

**Первичная специализированная аккредитация  
специалистов здравоохранения**

**Паспорт  
ЭКЗАМЕНАЦИОННОЙ СТАНЦИИ**

**Колоноскопия**

**Специальность:**

*Эндоскопия*

**2020**

## 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.....	5
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).....	8
11. Критерии оценивания действий аккредитуемого.....	8
12. Алгоритм выполнения навыка .....	9
13. Оценочный лист .....	10
14. Сведения о разработчиках паспорта .....	11
Приложение 1.....	12
Приложение 2.....	15

**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)

Проект профессионального стандарта «Врач-эндоскопист» (подготовлен Минтрудом России 27.11.2018).

Трудовая функция: Проведение эндоскопических и (или) эндосонографических диагностики и вмешательств у пациентов с заболеваниями и (или) состояниями нижнего отдела желудочно-кишечного тракта.

### 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 выполнения диагностической колоноскопии.

Примечание: оценка таких навыков, как обработка рук, надевание халата, краткий сбор анамнеза, разъяснение пациенту этапов проводимого исследования и рекомендации относительно поведения во время исследования, проверка инсuffляции и аспирации аппаратом не проводится.

### 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 <sup>1</sup> 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
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	Стол для размещения эндоскопического тренажера*	1 шт.
2	Крепление для монтажа монитора или ноутбука на удобной высоте (допускается замена пп.1-2 единой стойкой тележкой)*	1 шт.
3	Настенные часы с секундной стрелкой	1 шт.

\* В случае проверки практического навыка на виртуальном симуляторе данное медицинское оборудование не используется.

**4.2.2. Перечень медицинского оборудования**

Таблица 4

Перечень медицинского оборудования

№ п/п	Перечень медицинского оборудования	Количество
1.	Контейнер для сбора отходов класса Б	1 шт.

<sup>1</sup> 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.

**4.2.3. Расходные материалы**

Таблица 4

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	Марлевая салфетка*	1 шт.
3	Медиагель*	1 шт.

\* В случае проверки практического навыка на виртуальном симуляторе данные расходные материалы не используются.

**4.2.4. Симуляционное оборудование станции и его характеристики**

Таблица 5

Симуляционное оборудование станции и его характеристики

Симуляционное оборудование	Технические характеристики
Виртуальный симулятор эндоскопический	Возможность обследования нормальной толстой кишки
	Наличие высокореалистичного мануального оборудования
	Воспроизведение реалистичной анатомии толстой кишки
	Возможность выведения изображения на монитор
<b>ИЛИ</b>	
Фантом симулятор колоноскопии + эндоскопическое оборудование	Возможность обследования нормальной толстой кишки
	Наличие высокореалистичного мануального оборудования
	Воспроизведение реалистичной анатомии толстой кишки
	Возможность выведения изображения на монитор
<b>ИЛИ</b>	
Муляж колоноскопии + эндоскопическое оборудование	Возможность обследования нормальной толстой кишки
	Наличие высокореалистичного мануального оборудования
	Воспроизведение реалистичной анатомии толстой кишки
	Возможность выведения изображения на монитор

**5. Перечень ситуаций (сценариев) станции**

Таблица 6

Перечень ситуаций (сценариев) станции

№ п.п.	Ситуация (сценарий)
1.	Осмотр неизмененных нижних отделов желудочно-кишечного тракта

## **6. Информация (брифинг) для аккредитуемого**

Вы – врач - эндоскопического отделения многопрофильной больницы. К Вам пришел пациент для проведения плановой диагностической колоноскопии. Пациент подготовлен к исследованию, лежит на левом боку с согнутыми и приведенными к животу коленями. Вам необходимо выполнить диагностическую колоноскопию.

## **7. Действия членов АПК, вспомогательного персонала<sup>2</sup> 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. Проверка готовности трансляции видеозаписей в комнату видеонаблюдения (при наличии таковой).
6. Получение логина и пароля для входа в автоматизированную систему аккредитации специалистов здравоохранения Минздрава России и вход в нее. Сверка своих персональных данных.
7. 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 лица (при необходимости).
3. Запуск симулятора и управление программным обеспечением тренажера.
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. Ведение минимально необходимого диалога с аккредитуемым от лица пациента и обеспечение дополнительными вводными для выполнения ситуации (сценария) (таблица 7).
7. Соблюдение правила – не говорить ничего от себя, не вступать в переговоры, даже если Вы не согласны с мнением аккредитуемого. Не задавать уточняющих

---

<sup>2</sup> Для 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.

вопросов, не высказывать требования типа: «Продолжайте!», «Не так часто!» и т.п.; задавать вопросы: «И что дальше?», и т.п.

8. 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 7

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

№ п/п	Действие аккредитуемого	Текст вводной
1.	При попытке обработать руки	«Будем считать, что руки обработаны»
2.	При попытке проверить работоспособность колоноскопа	«Будем считать, что аппарат готов к работе, изображение четкое, аспиратор функционирует»
3.	При попытке нанести гель на колоноскоп	«Будем считать, что гель нанесен»

**9. Нормативно-методическое обеспечение паспорта станции**

1. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 02 июня 2016 N 334н «Об утверждении Положения об аккредитации специалистов»
2. Приказ Минздрава России от 20.01.2020 г. №34н «О внесении изменений в Положение об аккредитации специалистов, утвержденное приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 02 июня 2016 г. № 334н» (регистрационный номер 57543 от 19.02.2020 г.)
3. Проект Приказа Министерства труда и социальной защиты РФ "Об утверждении профессионального стандарта "Врач-эндоскопист" (подготовлен Минтрудом России 27.11.2018)

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

**11. 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.

## 12. 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
1.	Обработать руки гигиеническим способом
2.	Надеть перчатки
3.	Подойти к муляжу/ симулятору
4.	Нанести гель на дистальный конец эндоскопа (озвучить)
5.	Взять эндоскоп за рукоятку левой рукой
	✓ корпус рукоятки расположить в ладони
	✓ указательный палец расположить на клапане аспирации
	✓ средний палец расположить на клапане подачи воды и воздуха
6.	Взять рабочую часть эндоскопа в правую руку
7.	Проверить подачу воздуха, аспирацию и освещение
8.	Корпус тела сориентировать к муляжу, обеспечить прямую видимость экрана монитора
9.	Придать дистальному концу аппарата правильную конфигурацию
	✓ дистальный конец прямой
10.	Ввести колоноскоп в анус
	✓ под контролем зрения
11.	Провести через анальный канал
	✓ одновременно расправляя прямую кишку инсуффляцией воздуха
	✓ визуализируя просвет прямой кишки
12.	Провести аппарат далее
	✓ ротируя его по часовой стрелке
	✓ до верхнеампулярного отдела прямой кишки
13.	Провести аппарат до сигмовидной кишки
	✓ до уровня ее нижней трети
	✓ ротационными движениями по часовой и против часовой стрелки (сборивание) пройти остальные 2/3 сигмовидной кишки (озвучить)
14.	Провести аппарат в нисходящую кишку
	✓ аналогичными движениями
	✓ до селезеночного изгиба
15.	Провести аппарат в поперечную ободочную кишку
	✓ поступательно-ротационными движениями
	✓ против часовой стрелки
	✓ до печеночного изгиба
16.	Провести аппарат в восходящую кишку
	✓ ротируя его сначала против часовой стрелки
	✓ затем по часовой стрелке
	✓ в согнутом положении

17.	Провести колоноскоп по восходящей кишке
18.	Интубировать слепую кишку
	✓ визуализировав илеоцекальный клапан
	✓ визуализировав устье червеобразного отростка
19.	Извлечь колоноскоп
	✓ одновременно осматривая слизистую толстой кишки
	✓ проводя частичную аспирацию воздуха
	✓ в течение не менее 6 минут (озвучить)
20.	Повесить колоноскоп на стойку
	✓ отдать медицинской сестре на стерилизацию (озвучить)
21.	Сообщить пациенту, что исследование закончено
22.	Сказать пациенту, что он может одеваться
23.	Снять перчатки
24.	Утилизировать перчатки в контейнер для сбора отходов класса Б
25.	Обработать руки гигиеническим способом

### 13. Оценочный лист

Используется для оценки действий аккредитуемого при прохождении станции.

№ п/п	Действие аккредитуемого	Критерии оценки
1.	Обработал руки гигиеническим способом	✓ да <input type="checkbox"/> нет
2.	Надел перчатки	✓ да <input type="checkbox"/> нет
3.	Нанес гель на дистальный конец колоноскопа (озвучил)	✓ да <input type="checkbox"/> нет
4.	Верно взял аппарат (в левую руку, корпус рукоятки в ладони, указательный палец на клапане аспирации, средний – на клапане подачи воды и воздуха)	✓ да <input type="checkbox"/> нет
5.	Взял рабочую часть колоноскопа в правую руку	✓ да <input type="checkbox"/> нет
6.	Верно придал конфигурацию дистальному концу (прямой)	✓ да <input type="checkbox"/> нет
7.	Ввел колоноскоп (под контролем зрения)	✓ да <input type="checkbox"/> нет
8.	Верно провел через анальный канал (одновременно расправляя кишку умеренной инсуффляцией воздуха, визуализируя просвет кишки)	✓ да <input type="checkbox"/> нет
9.	Верно провел аппарат по прямой кишке	✓ да <input type="checkbox"/> нет
10.	Верно провел аппарат в сигмовидную кишку (ротационными движениями по часовой стрелке)	✓ да <input type="checkbox"/> нет
11.	Произвел сборивание кишки (озвучил)	✓ да <input type="checkbox"/> нет
12.	Верно провел аппарат в нисходящую кишку (ротационными движениями по часовой стрелке)	✓ да <input type="checkbox"/> нет
13.	Верно провел аппарат в поперечную ободочную кишку (поступательно-ротационными движениями, против часовой стрелки)	✓ да <input type="checkbox"/> нет
14.	Прошел поперечную ободочную кишку	✓ да <input type="checkbox"/> нет
15.	Верно провел аппарат в восходящую кишку (ротуруя аппарат	✓ да <input type="checkbox"/> нет

	сначала против часовой стрелки, затем по часовой стрелке)	
16.	Провел колоноскоп по восходящей кишке	<input checked="" type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
17.	Верно интубировал слепую кишку (визуализировав илеоцекальный клапан и устье червеобразного отростка)	<input checked="" type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
18.	Верно извлек колоноскоп (одновременно осматривая слизистую толстой кишки и проводя частичную аспирацию воздуха) <i>(фактическое время извлечения колоноскопа на станции должно быть не более 2 минут)</i>	<input checked="" type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
19.	Озвучил, что время выхода составило не менее 6 минут	<input checked="" type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
20.	Повесил колоноскоп на стойку (сказал, что отдает медицинской сестре на стерилизацию)	<input checked="" type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
21.	Сказал пациенту, что исследование закончено, он может одеваться	<input checked="" type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
22.	Снял перчатки	<input checked="" type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
23.	Утилизировал их в контейнер для сбора отходов класса Б	<input checked="" type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
24.	Обработал руки гигиеническим способом	<input checked="" type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет

#### 14. Сведения о разработчиках паспорта

##### 14.1. Организация-разработчик:

ФГБУ «ГНЦК им. А.Н. Рыжих» Минздрава России.

##### 14.2. Авторы-составители:

Ваганов Юрий Евгеньевич – к.м.н., заведующий отделением эндоскопической диагностики и хирургии ФГБУ «ГНЦК им. А.Н. Рыжих» Минздрава России.

Васильченко Андрей Владиславович к.м.н., врач-эндоскопист отделения эндоскопической диагностики и хирургии ФГБУ «ГНЦК им. А.Н. Рыжих» Минздрава России.

Веселов Виктор Владимирович – д.м.н., профессор, руководитель отдела эндоскопической диагностики и хирургии ФГБУ «ГНЦК им. А.Н. Рыжих» Минздрава России.

Куловская Дарья Павловна – ведущий специалист отдела аспирантуры ФГБУ «ГНЦК им. А.Н. Рыжих» Минздрава России.

Ликутов Алексей Александрович – к.м.н., преподаватель-исследователь, врач-эндоскопист отдела эндоскопической диагностики и хирургии ФГБУ «ГНЦК им. А.Н. Рыжих» Минздрава России, ассистент кафедры эндоскопии ФГБУ РМАНПО МЗ РФ.

Москалев Алексей Игоревич – к.м.н., руководитель научно-образовательного отдела ФГБУ «ГНЦК им. А.Н. Рыжих» Минздрава России.

Мтвралашвили Дмитрий Александрович – младший научный сотрудник отдела эндоскопической диагностики и хирургии ФГБУ «ГНЦК им. А.Н. Рыжих» Минздрава России.

Скридловский Сергей Николаевич – к.м.н., старший научный сотрудник отдела эндоскопической диагностики и хирургии ФГБУ «ГНЦК им. А.Н. Рыжих» Минздрава России.

Фролов Сергей Алексеевич – д.м.н., заместитель директора ФГБУ «ГНЦК им. А.Н. Рыжих» Минздрава России, лауреат премии правительства РФ в области науки и техники.

##### 14.3. Организации-соавторы:

ФГБУ «НМИЦ хирургии им. А.В. Вишневского» Минздрава России,

ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России.

## Справочная информация

### Дополнительная информация для членов АПК

#### Основные этапы проведения плановой диагностической колоноскопии

1. Перед эндоскопическим исследованием выполняется ревизия нижеампулярного отдела прямой кишки.
2. Введение и продвижение колоноскопа по кишке проводится наиболее физиологичным ротационным методом с использованием сегментарного сбиривания подвижных отделов толстой кишки в сочетании с ручным пособием через переднюю брюшную стенку.
3. Интубация кишки осуществляется только под контролем зрения всего просвета или большей его части. Красное пятно в поле зрения эндоскопа появляется при плотном контакте его торцевой (оптической) части с кишечной стенкой. Поиск просвета возможен только после извлечения аппарата из кишки вплоть до появления четкого изображения слизистой оболочки (цвет, сосудистый рисунок).
4. Инсуффляция воздуха контролируется по степени расправления просвета кишки. Избыток воздуха ухудшает условия проведения маневров "сбиривания" и фиксации петель подвижных отделов толстой кишки через переднюю брюшную стенку, а также вызывает боли в животе.
5. Наличие большого количества содержимого в просвете кишки, которое невозможно эвакуировать через канал эндоскопа, является показанием к прекращению исследования.
6. Ревизия толстой кишки выполняется как при введении, так и при выведении аппарата. Наиболее тщательный осмотр и эвакуация воздуха из просвета кишки проводятся при извлечении колоноскопа.

#### Порядок выполнения задания аккредитуемым

Рукоятка эндоскопа с блоком управления находится в левой руке врача, правой рукой он держит и продвигает по кишке гибкую часть колоноскопа. Осмотр толстой кишки начинается в положении больного лежа на левом боку с согнутыми и приведенными к животу коленями. Колоноскоп под контролем зрения вводится в анус и проводится через анальный канал в прямую кишку с одновременной подачей воздуха. После визуализации просвета аппарат продвигается вперед с ротацией его тела по часовой стрелке, что позволяет постоянно удерживать в поле зрения весь просвет прямой кишки. Эндоскоп, повторяя изгибы прямой кишки, достигает ректосигмоидного угла на 17-18 см по отметке на его гибкой части. В зависимости от анатомических особенностей толстой кишки ректосигмоидный угол может быть острым (закрытым) или тупым (открытым). Как правило, острый изгиб преодолевается ротацией изогнутого эндоскопа по часовой стрелке, затем аппарат выпрямляется и поворачивается против часовой стрелки. Тупой ректосигмоидный угол (в поле зрения видна большая часть просвета) преодолевается ротацией изогнутого колоноскопа против часовой стрелки, после чего его конец разгибается и поворачивается по часовой стрелке. При помощи этих маневров управляемая часть аппарата достигает нижней трети сигмовидной кишки, а больной

поворачивается на спину и исследование продолжается. Затем эндоскоп свободно продвигается до средней трети сигмовидной кишки или до верхушки ее петли. Как правило, на этом уровне начинается процесс "сборивания" петли: одновременно с поступательным движением вперед на 10-15 см управляемая часть колоноскопа ротируется по часовой стрелке, а затем при продолжающейся ротации извлекается из просвета кишки на 5-7 см. Таким образом, петля собирается и удерживается на аппарате. При необходимости "сборенную" часть сигмовидной кишки можно фиксировать рукой через переднюю брюшную стенку. При правильной технике введения продвижения и "сборивания" в месте перехода сигмовидной кишки в нисходящую в поле зрения эндоскопа виден весь просвет или большая его часть, а аппарат свободно в разогнутом состоянии проводится в нисходящую кишку.

Неадекватное продвижение колоноскопа, как правило, наблюдается при формировании петли. Выделяют следующие его виды:

- Длина введенной в анус части колоноскопа намного превышает расстояние, на которое продвинулся по кишке его дистальный конец.
- При введении колоноскопа в анус на 8-10 см его дистальный конец остается на прежнем месте (не изменяется изображение в поле зрения).
- При введении колоноскопа в анус на 8-10 см его дистальный конец соскальзывает в нижележащие отделы сигмовидной кишки.
- Колоноскоп, растягивая петлю, еще больше "заостряет" угол в месте перехода сигмовидной в нисходящую кишку.
- Дистальный конец колоноскопа теряет свободу управления, т.к. блокируются его тяги – угол изгиба управляемой части аппарата "уходит" на формирование петли.
- Просвет кишки практически не выводится в поле зрения колоноскопа.

После пальпации живота и определения формы петли маневр "сборивания" повторяется. Причем его лучше проводить в сочетании с ручным пособием через переднюю брюшную стенку. Это позволяет "спрямить" угол изгиба и полностью визуализировать просвет, а разогнутый аппарат получает свободу управления и беспрепятственно вводится в нисходящую кишку. Нисходящая кишка неподвижна, поэтому легко преодолевается эндоскопом вплоть до селезеночного изгиба. При правильной методике введения селезеночный угол достигается на расстоянии 40-50 см по отметке на колоноскопе. В зависимости от анатомических особенностей толстой кишки селезеночный угол может быть открытым, близким к прямому или закрытым, по типу "рыбьего рта" VV. При открытом типе селезеночного угла, наиболее часто встречающемся в практике, аппарат, изогнутый в сторону селезеночного угла, продвигаясь вперед с ротацией против часовой стрелки, легко проводится в начальные отделы поперечной ободочной кишки. Для исключения повторного петлеобразования "сборенная" сигмовидная кишка фиксируется руками через переднюю брюшную стенку в левой подвздошной области. При закрытом типе селезеночного угла, который наблюдается при высоком его расположении или удлинненной, провисающей в полость малого таза поперечной ободочной кишке, эндоскоп поступательно проводится до вершины селезеночного угла. Его дистальный конец изгибается по дуге большого радиуса и поступательно-ротационными движениями с поворотом тела аппарата против часовой

стрелки вводится в поперечную ободочную кишку. Затем он слегка разгибается и извлекается на несколько сантиметров с ротацией по часовой стрелке. После преодоления селезеночного изгиба у колоноскопа появляется вторая "анатомическая точка опоры", что создает условия для более свободных манипуляций. Поперечная ободочная кишка имеет брыжейку, подвижна, длина ее, как и длина сигмовидной кишки, может варьировать. При обычном поперечном расположении аппарат свободно проводится до печеночного угла. Для профилактики растяжения петли поперечной ободочной кишки при продвижении колоноскопа ассистент слегка фиксирует ее, прижимая рукой к спине. Аппарат продвигается вперед, изгибаясь по ходу просвета, затем ротируется против часовой стрелки и одновременно извлекается из кишки на несколько сантиметров. В восходящей кишке дистальный конец эндоскопа разгибается и поворачивается по часовой стрелке и проводится вперед, в купол слепой кишки.

## 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                      Эндоскопия  
 Дата                      \_\_\_\_\_                      Номер кандидата                      \_\_\_\_\_

№ п/п	Действие аккредитуемого	Критерии оценки
1.	Обработал руки гигиеническим способом	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
2.	Надел перчатки	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
3.	Нанес гель на дистальный конец колоноскопа (озвучил)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
4.	Верно взял аппарат (в левую руку, корпус рукоятки в ладони, указательный палец на клапане аспирации, средний – на клапане подачи воды и воздуха)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
5.	Взял рабочую часть колоноскопа в правую руку	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
6.	Верно придал конфигурацию дистальному концу (прямой)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
7.	Ввел колоноскоп (под контролем зрения)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
8.	Верно провел через анальный канал (одновременно расправляя кишку умеренной инсуффляцией воздуха, визуализируя просвет кишки)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
9.	Верно провел аппарат по прямой кишке	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
10.	Верно провел аппарат в сигмовидную кишку (ротационными движениями по часовой стрелке)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
11.	Произвел сборивание кишки (озвучил)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
12.	Верно провел аппарат в нисходящую кишку (ротационными движениями по часовой стрелке)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
13.	Верно провел аппарат в поперечную ободочную кишку (поступательно-ротационными движениями, против часовой стрелки)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
14.	Прошел поперечную ободочную кишку	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
15.	Верно провел аппарат в восходящую кишку (ротирова аппарат сначала против часовой стрелки, затем по часовой стрелке)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
16.	Провел колоноскоп по восходящей кишке	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
17.	Верно интубировал слепую кишку (визуализировав илеоцекальный клапан и устье червеобразного отростка)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
18.	Верно извлек колоноскоп (одновременно осматривая слизистую толстой кишки и проводя частичную аспирацию воздуха) <i>(фактическое время извлечения колоноскопа на станции должно быть не более 2 минут)</i>	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
19.	Озвучил, что время выхода составило не менее 6 минут	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
20.	Повесил колоноскоп на стойку (сказал, что отдает медицинской сестре на стерилизацию)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
21.	Сказал пациенту, что исследование закончено, он может одеваться	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
22.	Снял перчатки	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
23.	Утилизировал их в контейнер для сбора отходов класса Б	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
24.	Обработал руки гигиеническим способом	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет

\_\_\_\_\_  
 ФИО члена АПК

\_\_\_\_\_  
 подпись

\_\_\_\_\_  
 Отметка о внесении в базу (ФИО)