

**Первичная специализированная аккредитация
специалистов здравоохранения**

Паспорт экзаменационной станции

**Физикальное обследование пациента
(желудочно-кишечный тракт, ректальное
исследование)**

Специальность:
Колопроктология

Оглавление

1. Профессиональный стандарт (трудовые функции)	4
2. Продолжительность работы станции.....	4
3. Задача станции	4
4. Информация по обеспечению работы станции	4
4.1. Рабочее место члена АПК	4
4.2. Рабочее место аккредитуемого	5
4.2.1. Перечень мебели и прочего оборудования	5
4.2.2. Перечень медицинского оборудования	5
4.2.3. Расходные материалы.....	6
4.2.4. Симуляционное оборудование станции и его характеристики	6
5. Перечень ситуаций (сценариев) станции	6
6. Информация (брифинг) для аккредитуемого	7
7. Действия членов АПК, вспомогательного персонала на подготовительном этапе (перед началом работы на станции)	7
8. Действия членов АПК, вспомогательного персонала в процессе работы станции	7
9. Нормативно-методическое обеспечение паспорта станции.....	8
10. Справочная информация для аккредитуемого/членов АПК (Приложение 1).....	9
11. Информация для симулированного пациента	9
12. Критерии оценивания действий аккредитуемого.....	9
13. Алгоритм выполнения навыка	10
14. Оценочный лист (чек-лист)	17
15. Медицинская документация	19
16. Форма заключения для самостоятельного заполнения аккредитуемым лицом	21
17. Сведения о разработчиках паспорта.....	22
Приложение 1	24
Приложение 2	29

Общие положения. Паспорта станций (далее станции) объективного структурированного клинического экзамена (ОСКЭ) для второго этапа первичной аккредитации и первичной специализированной аккредитации специалистов представляют собой документ, включающий необходимую информацию по оснащению станции, брифинг (краткое задание перед входом на станцию), сценарии, оценочные листы (далее чек-лист), источники информации, справочный материал и т.д., и предназначены в качестве методического и справочного материала для оценки владения аккредитуемым лицом конкретным практическим навыком (умением), и могут быть использованы для оценки уровня готовности специалистов здравоохранения к профессиональной деятельности.

Оценивание особенностей практических навыков по конкретной специальности может быть реализовано через выбор конкретных сценариев. Данное решение принимает аккредитационная подкомиссия по специальности (далее АПК) в день проведения второго этапа аккредитации специалистов.

С целью обеспечения стандартизации процедуры оценки практических навыков условие задания и чек-лист являются едиными для всех.

Целесообразно заранее объявить аккредитуемым о необходимости приходить на второй этап аккредитации в спецодежде (медицинская одежда, сменная обувь, шапочка), иметь индивидуальные средства защиты.

1. Профессиональный стандарт (трудовые функции)

Профессиональный стандарт, утвержденный приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 11 февраля 2019 г. № 69н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач-колопроктолог» (зарегистрировано в Министерстве юстиции Российской Федерации 6 мая 2019 г., регистрационный № 54566).

Трудовые функции: А/01.8, В/01.8 Диагностика заболеваний и(или) состояний, в том числе новообразований, толстой, тощей и подвздошной кишки, заднего прохода, тазового дна, промежности и крестцово-копчиковой области.

2. Продолжительность работы станции

Общее время выполнения навыка – 10 минут.

Время нахождения аккредитуемого лица на станции – не менее 8,5 минут (в случае досрочного выполнения практического навыка аккредитуемый остается внутри станции до голосовой команды «Перейдите на следующую станцию»).

Таблица 1

Тайминг выполнения практического навыка

Время озвучивания команды	Голосовая команда	Действие аккредитуемого лица	Время выполнения навыка
0'	Ознакомьтесь с заданием станции	Ознакомление с заданием (брифингом)	0,5'
0,5'	Войдите на станцию и озвучьте свой логин	Начало работы на станции	8,5'
8,0'	У Вас осталась одна минута	Продолжение работы на станции	
9,0'	Перейдите на следующую станцию	Покидает станцию и переходит на следующую станцию согласно индивидуальному маршруту	1'

3. Задача станции

Демонстрация аккредитуемым лицом алгоритма обследования абдоминальной области, а также методики проведения ректального пальцевого исследования.

4. Информация по обеспечению работы станции

Для организации работы станции должны быть предусмотрены:

4.1. Рабочее место члена АПК

Таблица 2

Рабочее место члена АПК

№ п/п	Перечень оборудования	Количество
1.	Стол рабочий (рабочая поверхность)	1 шт.
2.	Стул	2 шт.

3.	Компьютер с выходом в Интернет для доступа к автоматизированной системе аккредитации специалистов здравоохранения Минздрава России	1 шт.
4.	Устройство для трансляции видео- и аудиозаписей ¹ с места работы аккредитуемого лица с возможностью давать вводные, предусмотренные паспортом станции	1 шт.
5.	Чек-листы в бумажном виде (на случай возникновения технических неполадок, при работе в штатном режиме не применяются)	по количеству аккредитуемых лиц
6.	Шариковая ручка	2 шт.

4.2. Рабочее место аккредитуемого

Станция должна имитировать рабочее помещение и включать оборудование (оснащение) и расходные материалы (из расчета на попытки аккредитуемых лиц):

4.2.1. Перечень мебели и прочего оборудования

Таблица 3

Перечень мебели и прочего оборудования

№ п/п	Перечень мебели и прочего оборудования	Количество
1.	Настенные часы с секундной стрелкой	1 шт.
2.	Стол/ кушетка для размещения симуляторов (в зависимости от модели оборудования)	1 шт.
3.	Раковина с однорычажным смесителем ² (допускается имитация)	1 шт.
4.	Диспенсер для одноразовых полотенец (допускается имитация)	1 шт.
5.	Диспенсер для жидкого мыла (допускается имитация)	1 шт.

4.2.2. Перечень медицинского оборудования

Таблица 4

Перечень медицинского оборудования

№ п/п	Перечень медицинского оборудования	Количество
1.	Стетофонендоскоп (стетоскоп)	1 шт.
2.	Сантиметровая лента	1 шт.
3.	Нестерильный лоток	1 шт.
4.	Закрепленный пакет для утилизации отходов класса А	1 шт.

¹ По согласованию с председателем АПК устройство с трансляцией видеозаписи работы аккредитуемого может находиться в другом месте, к которому члены АПК должны иметь беспрепятственный доступ, чтобы иметь возможность пересмотреть видеозапись.

²В случае, если раковиной оснастить рабочее место невозможно, аккредитуемым предлагается имитация средства для гигиенической обработки рук медицинского персонала

5.	Закрепленный пакет для утилизации отходов класса Б	1 шт.
6.	Контейнер для утилизации мусора, образующегося на станции	1 шт.

4.2.3. Расходные материалы

Таблица 5

Расходные материалы (в расчете на 1 попытку аккредитуемого лица)

№ п/п	Перечень расходных материалов	Количество (на 1 попытку аккредитуемого лица)
1.	Нестерильные перчатки разных размеров	1 пара
2.	Спиртовая салфетка в индивидуальной упаковке	1 шт.
3.	Одноразовые бумажные полотенца	1 рулон
4.	Пеленка медицинская (условно одноразовая)	1 шт.
5.	Бланк информированного добровольного согласия на пациента	1 шт.
6.	Лубрикант на водной основе	1 фл.

4.2.4. Симуляционное оборудование станции и его характеристики

Таблица 6

Симуляционное оборудование станции и его характеристики

№ п/п	Симуляционное оборудование	Характеристики симуляционного оборудования
1.	Манекен для диагностики абдоминальных заболеваний	Реалистичная передняя брюшная стенка, возможность имитации пальпаторной картины различных острых, подострых и хронических состояний органов брюшной полости и малого таза.
2.	Тренажер для ректального исследования	1) Возможность выполнить ректальное обследование 2) Возможность имитации патологии (опухоль, полип).

5. Перечень ситуаций (сценариев) станции

Таблица 7

Перечень ситуаций (сценариев) станции

№ п.п.	Ситуация (сценарий)	
	Желудочно-кишечный тракт	Прямая кишка
1.	Новообразование восходящей ободочной кишки	Полип анального канала
2.	Новообразование восходящей ободочной кишки	Опухоль прямой кишки
3.	Новообразование нисходящей ободочной кишки	Полип анального канала
4.	Новообразование нисходящей ободочной кишки	Опухоль прямой кишки

Выбор и последовательность ситуаций определяет АПК в день проведения второго этапа первичной специализированной аккредитации специалистов здравоохранения.

6. Информация (брифинг) для аккредитуемого

Вы врач по своей специальности. В смотровом кабинете Вас ждёт пациент, которого Вы видите впервые.

Необходимо, не зная данные анамнеза, провести физикальное обследование органов брюшной полости, а также ректальное обследование и внести результаты в специальную форму.

7. Действия членов АПК, вспомогательного персонала³ на подготовительном этапе (перед началом работы на станции)

1. Проверка соответствия оформления и комплектования станции ОСКЭ типовому паспорту с учётом количества аккредитуемых лиц.
2. Проверка наличия на станции необходимых расходных материалов.
3. Проверка наличия письменного задания (брифинга) перед входом на станцию.
4. Проверка готовности симулятора к работе.
5. Установка нужного сценария с помощью программного управления симулятором при использовании симулятора.
6. Проверка готовности трансляции видеозаписей в комнату видеонаблюдения (при наличии таковой).
7. Получение логина и пароля для входа в автоматизированную систему аккредитации специалистов здравоохранения Минздрава России и вход в нее. Сверка своих персональных данных.
8. Выбор ситуации согласно решению АПК.
9. Выполнение иных мероприятий, необходимых для нормальной работы станции.

8. Действия членов АПК, вспомогательного персонала в процессе работы станции

1. Включение видеокамеры при команде: «Ознакомьтесь с заданием станции» (при необходимости).
2. Контроль качества аудиовидеозаписи действий аккредитуемого (при необходимости).
3. Запуск симулятора и управление программным обеспечением тренажера при использовании симулятора.
4. Внесение индивидуального номера из логина, полученного перед прохождением первого этапа процедуры аккредитации в чек-лист в автоматизированной системе аккредитации специалистов здравоохранения Минздрава России.
5. Проведение регистрации последовательности и правильности действий/расхождения действий, аккредитуемого в соответствии с параметрами в чек-листе.
6. Фиксация результатов параметров тренажера в чек-листе (если предусмотрено в чек-листе).

³Для удобства и объективности оценки выполнения практического навыка целесообразно помимо члена АПК привлечение еще одного специалиста (из числа членов АПК или вспомогательного персонала).

Член АПК визуально наблюдает за действиями аккредитуемого, управляет камерами и заполняет чек-лист; второй член АПК/вспомогательный персонал также визуально наблюдает за действиями аккредитуемого, дает ему обратную связь и управляет симуляторами/тренажерами.

7. Ведение минимально необходимого диалога с аккредитуемым от лица пациента и обеспечение дополнительными вводными для выполнения ситуации (сценария) (таблица 8).
8. Соблюдение правил: не говорить ничего от себя, не вступать в переговоры, даже если Вы не согласны с мнением аккредитуемого. Не задавать уточняющих вопросов, не высказывать никаких требований.
9. После команды аккредитуемому «Перейдите на следующую станцию» приведение используемого симуляционного оборудования и помещения в первоначальный вид.

Для членов АПК с небольшим опытом работы на станции допускается увеличение промежутка времени для подготовки станции и заполнения чек-листа. Промежуток времени в таком случае должен быть равен периоду работы станции (10 минут).

Таблица 8

**Примерные тексты вводной информации
в рамках диалога члена АПК и аккредитуемого лица**

№ п/п	Действие аккредитуемого лица	Текст вводной
1.	При попытке получить информированное добровольное согласие	«Будем считать, что информированное добровольное согласие получено»
2.	При попытке обработать руки	«Будем считать, что руки обработаны»
3.	При попытке спросить данные анамнеза жизни и/или заболевания	«Предоставление данной информации не предусмотрено»
4.	При предложении занять пациентом определенного положения	«Будем считать, что пациент занял указанное положение»
5.	При просьбе пациенту опустить нижнее веко	«Склеры и видимые слизистые без видимых изменений»
6.	При просьбе пациенту открыть рот и достать кончиком языка небо	«Органы ротовой полости без патологии»
7.	При предложении пациенту фрагмента одноразового полотенца	«Будем считать пациент взял полотенце»
8.	При попытке провести пальпацию живота	«Проведите осмотр на предоставленном симуляторе»
9.	При попытке оценки симптома флюктуации	«Симптом флюктуации отсутствует»
10.	При попытке определения нижней границы желудка	«Изменение звука определяется на уровне 2 см выше пупка»

9. Нормативно-методическое обеспечение паспорта станции

1. Положение об аккредитации специалистов – актуальный приказ Минздрава России на момент проведения процедуры аккредитации специалистов.
2. Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 11

февраля 2019 г. № 69н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач-колопроктолог» (зарегистрировано в Министерстве юстиции Российской Федерации 6 мая 2019 г., регистрационный № 54566).

3. Василенко В.Х., Гребенев А.Л., Голочевская В.С., Плетнева Н.Г., Шептулин А.А. Пропедевтика внутренних болезней: Учебник, 5-е издание, переработанное и дополненное – М: Медицина, 2001. 592 с.

4. Гребенев А.Л., Шептулин А.А. Непосредственное исследование больного. Учебное пособие – М: МЕДпресс-информ, 2010. 171 с.

10. Справочная информация для аккредитуемого/членов АПК (Приложение 1)

11. Информация для симулированного пациента⁴

Ваши ФИО и возраст должны совпадать с данными, занесенными в медицинскую документацию, лежащую на столе. При входе аккредитуемого Вы стоите посередине помещения, имитирующего смотровой кабинет медицинской организации.

В данный момент Вы обратились за медицинской помощью по поводу беспокойства о состоянии своего здоровья. Вам оформили всю необходимую документацию, провели опрос и сообщили, что необходимо пройти в смотровой кабинет для осмотра. Вы принимали пищу 4 часа назад, мочились 15 минут назад, на боли не жалуетесь.

На все остальные возможные вопросы врача о причинах обращения и анамнезе жизни необходимо отвечать: «Просили пока не сообщать эти данные».

Полностью назвать свои ФИО, другие паспортные данные сообщать только на соответствующий вопрос врача.

Формирование соответствия сценария зависит от модели тренажера.

12. Критерии оценивания действий аккредитуемого

В электронном чек-листе оценка правильности и последовательности выполнения действий аккредитуемым осуществляется с помощью активации кнопок.

- «Да» – действие произведено;
- «Нет» – действие не произведено.

Каждая позиция вносится членом АПК в электронный чек-лист.

В случае невозможности использования электронной версии чек-листа допускается использование бумажного варианта.

⁴Симулированный пациент – человек, который изображает реального пациента (Дж.М. Шамвей, Р.М. Харден Руководство АМЕР №25. Оценка результатов обучения компетентного и мыслящего практикующего врача//Медицинское образование и профессиональное развитие №1 (23), 2016 г. с.223-53). Симулированный пациент не проходит специального обучения.

13. Алгоритм выполнения навыка

Алгоритм выполнения практического навыка может быть использован для обучения и подготовки к прохождению данного навыка в рамках первичной или первичной специализированной аккредитации.

№ п/п	Действие аккредитуемого лица
1.	Поздороваться с пациентом
2.	Представиться
3.	Обозначить свою роль
4.	Спросить у пациента, сверяя с направлением:
5.	✓ фамилию
6.	✓ имя
7.	✓ отчество
8.	✓ возраст
9.	Осведомиться о самочувствии пациента, обратившись к нему
10.	Информировать пациента о процедуре и получить согласие на её проведение
11.	Обработать руки перед началом манипуляции
12.	Задать вопросы о жалобах и других факторах:
13.	✓ когда пациент последний раз ел
14.	✓ когда у пациента было последнее мочеиспускание
15.	✓ есть ли у пациента боль в животе
16.	Подготовить всё необходимое до начала:
17.	✓ сантиметровая лента
18.	✓ стетофонендоскоп
19.	✓ спиртовая салфетка в индивидуальной упаковке
20.	✓ бумажное полотенце
21.	✓ нестерильные перчатки
22.	✓ нестерильный лоток
23.	✓ лубрикант на водной основе
24.	✓ закрепленный пакет для утилизации отходов класса Б
25.	✓ закрепленный пакет для утилизации отходов класса А
26.	Проверить целостность упаковок спиртовых салфеток
27.	Проверить срок годности спиртовых салфеток
28.	Убедиться в том, что одноразовая пеленка расстелена на кушетке
29.	Подготовить пациента, предложить ему:
30.	✓ лечь на кушетку
31.	✓ на спину
32.	✓ ноги выпрямлены
33.	✓ руки вдоль тела
34.	Сесть на стул рядом с пациентом
35.	✓ правым боком к пациенту
36.	Попросить пациента оголить брюшную область
37.	Осмотреть пациента
38.	Попросить пациента вытянуть руки перед собой ладонями вверх

39.	Попросить пациента опустить нижнее веко
40.	✓ продемонстрировав, как это сделать
41.	Попросить пациента открыть рот и достать кончиком языка небо
42.	Сказать, что хотите визуально осмотреть живот
ПОВЕРХНОСТНАЯ ПАЛЬПАЦИЯ ЖИВОТА	
43.	Согреть руки перед обследованием
44.	Пропальпировать брюшную стенку в левой подвздошной области
45.	✓ пальцы направлены влево вверх относительно пациента
46.	✓ плавно сгибая пальцы в проксимальных межфаланговых суставах
47.	✓ смотря на реакцию пациента
48.	✓ с небольшим погружением пальцев в брюшную стенку на 1-2 см
49.	Пропальпировать брюшную стенку в правой подвздошной области
50.	✓ пальцы направлены вправо вверх относительно пациента
51.	✓ плавно сгибая пальцы в проксимальных межфаланговых суставах
52.	✓ смотря на реакцию пациента
53.	✓ с небольшим погружением пальцев в брюшную стенку на 1-2 см
54.	Пропальпировать брюшную стенку в области левого фланка живота
55.	✓ пальцы направлены влево вверх относительно пациента
56.	✓ плавно сгибая пальцы в проксимальных межфаланговых суставах
57.	✓ смотря на реакцию пациента
58.	✓ с небольшим погружением пальцев в брюшную стенку на 1-2 см
59.	Пропальпировать брюшную стенку в области правого фланка живота
60.	✓ пальцы направлены вправо вверх относительно пациента
61.	✓ плавно сгибая пальцы в проксимальных межфаланговых суставах
62.	✓ смотря на реакцию пациента
63.	✓ с небольшим погружением пальцев в брюшную стенку на 1-2 см
64.	Пропальпировать брюшную стенку в области левого подреберья
65.	✓ пальцы направлены влево вверх относительно пациента
66.	✓ плавно сгибая пальцы в проксимальных межфаланговых суставах
67.	✓ смотря на реакцию пациента
68.	✓ с небольшим погружением пальцев в брюшную стенку на 1-2 см
69.	Пропальпировать брюшную стенку в области правого подреберья
70.	✓ пальцы направлены вправо вверх относительно пациента
71.	✓ плавно сгибая пальцы в проксимальных межфаланговых суставах
72.	✓ смотря на реакцию пациента
73.	✓ с небольшим погружением пальцев в брюшную стенку на 1-2 см
74.	Пропальпировать брюшную стенку в эпигастральной области
75.	✓ пальцы направлены в сторону мечевидного отростка
76.	✓ плавно сгибая пальцы в проксимальных межфаланговых суставах
77.	✓ смотря на реакцию пациента
78.	✓ с небольшим погружением пальцев в брюшную стенку на 1-2 см
79.	Пропальпировать брюшную стенку в пупочной области
80.	✓ пальцы направлены в сторону мечевидного отростка
81.	✓ плавно сгибая пальцы в проксимальных межфаланговых суставах

82.	✓ смотря на реакцию пациента
83.	✓ с небольшим погружением пальцев в брюшную стенку на 1-2 см
84.	Пропальпировать брюшную стенку в надлобковой области
85.	✓ пальцы направлены в сторону мечевидного отростка
86.	✓ плавно сгибая пальцы в проксимальных межфаланговых суставах
87.	✓ смотря на реакцию пациента
88.	✓ с небольшим погружением пальцев в брюшную стенку на 1-2 см
Оценка состояния апоневроза	
89.	Установить кончики пальцев вдоль белой линии живота
90.	✓ пальцы согнуты
91.	Надавить на глубину 1-2 см
92.	Пропальпировать белую линию на всем протяжении
93.	Поставить указательный палец в пупочное кольцо
94.	Попросить пациента приподнять голову и удерживать ее
95.	Удерживать указательный палец в пупочном кольце
	Повторить пальпацию белой линии живота
96.	Попросить пациента расслабиться
97.	Оценка симптома флюктуации
98.	Попросить пациента положить ладонь на живот
99.	✓ ребром ладони
100.	✓ по средней линии живота
101.	✓ слегка надавить
102.	Расположить одну руку
103.	✓ на левом фланке живота
104.	✓ ладонь плотно прилегает к брюшной стенке пациента
105.	Расположить вторую руку:
106.	✓ на левом фланке живота
107.	✓ ладонь плотно прилегает к брюшной стенке пациента
108.	Выполнить толчкообразные движения одной рукой:
109.	✓ ладонной поверхностью пальцев
110.	✓ 2-3 движения
111.	✓ резко
112.	✓ на глубину 2-3 сантиметра
113.	Попросить пациента вернуть руку в исходное положение
ГЛУБОКАЯ ПАЛЬПАЦИЯ ЖИВОТА	
114.	Пальпация сигмовидной кишки
115.	Положить правую ладонь в левой подвздошной области:
116.	✓ направив сомкнутые пальцы в сторону передней верхней подвздошной ости слева
117.	✓ сместить складку кожи к пупку:
118.	✓ на 1-2 см
119.	✓ погрузить дистальные фаланги пальцев в брюшную полость:
120.	✓ на 3-6 см
121.	✓ в направлении к задней стенке живота

122.	✓ на выдохе пациента
123.	Пропальпировать сигмовидную кишку:
124.	✓ сделав скользящее движение от пупка дистальными фалангами пальцев
125.	Пальпация слепой кишки
126.	Положить правую ладонь в правой подвздошной области:
127.	✓ кончики пальцев направлены в сторону пупка
128.	✓ пальцы сомкнуты
129.	✓ слегка согнуты
130.	Сместить складку кожи:
131.	✓ к пупку
132.	✓ на 1-2 см
133.	Погрузить пальцы правой руки:
134.	✓ в направлении к задней стенке живота
135.	✓ на выдохе пациента
136.	Совершить скольжение пальцами правой руки:
137.	✓ в направлении от пупка
138.	✓ на расстоянии 3-6 см
139.	Определение нижней границы желудка
140.	Использовать стетофонендоскоп
141.	Приложить мембрану к ладони на 3-5 секунд
142.	Взять головку стетофонендоскопа в субдоминантную руку
143.	Установить головку стетофонендоскопа:
144.	✓ в эпигастрии
145.	✓ по срединной линии
146.	Совершать движения, штриховые, касательные указательным пальцем доминантой руки в направлении от основания мечевидного отростка к пупку
147.	✓ повесить стетофонендоскоп на шею
148.	Пальпация поперечной ободочной кишки
149.	Положить ладони по наружным краям прямых мышц живота:
150.	✓ на 2-3 см выше нижней границы желудка
151.	✓ направив сомкнутые пальцы в сторону головы
152.	Сместить складку кожи в сторону пупка:
153.	✓ на 1-2 см
154.	Погрузить дистальные фаланги пальцев в брюшную полость:
155.	✓ на 3-6 см
156.	✓ в направлении к задней стенке живота
157.	✓ на выдохе пациента
158.	Пропальпировать поперечную ободочную кишку:
159.	✓ сделав скользящее движение от пупка дистальными фалангами пальцев
160.	Пальпация восходящей ободочной кишки
161.	Расположить левую ладонь под правой поясничной областью:
162.	✓ направив сомкнутые пальцы в сторону позвоночника
163.	Положить правую ладонь в область правого фланка живота:
164.	✓ направив сомкнутые пальцы в сторону средней линии

165.	Сместить складку кожи в сторону пупка:
166.	✓ на 1-2 см
167.	Погрузить дистальные фаланги пальцев в брюшную полость:
168.	✓ на 3-6 см
169.	✓ в направлении к задней стенке живота
170.	✓ на выдохе пациента
171.	Пропальпировать восходящую ободочную кишку:
172.	✓ сделав скользящее движение от пупка дистальными фалангами пальцев
173.	Пальпация нисходящей ободочной кишки
174.	Расположить левую ладонь под левой поясничной областью:
175.	✓ направив сомкнутые пальцы в сторону позвоночника
176.	Положить правую ладонь в область левого фланка живота:
177.	✓ направив сомкнутые пальцы в сторону бокового фланка
178.	Сместить складку кожи в сторону пупка:
179.	✓ на 1-2 см
180.	Погрузить дистальные фаланги пальцев в брюшную полость:
181.	✓ на 3-6 см
182.	✓ в направлении к задней стенке живота
183.	✓ на выдохе пациента
184.	Пропальпировать нисходящую ободочную кишку:
185.	✓ сделав скользящее движение от пупка дистальными фалангами пальцев
Определение нижней границы печени	
186.	Перкутировать нижнюю границу печени:
187.	✓ по среднеключичной линии
188.	✓ из правой подвздошной области
189.	✓ до притупления звука
Пальпация печени	
190.	Попросить пациента скрестить руки на груди
191.	Расположить кисть левой руки на правой поясничной области:
192.	✓ на уровне двух последних ребер
193.	✓ перпендикулярно позвоночнику
194.	✓ большой палец на краю реберной дуги спереди
195.	✓ плотно облегает пациента
196.	Правильно установить правую руку:
197.	✓ ладонь плотно прилегает к брюшной стенке
198.	✓ пальцы сомкнуты
199.	✓ средний палец слегка согнут в I и II межфаланговых суставах
200.	✓ параллельно краю печени
201.	✓ на 2 см ниже обнаруженной нижней границы
202.	Сместить складку кожи:
203.	✓ к пупку
204.	✓ на 1-2 см
205.	На выдохе пациента погрузить пальцы:
206.	✓ под реберную дугу

207.	✓ на 3 см
208.	Попросить пациента сделать вдох:
209.	✓ глубокий
210.	✓ животом
Перкуссия селезенки	
211.	Попросить пациента повернуться на правый бок
212.	Проперкутировать нижний полюс селезенки:
213.	✓ по 10 ребру, начиная от позвоночника
214.	Проперкутировать верхний полюс селезенки:
215.	✓ используя тишайшую перкуссию
216.	✓ по 10 ребру, до изменения звука
217.	Проперкутировать поперечник селезенки:
218.	✓ по линии перпендикулярной длиннику селезенки, начиная от середины
219.	✓ вверх, вниз
220.	Сообщить пациенту, что он может вернуться в исходное положение
Пальпация селезенки	
221.	Положить кисть левой руки на левую половину грудной клетки пациента
222.	✓ на уровне передней подмышечной линии
223.	✓ вдоль VII - X ребер
224.	✓ пальцами в сторону позвоночника
225.	✓ ладонь плотно прилегает к телу пациента
226.	Положить правую кисть на брюшную стенку пациента:
227.	✓ пальцы перпендикулярны реберной дуге
228.	✓ на уровне передней подмышечной линии
229.	✓ полусогнуты
230.	✓ ладонь прилегает к телу пациента
231.	Сместить складку кожи:
232.	✓ к пупку
233.	✓ на 3-4 см
234.	На выдохе пациента погрузить пальцы:
235.	✓ под реберную дугу
236.	✓ по углом 45 градусов
237.	Попросить пациента сделать глубокий вдох животом
238.	Сделать скользящее движение пальцами:
239.	✓ на высоте вдоха пациента
240.	✓ пальцами в сторону наружного края реберной дуги
ПАЛЬПАЦИЯ И АУСКУЛЬТАЦИЯ СОСУДОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ	
241.	Пальпация брюшного отдела аорты
242.	✓ расположив указательные пальцы в продольном направлении
243.	✓ на одинаковом расстоянии с двух сторон от средней линии живота
244.	✓ продвигаясь в направлении от периферии к центру
245.	✓ до момента появления пульсации под пальцами
246.	Аускультация брюшного отдела аорты:
247.	Поставить головку стетофонендоскопа на 2-3 см выше пупка по белой линии

248.	Погрузить головку фонендоскопа в брюшную полость
249.	✓ в момент выдоха пациента
250.	Попросить пациента задержать дыхание на выдохе на 15 секунд
251.	Сообщить пациенту о возможности свободно дышать
252.	Перенести головку стетофонендоскопа в зону по наружному краю прямой мышцы живота слева на уровне пупка
253.	Погрузить головку фонендоскопа в брюшную полость
254.	✓ в момент выдоха пациента
255.	✓ без усилий
256.	Попросить пациента задержать дыхание на выдохе на 15 секунд
257.	Сообщить пациенту о возможности свободно дышать
258.	Перенести головку стетофонендоскопа по наружному краю прямой мышцы живота справа на уровне пупка:
259.	✓ погрузить головку фонендоскопа в брюшную полость
260.	✓ в момент выдоха пациента
261.	✓ без усилий
262.	Попросить пациента задержать дыхание на выдохе на 15 секунд
263.	Справиться о самочувствии пациента
264.	Сообщить пациенту, что осмотр живота окончен
265.	Попросить пациента одеться
266.	Сообщить пациенту о проведении следующего обследования и предложить ему раздеться ниже пояса
Обеспечить инфекционную безопасность	
267.	Вскрыть спиртовую салфетку и утилизировать её упаковку в отходы класса А
268.	Обработать спиртовой салфеткой мембрану стетофонендоскопа и его оливы
269.	Утилизировать спиртовую салфетку в отходы класса Б
270.	Обработать руки гигиеническим способом после манипуляции
271.	✓ надеть нестерильные перчатки
272.	✓ подготовить фрагмент бумажного полотенца, положить на манипуляционный столик
273.	Попросить пациента раздеться ниже пояса
274.	Правильно позиционировать пациента для проведения пальцевого ректального обследования
275.	✓ лежа на кушетке на левом боку
276.	✓ ноги согнуты в бедренных и коленных суставах, сомкнуты
277.	Использовать лубрикант
278.	Нанести лубрикант на указательный палец рабочей руки
279.	Обильное количество
280.	Методом поливания над лотком
281.	Осмотреть анальное отверстие
282.	Приподнять нерабочей рукой правую ягодицу
283.	Сообщить пациенту об осмотре
284.	Провести пальцем рабочей руки по коже в области заднего прохода
285.	Ввести в задний проход указательный палец доминантной руки

286.	Расположить нерабочую руку в проекции передней верхней подвздошной ости пациента
287.	Попросить пациента расслабиться
288.	✓ ввести палец медленно
289.	✓ на глубину одной фаланги
290.	✓ 2, 3, 4 пальцы максимально согнуты
291.	✓ первый палец отведен в сторону
292.	Оценить функцию сфинктера
293.	Попросить пациента напрячь сфинктер
294.	Попросить пациента расслабить сфинктер
295.	Оценить состояние внутренних органов
296.	Продвинуть палец до верхушки предстательной железы (у мужчин)
297.	Справиться о самочувствии пациента
298.	Оценить состояние прямой кишки
299.	Провести медленные и осторожные циркулярные движения указательным пальцем в прямой кишке
300.	Извлечь палец из прямой кишки
301.	Оценить визуально наличие/отсутствие крови в стуле на пальце
302.	Завершение
303.	Справиться о самочувствии пациента
304.	Предложить пациенту фрагмент одноразового полотенца
305.	Сказать, что можно одеться и сообщить, что Вы закончили исследование и сейчас подготовите письменное заключение его результатов
306.	Снять перчатки, не касаясь голыми руками внешней поверхности перчаток
307.	Обработать руки гигиеническим способом после манипуляции
308.	Утилизировать перчатки, пеленку и использованное одноразовое полотенце в отходы класса Б
309.	При заполнении медицинской документации информацию внести корректно согласно полученной информации в ходе обследования

14. Оценочный лист (чек-лист)

Чек-лист используется для оценки действий аккредитуемого лица при прохождении станции.

№ п/п	Действие аккредитуемого лица	Критерии оценки
1.	Установил контакт: Приветствие	✓ да ☐ нет
2.	Забота о комфорте пациента	✓ да ☐ нет
3.	Самопрезентация	✓ да ☐ нет
4.	Идентифицировал личность пациента	✓ да ☐ нет
5.	Взял согласие на процедуру	✓ да ☐ нет
6.	Убедился заранее, что есть всё необходимое	✓ да ☐ нет
7.	Обработал руки	✓ да ☐ нет
8.	Задал вопросы о жалобах и других факторах	✓ да ☐ нет
9.	Правильно подготовил пациента и расположился сам	✓ да ☐ нет
10.	Осмотрел пациента	✓ да ☐ нет

11.	Правильно пропальпировал брюшную стенку в левой подвздошной области	✓ да ☐ нет
12.	Правильно пропальпировал брюшную стенку в правой подвздошной области	✓ да ☐ нет
13.	Правильно пропальпировал брюшную стенку в области левого фланка (квадранта) живота	✓ да ☐ нет
14.	Правильно пропальпировал брюшную стенку в области правого фланка (квадранта) живота	✓ да ☐ нет
15.	Правильно пропальпировал брюшную стенку в области левого подреберья	✓ да ☐ нет
16.	Правильно пропальпировал брюшную стенку в области правого подреберья	✓ да ☐ нет
17.	Правильно пропальпировал брюшную стенку в эпигастральной области	✓ да ☐ нет
18.	Правильно пропальпировал брюшную стенку в пупочной области	✓ да ☐ нет
19.	Правильно пропальпировал брюшную стенку в надлобковой области	✓ да ☐ нет
20.	Правильно оценил состояние апоневроза поперечной мышцы живота	✓ да ☐ нет
21.	Правильно оценил симптом флюктуации	✓ да ☐ нет
22.	Правильно пропальпировал сигмовидную кишку	✓ да ☐ нет
23.	Правильно пропальпировал слепую кишку	✓ да ☐ нет
24.	Правильно определил нижнюю границу желудка	✓ да ☐ нет
25.	Правильно пропальпировал поперечную ободочную кишку	✓ да ☐ нет
26.	Правильно пропальпировал восходящую ободочную кишку	✓ да ☐ нет
27.	Правильно пропальпировал нисходящую ободочную кишку	✓ да ☐ нет
28.	Правильно определил нижнюю границу печени	✓ да ☐ нет
29.	Правильно пропальпировал печень	✓ да ☐ нет
30.	Правильно проперкутировал селезенку	✓ да ☐ нет
31.	Правильно пропальпировал селезенку	✓ да ☐ нет
32.	Правильно пропальпировал брюшную аорту	✓ да ☐ нет
33.	Правильно провел аускультацию брюшной аорты	✓ да ☐ нет
34.	Справился о самочувствии пациента	✓ да ☐ нет
35.	Сообщил пациенту о переходе к следующему осмотру	✓ да ☐ нет
36.	Обеспечил инфекционную безопасность	✓ да ☐ нет
37.	Правильно позиционировал пациента для проведения пальцевого ректального обследования	✓ да ☐ нет
38.	Использовал лубрикант	✓ да ☐ нет
39.	Осмотрел анальное отверстие	✓ да ☐ нет
40.	Правильно ввел в задний проход указательный палец доминантной руки	✓ да ☐ нет
41.	Правильно оценил функцию сфинктера	✓ да ☐ нет
42.	Правильно оценил состояние внутренних органов	✓ да ☐ нет
43.	Правильно оценил состояние прямой кишки	✓ да ☐ нет
44.	Правильно завершил исследование	✓ да ☐ нет
45.	Соблюдал правильную последовательность	✓ да ☐ нет
46.	При заполнении медицинской документации информацию ввел корректно (в соответствии номеру сценария)	✓ да ☐ нет

15. Медицинская документация**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ЛЕЧЕБНУЮ
(ДИАГНОСТИЧЕСКУЮ) МАНИПУЛЯЦИЮ (ПРОЦЕДУРУ)**

Я, Иванов Иван Иванович,
(фамилия, имя, отчество)

« 11 » сентября XX г. рождения,

зарегистрированный по адресу: г. Москва, ул. Балтийская, 18

(адрес места жительства гражданина, либо его законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на следующие виды медицинских вмешательств, включенных в перечни определенных видов медицинских вмешательств, утвержденных приказом Минздравсоцразвития России от 23 апреля 2012 г. № 390 н (далее - **Перечни**), Федеральным законом от 30 марта 1995 г. №38-ФЗ (в редакции от 02.07.2013г.), распоряжением Департамента здравоохранения г.Москвы от 14 апреля 2006 г. N 260-р,

физикальное обследование сердечно-сосудистой системы

Медицинским работником

XXX

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечни, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст.6724; 2012, № 26, ст.3442, 3446).

Мне разъяснены и понятны суть моего заболевания и опасности, связанные с дальнейшим развитием этого заболевания. Я понимаю необходимость проведения указанной манипуляции (процедуры). Мне полностью ясно, что во время указанной манипуляции (процедуры) или после нее могут развиваться осложнения, что может потребовать дополнительных вмешательств (лечения). Я уполномочиваю врачей выполнить любую процедуру или дополнительное вмешательство, которое может потребоваться в целях лечения, а также в связи с возникновением непредвиденных ситуаций.

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 3 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)

Иванов И.И. 8xxxxxxx
(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

Иванов И.И.
(подпись)

XXX
(Ф.И.О. медицинского работника)

XXX
(подпись)

МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА АМБУЛАТОРНОГО БОЛЬНОГО № _____

1. Фамилия Иванов
2. Имя Иван
3. Отчество Иванович
4. Пол: муж.
5. Дата рождения: 11 сентября XX год
6. Место регистрации: г. Москва, ул. Балтийская, 18
7. Полис ОМС: серия 000000 № 0000000000
8. СНИЛС 000-000-000 00
9. Наименование страховой медицинской организации «СНРО-Г»
10. Код категории льготы _____
11. Документ паспорт: серия 0000 N 000000

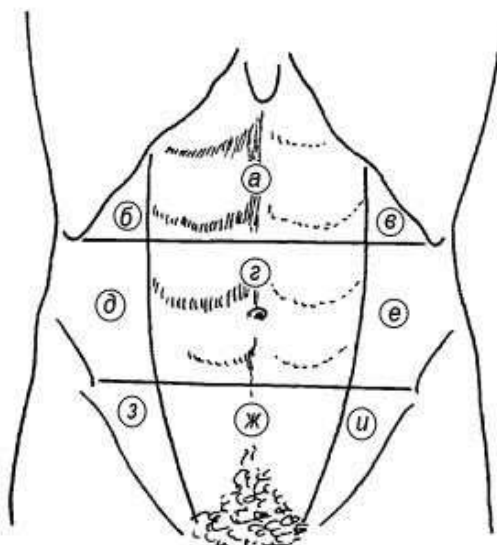
16. Форма заключение для самостоятельного заполнения аккредитуемым лицом

Заключение исследования абдоминальной области, включая ректальное обследование

Предварительная диагностическая гипотеза

Дальнейшие рекомендации

ВЫЯВЛЕННЫЕ ФЕНОМЕНЫ АБДОМИНАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ



а	☐ патология	☐ норма
б	☐ патология	☐ норма
в	☐ патология	☐ норма
г	☐ патология	☐ норма
д	☐ патология	☐ норма
е	☐ патология	☐ норма
ж	☐ патология	☐ норма
з	☐ патология	☐ норма
и	☐ патология	☐ норма

ВЫЯВЛЕННЫЕ ФЕНОМЕНЫ ПРИ РЕКТАЛЬНОМ ОБСЛЕДОВАНИИ

Анальный сфинктер

☐ Норма

☐ Патология

Состояние предстательной железы (у мужчин)

☐ Норма

☐ Патология

Состояние прямокишечно-влагалищной перегородки, шейки матки (у женщин)

☐ Норма

☐ Патология

Слизистая прямой кишки

☐ Норма

☐ Патология

Врач (Идентификационный номер разборчиво)

17. Сведения о разработчиках паспорта

17.1. Организация-разработчик:

ФГБУ «НМИЦ колопроктологии им А.Н. Рыжих» Минздрава России.

17.2. Авторы-составители:

Алексеев М.В. – к.м.н., старший научный сотрудник отдела онкопроктологии ФГБУ «НМИЦ колопроктологии им. А.Н. Рыжих» Минздрава России.

Ачкасов С.И. – д.м.н, профессор, руководитель отдела онкологии и хирургии ободочной кишки ФГБУ «НМИЦ колопроктологии им. А.Н. Рыжих» Минздрава России.

Балыкова Е.В. – к.м.н., врач анестезиолог-реаниматолог ФГБУ «НМИЦ колопроктологии им. А.Н. Рыжих» Минздрава России.

Бирюков О.М. – к.м.н., заведующий отделением общей и реконструктивной колопроктологии ФГБУ «НМИЦ колопроктологии им. А.Н. Рыжих» Минздрава России.

Вышегородцев Д.В. – д.м.н., заведующий отделением общей колопроктологии ФГБУ «НМИЦ колопроктологии им. А.Н. Рыжих» Минздрава России.

Егоркин М.А. – к.м.н., научный сотрудник отделения неотложной проктологии ФГБУ «НМИЦ колопроктологии им. А.Н. Рыжих» Минздрава России.

Елигулашвили Р.Р. – к.м.н., старший научный сотрудник отдела рентгенодиагностики ФГБУ «НМИЦ колопроктологии им. А.Н. Рыжих» Минздрава России.

Зароднюк И.В. – д.м.н, руководитель отдела рентгенодиагностики ФГБУ «НМИЦ колопроктологии им. А.Н. Рыжих» Минздрава России.

Калашникова И.А. – к.м.н., руководитель отделения реабилитации ФГБУ «НМИЦ колопроктологии им. А.Н. Рыжих» Минздрава России.

Королик В.Ю. – к.м.н., врач отделения общей колопроктологии ФГБУ «НМИЦ колопроктологии им. А.Н. Рыжих» Минздрава России.

Кузьминов А.М. – д.м.н, профессор, руководитель отделения общей колопроктологии ФГБУ «НМИЦ колопроктологии им. А.Н. Рыжих» Минздрава России.

Куловская Д.П. – ведущий специалист отдела аспирантуры научно-образовательного отдела ФГБУ «НМИЦ колопроктологии им. А.Н. Рыжих» Минздрава России.

Ликутов А.А. – к.м.н., научный сотрудник отделения эндоскопической диагностики и хирургии ФГБУ «НМИЦ колопроктологии им. А.Н. Рыжих» Минздрава России.

Москалев А.И. – к.м.н., руководитель научно-образовательного отдела ФГБУ «НМИЦ колопроктологии им. А.Н. Рыжих» Минздрава России.

Мудров А.А. – к.м.н., научный сотрудник отделения общей и реконструктивной колопроктологии ФГБУ «НМИЦ колопроктологии им. А.Н. Рыжих» Минздрава России.

Рыбаков Е.Г. – д.м.н., профессор РАН, профессор, руководитель отдела онкопроктологии ФГБУ «НМИЦ колопроктологии им. А.Н. Рыжих» Минздрава России.

Суровегин Е.С. – врач-онколог отдела онкологии и хирургии ободочной кишки ФГБУ «НМИЦ колопроктологии им. А.Н. Рыжих» Минздрава России.

Сухина М.А. – к.б.н., руководитель отдела изучения микробиологических и иммунологических исследований ФГБУ «НМИЦ колопроктологии им. А.Н. Рыжих» Минздрава России.

Сушков О.И. – к.м.н, старший научный сотрудник отдела онкологии и хирургии ободочной кишки ФГБУ «НМИЦ колопроктологии им. А.Н. Рыжих» Минздрава России.

Титов А.Ю. – д.м.н, руководитель отделения общей и реконструктивной колопроктологии ФГБУ «НМИЦ колопроктологии им. А.Н. Рыжих» Минздрава России.

Трубачева Ю.Л. – к.м.н., руководитель отдела ультразвуковой диагностики ФГБУ «НМИЦ колопроктологии им. А.Н. Рыжих» Минздрава России.

Фоменко О.Ю. – д.м.н., руководитель лаборатории клинической патофизиологии ФГБУ «НМИЦ колопроктологии им. А.Н. Рыжих» Минздрава России.

Фролов С.А. – д.м.н., заместитель директора по научно-образовательной работе ФГБУ «НМИЦ колопроктологии им. А.Н. Рыжих» Минздрава России.

Цуканов А.С. – д.м.н, руководитель отдела лабораторной генетики ФГБУ «НМИЦ колопроктологии им. А.Н. Рыжих» Минздрава России.

Чернышов С.В. – д.м.н, ведущий научный сотрудник отделения малоинвазивной онкопроктологии ФГБУ «НМИЦ колопроктологии им. А.Н. Рыжих» Минздрава России.

Шапина М.В. – к.м.н., руководитель гастроэнтерологического отделения ФГБУ «НМИЦ колопроктологии им. А.Н. Рыжих» Минздрава России.

Приложение 1

Справочная информация

Цитата из монографии А.Л. Гребенев, А.А. Шептулин «Непосредственное исследование больного»

Пальпация живота имеет большое значение в распознавании заболеваний органов брюшной полости. При этом, однако, ценные в диагностическом плане данные можно получить при пальпации только в том случае, если будет соблюдаться целый ряд обязательных условий. Прежде всего, чтобы пальпация живота достигла своей цели, необходимо максимальное расслабление мышц брюшной стенки. В определенной мере это обеспечивается правильным дыханием больного, которое при проведении пальпации живота должно быть диафрагмальным. В ряде случаев приходится предварительно обучать больного технике такого дыхания; для этого руку пациента кладут ему на живот (область эпигастрия) и просят больного дышать так, чтобы его рука периодически поднималась и опускалась в такт дыхательным движениям. При проведении пальпации живота больной лежит ровно на кушетке или на кровати с низким изголовьем; руки его должны быть сложены на груди или же вытянуты вдоль туловища. Сгибание больным ног в коленных суставах, как это советуют иногда некоторые врачи для лучшего расслабления мышц брюшной стенки, не рекомендуется, поскольку желаемый эффект при этом, как правило, не достигается. В некоторых случаях для расслабления мышц брюшного пресса бывает полезно просто отвлечь внимание больного от действий врача каким-либо разговором.

Врач садится с правой стороны от больного (ни в коем случае нельзя проводить пальпацию стоя!) таким образом, чтобы сиденье стула находилось примерно на одном уровне с кроватью. Нельзя проводить пальпацию холодными руками, поскольку это вызовет рефлекторное сокращение мышц брюшного пресса. Пальпацию живота, проводимую при горизонтальном положении больного, целесообразно дополнять пальпацией живота в положении пациента стоя. В таком положении больного труднее бывает добиться у него полного расслабления мышц брюшной стенки, однако некоторые отделы желудочно-кишечного тракта становятся в то же время более доступными для пальпации (например, малая кривизна желудка).

Полноценное проведение пальпации живота бывает затруднено у больных с ожирением, метеоризмом, асцитом. В таких ситуациях пальпацию живота следует проводить повторно, в динамике, на фоне исчезновения вздутия живота и уменьшения асцита. Не всегда легко провести пальпацию живота у физически тренированных людей, в частности спортсменов, с хорошо развитыми мышцами брюшного пресса.

Пальпация живота включает в себя поверхностную ориентировочную пальпацию и глубокую методическую скользящую пальпацию по методу Образцова – Стражеско – Василенко.

Поверхностная ориентировочная пальпация

При проведении поверхностной ориентировочной пальпации свою правую руку кладут ладью на живот больного и производят ею легкие, осторожные надавливающие движения в симметричных участках живота. При этом в первую очередь обращают внимание на наличие болезненности и резистентности (незначительного напряжения) мышц брюшной стенки. При отсутствии у пациента жалоб на боли в животе поверхностную ориентировочную пальпацию начинают с левой паховой области, затем исследуют правую паховую область, после чего переходят в вышерасположенные отделы живота, заканчивая пальпацию исследованием эпигастрия. Если у пациента отмечаются боли в левой паховой области, то поверхностную пальпацию начинают с наименее болезненного отдела живота (например, с эпигастриальной области), а заканчивают исследованием левой паховой области.

Применяется и другая последовательность проведения поверхностной ориентировочной пальпации. Исследование начинают также с левой паховой области,

затем, продолжая пальпировать, постепенно поднимаются к левому подреберью, после чего, следуя как бы против часовой стрелки, переходят к пальпации эпигастральной области, далее – правого подреберья и правой паховой области. В последнюю очередь исследуют пупочную и лобковую области.

В тех случаях, когда при поверхностной пальпации отмечается резистентность или более выраженное напряжение мышц брюшной стенки (симптом мышечной защиты), можно сделать заключение о реакции брюшины и ее вовлечении в воспалительный процесс.

При поверхностной ориентировочной пальпации обращают, кроме того, внимание на возможные изменения кожных покровов и подкожной клетчатки, а также на состояние «слабых мест» передней брюшной стенки. К ним, в частности, относят апоневроз белой линии живота в эпигастральной области, пупочное кольцо, наружное отверстие пахового канала. При этом грыжевые выпячивания лучше всего выявляются при натуживании больного.

Для обнаружения диастаза (расхождения) прямых мышц живота в области белой линии слегка согнутые пальцы располагают в вертикальном направлении по средней линии живота ниже мечевидного отростка и просят больного, находящегося в горизонтальном положении, приподнять голову, оторвав ее от подушки без помощи рук. При наличии расхождения прямых мышц живота пальпирующие пальцы свободно входят в своеобразный «желоб», образовавшийся между прямыми мышцами живота. Пупочные грыжи, встречающиеся преимущественно у тучных женщин среднего и пожилого возраста, а также у больных с выраженным асцитом, определяются пальпаторно как выпячивания различных размеров, расположенные в области пупка, которые в неосложненных случаях легко исчезают при надавливании на них пальцами вследствие перемещения содержимого грыжи (большого сальника, петли тонкой кишки) в брюшную полость.

Паховые грыжи, которые чаще встречаются у мужчин пожилого возраста, определяются в виде выпячивания, расположенного под кожей у наружного отверстия пахового канала (полная грыжа). Начинаясь и неполные паховые грыжи выявляются с помощью введения пальца, удобнее всего – мизинца (левой руки – при исследовании левого пахового канала, правой руки – при исследовании правого пахового канала), в паховый канал через наружное его отверстие и обнаружения в нем грыжевого выпячивания, появляющегося или увеличивающегося в размерах при натуживании или кашлевом толчке. Нередко у больных, перенесших различные операции на органах брюшной полости, особенно осложнившиеся нагноением и расхождением операционной раны, наблюдаются послеоперационные грыжи, которые могут располагаться в тех или иных отделах живота и иметь различные размеры и форму.

При поверхностной пальпации иногда удается обнаружить некоторые органы брюшной полости при их значительном увеличении (печень, селезенку), опухоли и кисты больших размеров. Однако их детальная оценка проводится с помощью специальных методических приемов. При отсутствии каких-либо патологических изменений результаты поверхностной ориентировочной пальпации описывают в истории болезни достаточно кратко:

При поверхностной ориентировочной пальпации живот мягкий, безболезненный. При исследовании «слабых мест» передней брюшной стенки (пупочное кольцо, апоневроз белой линии живота, паховые кольца) грыжевых выпячиваний не отмечается.

Если при поверхностной пальпации выявляют болезненность и резистентность мышц брюшной стенки, то обязательно оценивают и симптом Щеткина – Блюмберга.

Закончив поверхностную пальпацию, переходят к глубокой пальпации живота по методу Образцова – Стражеско – Василенко.

Этот вид пальпации называется глубокой пальпацией, поскольку при ее проведении рука проникает вглубь брюшной полости. Она носит также название скользящей, так как различные свойства пальпируемых органов оцениваются с помощью скольжения пальпирующих пальцев по их поверхности, и методической, поскольку проводится по

установленному плану и в определенной последовательности. Чаще всего при этом применяют порядок, предложенный Н. Д. Стражеско: сигмовидная кишка, слепая кишка и червеобразный отросток, конечная часть подвздошной кишки, восходящий и нисходящий отделы ободочной кишки, поперечная ободочная кишка, желудок, печень, селезенка, поджелудочная железа и почки. Глубокая методическая скользящая пальпация различных отделов толстой кишки по Образцову–Стражеско–Василенко выполняется в четыре этапа.

Первый из них включает в себя правильную постановку пальпирующей руки. Правая рука с несколько согнутыми пальцами (а при пальпации поперечной ободочной кишки – обе руки) кладется на переднюю брюшную стенку таким образом, чтобы кончики четырех согнутых пальцев (II–V) располагались вдоль оси пальпируемого участка кишки перпендикулярно поверхности органа. Понятно, что этот момент пальпации предполагает хорошее знание особенностей топографии органов брюшной полости.

Второй этап предусматривает некоторое смещение кожи и формирование кожной складки, которая в дальнейшем даст возможность избежать натяжения кожи при движении пальпирующей руки вглубь.

Третий этап глубокой пальпации представляет собой погружение пальцев пальпирующей руки вглубь брюшной полости, которое производится во время выдоха больного на фоне возникающего при этом расслабления мышц передней брюшной стенки.

Последним, четвертым этапом глубокой пальпации является скольжение пальцев правой руки по поверхности кишки, прижатой к задней брюшной стенке. Производя скольжение, пальцы как бы «перекатываются» («переваливаются») через кишку, оценивая в момент такого перекатывания ее свойства: локализацию соответствующего отдела толстой кишки и протяженность пальпируемого участка, форму, диаметр (в см), консистенцию (мягкая, плотная), характер поверхности (гладкая, бугристая), подвижность (смещаемость), наличие при пальпации болезненности и урчания.

Пальпация каждого из отделов толстой кишки имеет свои особенности.

Так, при прощупывании сигмовидной кишки пальцы пальпирующей руки располагают в левой паховой области на границе средней и наружной третьей *linea umbilicoiliaca sinistra* (линии, соединяющей пупок с передней верхней остью подвздошной кости) параллельно косому расположению сигмовидной кишки (сверху и слева – вниз и вправо). При формировании кожной складки кожа сдвигается по направлению к пупку, пальпирующие пальцы погружаются далее на выдохе вглубь брюшной полости и «перекатываются» через сигмовидную кишку, скользя по ее поверхности (в направлении сверху, справа и кнутри – вниз, влево и кнаружи). Сигмовидная кишка прощупывается чаще, чем другие отделы толстой кишки (в 91–95% случаев). В норме она располагается в левой паховой области, прощупывается на протяжении 20–25 см в виде безболезненного цилиндра плотноэластической консистенции с гладкой поверхностью диаметром 2–3 см, смещаемого в пределах 3–5 см, не урчащего и редко перистальтирующего. При очень длинной брыжейке подвижность сигмовидной кишки увеличивается, и тогда она пальпируется не там, где обычно, а более медиально или латерально. Диаметр сигмовидной кишки увеличивается при скоплении в ней каловых масс, опухолевом поражении. При спастическом сокращении сигмовидной кишки (например, при дизентерии) ее диаметр может, наоборот, уменьшаться, и тогда сигмовидная кишка прощупывается в виде плотного тяжа толщиной с карандаш. При злокачественных новообразованиях сигмовидная кишка становится плотной консистенции, причем поверхность ее приобретает неровный, бугристый характер, а сама кишка теряет свою подвижность. Твердая консистенция сигмовидной кишки и ее четкообразная поверхность могут отмечаться при скоплении в ее просвете каловых камней (понятно, что в таких случаях нормальные свойства сигмовидной кишки могут восстанавливаться после эффективной очистительной клизмы). При наличии воспалительных изменений (остром сигмоидите) сигмовидная кишка при пальпации становится болезненной, усиливается ее

перистальтическая активность, а при наличии в ее просвете жидкого содержимого при пальпации отмечается отчетливое урчание.

Слепая кишка пальпируется в правой паховой области на границе средней и наружной третьей *linea umbilicoiliaca dextra*, причем пальцы пальпирующей руки также располагаются в косом направлении параллельно длиннику слепой кишки (сверху и справа – вниз и влево). Кожная складка формируется сдвиганием кожи по направлению к пупку, а скольжение пальцев после их погружения в брюшную полость осуществляется в направлении сверху, снутри и слева – вниз, снаруж и вправо. При наличии напряжения мышц брюшной стенки в правой паховой области с целью его уменьшения В. П. Образцов рекомендовал одновременно с пальпацией слепой кишки надавливать лучевым краем кисти и большим пальцем левой руки в области пупка (сам В.П. Образцов назвал такой прием «демпфом»). В норме слепая кишка пальпируется в 75–85% случаев в виде цилиндра с грушевидным расширением книзу, мягкоэластической консистенции, диаметром 3–4 см, безболезненного, смещаемого в пределах 2–3 см, слегка урчащего при пальпации.

Восходящий и нисходящий отделы ободочной кишки прощупывают с помощью бимануальной пальпации, предложенной В.Х. Василенко. При этом для создания твердой подкладки кисть левой руки располагают соответственно под правую (при пальпации восходящего) и левую (при пальпации нисходящего отдела) поясничные области. Пальцы пальпирующей руки устанавливают параллельно оси указанных отделов ободочной кишки (т. Е. вертикально), при формировании складки кожу сдвигают по направлению к пупку, скольжение погруженными в брюшную полость пальцами ведут в направлении изнутри снаруж. Поперечная ободочная кишка прощупывается в 60–70% случаев. Учитывая изменчивое положение поперечной ободочной кишки, перед началом ее пальпации каким-либо из способов (см. ниже) определяют нижнюю границу желудка, после чего устанавливают пальцы на 2–3 см ниже отмеченной границы желудка. Пальпацию ободочной кишки можно проводить либо одной, правой рукой (так, в частности, пальпировал Н.Д. Стражеско), либо одновременно двумя руками, т. Е. бимануально (так, например, проводил исследование В.П. Образцов).

При пальпации правой рукой пальцы располагают вначале на 4–5 см вправо от срединной линии, а после исследования правой половины ободочной кишки переносят руку соответственно на 4–5 см влево от срединной линии. При использовании бимануальной пальпации согнутые пальцы обеих рук одновременно устанавливают справа и слева от срединной линии. При формировании складки кожа сдвигается вверх, а скольжение погруженными в брюшную полость пальцами проводится в направлении сверху вниз. Если поперечную ободочную кишку сразу прощупать не удастся, то пальпирующие пальцы переносят выше или ниже первоначального уровня. В норме поперечная ободочная кишка располагается на уровне пупка или на 1–2 см ниже его уровня и пальпируется в виде поперечно расположенного цилиндра, умеренно плотной консистенции, диаметром 3–4 см, подвижного, безболезненного, не урчащего. При опухолевом поражении нижерасположенных отделов толстой кишки поперечная ободочная кишка увеличивается в размерах и воспринимается пальпаторно как широкий раздутый цилиндр, усиленно перистальтирующий и урчащий при пальпации.

Пальцевое ректальное исследование — фундаментальный метод диагностики. Оно позволяет получить более полную и достоверную информацию в пользу или противовеса гипотезы на основании опроса.

Основными задачами пальцевого исследования прямой кишки являются:

1. оценка состояния тканей анального канала и запирающего аппарата прямой кишки (ЗАПК);
2. оценка состояния слизистой оболочки прямой кишки;
3. определение состояния окружающих прямую кишку органов и тканей;
4. выявление или предварительное определение патологического процесса;

5. оценка характера, отделяемого из прямой кишки;

Исследование анального канала осуществляется последовательным ощупыванием его стенок, начиная (чаще всего) с задней или (реже) с передней его полуокружности. Данные приемы позволяют определить подвижность, эластичность и характер складчатости слизистой оболочки анального канала и выявить имеющиеся изменения различных слоев стенки заднего прохода. При этом особый акцент делается на исследовании задней и передней стенок анального канала, так как патологические процессы чаще всего локализуются именно в этих зонах.

Наиболее ответственным этапом ориентировочного пальцевого исследования прямой кишки является изучение ее ампулярного отдела.

Методика проведения исследования

Ректальное пальцевое исследование проводят в различных положениях пациента: лежа на боку с согнутыми в тазобедренных и коленных суставах ногами, в 28олоно-локтевом положении, в положении на спине (на гинекологическом кресле) с согнутыми в коленных суставах и приведенными к животу ногами. Иногда для оценки состояния труднодоступных верхних отделов прямой кишки при пальцевом ректальном исследовании пациенту придают положение на корточках. При подозрении на перитонит или абсцесс пальцевое ректальное исследование осуществляют в положении больного на спине, т.к. только при этом условии можно выявить симптом нависания и болезненность передней полуокружности стенки прямой кишки.

Пальцевому ректальному исследованию всегда должен предшествовать тщательный осмотр области заднего прохода, что нередко позволяет выявить признаки заболевания (наружные свищи, тромбоз наружных геморроидальных узлов, недостаточное смыкание краев заднего прохода, разрастания опухолевидной ткани, мацерацию кожи и др.).

Методика пальцевого исследования прямой кишки заключается в следующем: указательный палец доминантной руки, на которую надета резиновая перчатка, обильно смазанный вазелином, осторожно вводят в задний проход. При этом больному рекомендуют «потужиться», как при дефекации, а во время исследования максимально расслабиться, ногтевая фаланга введенного в кишку пальца ладонной поверхностью при мягком надавливании на стенку кишки скользит по слизистой оболочке в пределах одной полуокружности, затем поочередно обследуют остальные стороны кишки. Важно обследовать все стенки кишки на всю длину пальца. Этапное последовательное ощупывание стенок кишки имеет важное значение для обнаружения новообразований, особенно небольших размеров.

Рекомендации для дальнейшей диагностики могут включать в себя такие обследования как:

- Аноскопия;
- Ректороманоскопия;
- Колоноскопия;
- Гастроскопия;
- МРТ грудной, брюшной полости и малого таза;
- КТ грудной, брюшной полости и малого таза;
- УЗИ брюшной полости и малого таза;
- Трансректальное УЗИ;
- Рентген\флюорография легких;
- Ирригоскопия ;
- Анализ крови на онкомаркеры;
- Направление на консультацию онколога.

Приложение 2

В случае возникновения технического сбоя (сбой программного обеспечения, отключение электроэнергии и т.д.) и отсутствия возможности заполнения чек-листа онлайн возможно использование бумажных чек-листов.

ЧЕК – ЛИСТ

II этап аккредитационного экзамена Специальность Колопроктология
 Дата _____ Номер кандидата _____

№ п/п	Действие аккредитуемого лица	Критерии оценки
1.	Установил контакт: Приветствие	☐ да ☐ нет
2.	Забота о комфорте пациента	☐ да ☐ нет
3.	Самопрезентация	☐ да ☐ нет
4.	Идентифицировал личность пациента	☐ да ☐ нет
5.	Взял согласие на процедуру	☐ да ☐ нет
6.	Убедился заранее, что есть всё необходимое	☐ да ☐ нет
7.	Обработал руки	☐ да ☐ нет
8.	Задал вопросы о жалобах и других факторах	☐ да ☐ нет
9.	Правильно подготовил пациента и расположился сам	☐ да ☐ нет
10.	Осмотрел пациента	☐ да ☐ нет
11.	Правильно пропальпировал брюшную стенку в левой подвздошной области	☐ да ☐ нет
12.	Правильно пропальпировал брюшную стенку в правой подвздошной области	☐ да ☐ нет
13.	Правильно пропальпировал брюшную стенку в области левого фланка (квадранта) живота	☐ да ☐ нет
14.	Правильно пропальпировал брюшную стенку в области правого фланка (квадранта) живота	☐ да ☐ нет
15.	Правильно пропальпировал брюшную стенку в области левого подреберья	☐ да ☐ нет
16.	Правильно пропальпировал брюшную стенку в области правого подреберья	☐ да ☐ нет
17.	Правильно пропальпировал брюшную стенку в эпигастральной области	☐ да ☐ нет
18.	Правильно пропальпировал брюшную стенку в пупочной области	☐ да ☐ нет
19.	Правильно пропальпировал брюшную стенку в надлобковой области	☐ да ☐ нет
20.	Правильно оценил состояние апоневроза поперечной мышцы живота	☐ да ☐ нет
21.	Правильно оценил симптом флюктуации	☐ да ☐ нет
22.	Правильно пропальпировал сигмовидную кишку	☐ да ☐ нет
23.	Правильно пропальпировал слепую кишку	☐ да ☐ нет
24.	Правильно определил нижнюю границу желудка	☐ да ☐ нет
25.	Правильно пропальпировал поперечную ободочную кишку	☐ да ☐ нет
26.	Правильно пропальпировал восходящую ободочную кишку	☐ да ☐ нет
27.	Правильно пропальпировал нисходящую ободочную кишку	☐ да ☐ нет
28.	Правильно определил нижнюю границу печени	☐ да ☐ нет

29.	Правильно пропальпировал печень	☐ да ☐ нет
30.	Правильно проперкутировал селезенку	☐ да ☐ нет
31.	Правильно пропальпировал селезенку	☐ да ☐ нет
32.	Правильно пропальпировал брюшную аорту	☐ да ☐ нет
33.	Правильно провел аускультацию брюшной аорты	☐ да ☐ нет
34.	Справился о самочувствии пациента	☐ да ☐ нет
35.	Сообщил пациенту о переходе к следующему осмотру	☐ да ☐ нет
36.	Обеспечил инфекционную безопасность	☐ да ☐ нет
37.	Правильно позиционировал пациента для проведения пальцевого ректального обследования	☐ да ☐ нет
38.	Использовал лубрикант	☐ да ☐ нет
39.	Осмотрел анальное отверстие	☐ да ☐ нет
40.	Правильно ввел в задний проход указательный палец доминантной руки	☐ да ☐ нет
41.	Правильно оценил функцию сфинктера	☐ да ☐ нет
42.	Правильно оценил состояние внутренних органов	☐ да ☐ нет
43.	Правильно оценил состояние прямой кишки	☐ да ☐ нет
44.	Правильно завершил исследование	☐ да ☐ нет
45.	Соблюдал правильную последовательность	☐ да ☐ нет
46.	При заполнении медицинской документации информацию ввел корректно (в соответствии номеру сценария)	☐ да ☐ нет

ФИО члена АПК

Подпись

Отметка о внесении в базу (ФИО)