

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)

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 31.08.57 Онкология

Блок 1

Базовая часть (Б1.В.Э.1)

Уровень образовательной программы: высшее образование.
Подготовка кадров высшей квалификации
Вид программы – практико-ориентированная

Форма обучения
очная

**Пенза
2023**

Рабочая программа учебной дисциплины (модуля) «Гепатопанкреатобилиарная хирургия» разработана преподавателями кафедры онкологии и урологии ПИУВ – филиала ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России в соответствии с учебным планом основной профессиональной образовательной программы высшего образования – программы подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.57 Онкология.

Авторы рабочей программы:

№ пп.	Фамилия, имя, отчество	Ученая степень, звание	Занимаемая должность	Место работы
1.	Рогаль Михаил Леонидович	д.м.н.	Заведующий кафедрой онкологии и урологии	ПИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России
2.	Зимин Юрий Иванович	Д.м.н.	Профессор кафедры онкологии и урологии	ПИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России
По методическим вопросам				
4	Романенко Гульнара Хамидуллаевна	К.м.н., доцент	Заместитель директора Института методологии профессионального развития	ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России
5	Смирнова Ирина Эдуардовна	К.пед.н. Доцент	Начальник учебно-методического отдела Института методологии профессионального развития	ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России
6.	Афанасьева Анна Викторовна		специалист учебно-методического отдела	ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России
7	Денисова Алла Геннадьевна	д.м.н., доцент	заместитель директора по науке и развитию	ПИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России
8	Максимова Марина Николаевна	к.м.н.	заместитель директора по региональному здравоохранению	ПИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России
9	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 20.06.2017г. протокол №6.

Рабочая программа учебной дисциплины (модуля) «Гепатопанкреатобилиарная хирургия» утверждена на Ученом совете ПИУВ – филиала ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России 27 июня 2017г. протокол № 6.

Рабочая программа учебной дисциплины (модуля) «Гепатопанкреатобилиарная хирургия» обновлена и одобрена на заседании кафедры 20.06.2018г. протокол № 6.

Рабочая программа учебной дисциплины (модуля) «Гепатопанкреатобилиарная хирургия» утверждена на Ученом совете ПИУВ – филиала ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России 26 июня 2018г. протокол № 5.

Рабочая программа учебной дисциплины (модуля) «Гепатопанкреатобилиарная хирургия» одобрена на заседании кафедры 20.06.2019г. протокол №6 и утверждена на Ученом совете ПИУВ – филиала ФГБОУ ДПО РМАНПО 25 июня 2019г. протокол № 6

Рабочая программа учебной дисциплины (модуля) «Гепатопанкреатобилиарная хирургия» одобрена на заседании кафедры 20.02.2020г. протокол №2 и утверждена на Ученом совете ПИУВ – филиала ФГБОУ ДПО РМАНПО 25 февраля 2020г. протокол № 2.

Рабочая программа учебной дисциплины (модуля) «Гепатопанкреатобилиарная хирургия» одобрена на заседании кафедры 20.05.2021г. протокол №5 и утверждена на Ученом совете ПИУВ – филиала ФГБОУ ДПО РМАНПО 25 мая 2021г. протокол № 5.

Рабочая программа учебной дисциплины (модуля) «Гепатопанкреатобилиарная хирургия» одобрена на заседании кафедры 20.06.2022г. 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	Характер изменений	Дата и номер протокола утверждения документа
---	---------------	--------------------	--

	изменений в программу		на УС
1.	20.06.2018г	Обновлена и утверждена программа практики Обновление учебной литературы	26.06.2018 г., протокол №5
2.	20.06.2018г	Обновление кадрового состава Обновление содержания	26.06.2018 г., протокол №5
3.	20.06.2018г	Актуализация учебного модуля, учебных планов и календарных учебных графиков	26.06.2018 г., протокол №5
4.	20.06.2018г	Актуализация учебного модуля, учебных планов и календарных учебных графиков	26.06.2018 г., протокол №5
5.	20.06.2019г	Обновлено кадровое обеспечение программы	25.06.2019 г., протокол №6
6.	20.02.2020г.	Обновление кадрового состава Обновление учебной литературы	25.02.2020г. протокол №2
7.	20.05.2021г.	Обновление кадрового состава	25.05.2021 г., протокол №5
8.	20.06.2022г.	Обновление кадрового состава Обновление учебной литературы	22.06.2022г. протокол №6
9	21.06.2023 г.	Обновление учебной литературы.	26 июня 2023 г. протокол № 5.
10	21.06.2023 г.	Обновление фонда оценочных средств для проведения государственной итоговой аттестации	26 июня 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» 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 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 (МК-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	<u>Знания:</u> <ul style="list-style-type: none"> – базисные знания, способствующие абстрактному мышлению – базисные знания, способствующие синтезу информации – базисные знания, способствующие анализу закономерностей функционирования органов и систем 	Т/К
	<u>Умения:</u> <ul style="list-style-type: none"> – абстрактно мыслить – синтезировать информацию анализировать закономерности функционирования органов и систем	П/А
	<u>Навыки:</u> <ul style="list-style-type: none"> – абстрактно мыслить – синтезировать информацию анализировать закономерности функционирования органов и систем	Т/К
	<u>Опыт деятельности:</u> <ul style="list-style-type: none"> - готовности к абстрактному мышлению, анализу и синтезу 	П/А
ПК-5	<u>Знания:</u> <ul style="list-style-type: none"> – 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 хирургических заболеваниях органов гепатопанкреатобилиарной зоны; – клинической картины, особенностей течения и возможных осложнений у пациентов с хирургическими заболеваниями органов гепатопанкреатобилиарной 	Т/К

	<p>зоны;</p> <ul style="list-style-type: none"> – 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 	
	<p><u>Умения:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – 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; – интерпретировать результаты осмотра пациентов с хирургическими заболеваниями органов гепатопанкреатобилиарной зоны специалистами; 	<p>П/А</p>

	<ul style="list-style-type: none"> – 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 	
	<p><u>Навыки:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – 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
	<p><u>Опыт деятельности:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - определения и оценки показаний и противопоказаний к диагностическим методам в гепатопанкреатобилиарной хирургии 	Т/К
ПК-6	<p><u>Знания:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – 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
	<p><u>Умения:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – проводить предоперационную подготовку перед планируемыми хирургическими вмешательствами; – использовать медицинскую аппаратуру для 	Т/К

	выполнения лечебных манипуляций, предусмотренных стандартом	
	<u>Навыки:</u> – 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
	<u>Опыт деятельности:</u> - 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.1.1	Клиническая и топографическая анатомия гепатопанкреатобилиарной зоны	УК-1, ПК-5
Б1.В.Э.1.1.1	Клиническая, топографическая анатомия печени и желчных протоков	УК-1, ПК-5
Б1.В.Э.1.1.2	Клиническая, топографическая анатомия поджелудочной железы, двенадцатиперстной кишки и большого дуоденального сосочка	УК-1, ПК-5
Б1.В.Э.1.2	Заболевания печени и желчных протоков	ПК-5, ПК-6
Б1.В.Э.1.2.1	Доброкачественные и злокачественные опухоли печени	ПК-5, ПК-6
Б1.В.Э.1.2.2	Рак желчного пузыря и большого дуоденального сосочка	ПК-5, ПК-6
Б1.В.Э.1.2.3	Непаразитарные кисты печени	ПК-5, ПК-6
Б1.В.Э.1.2.4	Паразитарные заболевания печени	ПК-5, ПК-6
Б1.В.Э.1.2.5	Абсцессы печени	ПК-5, ПК-6
Б1.В.Э.1.2.6	Холангит	ПК-5, ПК-6
Б1.В.Э.1.2.7	Билиарный сепсис	ПК-5, ПК-6
Б1.В.Э.1.2.8	Желчнокаменная болезнь и её осложнения	ПК-5, ПК-6
Б1.В.Э.1.2.10	Острый холецистит	ПК-5, ПК-6
Б1.В.Э.1.2.11	Постхолецистэктомический синдром	ПК-5, ПК-6
Б1.В.Э.1.2.12	Ятрогенные повреждения внепечёночных желчных протоков	ПК-5, ПК-6
Б1.В.Э.1.2.13	Стриктуры внепечёночных желчных протоков	ПК-5, ПК-6
Б1.В.Э.1.3	Заболевания поджелудочной железы	ПК-5, ПК-6
Б1.В.Э.1.3.1	Острый панкреатит	ПК-5, ПК-6
Б1.В.Э.1.3.2	Хронический панкреатит	ПК-5, ПК-6
Б1.В.Э.1.3.3	Кистозные заболевания поджелудочной железы	ПК-5, ПК-6
Б1.В.Э.1.3.4	Опухоли поджелудочной железы	ПК-5, ПК-6
Б1.В.Э.1.3.5	Травмы поджелудочной железы	ПК-5, ПК-6

4. ОРГАНИЗАЦИОННО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ УСЛОВИЯ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОГРАММЫ

4.1. Сроки обучения: второй семестр.

4.2. Промежуточная аттестация: зачет

Виды учебной работы	Кол-во часов/зачетных единиц
Обязательная аудиторная работа (всего)	96
в том числе:	
- лекции	8
- семинары	40
- практические занятия	48
Внеаудиторная (самостоятельная) работа ординатора	48
в том числе:	
- изучение тем, вынесенных на самостоятельную проработку	48
Итого:	144/4

4.3. Разделы учебной дисциплины (модуля) и виды занятий

Код	Название раздела дисциплины	Кол-во часов				Индексы формируемых компетенций
		Л	СЗ	ПЗ	СР	
Б1.В.Э.1.1	Клиническая и топографическая анатомия гепатопанкреатобилиарной зоны	-	10	20	16	УК-1, ПК-5
Б1.В.Э.1.1.1	Клиническая, топографическая анатомия печени и желчных протоков	-	4	5	14	УК-1, ПК-5
Б1.В.Э.1.1.2	Клиническая, топографическая анатомия поджелудочной железы, двенадцатиперстной кишки и большого дуоденального сосочка	-	-	15	2	УК-1, ПК-5
Б1.В.Э.1.2	Заболевания печени и желчных протоков	4	16	52	16	ПК-5, ПК-6
Б1.В.Э.1.2.1	Доброкачественные и злокачественные опухоли печени	-	2	6	2	ПК-5, ПК-6
Б1.В.Э.1.2.2	Рак желчного пузыря и большого дуоденального сосочка	-	-	8	1	ПК-5, ПК-6
Б1.В.Э.1.2.3	Непаразитарные кисты печени	-	2	4	2	ПК-5, ПК-6
Б1.В.Э.1.2.4	Паразитарные заболевания печени	-	-	6	2	ПК-5, ПК-6
Б1.В.Э.1.2.5	Абсцессы печени	-	-	6	2	ПК-5, ПК-6
Б1.В.Э.1.2.6	Холангит	-	2	1	1	ПК-5, ПК-6
Б1.В.Э.1.2.7	Билиарный сепсис	-	2	6	1	ПК-5, ПК-6
Б1.В.Э.1.2.8	Желчнокаменная болезнь и её осложнения	2	2	6	1	ПК-5, ПК-6
Б1.В.Э.1.2.10	Острый холецистит	2	2	6	1	ПК-5, ПК-6
Б1.В.Э.1.2.11	Постхолецистэктомический синдром	-	2	1	1	ПК-5, ПК-6
Б1.В.Э.1.2.12	Ятрогенные повреждения внепечёчных желчных протоков	-	2	1	1	ПК-5, ПК-6
Б1.В.Э.1.2.13	Стриктуры внепечёчных желчных протоков	-	-	1	1	ПК-5, ПК-6
Б1.В.Э.1.3	Заболевания поджелудочной железы	4	14	32	16	ПК-5, ПК-6
Б1.В.Э.1.3.1	Острый панкреатит	2	4	8	4	ПК-5, ПК-6
Б1.В.Э.1.3.2	Хронический панкреатит	2	2	8	4	ПК-5, ПК-6
Б1.В.Э.1.3.3	Кистозные заболевания поджелудочной железы	-	2	8	2	ПК-5, ПК-6
Б1.В.Э.1.3.4	Опухоли поджелудочной железы	-	2	8	4	ПК-5, ПК-6
Б1.В.Э.1.3.5	Травмы поджелудочной железы	-	4	-	2	ПК-5, ПК-6
Итого		8	40	48	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: (40 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 (2 акад. час.).
- 19) Хирургическая тактика при постнекротических кистах поджелудочной железы (2 акад. час.).
- 20) Кистозные опухоли поджелудочной железы: виды, методы диагностики (2 акад. час.).

4.6. Практические занятия

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

Тематика практических занятий: (48 акад. час.).

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

Механическая желтуха доброкачественной этиологии: причины, диагностика, методы лечения (1 академический 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 (6 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 (6 акад. час.).
8. Лапароскопические операции на поджелудочной железе (4 акад. час.).
9. Лапароскопическая хирургия печени (3 акад. час.).
10. Интраоперационная диагностика заболеваний гепатопанкреатобилиарной зоны (3 акад. час.).
11. Эндоскопические методы в лечении заболеваний гепатопанкреатобилиарной зоны (3 акад. час.).
12. Чрескожный пункционно-дренирующий метод в лечении заболеваний гепатопанкреатобилиарной зоны (3 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.1.1	Клиническая и топографическая анатомия гепатопанкреатобилиарной зоны	Работа с литературой и электронными ресурсами.	20	УК-1, ПК-5
Б1.В.Э.1.2	Заболевания печени и желчных протоков	Работа с литературой и электронными ресурсами.	18	ПК-5, ПК-6
Б1.В.Э.1.3	Заболевания поджелудочной железы	Работа с литературой и электронными ресурсами.	10	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
<i>Клиническая и топографическая анатомия печени</i>		
1	Назовите основные анатомические части поджелудочной железы? <u>Ответ:</u> головка, перешеек, тело, хвост, кричковидный отросток.	ПК-5
2	Назовите основные источники кровоснабжения поджелудочной железы? <u>Ответ:</u> Основными артериями поджелудочной железы являются верхние передняя и задняя панкреато-дуоденальные артерии, ветви гастро-дуоденальной артерии, нижние передняя и задняя панкреато-дуоденальные артерии, ветви верхней брыжеечной артерии, селезеночная артерия и ее ветви, от 2 до 9, среди которых наиболее крупной является а. pancreatica magna. Кровоснабжение поджелудочной железы может быть переменным и требует прецизионной хирургической техники во время операции. Венозный отток осуществляется в систему воротной вены через селезеночную и панкреато-дуоденальные ветви.	ПК-5
3	Опишите анатомию панкреатического протока ? <u>Ответ:</u> панкреатический проток (Вирсунгов) проходит вдоль всей железы от хвоста, открывается совместно с общим желчным протоком в ампулу большого дуоденального соска, расположенного на уровне нисходящей части двенадцатиперстной кишки.	ПК-5
4	Опишите топографию, синтопию поджелудочной железы? <u>Ответ:</u> поджелудочная железа расположена в верхнем этаже полости живота, ретроперитонеально. Справа она неотделимо связана с подковой двенадцатиперстной кишки. Через головку железы до ампулы большого дуоденального сосочка проходит панкреатическая часть общего желчного протока. За поджелудочной железой в области ее перешейка проходят верхняя	ПК-5

	брыжеечная вена (справа) и верхняя брыжеечная артерия (слева). Поджелудочно-двенадцатиперстный комплекс сзади граничит с нижней полой веной, аортой, левой печеночной веной. Сверху поджелудочная железа ограничена общей печеночной и селезеночной артериями. Снизу граничит с брыжейкой поперечноободочной кишки, в ряде случаев снизу и слева граничит с нижней брыжеечной веной, которая впадает в воротную, селезеночную или верхнюю брыжеечную за поджелудочной железой. Хвост железы прилежит к воротам селезенки. Спереди от железы расположен желудок.	
5	Опишите нормальную анатомию печени?	ПК-5
	<u>Ответ:</u> печень является непарным органом, расположенным преимущественно в правом поддиафрагмальном пространстве. Печень в структуре имеет большую правую долю и меньшую левую, кроме того выделяют квадратную и хвостатую доли печени. Связочный аппарат печени представлен правой и левой треугольными связками, венечной, серповидной и круглой связками. На висцеральной поверхности печени имеется углубление – ворота печени – через которые в паренхиму органа проникают ветви воротной вены и печеночной артерии и откуда выходят правый и левый печеночный протоки. На нижней поверхности правой доле имеется углубление – ложе желчного пузыря, в котором находится последний, покрытый висцеральной брюшиной. В непосредственной анатомической близости от хвостатой доли проходит воротная вена.	
<i>Заболевания печени и желчевыводящих путей</i>		
6	Какие морфологические варианты первичных злокачественных опухолей печени являются наиболее частыми?	ПК-5, ПК-6
	<u>Ответ:</u> Гепатоцеллюлярный и холангиоцеллюлярный рак	
7	Что является основным этиологическим фактором развития ГЦР?	ПК-5, ПК-6
	<u>Ответ:</u> вирус гепатита В. Опухоль как правило развивается на фоне гепатита и цирроза печени	
8	В чем состоит основная сложность хирургического лечения первичных ЗНО печени?	ПК-5, ПК-6
	<u>Ответ:</u> функциональная недостаточность печени на фоне длительно протекающего гепатита и цирроза, осложнения данного заболевания в виде портальной гипертензии не позволяют выполнить адекватную по объему резекцию печени.	

6.1.2. Примеры тестовых заданий:

№	Содержание тестового задания	Индексы проверяемых компетенций
<i>Заболевания печени и желчных протоков</i>		
1.	Тестовое задание СИНДРОМ МИРИЗЗИ – ЭТО а) холецистохоледохеальный свищ; б) холецистодуоденальный свищ; в) холецистотолстокишечный свищ; г) холецистоеюнальный свищ	ПК-6
	Ответ: А	
<i>Заболевания поджелудочной железы</i>		
2.	Тестовое задание РАДИКАЛЬНАЯ ОПЕРАЦИЯ ПРИ ОПУХОЛИ ГОЛОВКИ	ПК-6

	ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРОТИВОПОКАЗАНА ПРИ а) метастазах в печень ; б) инвазии в воротную вену; в) инвазии в двенадцатиперстную кишку; г) размере опухоли больше 5 см	
	Ответ: А	

6.1.3. Примеры контрольных заданий, выявляющих практическую подготовку ординатора:

№	Содержание задания	Индексы проверяемых компетенций
<i>Заболевания поджелудочной железы</i>		
1.	Контрольное задание Виды операций при хроническом панкреатите	ПК-6
	<p>Ответ:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Денервация поджелудочной железы ▪ Декомпрессия протоков поджелудочной железы ▪ Резекции поджелудочной железы ▪ Дуоденосохраняющие резекции головки поджелудочной железы <ul style="list-style-type: none"> ▪ Дистальные резекции поджелудочной железы ▪ Субтотальная панкреатэктомия ▪ Резекция головки поджелудочной железы по Frey Ch.F. и Beger H.G. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Операция <i>Frey</i> ▪ Операция <i>Beger H.</i> 	
2.	Контрольное задание Протокол интенсивной терапии острого панкреатита средней степени тяжести	ПК-6
	<p>Ответ:</p> <p>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 24 часа от начала заболевания). При поступлении больных ОП средней степени тяжести 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 тяжести 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 прогрессировании заболевания – гипотонии (АД < 100 мм.рт.ст.), дыхательной недостаточности (ЧД > 30 в 1 минуту), делирия и др., – последних необходимо перевести в ОРИТ.</p> <p>Специализированное лечение Ингибирование секреции поджелудочной железы (оптимальный срок – первые трое суток заболевания).</p>	

<p>Активная реологическая терапия.</p> <p>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).</p> <p>Антиоксидантная и антигипоксикантная терапия.</p> <p>Эвакуация токсических экссудатов по показаниям (см. стандарт V).</p> <p>При ферментативном перитоните – санационная лапароскопия.</p> <p>Допустимо выполнение чрескожного дренирования брюшной полости под УЗ-наведением или лапароцентеза.</p> <p>Применение антибиотиков с профилактической целью не является обязательным.</p>	
--	--

6.2. Промежуточная аттестация

6.2.1. Примеры тестовых заданий (этап междисциплинарного тестирования):

№	Содержание тестового задания	Индексы проверяемых компетенций
<i>Заболевания печени и желчевыводящих путей</i>		
1.	<p>Тестовое задание</p> <p>НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЙ ИСТОЧНИК ОБРАЗОВАНИЯ АБСЦЕССОВ ПЕЧЕНИ - ЭТО:</p> <p>а) желчные протоки при гнойном холангите</p> <p>б) желчный пузырь при деструктивном холецистите</p> <p>в) воспалительные очаги брюшной полости</p> <p>г) большой круг кровообращения при гнойно-воспалительных заболеваниях отдаленных органов</p>	ПК-6
	Ответ: А	
<i>Неопухолевые заболевания анального канала и перианальной области</i>		
2.	<p>Тестовое задание</p> <p>СЕКМЕНТЫ ПЕЧЕНИ, ПОДЛЕЖАЩИЕ УДАЛЕНИЮ ПРИ РАСШИРЕННОЙ ПРАВОСТОРОННЕЙ ГЕМИГЕПАТЭКТОМИИ</p> <p>а) 4, 5, 6, 7, 8</p> <p>б) 5, 6, 7, 8, 1</p> <p>в) 5, 6, 7, 8</p> <p>г) 1, 2, 3, 4, 5</p>	ПК-6
	Ответ: А	
<i>Заболевания поджелудочной железы</i>		
3.	<p>Тестовое задание</p> <p>РАДИКАЛЬНОЙ ОПЕРАЦИЕЙ ПРИ ОПУХОЛЕВОМ ПОРАЖЕНИИ ПЕРИАМПУЛЯРНОЙ ЗОНЫ ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>а) панкреатодуоденальная резекция</p> <p>б) гепатикоеюностомия по Ру</p> <p>в) изолированная резекция головки поджелудочной железы</p> <p>г) папиллэктомия</p>	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
	<p>Ответ:</p> <p>Классификация оссийского 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.</p> <p>1. Острый панкреатит лёгкой степени. Панкреонекроз при данной форме острого панкреатита не образуется (отёчный панкреатит) и органная недостаточность не развивается.</p> <p>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).</p> <p>3. Острый панкреатит тяжёлой степени. Характеризуется наличием либо неотграниченного инфицированного панкреонекроза (гнойно-некротического парапанкреатита), или/и развитием персистирующей органной недостаточности (более 48 часов).</p> <p>Диагноз острого панкреатита лёгкой, средней или тяжёлой степени устанавливается по факту законченного случая заболевания.</p> <p>Этиологические формы острого панкреатита</p> <p>1. Острый алкогольно-алиментарный панкреатит – 55% .</p> <p>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%.</p> <p>3. Острый травматический панкреатит (вследствие травмы поджелудочной железы, в том числе операционной или после ЭРХПГ) 2 – 4 %.</p> <p>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</p>	

	(гастродуоденит, пенетрирующая язва, опухоли гепатопанкреатодуоденальной области) – 6 – 8%.	
<i>Заболевания печени и желчных протоков</i>		
2.	Контрольный вопрос (или контрольное задание) Консервативное лечение острого холецистита	ПК-6
	<p>Ответ:</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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</p>	

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,

	<p>наличие почечной и печеночной дисфункции и аллергий, а также других неблагоприятных событий (рекомендация 1, уровень D).</p> <p>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.</p> <p>В свое время были опубликованы результаты ряда рандомизированных клинических исследований для антибактериальной терапии острого холецистита. В этих рандомизированных исследованиях, 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.</p> <p>В этих исследованиях не было найдено никаких существенных различий между названными антибактериальными препаратами, их сочетаниями и комбинированием.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>	
Заболевания поджелудочной железы		
3.	<p>Контрольный вопрос (или контрольное задание) Классификация рака поджелудочной железы</p>	ПК-6
	<p>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.</p>	

	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>Группировка стадий Точную стадию рака позволяет определить объединение категорий T, N и M.</p> <p>Стадия 0: (Tis, N0, M0) Рак in situ. Опухоль не выходит за пределы протоков поджелудочной железы.</p> <p>Стадия IA: (T1, N0, M0) Опухоль размерами до 2 см в пределах поджелудочной железы, не распространяется на лимфатические узлы или другие органы.</p> <p>Стадия IB: (T2, N0, M0) Опухоль размерами более 2 см в пределах поджелудочной железы, не распространяется на лимфатические узлы или другие органы.</p> <p>Стадия IIА: (T3, N0, M0) Опухоль выходит за пределы поджелудочной железы. Не распространяется на соседние артерии или вены. Не распространяется на лимфатические узлы или отдаленные органы.</p> <p>Стадия IIВ: (T1, T2 или T3; N1; M0) Опухоль любого размера. На соседние артерии или вены не распространяется. Распространяется на лимфатические узлы или другие органы.</p> <p>Стадия III: (T4, N1, M0) Опухоль распространяется на рядом расположенные артерии, вены и/или лимфатические узлы. На отдаленные органы не метастазирует.</p> <p>Стадия IV: (любая T, любая N, M1) Опухоль любого размера. Метастазирует на отдаленные органы.</p> <p>Рецидивирующий рак поджелудочной железы: Повторное появление опухоли после проведенного лечения.</p>	
--	---	--

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
	<p>Ответ:</p> <p>Хирургические методы лечения: 1. При стерильном панкреонекрозе и ферментативном перитоните и оментобурсите – лапароскопическая</p>	

	<p>санация и дренирование брюшной полости и сальниковой сумки.</p> <ol style="list-style-type: none"> 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: <ol style="list-style-type: none"> 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. 	
<i>Заболевания поджелудочной железы</i>		
2.	Контрольное задание Исходы острого панкреатита	ПК-5
	<p>Ответ: Исходы: В конце второй и третьей недели заболевания у подавляющего большинства пациентов наблюдается один из четырех возможных исходов панкреонекроза:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 панкреатогенной 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 вследствие 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 брюшинной 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 суток заболевания).

Критерии диагностики гнойно-деструктивных осложнений:

	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>3. Оценка динамики тяжести состояния по шкале APACHE – II и органных дисфункций по шкале MODS или SOFA и степени эндотоксикоза.</p> <p>4. Уровень прокальцитонина и С-реактивного белка.</p>	
--	--	--

6.2.4. Примеры ситуационных задач (этап собеседования):

№	Содержание задачи	Индексы проверяемых компетенций
<i>Заболевания печени и желчевыводящих путей</i>		
1.	<p>Ситуационная задача</p> <p>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°C, ЧСС 98 уд/мин, болезненность, напряжение мышц и положительный симптом Щеткина-Блюмберга в правом подреберье. Положительные симптомы Ортнера и Георгиевского-Мюсси.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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? 	ПК-5, ПК-6
	<p>Ответ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 	

	<p>госпитализации.</p> <p>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.</p>	
2	<p>2. Описание клинической ситуации:</p> <p>Больной И., 57 лет, предъявляет жалобы на общую слабость, недомогание, желтушность кожных покровов. Семь дней назад скорой помощью доставлен в экстренный хирургический стационар, где во время выполнения УЗИ печени и желчных протоков выполнено чрескожное дренирование правого печеночного протока. После уменьшения желтухи доставлен в плановом порядке в онкологический диспансер. По дренажу протока отделяется до 600 мл желчи в сутки.</p> <p>Вопрос 1: сформулируйте предварительный диагноз? <u>Ответ:</u> нозологический диагноз не может быть поставлен ввиду отсутствия полного обследования. Предварительно можно констатировать, что у пациента имеется механическая желтуха. Уровень блока желчных протоков пока неизвестен.</p> <p>Вопрос 2: какие обследования следует назначить пациенту для уточнения диагноза? <u>Ответ:</u> 1) УЗИ печени, желчных протоков, поджелудочной железы; 2) МРТ органов брюшной полости или КТ с БКУ; 3) общий и биохимический анализы крови, исследование крови на наличие вирусных гепатитов; 4) рентгенография органов грудной клетки; 5) фистулографи 6) ФГДС.</p> <p>Вопрос 3: при МРТ брюшной полости обнаружено умеренное расширение правых печеночных протоков, которые были дренированы. Нечетко определяется новообразование в воротах печени. УЗИ подтверждает эти данные, желчный пузырь не увеличен, холедох 6 мм. Гепатиты не обнаружены. Каков предварительный диагноз? <u>Ответ:</u> наиболее вероятен рак внепеченочных желчных протоков с распространением на правый печеночный проток.</p> <p>Вопрос 4. Какова будет тактика лечения. <u>Ответ:</u> поскольку отдаленные метастазы не обнаружены, имеется дебет желчи до 600 мл в сутки по дренажу протока пациенту показана операция. Окончательный объем будет определен во время лапаротомии. Нет признаков местной распространенности опухоли. В любом случае показана попытка радикальной или паллиативной операции.</p>	ПК-5, ПК-6
3	<p>3 Описание клинической ситуации:</p> <p>Больной 54 лет, 4 дня назад перенес дистальную резекцию желудка по Бильрот 2 по поводу язвенной болезни желудка. С утра гипертермия до 37,8, лейкоцитоз до 15 тыс. лейкоцитов в</p>	ПК-5, ПК-6

	<p>мм³, по дренажам кишечное отделяемое с примесью желчи.</p> <p>Вопрос 1: Сформулируйте предварительный диагноз? <u>Ответ:</u> наиболее вероятно имеется несостоятельность культи двенадцатиперстной кишки.</p> <p>Вопрос 2: какие обследования следует назначить пациенту? <u>Ответ:</u> возможно выполнение рентгеноконтрастного исследования желудка для исключения несостоятельности желудочно-тонкокишечного анастомоза, но это исследование не имеет принципиального значения, поскольку пациенту показана экстренная повторная операция в любом случае.</p> <p>Вопрос 3: что вы предпримите для коррекции данного осложнения? <u>Ответ:</u> консервативная терапия данного осложнения бесперспективна. Наложение наружного дуоденального свища также не имеет перспектив, поскольку даже в случае успешного формирования наружного дуоденального свища пациенту грозит быстрое истощение. Единственным вариантом коррекции является ликвидация свища, восстановление целостности дигестивного тракта.</p> <p>Вопрос 4: какой объем вмешательства вы считаете оптимальным и почему? <u>Ответ:</u> двойное дренирование двенадцатиперстной кишки. Для наложения анастомоза культи двенадцатиперстной кишки с тонкой нужен минимум дефицитных тканей органа. Двойное дренирование позволит использовать тонкую кишку в качестве донора здоровых тканей, пластического материала. Этот прием позволяет устранить дуоденальную гипертензию – один из основных факторов развития несостоятельности.</p>	
4	<p style="text-align: center;">Описание клинической ситуации.</p> <p>Больная Н., 56 лет. Двое суток назад перенесла плановую холецистэктомию по поводу неосложненного калькулезного холецистита. В желчном пузыре имелись крупные, до 1 см конкременты. В первые сутки после операции отмечено возрастание общего билирубина до 50 мкмоль/л, возрастание уровня АЛТ и АСТ до 350 ЕД/л. На второй день уровень аминотрансфераз возрос до 930 ЕД/л, уровень билирубина крови до 140 мкмоль/л.</p> <p>Вопрос 1: предварительный диагноз? <u>Ответ:</u> учитывая быстрое нарастание цитолиза и уровня билирубина следует предположить механическую желтуху.</p> <p>Вопрос 2: какие методы исследования вы предпримите? <u>Ответ:</u> УЗИ печени и желчных протоков.</p> <p>Вопрос 3: при УЗИ не отмечено расширения желчных протоков, ни внепеченочных, ни внутрипеченочных. Какова Ваша дальнейшая тактика? <u>Ответ:</u> никаких предпосылок для развития механической или паренхиматозной желтух до операции не было. Желтуха связана непосредственно с операцией, прогрессирует быстро, нельзя исключить ятрогенное высокое повреждение желчных протоков. Необходима интраоперационная ревизия.</p>	ПК-5, ПК-6
5	<p style="text-align: center;">Описание клинической ситуации</p>	ПК-5, ПК-6

<p>Пациент А, 67 лет, перенес правостороннюю гемиколэктомиию по поводу рака восходящей ободочной кишки T3N0M0. В течение 6 мес. проведена адъювантная ХТ по схеме FOLFOX. Через 6 мес. после окончания ХТ обнаружены множественные метастазы (5 опухолей) во всех сегментах правой доли печени. В течение 2 мес. больному проведена ХТ по той же схеме, отмечена частичная регрессия опухоли в виде уменьшения размеров опухолей. При ПЭТ\КТ других опухолей не обнаружено.</p> <p>Вопрос 1: ваша тактика? <u>Ответ:</u> учитывая наличие олигометастатической болезни, ответ опухоли на лекарственное лечение, пациенту показано хирургическое лечение в объеме расширенной правосторонней гемигепатэктомии.</p> <p>Вопрос 2: достаточно ли данных для однозначного решения вопроса о возможности операции? <u>Ответ:</u> учитывая длительность терапии препаратами платины, возраст пациента, необходима оценка объема остающейся части печени ввиду риска развития послеоперационной печеночной недостаточности.</p> <p>Вопрос 3: при КТ-волюметрии объем левой доли печени не превышает 25% объема печени. Какова Ваша тактика? <u>Ответ:</u> первичная операция сопряжена с высоким риском печеночной недостаточности. Целесообразно выполнить предварительную эмболизацию правой ветви воротной вены и вены SIV печени. Возможно выполнение ALPPS резекции.</p>	
--	--

7. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ УЧЕБНОГО ПРОЦЕССА ПО РАБОЧЕЙ ПРОГРАММЕ

7.1 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. Палевская, С. А. Эндоскопия желудочно-кишечного тракта / С. А. Палевская, А. Г. Короткевич. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 752 с. - ISBN 978-5-9704-7751-9. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970477519.html>
2. Яковлев, С. В. Схемы лечения. Инфекции / С. В. Яковлев. - 2-е изд., испр. и доп. - Москва : Литтерра, 2022. - 256 с. - (Серия "Схемы лечения"). - 256 с. (Серия "Схемы лечения") - ISBN 978-5-4235-0370-3. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785423503703.html>
3. Овечкин, А. М. Безопиоидная аналгезия в хирургии : от теории к практике : руководство для врачей / А. М. Овечкин, А. Г. Яворовский. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 240 с. - ISBN 978-5-9704-6592-9. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970465929.html>

4. Затевахин, И. И. Абдоминальная хирургия. Национальное руководство : краткое издание / под ред. И. И. Затевахиной, 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>
5. Рагимов, А. А. Инфузионно-трансфузионная терапия : руководство / А. А. Рагимов, Г. Н. Щербакова. - 2-е изд., доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 256 с. - (Серия "Библиотека врача-специалиста"). - 256 с. (Серия "Библиотека врача-специалиста") - ISBN 978-5-9704-6177-8. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970461778.html>
6. 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>

Дополнительная литература

1. Абдоминальная хирургия [Электронный ресурс]: Национальное руководство: краткое издание / под ред. И.И. Затевахиной, А.И. Кириенко, В.А. Кубышкина - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 912 с. <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970436301.html>
2. Общая хирургия [Электронный ресурс]: учебник / В. К. Гостищев. - 5-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 728 с. <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970432143.html>
3. Хирургические болезни [Электронный ресурс] : учебник / под ред. М. И. Кузина. - 4-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 992 с. <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970433713.html>
4. "Клиническая хирургия. В 3 т. Том 2 [Электронный ресурс] / Под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - (Серия "Национальные руководства")." – 832 с. <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970425725.html>
5. Онкология [Электронный ресурс] : Национальное руководство. Краткое издание / под ред. В.И. Чиссова, М.И. Давыдова - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 932 с. <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970439821.html>
6. Неотложная абдоминальная хирургия: Методическое руководство для практикующего врача / Под ред. И.И. Затевахиной, А.И. Кириенко, А.В. Сажина, 2018, 482 с. <http://nmo.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970436301.html>
7. Горельшев, С. К. Медуллобластомы у детей / С. К. Горельшев, О. А. Медведева и др. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 224 с. (Серия "Детская нейрохирургия") - ISBN 978-5-9704-5425-1. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970454251.html>
8. Эндохирургия при неотложных заболеваниях и травме [Электронный ресурс] : руководство / под ред. М. Ш. Хубутия, П. А. Ярцева - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 240 с. <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427484.html>
9. Руководство по амбулаторной хирургической помощи [Электронный ресурс] / под ред. П.Н. Олейникова - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 904 с. <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427972.html>
10. Николаев, А. В. Топографическая анатомия и оперативная хирургия [Электронный ресурс] : учебник : в 2 т. / А. В. Николаев. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 496 с. Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970426135.html>

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>
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 Эмос <http://sunduk.ru/encycl/>
18. Энциклопедия Кругосвет <http://www.krugosvet.ru/taxonomy/term/20>

Ежегодно обновляемое лицензионное программное обеспечение:

СПС «Консультант Плюс» № 5219/2023 Договор от 28.02.2023 г. (срок действия с 28.02.2023 г. по 31.12.2023 г.);

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

- ППП «StatisticforWindowsv.6» (научная статистика), договор № 2011-A523 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 07.05.2028 г.).

8.Кадровое обеспечение реализации программы

Реализация программы ординатуры обеспечивается профессорско-преподавательским составом кафедры онкологии и урологии ПИУВ-филиала ФГБОУ ДПО РМАНПО РФ.