**	

4.4. Лекционные занятия

Лекция включает в себя вопросы учебной темы, основные дефиниции, современное состояние и пути теоретических исследований и практического применения новых знаний в области предмета и объекта учебной дисциплины.

Тематика лекционных занятий: (8 акад. час.)

1) Желчекаменная болезнь и ее осложнения (2 акад. час.).
2) Острый холецистит: этиология, патогенез, клиника, диагностика и лечение (2 акад. час.).
3) Острый панкреатит: этиология, патогенез, клиника, диагностика и лечение (2 акад. час.).
4) Хронический панкреатит: этиология, патогенез, клиника, диагностика и лечение (2 акад. час.).

4.5. Семинарские занятия

Семинарские занятия используются для реализации поставленных целей и решения поставленных задач программы. По форме семинары могут быть: вводный, обзорный, поисковый; семинар с индивидуальной работой, с групповой работой или в группах по выбору; семинар генерации идей, семинар «круглый стол», рефлексивный семинар.

Тематика семинарских занятий: (45 акад. час.).

1) Классификация острого панкреатита (2 акад. час.).
2) Комплексная консервативная терапия при остром холецистите (2 акад. час.).
3) Рубцовые стриктуры желчных протоков: причины, диагностика, хирургическая тактика (2 акад. час.).
4) Опухоли поджелудочной железы: этиология, патогенез, клиника, диагностика и лечение (2 акад. час.).
5) Первичные опухоли печени: этиология, патогенез, клиника, диагностика и лечение (2 акад. час.).
6) Метастатические опухоли печени: принципы хирургического лечения (2 акад. час.).
7) Травма поджелудочной железы: механизм, диагностика (2 акад. час.).
8) Травма поджелудочной железы: хирургическая тактика (2 акад. час.).
9) Холангиогенный сепсис: клиника, диагностика, тактика лечения (2 акад. час.).
10) Абсцессы печени: этиология, патогенез, клиника, диагностика и лечение (2 акад. час.).
11) Клиническая, топографическая анатомия печени (2 акад. час.).
12) Клиническая, топографическая анатомия печени желчных протоков (2 акад. час.).
13) Непаразитарные кисты печени: клиника, диагностика, хирургическая тактика (2 акад. час.).
14) Постхолецистэктомический синдром (2 акад. час.).
15) Ятрогенные повреждения желчных протоков (2 акад. час.).
16) Стриктуры желчных протоков (2 акад. час.).
17) Принципы хирургического лечения острого панкреатита (2 акад. час.).
18) Показания и виды хирургического лечения при хроническом панкреатите (3 акад. час.).
19) Хирургическая тактика при постнекротических кистах поджелудочной железы (3 акад. час.).
20) Кистозные опухоли поджелудочной железы: виды, методы диагностики (3 акад. час.).

4.6. Практические занятия

Практические занятия предназначены для формирования практических умений и навыков, заявленных в задачах рабочей программы.

Тематика практических занятий: (43 акад. час.).

1) Операции при хроническом панкреатите (1 акад. час.).
2) Комплексная консервативная терапия при остром панкреатите (1 акад. час.).
3) Ятрогенные повреждения желчных протоков: причины, диагностика, хирургическая тактика (1 акад. час.).

4) Эхинококкоз печени: этиология, патогенез, клиника, диагностика и лечение (1 акад. час.).
5) Опухоли внепеченочных желчных протоков: этиология, патогенез, клиника, диагностика и лечение (1 акад. час.).
6) Острый панкреатит: принципы консервативной терапии (1 акад. час.).
7) Травма печени: механизм, диагностика, хирургическая тактика (1 акад. час.).
8) Механическая желтуха злокачественной этиологии: клиника, диагностика, тактика лечения (1 акад. час.).
9) Альвеококкоз печени: этиология, патогенез, клиника, диагностика и лечение (1 акад. час.).
10) Классификация острого панкреатита (1 акад. час.).
11) Комплексная консервативная терапия при остром холецистите (1 акад. час.).
12) Рубцовые стриктуры желчных протоков: причины, диагностика, хирургическая тактика (1 акад. час.).
13) Опухоли поджелудочной железы: этиология, патогенез, клиника, диагностика и лечение (1 акад. час.).
14) Первичные опухоли печени: этиология, патогенез, клиника, диагностика и лечение (1 акад. час.).
15) Метастатические опухоли печени: принципы хирургического лечения (1 акад. час.).
16) Травма поджелудочной железы: механизм, диагностика (1 акад. час.).
17) Травма поджелудочной железы: хирургическая тактика (1 акад. час.).
18) Холангиогенный сепсис: клиника, диагностика, тактика лечения (2 акад. час.).
19) Абсцессы печени: этиология, патогенез, клиника, диагностика и лечение (2 акад. час.).
20) Клиническая, топографическая анатомия печени (2 акад. час.).
21) Клиническая, топографическая анатомия печени желчных протоков (2 акад. час.).
22) Непаразитарные кисты печени: клиника, диагностика, хирургическая тактика (2 акад. час.).
23) Постхолецистэктомический синдром (2 акад. час.).
24) Ятрогенные повреждения желчных протоков (2 акад. час.).
25) Стриктуры желчных протоков (2 акад. час.).
26) Принципы хирургического лечения острого панкреатита (2 акад. час.).
27) Показания и виды хирургического лечения при хроническом панкреатите (2 акад. час.).
28) Хирургическая тактика при постнекротических кистах поджелудочной железы (2 акад. час.).

29) Кистозные опухоли поджелудочной железы: виды, методы диагностики (2 акад. час.).
30) Механическая желтуха доброкачественной этиологии: причины, диагностика, методы лечения (2 акад. час.).

4.7. Самостоятельная (внеаудиторная) работа

Самостоятельная (внеаудиторная) работа обучающихся направлена на совершенствование знаний и умений, сформированных во время аудиторных занятий, а также на развитие навыков самоорганизации и самодисциплины.

Опережающая самостоятельная работа (далее – ОСР) предполагает такое построение учебного процесса, при котором определенная часть работы по теме, выполняемая обучающимся самостоятельно, предшествует совместному изучению учебного материала в группе с преподавателем. Цель ОСР – мотивировать обучающихся к решению проблемы, которую предстоит изучить; овладеть необходимой информацией, которая позволит осознанно отнестись к изучаемому материалу; включиться в его обсуждение с конкретными дополнениями или вопросами; критически подойти к новому учебному материалу, оценивая его с позиции своего опыта.

Поддержка самостоятельной работы заключается в непрерывном развитии у обучающихся рациональных приемов познавательной деятельности, переходу от деятельности, выполняемой под руководством преподавателя, к деятельности, организуемой самостоятельно, к полной замене контроля со стороны преподавателя самоконтролем.

Контроль самостоятельной работы организуется как единство нескольких форм: самоконтроль, взаимоконтроль, контроль со стороны преподавателя.

Тематика самостоятельной работы ординаторов: (48 акад. час.).

1. Методы оперативного лечения острого калькулезного холецистита (4 акад. час.).
2. Методы лечения стриктур желчных протоков (4 акад. час.).
3. Виды операций при раке поджелудочной железы (4 акад. час.).
4. Виды операций при раке печени (4 акад. час.).
5. Острый холангит (4 акад. час.).
6. Консервативное лечение острого панкреатита (4 акад. час.).
7. Методы диагностики заболеваний желчевыводящих протоков (4 акад. час.).
8. Лапароскопические операции на поджелудочной железе (4 акад. час.).
9. Лапароскопическая хирургия печени (4 акад. час.).
10. Интраоперационная диагностика заболеваний гепатопанкреатобилиарной зоны (4 акад. час.).
11. Эндоскопические методы в лечении заболеваний гепатопанкреатобилиарной зоны (4 акад. час.).

12. Чрескожный пункционно-дренирующий метод в лечении заболеваний гепатопанкреатобилиарной зоны (4 акад. час.).

4.8. Организация самостоятельной (внеаудиторной работы) ординатора:

Код	Название раздела дисциплины, темы	Виды самостоятельной работы	Кол-во часов	Индексы формируемых компетенций
Б1.В.Э.1	Клиническая и топографическая анатомия гепатопанкреатобилиарной зоны	Работа с литературой и электронными ресурсами.	12	УК-1, ПК-5
Б1.В.Э.2	Заболевания печени и желчных протоков	Работа с литературой и электронными ресурсами.	12	ПК-5, ПК-6
Б1.В.Э.3	Заболевания поджелудочной железы	Работа с литературой и электронными ресурсами. Подготовка рефератов (написание и защита)	12	ПК-5, ПК-6

5. ОРГАНИЗАЦИЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ, ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ

5.1. Текущий контроль направлен на систематическую проверку качества усвоения учебного материала ординаторами. Текущий контроль осуществляется непрерывно в процессе учебных занятий. Задача текущего контроля – предварительная оценка сформированности знаний, умений. Проверяются элементы тем и темы содержания рабочей программы.

5.2. Освоение рабочей программы сопровождается промежуточной аттестацией обучающихся, проводимой в формах, определенных учебным планом (*зачета*).

5.3. Промежуточная аттестация заключается в оценке сформированности умений, практических навыков, предварительная оценка сформированности соответствующих компетенций. Периоды промежуточного контроля устанавливаются учебным планом.

6. ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА

6.1. Текущий контроль

6.1.1. Примеры контрольных вопросов (заданий), выявляющих теоретическую подготовку ординатора:

№	Содержание вопроса (задания)	Индексы проверяемых

		компетенций
Клиническая и топографическая анатомия печени		
1.	Контрольный вопрос (или контрольное задание): Сегментарное строение печени	УК-1
	Ответ: В связи с развитием хирургии и развитием гепатологии в настоящее время создано учение о сегментарном строении печени, которое изменило прежнее представление о делении печени только на доли и дольки. Как отмечалось, в печени имеется пять трубчатых систем: 1) желчные пути, 2) артерии, 3) ветви воротной вены (портальная система), 4) печеночные вены (кавальная система) и 5) лимфатические сосуды. Портальная и кавальная системы вен не совпадают друг с другом, а остальные трубчатые системы сопровождают разветвления воротной вены, идут параллельно друг другу и образуют сосудисто-секреторные пучки, к которым присоединяются и нервы. Часть лимфатических сосудов выходит вместе с печеночными венами. Сегмент печени — это пирамидальный участок ее паренхимы, прилегающий к так называемой печеночной триаде: ветвь воротной вены 2-го порядка, сопутствующая ей ветвь собственной печеночной артерии и соответствующая ветвь печеночного протока. В печени выделяются следующие сегменты, начиная от sulcus venae cavae влево, против часовой стрелки: I —хвостатый сегмент левой доли, соответствующий соименной доле печени; II — задний сегмент левой доли, локализуется в заднем отделе одноименной доли; III — передний сегмент левой доли, располагается в одноименном отделе ее; IV — квадратный сегмент левой доли, соответствует соименной доле печени; V-средний верхнепередний сегмент правой доли; VI – латеральный нижнепередний сегмент правой доли; VII — латеральный нижнезадний сегмент правой доли; VIII — средний верхнезадний сегмент правой доли. (Названия сегментов указывают участки правой доли.) Сегменты, группируясь по радиусам вокруг ворот печени, входят в более крупные самостоятельные участки печени, называемые зонами, или секторами. Различают пять таких секторов. 1. Левый латеральный сектор соответствует II сегменту (моносегментарный сектор). 2. Левый парамедианный сектор образован III и IV сегментами. 3. Правый парамедианный сектор составляют V и VIII сегменты. 4. Правый латеральный сектор включает VI и VII сегменты. 5. Левый дорсальный сектор соответствует I сегменту (моносегментарный сектор).	
Заболевания печени и желчевыводящих путей		
2.	Контрольный вопрос: Причины механической желтухи	ПК-5
	Ответ: Пороки развития: • атрезии желчевыводящих путей • гипоплазии желчных ходов • кисты холедоха • дивертикулы двенадцатиперстной кишки, расположенные вблизи БДС. Доброкачественные заболевания желчных путей:	

	• желчнокаменная болезнь, осложненная холедохолитиазом • вколоченные камни БДС • воспалительные стриктуры желчевыводящих путей • острый папиллит, стеноз БДС. Воспалительные заболевания: • острый холецистит с перипроцессом • холангит • панкреатит (особенно хронический индуративный). Опухоли: • папилломатоз желчных ходов • рак печеночных и общего желчного протоков • рак БДС • рак головки поджелудочной железы • метастазы лимфомы в воротах печени	

6.1.2. Примеры тестовых заданий:

№	Содержание тестового задания	Индексы проверяемых компетенций
	Заболевания печени и желчных протоков	
1.	Тестовое задание СИНДРОМ МИРИЗЗИ – ЭТО а) **холецистохоледохеальный свищ**; б) холецистодуоденальный свищ; в) холецистотолстокишечный свищ; г) холецистоеюнальный свищ	ПК-6
	Ответ: А	
	Заболевания поджелудочной железы	
2.	Тестовое задание РАДИКАЛЬНАЯ ОПЕРАЦИЯ ПРИ ОПУХОЛИ ГОЛОВКИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРОТИВОПОКАЗАНА ПРИ а) **метастазах в печень**; б) инвазии в воротную вену; в) инвазии в двенадцатиперстную кишку; г) размере опухоли больше 5 см	ПК-6
	Ответ: А	

6.1.3. Примеры контрольных заданий, выявляющих практическую подготовку ординатора:

№	Содержание задания	Индексы проверяемых компетенций
	Заболевания поджелудочной железы	
1.	Контрольное задание Виды операций при хроническом панкреатите	ПК-6

	Ответ: ▪ Денервация поджелудочной железы ▪ Декомпрессия протоков поджелудочной железы ▪ Резекции поджелудочной железы ▪ Дуоденосохраняющие резекции головки поджелудочной железы ▪ Дистальные резекции поджелудочной железы ▪ Субтотальная панкреатэктомия ▪ Резекция головки поджелудочной железы по Frey Ch.F. и Beger H.G. ▪ Операция *Frey* ▪ Операция *Beger H.*	
2.	Контрольное задание Протокол интенсивной терапии острого панкреатита средней степени тяжести	ПК-6
	Ответ: Основной вид лечения – консервативная терапия. Приведенный выше базисный лечебный комплекс при средне-тяжёлом ОП необходимо дополнять специализированным лечебным комплексом (см. ниже). Эффективность последнего максимальна при раннем начале лечения (первые 24часа от начала заболевания). При поступлении больных ОП средней степени необходимо госпитализировать в отделение реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ). Для исключения диагностических ошибок дежурной службой больных ОП средней тяжести целесообразно наблюдать в течение суток в условиях ОРИТ. При отсутствии явлений органной недостаточности и прогрессирования заболевания в течение суток больных ОП средней степени можно перевести в хирургическое отделение. При условии появления у больных ОП средней тяжести, находящихся в хирургическом отделении, признаков органной дисфункции или недостаточности, что свидетельствует о прогрессирования заболевания – гипотонии (АД<100мм.рт.ст.), дыхательной недостаточности (ЧД>30 в 1 минуту), делирия и др., – последних необходимо перевести в ОРИТ. ***Специализированное лечение*** Ингибирование секреции поджелудочной железы (оптимальный срок – первые трое суток заболевания). Активная реологическая терапия. Инфузионная терапия в общей сложности не менее 40 мл соответствующих инфузионных средств на 1 кг массы тела с форсированием диуреза при наличии органной дисфункции (при отсутствии противопоказаний). Антиоксидантная и антигипоксантная терапия. Эвакуация токсических экссудатов по показаниям (см. стандарт V). При ферментативном перитоните – санационная лапароскопия. Допустимо выполнение чрескожного дренирования брюшной полости под УЗ-наведением или лапароцентеза. Применение антибиотиков с профилактической целью не является обязательным.	

6.2. Промежуточная аттестация

6.2.1. Примеры тестовых заданий (этап междисциплинарного тестирования):

№	Содержание тестового задания	Индексы проверяемых компетенций
	Заболевания печени и желчевыводящих путей	
1.	Тестовое задание НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЙ ИСТОЧНИК ОБРАЗОВАНИЯ АБСЦЕССОВ ПЕЧЕНИ - ЭТО: а) **желчные протоки при гнойном холангите** б) желчный пузырь при деструктивном холецистите в) воспалительные очаги брюшной полости г) большой круг кровообращения при гнойно-воспалительных заболеваниях отдаленных органов	ПК-6
	Ответ: А	
	Неопухолевые заболевания анального канала и перианальной области	
2.	Тестовое задание СЕГМЕНТЫ ПЕЧЕНИ, ПОДЛЕЖАЩИЕ УДАЛЕНИЮ ПРИ РАСШИРЕННОЙ ПРАВОСТОРОННЕЙ ГЕМИГЕПАТЭКТОМИИ а) **4, 5, 6, 7, 8** б) 5, 6, 7, 8, 1 в) 5, 6, 7, 8 г) 1, 2, 3, 4, 5	ПК-6
	Ответ: А	
	Заболевания поджелудочной железы	
3.	Тестовое задание РАДИКАЛЬНОЙ ОПЕРАЦИЕЙ ПРИ ОПУХОЛЕВОМ ПОРАЖЕНИИ ПЕРИАМПУЛЯРНОЙ ЗОНЫ ЯВЛЯЕТСЯ: а) **панкреатодуоденальная резекция** б) гепатикоеюностомия по Ру в) изолированная резекция головки поджелудочной железы г) папиллэктомия	ПК-6
	Ответ: А	

6.2.2. Примеры контрольных вопросов, выявляющих теоретическую подготовку ординатора (этап собеседования):

№	Содержание вопроса	Индексы

		проверяемых компетенций
Заболевания поджелудочной железы		
1.	Контрольный вопрос (или контрольное задание) Классификация острого панкреатита	ПК-5
	Ответ: **Классификация Российского общества хирургов – 2014г.** **Разработана с учётом классификации Атланта–92 и её модификаций, предложенных в г. Кочин в 2011г (Международная Ассоциация Панкреатологов, International Association of Pancreatology) и Международной рабочей группой по классификации острого панкреатита (Acute Pancreatitis Classification Working Group) в 2012г.** 1. ***Острый панкреатит лёгкой степени***. Панкреонекроз при данной форме острого панкреатита не образуется (отёчный панкреатит) и органная недостаточность не развивается. 2. ***Острый панкреатит средней степени***. Характеризуется наличием либо одного из местных проявлений заболевания: перипанкреатический инфильтрат, псевдокиста, отграниченный инфицированный панкреонекроз (абсцесс), – или/и развитием общих проявлений в виде транзиторной органной недостаточности (не более 48 часов). 3. ***Острый панкреатит тяжёлой степени***. Характеризуется наличием либо неотграниченного инфицированного панкреонекроза (гнойно-некротического парапанкреатита), или/и развитием персистирующей органной недостаточности (более 48 часов). Диагноз острого панкреатита лёгкой, средней или тяжёлой степени устанавливается по факту законченного случая заболевания. **Этиологические формы острого панкреатита** 1. Острый алкогольно-алиментарный панкреатит – 55% . 2. Острый билиарный панкреатит (возникает из-за желчного рефлюкса в панкреатические протоки при билиарной гипертензии, которая возникает, как правило, вследствие холелитиаза, иногда – от других причин: дивертикул, папиллит, описторхоз и т.д.) – 35%. 3. Острый травматический панкреатит (вследствие травмы поджелудочной железы, в том числе операционной или после ЭРХПГ) 2 – 4 %. 4. Другие этиологические формы причины: аутоиммунные процессы, сосудистая недостаточность, васкулиты, лекарственные препараты (гипотиазид, стероидные и нестероидные гормоны, меркаптопурин), инфекционные заболевания (вирусный паротит, гепатит, цитомегаловирус), аллергические факторы (лаки, краски, запахи строительных материалов, анафилактический шок), дисгормональные процессы при беременности и менопаузе, заболевания близлежащих органов (гастродуоденит, пенетрирующая язва, опухоли гепатопанкреатодуоденальной области) – 6 – 8%.	
Заболевания печени и желчных протоков		
2.	Контрольный вопрос (или контрольное задание) Консервативное лечение острого холецистита	ПК-6
	Ответ: При установленном и подтвержденном диагнозе «Острый холецистит» больной подлежит обязательной госпитализации в хирургическое отделение, в связи с реальной возможностью быстрого развития тяжелых осложнений, в частности гангрены желчного пузыря (20%). В стационаре необходимо сразу начать проведение консервативной терапии, которая может рассматриваться и как предоперационная подготовка. Основой консервативного лечения являются: отказ от приема воды и пищи через рот, внутривенное введение жидкости и антибактериальная терапия, особенно при наличии признаков обезвоживания и лихорадки. **(Рекомендация 1, уровень С).** Лечение проводится на фоне коррекции сопутствующей патологии, для чего привлекаются профильные специалисты.	

	При наличии острой боли в качестве анальгетиков рекомендуются: а) фентанил: 135 мг / сут., меперидин: от 50 до 150 мг подкожно, внутривенно или внутримышечно каждые 3 - 4 часа по мере необходимости, кодеин: от 15 до 60 мг подкожно или внутримышечно каждые 4 - 6 часов по мере необходимости. Опиаты снимают острую боль при желчной колике и спазмах, но уступают в эффективности эпидуральным методам обезболивания. Опиоидные анальгетики могут нести в себе риск угнетения дыхания. Имеется сообщение, что не удалось обнаружить различия в выявлении ультразвукового симптома Мэрфи в зависимости от наличия или отсутствия использования анальгетиков. В связи с этим лечение анальгетиками следует начинать на ранней стадии. Лечение нестероидными противовоспалительными препаратами (НПВП), такими как диклофенак, является эффективным в начальных стадиях острого холецистита, и они также широко известны в качестве анальгетиков. Согласно доклада двойного слепого рандомизированного контролируемого исследования (РКИ), использование НПВП (диклофенак 75 мг внутримышечные инъекции) по сравнению с плацебо предотвращало прогрессирование острого холецистита, а также приводило к снижению боли. Для начальной инфузионной терапии могут быть использованы физиологический раствор (натрия хлорид 0,9%), лактат Рингера или другие кристаллоидные или коллоидные плазмозаменители. Не имеется различий в результатах лечения в зависимости от типа жидкости, используемых для этой цели. Начальный объем жидкости составляет от 500 до 1000 мл кристаллоидных или от 300 до 500 мл коллоидных растворов, которые вводят в течение 30 минут, чтобы убедиться, что любая гипотензия у больного с холециститом не связана с гиповолемией. При наличии признаков сепсиса начальная инфузионная терапия должна быть направлена на стабилизацию центрального венозного давления на уровне от 8 до 12 мм рт.ст., среднее артериальное давление необходимо поддерживать на уровне более 65 мм рт.ст., сатурация венозной крови должна быть более 70%, а темп диуреза составлять более 0,5 мл/кг/ч в течение 6 часов от начала проведения терапии. Вазопрессоры показаны при сохраняющейся гипотонии, несмотря на проводимую адекватную инфузионную терапию. Вазопрессоры типа дофамина, норадреналина, вазопрессина могут быть необходимы, если существует гипотензия и нарушения тканевой гипоперфузии несмотря на инфузионную терапию. Это лучше всего осуществлять в условиях реанимационного отделения с частым мониторингом эффективности гемодинамической оценки, сердечного выброса, темпа диуреза, артериального и центрального венозного давления, температуры тела и др. показателей. **(Рекомендация 1, уровень В).** Основной целью антибактериальной терапии при остром холецистите является ограничение как системного воспалительного ответа, так и воздействие на местное воспаление, чтобы предотвратить инфекцию хирургического доступа в поверхностных тканях, фасции или в брюшной полости и не допустить образования внутрипеченочного абсцесса. Роль антибактериальной терапии в широком спектре заболеваний, проходящих под термином «острый холецистит» также меняется в зависимости от тяжести и патологии. В начале заболевания и в не очень тяжелых случаях его бактерии играют определенную роль в патологии желчных ходов. У этих больных, антимикробная терапия является профилактической, предотвращая прогрессирование инфекции. В других случаях, с клиническими проявлениями системного воспалительного ответа, антимикробная терапия является терапевтическим средством и лечение может потребоваться до тех пор, пока желчный пузырь не будет удален. Существуют конкретные рекомендации по антимикробной терапии желчных инфекций. Это обусловлено растущим числом пожилых пациентов с множественными сопутствующими патологиями и, таким образом, подверженных риску поражения устойчивых микроорганизмов. Есть несколько факторов, влияющих на эмпирический выбор	

	антимикробных препаратов. К ним относятся характер самих микроорганизмов, данные их восприимчивости к различным препаратам (антибиотикограмма), такие характеристики, как фармакокинетика и фармакодинамика, токсичность, нарушения функции почек и печени, наличие аллергии и других побочных реакций при приеме антимикробных препаратов. Что касается сроков проведения терапии, то ее следует начинать, как только диагноз желчной инфекции подозревается. Антибактериальная терапия должна быть обязательно начата перед любой хирургической процедурой, чрескожной эндоскопической манипуляцией или оперативным хирургическим вмешательством. ***Таким образом, выбирая антимикробные средства, необходимо учитывать их фармакокинетику и фармакодинамику, чувствительность к антибиотикам, наличие почечной и печеночной дисфункции и аллергий, а также других неблагоприятных событий (рекомендация 1, уровень D).*** Многими работами было показано, что что моксифлоксацин является безопасным, хорошо переносимым антибиотиком и не уступает таким препаратам, как цефтриаксон в сочетании с метронидазолом или пиперациллин / тазобактам, а также амоксициллин / клавулановая кислота. В свое время были опубликованы результаты ряда рандомизированных клинических исследований для антибактериальной терапии острого холецистита. В этих рандомизированных исследований, были проведены сравнения, таких препаратов и их комбинаций, как ампициллин с тобрамицином против пиперациллина или цефоперазона, пефлоксацин по сравнению с ампициллином и гентамицином и цефепим против мезлоциллин плюс гентамицин. В этих исследованиях не было найдено никаких существенных различий между названными антибактериальными препаратами, их сочетаниями и комбинированием. В руководящих принципах SIS-NA/IDSA 2010, рекомендуемая продолжительность антимикробной терапии для сложных интраабдоминальных инфекций должна составлять 4-7 дней после того, как источник инфекции находится под контролем. Таким образом, антибактериальные препараты должны использоваться разумно при проведении стратегического антимикробного лечения в каждом учреждении, административном регионе и стране. В руководящих принципах SIS-NA/IDSA 2010 есть еще много областей неопределенности в этом вопросе. Должно быть гарантировано в каждом лечебном учреждении проведение непрерывного мониторинга местной устойчивости бактерий к противомикробным препаратам, для чего необходимо проводить дальнейшие исследования внутрибольничного мониторинга микрофлоры при остром холецистите.	
	Заболевания поджелудочной железы	
3.	Контрольный вопрос (или контрольное задание) Классификация рака поджелудочной железы	ПК-6
	Ответ: ***Категория T*** Категория T описывает размер и положение опухоли. **TX:** Невозможно оценить состояние первичной опухоли **T0:** Отсутствуют признаки рака в поджелудочной железе **Tis:** Самые начальные проявления рака без распространения опухоли - карцинома in situ **T1:** Диаметр опухоли 2 см и менее, находится в пределах поджелудочной железы **T2:** Диаметр опухоли более 2 см, находится в пределах поджелудочной железы **T3:** Опухоль выходит за пределы поджелудочной железы, но в крупные артерии или вены рядом с органом не проникает **T4:** Опухоль выходит за пределы поджелудочной железы и проникает в крупные артерии или вены рядом с органом. Опухоль категории T4 неоперабельна. ***Категория N***	

	Категория N описывает состояние лимфатических узлов. **NX:** Невозможно оценить состояние регионарных лимфатических узлов. **N0:** Отсутствуют признаки рака в регионарных лимфатических узлах. **N1:** Опухоль распространяется на регионарные лимфатические узлы. ***Категория M*** Категория M указывает на метастазирование рака поджелудочной железы на отдаленные органы. **MX:** Невозможно обнаружить отдаленные метастазы. **M0:** Опухоль не метастазирует. **M1:** В отдаленных органах выявляются метастазы. Рак поджелудочной железы метастазирует преимущественно в печень, легкие и на брюшину. ***Группировка стадий*** Точную стадию рака позволяет определить объединение категорий T, N и M. **Стадия 0:** (Tis, N0, M0) Рак in situ. Опухоль не выходит за пределы протоков поджелудочной железы. **Стадия IA:** (T1, N0, M0) Опухоль размерами до 2 см в пределах поджелудочной железы, не распространяется на лимфатические узлы или другие органы. **Стадия IB:** (T2, N0, M0) Опухоль размерами более 2 см в пределах поджелудочной железы, не распространяется на лимфатические узлы или другие органы. **Стадия IIA:** (T3, N0, M0) Опухоль выходит за пределы поджелудочной железы. Не распространяется на соседние артерии или вены. Не распространяется на лимфатические узлы или отдаленные органы. **Стадия IIB:** (T1, T2 или T3; N1; M0) Опухоль любого размера. На соседние артерии или вены не распространяется. Распространяется на лимфатические узлы или другие органы. **Стадия III:** (T4, N1, M0) Опухоль распространяется на рядом расположенные артерии, вены и/или лимфатические узлы. На отдаленные органы не метастазирует. **Стадия IV:** (любая T, любая N, M1) Опухоль любого размера. Метастазирует на отдаленные органы. **Рецидивирующий рак поджелудочной железы:** Повторное появление опухоли после проведенного лечения.	

6.2.3. Примеры контрольных заданий, выявляющих практическую подготовку ординатора (этап собеседования):

№	Содержание задания	Индексы проверяемых компетенций
	Заболевания поджелудочной железы	
1.	Контрольное задание Хирургическое лечение острого панкреатита	ПК-6
	Ответ: **Хирургические методы лечения:** 1. При стерильном панкреонекрозе и ферментативном перитоните и оментобурсите – лапароскопическая санация и дренирование брюшной полости и сальниковой сумки. 2. При ограниченных жидкостных образованиях и инфицированном панкреонекрозе через 10-14 и более суток с начала заболевания необходима санация гнойных очагов, абсцесса и флегмоны путем дренирования пункционным способом под УЗ – наведением или через мини-доступы: оментобурсостомия, люмботомия, с адекватным дренированием и проточным сквозным диализом с вакуум-аспиратором (через толстые 2-х просветные силиконовые трубки); 3. Плановые санации гнойных очагов и некрсеквестрэктомии с	

	антибактериальными водорастворимыми мазями. 4. Лапаротомия при распространенном гнойном перитоните, арозивном кровотечении, перфорациях полых органов. 5. При перфорациях острых язв – ушивание с назоэнтеральной интубацией или резекция с первичным анастомозом с обработкой анастомоза клеевыми композициями (фибриновый клей, тахокомб) 6. При арозивном кровотечении –прошивание толстой нитью 2 – ad mass и тугое тампонирование 7. При некрозе и перфорации ободочной кишки - экономная резекция с колостомой и назоэнтеральная интубация. 8. При билиарном панкреатите необходимо дополнительно проводить: а) ЭПСТ – при ущемлении камня в большом дуоденальном сосочке и терминальном отделе общего желчного протока, с назобилиарным дренированием при гнойном холангите. б) холецистостомия под УЗИ – наведением, лапароскопически или через мини-доступ, холецистэктомия и холедохолитотомия по показаниям после стабилизации состояния (3-5 сутки) с дренированием при билиарной гипертензии.	
	Заболевания поджелудочной железы	
2.	Контрольное задание Исходы острого панкреатита	ПК-5
	Ответ: **Исходы:** В конце второй и третьей недели заболевания у подавляющего большинства пациентов наблюдается один из четырех возможных исходов панкреонекроза: 1) при мелкоочаговых формах - рассасывание инфильтрата, при котором наблюдается редукция местных и системных проявления ССВО; 2) при крупноочаговых формах - асептическая секвестрация с формированием кисты или кист. При этом, на фоне сохраняющейся гиперамилаземии, состояние больного улучшается, стихают проявления ССВО; 3) при распространенных формах - в очаге панкреатогенной деструкции отмечаются большие зоны инфильтрации и множественные очаги жидкостных скоплений без видимых четких границ и размеров. Сохраняются местная симптоматика (больших размеров инфильтрат), а проявления ССВО не редуцируют, и проявляются в максимальной форме. При распространенных формах панкреонекроза важен своевременный мониторинг инфицирования зон панкреатогенной деструкции при помощи тонкоигольной аспирации под контролем УЗИ или КТ с бактериоскопическим и бактериологическим исследованием аспирата. При отрицательном результате и сохраняющемся ССВО, тонкоигольные аспирации следует повторить каждые 2-3 дня. 4) инфицирование зон панкреатогенной деструкции (развитие гнойных осложнений). Диагностика в период гнойных осложнений (фаза септических осложнений и секвестрации). Инфицирование очага панкреатогенной деструкции происходит, в среднем - в конце 2 – 3 -й - недели от начала заболевания. Однако при позднем поступлении больного, неадекватном лечении, или после слишком ранней и поспешной операции, инфицирование зон панкреонекроза и гнойно-деструктивные осложнения могут развиваться раньше, минуя период асептической деструкции ("перекрест фаз"). В связи с этим важно вовремя диагностировать момент инфицирования и верифицировать клинико-морфологическую форму панкреатогенной инфекции. Ведущими клинико-морфологическими проявлениями тяжелого панкреатита в этот период служат три основных варианта развития пакреатогенной инфекции в виде панкреатогенного абсцесса, инфицированной острой псевдокисты и инфицированного панкреонекроза, или их сочетания. *Инфицированная псевдокиста* - возникает как позднее осложнение	

	тяжелого панкреатита, обычно не ранее 4-6 недель от начала заболевания. Это локальное скопление инфицированной жидкости в области поджелудочной железы, иногда имеются секвестры, похожа на абсцесс, но отличается от последнего отсутствием грануляционного вала. *Панкреатогенный абсцесс* - возникает как позднее осложнение тяжелого панкреатита, обычно не ранее 4-6 недель от начала заболевания. Чаще процесс формируется вследствии расплавления и инфицирования очагов некроза с вторичным образованием в них жидкости. Абсцесс представляет собой осумкованное скопление гноя, содержит небольшое количество некротизированной ткани. Некротические изменения в железе и забрюшинной клетчатке минимальные. *Инфицированный панкреонекроз*-диффузное бактериальное воспаление некротизированной ткани поджелудочной железы и/или перипанкреатической жировой ткани, зачастую распространяющееся глубоко внутрь ретроперитонеального пространства, без какой-либо фиброзной капсулы или локализованного скопления гноя. В большинстве случаев развивается во 2-й фазе развития тяжелого панкреатита, однако при массивном поражении может выявляться в более ранние сроки заболевания (5-10 сутки заболевания). Критерии диагностики гнойно-деструктивных осложнений: 1. Клинико-лабораторные проявления гнойного очага: прогрессирование клинико-лабораторных показателей ССВО через 10 – 14 и более суток от начала заболевания; высокие показатели островоспалительных маркеров (С - реактивного белка и прокальцитонина); ухудшение состояния больного по данным динамической оценки тяжести по системе SAPS, APACHE II. SOFA. 2. Инструментальные критерии инфицированности: КТ-признаки инфицирования (нарастание в процессе наблюдения жидкостных образований, выявление девитализированных тканей и/или наличие пузырьков газа) и/или положительные результаты бактериоскопии, полученные при тонкоигольной пункции. 3. Оценка динамики тяжести состояния по шкале APACHE – II и органных дисфункций по шкале MODS или SOFA и степени эндотоксикоза. 4. Уровень прокальцитонина и С-реактивного белка.	

6.2.4. Примеры ситуационных задач (этап собеседования):

№	Содержание задачи	Индексы проверяемых компетенций
	Заболевания печени и желчевыводящих путей	
1.	Ситуационная задача Пациент К., 46 лет, доставлен в приёмное отделение бригадой «Скорой помощи». Предъявляет жалобы на резкие приступообразные боли в правом подреберье и эпигастральной области, иррадиирующие в правое плечо и лопатку, тошноту, рвоту, не приносящую облегчения, озноб. Считает себя больным 8 лет, в течение которых периодически (после приема жирной пищи) беспокоили тупые боли в правой подреберной области, ощущение горечи во рту, изжога, понос. Приступы проходили самостоятельно или после приема но-шпы. При объективном осмотре в приемном отделении иктеричность склер, температура тела повышена до 38,2^{O}С, ЧСС 98 уд/мин, болезненность, напряжение мышц и положительный симптом Щеткина-Блюмберга в правом подреберье. Положительные симптомы Ортнера и Георгиевского-Мюсси.	ПК-5, ПК-6

	Вопросы: 1. Каков предварительный диагноз? 2. Показана ли госпитализация? Если да, то в какое отделение? 3. Приведите план обследования данного больного. 4. Какова тактика лечения данного пациента?	
	Ответ: 1. Желчнокаменная болезнь. Хронический холецистит в стадии обострения. 2. Да, показана в хирургическое отделение. 3. Развёрнутый анализ крови, общий анализ мочи, определение в крови холестерина, билирубина общего, неконъюгированного и конъюгированного. Определение билирубина в моче, ультразвуковое исследование, внутривенная холангиография. Проводятся в первые 24 часа госпитализации. 4. Консервативная терапия: холод, голод, покой, спазмолитическая и дезинтоксикационная терапия. Блокада круглой связки, паранефральной. Антибактериальная терапия. В случае отсутствия эффекта в течение 24-48 часов – срочное оперативное вмешательство. При хорошей эффективности - отсроченное хирургическое лечение. При развитии перитонита – экстренная операция.	

УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ УЧЕБНОГО ПРОЦЕССА ПО РАБОЧЕЙ ПРОГРАММЕ

7.1. Учебно-методическая документация и материалы:

1. Баулин А.А. Диагностика и лечение острых хирургических заболеваний полых органов брюшной полости. - Учебное пособие / Баулин А.А., Ивачев А.С., Ивачева Н.А., Баулин В.А., Середин С.А. Пенза, 2014.- 30 с.
2. Баулина О.А. Портальная гипертензия.Учебное пособие / Баулина О.А., Ивачев А.С., Баулин В.А., Баулин А.А., Ивачева Н.А.– Пенза, 2018. – 47 с.

7.2. Литература

В качестве учебной литературы используется оригинальная монографическая и периодическая литература по тематике специальности. К основным средствам обучения также относятся учебно-методические комплексы, аудио- и видеокурсы, справочная литература, словари (толковые, общие и отраслевые).

Основная литература

1. Затевахин, И. И. Абдоминальная хирургия. Национальное руководство : краткое издание / под ред. И. И. Затевахина, А. И. Кириенко, В. А. Кубышкина. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 912 с. : ил. - (Серия "Национальные руководства"). - 912 с. - ISBN 978-5-9704-6631-5. - Текст : электронный // URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970466315.html
2. Кек, Т. Минимальноинвазивная абдоминальная хирургия / Т. Кек, К. Гермер, А. Шабунин [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 624 с. - ISBN 978-5-9704-6000-9. - Текст : электронный // URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970460009.html
3. Бояринцев, В. В. Хирургический больной :мультидисциплинарный подход / под ред. Бояринцева В. В. , Пасечника И. Н. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 336 с. - ISBN 978-5-9704-5752-8. - Текст : электронный // URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970457528.html
4. Буриев, И. М. Острый калькулезный холецистит и его осложнения. Новое о холелитиазе. Практическое руководство / под ред. И. М. Буриева, Г. Г. Мелконяна. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 272 с. : ил. - DOI : 10. 33029/9704-5662-0-2020-ОКН-1-272. - 272 с. - ISBN 978-5-9704-5662-0. - Текст : электронный // URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970456620.html
5. Альперович Б.И. Хирургия печени – М.: Гэотар-медиа, 2013 – 352 с.: ил. – 3 экз.
6. Клиническая хирургия: Национальное руководство в 3 т. с прилож. на компакт. диске/Под ред. Савельева В.С., Кириенко А.И. - М.: Гэотар-медиа, 2010 – Т.3 – 1008 с. – 5 экз.
7. Клиническая хирургия: Национальное руководство в 3 т. с прилож. на компакт. диске/Под ред. Савельева В.С., Кириенко А.И. - М.: Гэотар-медиа, 2010 – Т.2 – 1008 с. – 10 экз.
8. Лагун М.А., Харитонов Б.С. Курс факультативной хирургии в рисунках, таблицах и схемах: Учебное пособие /Под ред. Вертянкина С.В. – М.: Гэотар-медиа, 2016 – 436 с. – 2 экз.
9. Микрохирургические технологии в абдоминальной хирургии: Практическое рук-во /Под ред. Третьякова А.А. – М.: Гэотар-медиа, 2016 – 192 с.: ил. – 2 экз.
10. Нестеров А.В. Острый панкреатит – Пенза: ИП Соколов, 2016 – 96 с. – 1 экз.
11. Оперативная хирургия: Учеб. пособие по мануальным навыкам /Под ред. Воробьева А.А., Кагана И.И. – М.: Гэотар – медиа, 2015 – 688 с.: ил.

Дополнительная литература

1. Интенсивная терапия / под ред. Гельфанда Б. Р. ,Заболотских И. Б. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 928 с. - ISBN 978-5-9704-4832-8. - Текст

: электронный // URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970448328.html
2. Абдоминальная травма: Рук-во для врачей /Под ред. Ермолова А.С., Хубутия М.Ш., Абакумова М.М. – М.: Видар-М, 2010 – 504 с.: ил. – 3 экз.
3. Власов А.П., Кукош М.В., Сараев В.В. Диагностика острых заболеваний живота: Рук- во – М.: Гэотар-медиа, 2014 – 448 с. – 5 экз.
4. Военно-полевая хирургия локальных войн и вооруженных конфликтов: Рук-во для врачей /Под ред. Гуманенко Е.К., Самохвалова И.М. – М.: Гэотар-медиа, 2011 – 672 с.: ил. – 3 экз
5. Диагностика и лечение острого панкреатита /Еромолов А.С. и др. – М.: Видар-М, 2013 – 384 с.: ил. – 2 экз.
6. Кубышкин В.А., Кармазановский Г.Г., Гришанков С.А. Кистозные опухоли поджелудочной железы: диагностика и лечение – М.: Гэотар – медиа, 2013 – 328 с.: ил. – 2 экз.
7. Клиническая хирургия: Нац. Рук-во: В 3-х. т./Под ред. Савельева В.С., Кириенко А.И. – Т.III – М.: Гэотар-медиа, 2010 – 1002 с. – 3 экз.
8. Лекции по гепатопанкреатобилиарной хирургии : с приложением CD-ROM |Под ред. Гальперина Э.И., Дюжевой Т.Г. – М.: Видар-М., 2011 – 536 с.: ил. – 3 экз.
9. Маев И.В., Кучерявый Ю.А. Болезни поджелудочной железы: Практич. рук-во с прилож. на CD – М.: Гэотар-медиа, 2009 – 736 с.: ил. – 10 экз.
10. Оперативная хирургия: Учеб. пособие по мануальным навыкам /Под ред. Воробьева А.А., Кагана И.И. – М.: Гэотар – медиа, 2015 – 688 с.: ил. – 3 экз.
11. Острый панкреатит: Дифференцированная лечебно-диагностическая тактика /Лысенко М.В. и др. – М.: Литтерра, 2010 – 192 с. – 10 экз.
12. Острый панкреатит: Рук-во /Под ред. Недашковского Э.В. – М.: Гэотар-медиа, 2009 – 272 с.: ил. – 10 экз.
13. Савельев В.С. и др. Панкреонекрозы / Савельев В.С., Филимонов М.И., Бурневич С.З. – М.: МИА, 2008 – 264 с.: ил. – 5 экз.
14. Трифонов И.В. Хирургическое дежурство в больнице скорой медицинской помощи: Практич. рук-во – М.: Литтерра, 2014 – 112 с. – 2 экз.
15. Чрескожные вмешательства в абдоминальной хирургии /Под ред. Кулезновой Ю.В. – М.: Гэотар-медиа, 2016 – 192 с.: ил. – 2 экз.
16. Шабунин А.В., Араблинский А.В., Лукин А.Ю. Панкреонекроз. Диагностика и лечение – М.: Гэотар-медиа, 2014 – 96 с.: ил. – 3 экз.

Интернет-ресурсы открытого доступа:

1. Электронный библиотечный абонемент Центральной научной медицинской библиотеки Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова (http://www.emll.ru/newlib/330500)

2. «Консультант врача. Электронная медицинская библиотека» (http://www.rosmedlib.ru)

3. Рубрикатор клинических рекомендаций Министерства здравоохранения Российской Федерации(http://cr.rosminzdrav.ru/)

4. Федеральная электронная медицинская библиотека (http://193.232.7.109/feml)

5. Федеральный портал «Российское образование» (http://www.edu.ru)

6. Информационная система «Единое окно доступа к образовательным ресурсам» http://window.edu.ru/window)

7. Документационный центр Всемирной организации здравоохранения (http://whodc.mednet.ru)

8. Univadis.ru – ведущий интернет-ресурс для специалистов здравоохранения (http://www.univadis.ru).

9. Научная электронная библиотека (http://elibrary.ru)

10.Объединенная электронная библиотека учреждений профессионального образования Пензенской области (http://library.pnzgu/ru)

11.Единое окно доступа к образовательным ресурсам (http://window.edu.ru)

12. Медицинская энциклопедия http://alcala.ru/medicinskaya/medicinskaya-enciklopediya.shtml

13. Большая медицинская энциклопедия Doktorland.ru http://doktorland.ru/

14. Медицинская энциклопедия http://www.medical-center.ru/info.html

15. Медицинская энциклопедия редких синдромов и генетических заболеваний http://bolezni-sindromy.ru/

16. Энциклопедия безопасности лекарств http://www.gabr.org/farm/lb.htm

17. Энциклопедия центра Эмосhttp://sunduk.ru/encycl/

18. Энциклопедия Кругосветhttp://www.krugosvet.ru/taxonomy/term/20

Ежегодно обновляемое лицензионное программное обеспечение:

- СПС «Консультант Плюс» № 5219-2022 Договор от 30.12.2021 г. (срок действия с 01.01.2022 г. по 31.12.2022 г.).;

- VeralTestProffessonal 2.9.2), договор №УТ0021121 от 11.05.2016 г. с ООО «Програмос-Проекты», бессрочный;

- ППП «StatisticaforWindowsv.6» (научная статистика), договор № 2011-А523 от 24.11.2011 г. с ООО «Агентство деловой информации», количество – 1, бессрочный;

- Национальная электронная библиотека (НЭБ). Договор о подключении к объектам национальной электронной библиотеки посредством использования сети Интернет №101/НЭБ/3818 от 07.05.2018 г. (срок действия с 07.05.2018 г. по 07.05.2023 г.).

7.2. Кадровое обеспечение реализации рабочей программы

№ п/п	Код раздела, темы рабочей программы	Фамилия, имя, отчество	Ученая степень, ученое звание	Место работы, должность	Объем учебной нагрузки в соответствии с учебным планом программы
1.	Б1.В.Э.2.2 Б1.В.Э.2.3	Гуляев А.А.	Д.м.н., профессор	Кафедра хирургии и эндоскопии им. проф. Н.А. Баулина, зав.кафедрой	17
2.	Б1.В.Э.2.2 Б1.В.Э.2.3	Лебедев А.Г.	Д.м.н.	Кафедра хирургии и эндоскопии им. проф. Н.А. Баулина, профессор	9
3.	Б1.В.Э.2.1 Б1.В.Э.2.2 Б1.В.Э.2.3	Баулин А.А.	Д.м.н., профессор	Кафедра хирургии и эндоскопии им. проф. Н.А. Баулина, профессор	24
4.	Б1.В.Э.2.2 Б1.В.Э.2.3	Баулин В.А.	К.м.н.	Кафедра хирургии и эндоскопии им. проф. Н.А. Баулина, доцент	22
5.	Б1.В.Э.2.2 Б1.В.Э.2.3	Баулина О.А.	К.м.н.	Кафедра хирургии и эндоскопии им. проф. Н.А. Баулина, доцент	24