

**Первичная специализированная аккредитация  
специалистов здравоохранения**

**Паспорт  
экзаменационной станции**

**Физикальное обследование пациента  
(желудочно-кишечный тракт)**

**Специальности:**

*Водолазная медицина*

*Гастроэнтерология*

*Инфекционные болезни*

*Фтизиатрия*

**2020**

## Оглавление

1. Профессиональный стандарт (трудовые функции) .....	4
2. Продолжительность работы станции .....	5
3. Задача станции.....	5
4. Информация по обеспечению работы станции .....	5
4.1. Рабочее место члена АПК.....	5
4.2. Рабочее место аккредитуемого .....	6
4.2.1. Перечень мебели и прочего оборудования .....	6
4.2.2. Перечень медицинского оборудования .....	6
4.2.3. Расходные материалы .....	7
4.2.4. Симуляционное оборудование станции и его характеристики.....	7
5. Перечень ситуаций (сценариев) станции .....	7
6. Информация (брифинг) для аккредитуемого .....	7
7. Действия членов АПК, вспомогательного персонала на подготовительном этапе (перед началом работы на станции).....	8
8. Действия членов АПК, вспомогательного персонала в процессе работы станции .....	8
9. Нормативно-методическое обеспечение паспорта станции .....	10
10. Справочная информация для аккредитуемого/членов АПК (Приложение 1).....	10
11. Критерии оценивания действий аккредитуемого.....	10
12. Алгоритм выполнения навыка .....	11
13. Оценочный лист (чек-лист) .....	17
14. Сведения о разработчиках паспорта.....	19
15. Документация, заполняемая аккредитуемым лицом после выполнения практического навыка .....	21
Приложение 1.....	23
Приложение 2.....	28
Приложение 3.....	31

**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)**

### **1.1 Специальность «Водолазная медицина»**

Проверяемые компетенции ПК-1 (готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья лиц, связанных с водолазной деятельностью, включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания) и ПК-5 (готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем) в соответствии с ФГОС по специальности «водолазная медицина» (проект профессионального стандарта на стадии разработки).

### **1.2 Специальность «Гастроэнтерология»**

Профессиональный стандарт, утвержденный приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 11 марта 2019 года N 139н «Врач – гастроэнтеролог» (зарегистрировано в Министерстве юстиции Российской Федерации 8 апреля 2019 года, регистрационный N 54305).

Трудовая функция (А01/8) по диагностике заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы.

### **1.3 Специальность «Инфекционные болезни»**

Профессиональный стандарт, утвержденный приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации 14 марта 2018 года N 135н «Врач - инфекционист" (зарегистрировано в Министерстве юстиции Российской Федерации 2 апреля 2018 года, регистрационный N 50593).

Трудовая функция (А01/8) по проведению обследования пациентов с инфекционными заболеваниями и (или) состояниями с целью установления диагноза.

### **1.4 Специальность «Фтизиатрия»**

Профессиональный стандарт, утвержденный приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 31 октября 2018 года N 684н "Об утверждении профессионального стандарта «Врач – фтизиатр» (зарегистрировано в Министерстве юстиции Российской Федерации 20 ноября 2018 года, регистрационный N 52737).

Трудовая функция (А/01.8, Б/01.8) по проведению обследования пациентов в целях выявления туберкулеза и осложнений вакцинации БЦЖ и БЦЖ-М, установления диагноза туберкулеза.

## 2. Продолжительность работы станции

Общее время выполнения навыка – 10 минут.

Время нахождения аккредитуемого лица на станции – 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 умения проводить физикальное обследование желудочно-кишечного тракта.

## 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	1 шт.

	специалистов здравоохранения	
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	В случае необходимости: компьютер, регистрирующий результаты выполнения аккредитуемым действий на симуляторе (тренажере)	1 шт.
6	Оценочные чек-листы в бумажном виде (на случай возникновения технических неполадок, при работе в штатном режиме не применяются)	По количеству аккредитуемых лиц
7	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	Кушетка или функциональная кровать для размещения тренажера	1 шт.
2	Стул	1 шт.
3	Настенные часы с секундной стрелкой	1 шт.
4	Передвижной столик с набором оборудования	1 шт.

##### 4.2.2. Перечень медицинского оборудования

Таблица 4

Перечень медицинского оборудования

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

<sup>1</sup> По согласованию с председателем АПК устройство с трансляцией видеозаписи изображения 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 5

Расходные материалы (в расчете на 1 попытку аккредитуемого лица)

№ п/п	Перечень расходных материалов	Количество (на 1 попытку аккредитуемого лица)
1	Смотровые перчатки различных размеров (S, M, L)	1 пара
2	Спиртовые салфетки	2 шт.

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

Таблица 6

Симуляционное оборудование станции и его характеристики

Симуляционное оборудование	Техническая характеристика
Симулятор для отработки навыков физикального обследования органов брюшной полости	Анатомическая имитация тела взрослого человека с пальпируемыми костными анатомическими ориентирами
	Возможность проведения осмотра, пальпации, перкуссии
	Возможность имитации патологии органов ЖКТ
	Возможность определения размеров печени
	Возможность пальпации увеличенной селезенки
	Возможность имитации асцита

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

Таблица 7

Перечень ситуаций (сценариев) станции

№ п.п.	Ситуация (сценарий)
1.	Норма
2.	Гепатомегалия
3.	Спленомегалия
4.	Гепатоспленомегалия
5.	Новообразование сигмовидной кишки
6.	Асцит

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

Вы – дежурный врач. Вас пригласили в приемное отделение для проведения физикального обследования желудочно-кишечного тракта пациента. Вам необходимо выполнить манипуляцию и заполнить медицинскую документацию.

**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 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 (при необходимости).
3. Внесение индивидуального номера из логина, полученного перед прохождением первого этапа процедуры аккредитации в чек-лист в автоматизированной системе аккредитации специалистов здравоохранения.
4. Проведение регистрации последовательности и правильности действий / расхождения действий аккредитуемого в соответствии с параметрами в чек-листе.
5. Ведение минимально необходимого диалога с аккредитуемым от лица пациента и обеспечение дополнительными вводными для выполнения ситуации (сценария) (таблица 8).
6. Соблюдение правила – 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.
7. После команды аккредитуемому «Перейдите на следующую станцию» - приведение используемого симуляционного оборудования и помещения в первоначальный вид.

---

<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.



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	Текст предоставляемой вводной
1.	При уточнении аккредитуемым ФИО и возраста пациента	«Иванов Иван Иванович, 35 лет»
2.	При вопросе «Как вы себя чувствуете?»	«Все хорошо, спасибо»
3.	При предложении пациенту сесть	«Пациент сел»
4.	При попытке получения добровольного информированного согласия (разъяснение процедуры)	«Будем считать, что информированное добровольное согласие получено»
5.	При попытке обработать руки гигиеническим способом	«Будем считать, что руки обработаны»
6.	При попытке проверить срок годности и целостность оборудования	«Будем считать, что целостность не нарушена, пригодно к использованию»
7.	При выяснении жалоб и других факторов	«Жалоб нет. Последний раз ел 4 часа назад. Мочеиспускание 2 часа назад. Стул был утром»
8.	При вопросе о наличии боли в животе	«Живот не болит»
9.	При попытке оценить ладони и пальцы рук пациента	Дать вводную в соответствии со сценарием (Приложение 3)
10.	При попытке оценить слизистые оболочки	Дать вводную в соответствии со сценарием (Приложение 3)
11.	При просьбе лечь на спину	«Будем считать, что пациент все выполнил»
12.	При просьбе оголить живот	«Будем считать, что живот оголен»
13.	При просьбе изменить положение рук	«Будем считать, что действие произведено»
14.	При просьбе приподнять голову и удерживать ее	«Пациент приподнял голову»
15.	При просьбе опустить голову	«Пациент опустил голову»
16.	При просьбе положить руку в исходное положение	«Пациент положил руку вдоль тела»
17.	После определения нижней границы желудка	«Будем считать, что нижняя граница желудка на 2 см выше пупка»
18.	При попытке пропальпировать пульсацию брюшной аорты	«Пульсация без особенностей»
19.	При попытке аускультации брюшной аорты	«Аускультация брюшной аорты без особенностей»
20.	При попытке изменения положения	«Будем считать, что действие

	симулятора	произведено»
21.	По окончании выполнения практического навыка	Поблагодарить за работу и попросить перейти на следующую станцию

## 9. Нормативно-методическое обеспечение паспорта станции

1. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 02 июня 2016 N 334н «Об утверждении Положения об аккредитации специалистов»
2. Профессиональный стандарт, утвержденный приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 11 марта 2019 года N 139н «Врач – гастроэнтеролог" (зарегистрировано в Министерстве юстиции Российской Федерации 8 апреля 2019 года, регистрационный N 54305)
3. Профессиональный стандарт, утвержденный приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 14 марта 2018 года N 135н «Врач - инфекционист" (зарегистрировано в Министерстве юстиции Российской Федерации 2 апреля 2018 года, регистрационный N 50593).
4. Профессиональный стандарт, утвержденный приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 31 октября 2018 года N 684н "Об утверждении профессионального стандарта «Врач - фтизиатр" (зарегистрировано в Министерстве юстиции Российской Федерации 20 ноября 2018 года, регистрационный N 52737).
5. Проект профессионального стандарта Приказа Министерства труда и социальной защиты РФ "Об утверждении профессионального стандарта "Врач по авиационной и космической медицине".
6. 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.
7. Гребенев А.Л., Шептулин А.А. Непосредственное исследование больного. Учебное пособие – М: МЕДпресс-информ, 2010. 171 с.
8. Кукес В.Г., Маринин В.Ф., Реуцкий И.А., Сивков С.И. Врачебные методы диагностики. Учебное пособие – М.: ГЭОТАР-Медия, 2006. 718 с.
9. Манджони С. Секреты клинической диагностики. Пер. с англ., 2-е изд. - М.: Бином, 2017. 864с.

## 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 было произведено;

«Нет» – действие не было 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 специализированной аккредитации.

№ п/п	Действие аккредитуемого лица	
1.	Поздороваться с пациентом	
2.	Представиться	
3.	Обозначить свою роль	
4.	Спросить у пациента, сверяя с медицинской документацией	
	✓ фамилию	
	✓ имя	
	✓ отчество	
4.	✓ возраст	
	5.	Предложить пациенту сесть
	6.	Осведомиться о самочувствии пациента, обратившись по имени и отчеству
	7.	Информировать пациента о предстоящей манипуляции
8.	Получить согласие на проведение данной манипуляции	
	✓ прочесть информированное добровольное согласие	
	✓ уточнить наличие вопросов	
9.	Задать вопросы о жалобах и других факторах	
	✓ когда пациент последний раз ел?	
	✓ когда у пациента было последнее мочеиспускание?	
	✓ есть ли у пациента боль в животе?	
9.	✓ когда у пациента была последняя дефекация?	
	10.	Убедиться заранее, что есть все необходимое:
		✓ стетофонендоскоп
		✓ спиртовые салфетки в индивидуальной упаковке
✓ контейнер для сбора отходов класса А		
10.	✓ контейнер для сбора отходов класса Б	
	11.	Проверить целостность упаковок спиртовых салфеток
	12.	Проверить срок годности спиртовых салфеток
	13.	Убедиться в том, что одноразовая пеленка расстелена на кушетке
14.	Подготовить пациента, предложив ему лечь на кушетку на спину	
	✓ ноги выпрямлены	
	✓ руки вдоль тела	
15.	Обработать руки гигиеническим способом перед началом манипуляции	

	✓ иметь коротко подстриженные ногти
	✓ отсутствие украшений на запястьях и пальцах рук
16.	Сесть на стул рядом с пациентом
	✓ правым боком к пациенту
17.	Попросить пациента оголить живот
	<b>Осмотр пациента</b>
18.	Сказать, что хотите осмотреть живот
19.	Сказать пациенту, что хотите оценить состояние ладоней и пальцев рук
20.	Попросить пациента показать руки ладонями вверх
21.	Попросить перевернуть руки ладонями вниз
22.	Попросить пациента опустить нижнее веко, продемонстрировав, как это сделать (для оценки слизистой оболочки)
23.	Попросить пациента открыть рот и достать кончиком языка твердое небо (для оценки слизистой оболочки)
	<b>ПОВЕРХНОСТНАЯ ПАЛЬПАЦИЯ ЖИВОТА</b>
24.	Согреть руки перед обследованием
	<b>Пропальпировать брюшную стенку в левой подвздошной области</b>
25.	✓ пальцы направлены влево вверх относительно пациента
	✓ плавно сгибая пальцы в проксимальных межфаланговых суставах
	✓ смотря на реакцию пациента
	✓ с погружением пальцев в брюшную стенку на глубину не более 1 см
	<b>Пропальпировать брюшную стенку в правой подвздошной области</b>
26.	✓ пальцы направлены влево вверх относительно пациента
	✓ плавно сгибая пальцы в проксимальных межфаланговых суставах
	✓ смотря на реакцию пациента
	✓ с погружением пальцев в брюшную стенку на глубину не более 1 см
	<b>Пропальпировать брюшную стенку в области левого фланка живота</b>
27.	✓ пальцы направлены влево вверх относительно пациента
	✓ плавно сгибая пальцы в проксимальных межфаланговых суставах
	✓ смотря на реакцию пациента
	✓ с погружением пальцев в брюшную стенку на глубину не более 1 см
	<b>Пропальпировать брюшную стенку в области правого фланка живота</b>
28.	✓ пальцы направлены влево вверх относительно пациента
	✓ плавно сгибая пальцы в проксимальных межфаланговых суставах
	✓ смотря на реакцию пациента
	✓ с погружением пальцев в брюшную стенку на глубину не более 1 см
	<b>Пропальпировать брюшную стенку в области левого подреберья</b>
29.	✓ пальцы направлены влево вверх относительно пациента
	✓ плавно сгибая пальцы в проксимальных межфаланговых суставах
	✓ смотря на реакцию пациента
	✓ с погружением пальцев в брюшную стенку на глубину не более 1 см

30.	<b>Пропальпировать брюшную стенку в области правого подреберья</b>
	✓ пальцы направлены влево вверх относительно пациента
	✓ плавно сгибая пальцы в проксимальных межфаланговых суставах
	✓ смотря на реакцию пациента
31.	✓ с погружением пальцев в брюшную стенку на глубину не более 1 см
	<b>Пропальпировать брюшную стенку в эпигастральной области</b>
	✓ пальцы направлены в сторону мечевидного отростка
	✓ плавно сгибая пальцы в проксимальных межфаланговых суставах
32.	✓ смотря на реакцию пациента
	✓ с погружением пальцев в брюшную стенку на глубину не более 1 см
	<b>Пропальпировать брюшную стенку в пупочной области</b>
	✓ пальцы направлены в сторону мечевидного отростка
33.	✓ плавно сгибая пальцы в проксимальных межфаланговых суставах
	✓ смотря на реакцию пациента
	✓ с погружением пальцев в брюшную стенку на глубину не более 1 см
	<b>Оценка состояния апоневроза</b>
34.	Установить кончики пальцев вдоль белой линии живота
	✓ пальцы согнуты
35.	Надавить на глубину 1-2 см
36.	Пропальпировать белую линию на всем протяжении
37.	Поставить указательный палец в пупочное кольцо
38.	Попросить пациента приподнять голову без помощи рук и удерживать ее
39.	Удерживать указательный палец в пупочном кольце
40.	Повторить пальпацию белой линии живота
41.	Попросить пациента опустить голову
	<b>Оценка симптома флюктуации</b>
42.	Попросить пациента положить ребро ладони на живот по средней линии
	✓ слегка надавить
43.	Расположить одну руку на левом фланке живота
	✓ ладонь плотно прилегает к брюшной стенке пациента
44.	Расположить вторую руку на правом фланке живота
	✓ ладонь плотно прилегает к брюшной стенке пациента
45.	Выполнить толчкообразные движения одной рукой:
	✓ ладонной поверхностью пальцев
	✓ 2-3 движения
	✓ резко

	✓ на глубину более 1 см
46.	Попросить пациента вернуть руку в исходное положение
	<b>ГЛУБОКАЯ ПАЛЬПАЦИЯ ЖИВОТА</b>
	<b>Пальпация сигмовидной кишки</b>
47.	Положить правую ладонь в левой подвздошной области, направив сомкнутые пальцы в сторону передней верхней подвздошной ости слева
48.	Сместить складку кожи к пупку на 1-2 см
49.	Погрузить дистальные фаланги пальцев в направлении задней стенки живота
	✓ на глубину более 1 см
	✓ в направлении задней стенки живота
	✓ на выдохе пациента
50.	Пропальпировать сигмовидную кишку
	✓ сделав скользящее движение от пупка дистальными фалангами пальцев
	<b>Пальпация слепой кишки</b>
51.	Положить правую ладонь в правой подвздошной области
	✓ кончики пальцев направлены в сторону пупка
	✓ пальцы сомкнуты
	✓ слегка согнуты
52.	Сместить складку кожи к пупку на 1-2 см
53.	Погрузить пальцы правой руки
	✓ в направлении задней стенки живота
	✓ на глубину более 1 см
	✓ на выдохе пациента
54.	Совершить скольжение пальцами правой руки
	✓ в направлении от пупка
	✓ на расстоянии 3-6 см
	<b>Пальпация восходящей ободочной кишки</b>
55.	Расположить левую ладонь под правой поясничной областью, направив сомкнутые пальцы в сторону позвоночника
56.	Положить правую ладонь в область правого фланка живота, направив сомкнутые пальцы в сторону средней линии
57.	Сместить складку кожи в сторону пупка на 1-2 см
58.	Погрузить дистальные фаланги пальцев
	✓ на глубину более 1 см
	✓ в направлении задней стенки живота
	✓ на выдохе пациента
59.	Пропальпировать восходящую ободочную кишку, сделав скользящее движение дистальными фалангами пальцев от пупка
	<b>Пальпация нисходящей ободочной кишки</b>
60.	Расположить левую ладонь под левой поясничной областью, направив сомкнутые пальцы в сторону позвоночника
61.	Положить правую ладонь в область левого фланка живота, направив сомкнутые

	пальцы в сторону бокового фланка
62.	Сместить складку кожи в сторону пупка на 1-2 см
63.	Погрузить дистальные фаланги пальцев
64.	✓ на глубину более 1 см
65.	✓ в направлении задней стенки живота
66.	✓ на выдохе пациента
67.	Пропальпировать нисходящую ободочную кишку, сделав скользящее движение дистальными фалангами пальцев от пупка
	<b>Определение нижней границы желудка</b>
68.	Использовать стетофонендоскоп
69.	Приложить мембрану к ладони на 3-5 секунд
70.	Взять головку стетофонендоскопа в субдоминантную руку
71.	Установить головку стетофонендоскопа в эпигастрии по срединной линии
72.	Совершать касательные, штриховые движения указательным пальцем доминантной руки в направлении от основания мечевидного отростка к пупку
	<b>Пальпация поперечной ободочной кишки</b>
	Положить ладони по наружным краям прямых мышц живота
73.	✓ на 2-3 см ниже нижней границы желудка
	✓ направив сомкнутые пальцы в сторону головы
74.	Сместить складку кожи от пупка на 1-2 см
	Погрузить дистальные фаланги пальцев
75.	✓ на глубину более 1 см
	✓ в направлении задней стенки живота
	✓ на выдохе пациента
76.	Пропальпировать поперечную ободочную кишку, сделав скользящее движение дистальными фалангами пальцев к пупку
	<b>Определение нижней границы печени</b>
	Перкутировать нижнюю границу печени:
77.	✓ по среднеключичной линии
	✓ начав из правой подвздошной области
	✓ до тупого звука
	<b>Пальпация печени</b>
78.	Попросить пациента скрестить руки на груди
	Расположить кисть левой руки на правой поясничной области
79.	✓ на уровне двух последних ребер
	✓ перпендикулярно позвоночнику
	✓ большой палец на краю реберной дуги спереди
	✓ плотно облегает пациента
80.	Правильно установить правую руку:
	✓ ладонь плотно прилегает к брюшной стенке
	✓ пальцы сомкнуты

	✓ средний палец слегка согнут в I и II межфаланговых суставах
	✓ параллельно краю печени
	✓ на 2 см ниже обнаруженной нижней границы
81.	Сместить складку кожи к пупку на 1-2 см
82.	На выдохе пациента погрузить пальцы на 3 см под реберную дугу
83.	Попросить пациента сделать животом глубокий вдох
	<b>Пальпация селезенки</b>
	Положить кисть левой руки на левую половину грудной клетки пациента
	✓ на уровне передней подмышечной линии
84.	✓ вдоль VII - X ребер
	✓ пальцами в сторону позвоночника
	✓ ладонь плотно прилегает к телу пациента
	Положить правую кисть на брюшную стенку пациента:
	✓ пальцы перпендикулярны реберной дуге
85.	✓ на уровне передней подмышечной линии
	✓ полусогнуты
	✓ ладонь прилегает к телу пациента
86.	Сместить складку кожи к пупку на 3-4 см
	На выдохе пациента погрузить пальцы:
87.	✓ под реберную дугу
	✓ под углом 45°
88.	Попросить пациента сделать глубокий вдох животом
	Сделать скользящее движение пальцами:
89.	✓ на высоте вдоха пациента
	✓ пальцами в сторону наружного края реберной дуги
	<b>ПАЛЬПАЦИЯ И АУСКУЛЬТАЦИЯ СОСУДОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ</b>
	<b>Пальпация брюшной аорты</b>
	✓ расположив ладони в продольном направлении
90.	✓ на одинаковом расстоянии с двух сторон от средней линии живота
	✓ продвигаясь в направлении от периферии к центру
	✓ до момента появления пульсации под пальцами
	<b>Аускультация брюшной аорты</b>
91.	Поставить головку стетофонендоскопа на 2-3 см выше пупка по белой линии
92.	Очень плотно прижать головку стетофонендоскопа в момент выдоха пациента
93.	Попросить пациента задержать дыхание на выдохе на 15 секунд
94.	Сообщить пациенту о возможности свободно дышать
95.	Перенести головку стетофонендоскопа в зону по наружному краю прямой мышцы живота слева на уровне пупка
96.	Очень плотно прижать головку стетофонендоскопа в момент выдоха пациента, не прилагая дополнительных усилий
97.	Попросить пациента задержать дыхание на выдохе на 15 секунд



98.	Сообщить пациенту о возможности свободно дышать
99.	Перенести головку стетофонендоскопа по наружному краю прямой мышцы живота справа на уровне пупка
100.	Очень плотно прижать головку стетофонендоскопа в момент выдоха пациента, не прилагая дополнительных усилий
101.	Попросить пациента задержать дыхание на выдохе на 15 секунд
102.	Сообщить пациенту о возможности свободно дышать
	<b>Завершение</b>
103.	Справиться о самочувствии пациента
104.	Сообщить пациенту, что осмотр живота окончен
105.	Сказать пациенту, что он может одеваться
106.	Предложить пациенту подождать снаружи
107.	Вскрыть упаковку стерильной салфетки
108.	Утилизировать упаковку в контейнер для отходов класса А
109.	Обработать мембрану стетофонендоскопа спиртовой салфеткой круговыми движениями
110.	Утилизировать салфетку в контейнер для отходов класса Б
111.	Соблюдать правильную последовательность действий
112.	Обработать руки гигиеническим способом
113.	Заполнить медицинскую документацию

### 13. Оценочный лист (чек-лист)

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

№ п/п	Действие аккредитуемого	Критерий оценки
1.	Установил контакт с пациентом ( <i>поздоровался, представился, обозначил свою роль</i> )	√ да □ нет
2.	Идентифицировал пациента ( <i>попросил пациента представиться, назвать возраст, сверяя с медицинской документацией</i> )	√ да □ нет
3.	Предложил пациенту сесть	√ да □ нет
4.	Осведомился о самочувствии пациента, обратившись по имени и отчеству	√ да □ нет
5.	Получил добровольное информированное согласие пациента ( <i>прочитал информированное согласие, рассказал о предстоящей манипуляции, уточнил наличие вопросов</i> )	√ да □ нет
6.	Задал все необходимые вопросы ( <i>когда ел, когда последний раз ходил в туалет, есть ли боли в животе</i> )	√ да □ нет
7.	Заранее подготовил все необходимое ( <i>стетофонендоскоп, спиртовые салфетки, контейнеры для сбора отходов класса А и Б</i> )	√ да □ нет
8.	Проверил сроки годности и целостность оборудования перед началом манипуляции	√ да □ нет

9.	Сказал пациенту, как необходимо лечь ( <i>на кушетку, на спину, ноги выпрямлены, руки вдоль тела</i> )	√ да <input type="checkbox"/> нет
10.	Обработал руки гигиеническим способом	√ да <input type="checkbox"/> нет
11.	Сел на стул рядом с пациентом (правым боком к пациенту) и попросил оголить живот	√ да <input type="checkbox"/> нет
12.	Сказал, что осматривает живот	√ да <input type="checkbox"/> нет
13.	Сказал, что оценивает ладони и пальцы рук ( <i>верно объяснив, как необходимо показать ладони</i> )	√ да <input type="checkbox"/> нет
14.	Сказал, что пациенту необходимо опустить нижнее веко, продемонстрировав на себе как это сделать (для осмотра слизистой оболочки)	√ да <input type="checkbox"/> нет
15.	Попросил пациента открыть рот и достать кончиком языка до неба (для осмотра слизистой оболочки)	√ да <input type="checkbox"/> нет
16.	Согрел руки перед пальпацией	√ да <input type="checkbox"/> нет
17.	Пропальпировал брюшную стенку в левой подвздошной области ( <i>плавно сгибая пальцы в проксимальных межфаланговых суставах, смотря на реакцию пациента, с погружением пальцев в брюшную стенку на глубину не более 1 см</i> )	√ да <input type="checkbox"/> нет
18.	Пропальпировал брюшную стенку в правой подвздошной области ( <i>аналогичным образом</i> )	√ да <input type="checkbox"/> нет
19.	Пропальпировал брюшную стенку в области левого фланка живота ( <i>аналогичным образом</i> )	√ да <input type="checkbox"/> нет
20.	Пропальпировал брюшную стенку в области правого фланка живота ( <i>аналогичным образом</i> )	√ да <input type="checkbox"/> нет
21.	Пропальпировал брюшную стенку в области левого подреберья ( <i>аналогичным образом</i> )	√ да <input type="checkbox"/> нет
22.	Пропальпировал брюшную стенку в области правого подреберья ( <i>аналогичным образом</i> )	√ да <input type="checkbox"/> нет
23.	Пропальпировал брюшную стенку в эпигастральной области ( <i>аналогичным образом</i> )	√ да <input type="checkbox"/> нет
24.	Пропальпировал брюшную стенку в пупочной области ( <i>аналогичным образом</i> )	√ да <input type="checkbox"/> нет
25.	Пропальпировал брюшную стенку в надлобковой области ( <i>аналогичным образом</i> )	√ да <input type="checkbox"/> нет
26.	Верно оценил состояние апоневроза ( <i>кончики согнутых пальцев вдоль белой линии живота, пропальпировал линию на всем протяжении; попросил пациента поднять голову и снова пропальпировал линию на всем протяжении</i> )	√ да <input type="checkbox"/> нет
27.	Верно оценил состояние пупочного кольца ( <i>указательный палец установил в пупочном кольце; пациент поднимает голову</i> )	√ да <input type="checkbox"/> нет
28.	Оценил наличие симптома флюктуации ( <i>попросил пациента расположить ребро ладони вдоль средней линии живота; одна ладонь врача плотно прилегает к боковому фланку живота пациента, другая выполняет резкие толчкообразные движения ладонной поверхностью пальцев</i> )	√ да <input type="checkbox"/> нет
29.	Верно выполнил пальпацию сигмовидной кишки ( <i>смещая складку кожи к пупку на 1-2 см; погружая дистальные фаланги в направлении задней стенки живота на глубину более 1 см; пальпация на выдохе пациента</i> )	√ да <input type="checkbox"/> нет

30.	Верно выполнил пальпацию слепой кишки (аналогичным образом)	<input checked="" type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
31.	Верно определил нижнюю границу желудка (головку стетофонендоскопа установил в эпигастральной области; совершил касательные, штриховые движения от мечевидного отростка в сторону пупка)	<input checked="" type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
32.	Верно выполнил пальпацию поперечной ободочной кишки (ладони на 2-3 см выше найденной границы, по краям от прямых мышц живота; смещая кожную складку к пупку на 1-2 см, погрузил пальцы в брюшную стенку на глубину более 1 см на выдохе пациента)	<input checked="" type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
33.	Верно выполнил пальпацию восходящей ободочной кишки (ладонь субдоминантной руки плотно прилегает к пояснице пациента; сместив складку кожи к пупку, погрузил пальцы в брюшную стенку на глубину более 1 см навстречу субдоминантной руке, на выдохе пациента)	<input checked="" type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
34.	Верно выполнил пальпацию нисходящей ободочной кишки (ладонь субдоминантной руки плотно прилегает к пояснице пациента; сместив складку кожи к пупку, погрузил пальцы в брюшную стенку на глубину более 1 см навстречу субдоминантной руке, на выдохе пациента)	<input checked="" type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
35.	Верно определил нижнюю границу печени (выполнил перкуссию по среднеключичной линии из правой подвздошной области до притупления звука)	<input checked="" type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
36.	Верно выполнил пальпацию печени (пациент скрестил руки на груди; субдоминантная рука фиксирует реберную дугу пациента; сомкнутые пальцы доминантной руки на одной линии, на 2 см ниже найденной границы; складка кожи на 1-2 см к пупку; на выдохе пациента погрузил пальцы под реберную дугу и попросил пациента вдохнуть животом)	<input checked="" type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
37.	Верно выполнил перкуссию селезенки	<input checked="" type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
38.	Верно выполнил пальпацию селезенки (в положении пациента на спине, методика аналогична пальпации печени)	<input checked="" type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
39.	Верно выполнил пальпацию брюшной аорты (ладони продольно прямым мышцам живота, пропальпировал, передвигая их от периферии к центру)	<input checked="" type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
40.	Верно выполнил аускультацию брюшной аорты (головка стетофонендоскопа на 2-3 см выше пупка по белой линии живота, плотно прижимая головку стетоскопа выполнил аускультацию с двух сторон от белой линии живота во время задержки дыхания пациентом по 15 секунд с каждой стороны)	<input checked="" type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
41.	Справился о самочувствии пациента	<input checked="" type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
42.	Обработал руки гигиеническим способом	<input checked="" type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
43.	Верно заполнил заключение	<input checked="" type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет

#### 14. Сведения о разработчиках паспорта

14.1. Ответственная Организация-разработчик

ФГОАУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет)

#### 14.2. Авторы-составители

Ивашкин Владимир Трофимович – академик РАН, профессор, зав. кафедрой пропедевтики внутренних болезней Института клинической медицины им. Н.В. Склифосовского ФГОАУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет)

Лещенко Валентина Ивановна – доцент кафедры пропедевтики внутренних болезней Института клинической медицины им. Н.В. Склифосовского ФГОАУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет)

Нечаев Владимир Михайлович – доцент кафедры пропедевтики внутренних болезней Института клинической медицины им. Н.В. Склифосовского ФГОАУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет)

Трухманов Александр Сергеевич – профессор кафедры пропедевтики внутренних болезней Института клинической медицины им. Н.В. Склифосовского ФГОАУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет)

Шептулин Аркадий Александрович – профессор кафедры пропедевтики внутренних болезней Института клинической медицины им. Н.В. Склифосовского ФГОАУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет)

Широкова Елена Николаевна – профессор кафедры пропедевтики внутренних болезней Института клинической медицины им. Н.В. Склифосовского ФГОАУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет)

Ефремова И.В. – аспирант кафедры пропедевтики внутренних болезней Института клинической медицины им. Н.В. Склифосовского ФГОАУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет)

Ковалева М.Н., Петров С.Н. – сотрудники Аккредитационно-симуляционного центра Института электронного медицинского образования ФГОАУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет)

#### 14.3. Рецензенты

ФГБУ «НМИЦ фтизиопульмонологии и инфекционных заболеваний» Минздрава России

ЧУЗ «Центральная клиническая больница «РЖД-Медицина» - главный гастроэнтеролог Центральной дирекции здравоохранения РЖД Кучерявый Ю.А. – Паспорт станции ОСКЭ рекомендован для проведения первичной специализированной аккредитации по специальностям «Авиационная и космическая медицина», «Водолазная медицина», «Гастроэнтерология», «Инфекционные болезни» и «Пульмонология».

ФГОАУ ВО Первый МГМУ им.И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский университет) – Паспорт станции ОСКЭ рекомендован для проведения первичной специализированной аккредитации по специальностям «Авиационная и космическая медицина», «Водолазная медицина», «Гастроэнтерология».

ФГБУ «НМИЦ фтизиопульмонологии и инфекционных заболеваний» Минздрава России – Паспорт станции ОСКЭ рекомендован для проведения первичной специализированной аккредитации по специальностям «Инфекционные болезни» и «Фтизиатрия».

**15. Документация, заполняемая аккредитуемым лицом после выполнения практического навыка**

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

*Выберите один верный ответ:*

Наличие расширенной венозной сети передней брюшной стенки

- да
- нет

Наличие напряжения мышц передней брюшной стенки

- да
- нет

Наличие диастаза прямых мышц живота в области белой линии

- да
- нет

Расширение пупочного кольца

- да
- нет

Наличие симптома флюктуации

- да
- нет

Состояние и диаметр сигмовидной кишки

- увеличена в диаметре и уплотнена
- увеличена в диаметре с неровным контуром
- в форме цилиндра, в диаметре не увеличена

Состояние и диаметр слепой кишки

- увеличена и уплотнена
- увеличена в диаметре с неровной поверхностью
- мягкая, урчит при пальпации

Состояние и диаметр восходящей ободочной кишки

- увеличена в диаметре и уплотнена
- увеличена в диаметре с неровной поверхностью
- в форме тяжа, в диаметре не увеличена
- не пальпируется

Состояние и размеры нисходящей ободочной кишки

- увеличена в диаметре и уплотнена
- увеличена в диаметре с неровной поверхностью
- в форме тяжа, в диаметре не увеличена
- не пальпируется

Состояние и размеры поперечно-ободочной кишки

- увеличена в диаметре и уплотнена
- увеличена в диаметре с неровной поверхностью
- в форме цилиндра, в диаметре не увеличена

- не пальпируется

Нижняя граница печени расположена

- по краю реберной дуги
- на 1 см ниже реберной дуги
- на 2 см ниже реберной дуги
- на 3 см ниже реберной дуги
- на 4 см ниже реберной дуги

Состояние печени

- мягкая, эластичная
- плотная, бугристая
- не пальпируется

Состояние и размеры селезенки

- увеличена в размере, пальпируется
- нормального размера, не пальпируется

## Приложение 1

### Справочная информация для аккредитуемого и членов АПК

*Цитата из монографии А.Л. Гребенев, А.А. Шентулин  
«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 плашмя 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 эпигастральной 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). Начинающиеся 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



кашлевым 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 третей *linea umbilicoiliaceae 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 снутри – вниз, влево и снаружи). 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 третей *linea umbilicoiliaceae 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, снаружи 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 кнаружи. 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.

## 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 оценочных чек-листов.

## ОЦЕНОЧНЫЙ ЛИСТ

II этап аккредитационного экзамена                      Специальность \_\_\_\_\_  
 Дата \_\_\_\_\_                      Номер кандидата \_\_\_\_\_  
 Номер ситуации \_\_\_\_\_

№ п/п	Действие аккредитуемого	Критерий оценки
1.	Установил контакт с пациентом ( <i>поздоровался, представился, обозначил свою роль</i> )	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
2.	Идентифицировал пациента ( <i>попросил пациента представиться, назвать возраст, сверяя с медицинской документацией</i> )	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
3.	Предложил пациенту сесть	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
4.	Осведомился о самочувствии пациента, обратившись по имени и отчеству	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
5.	Получил добровольное информированное согласие пациента ( <i>прочитал информированное согласие, рассказал о предстоящей манипуляции, уточнил наличие вопросов</i> )	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
6.	Задал все необходимые вопросы ( <i>когда ел, когда последний раз ходил в туалет, есть ли боли в животе</i> )	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
7.	Заранее подготовил все необходимое ( <i>стетфонендоскоп, спиртовые салфетки, контейнеры для сбора отходов класса А и Б</i> )	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
8.	Проверил сроки годности и целостность оборудования перед началом манипуляции	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
9.	Сказал пациенту, как необходимо лечь ( <i>на кушетку, на спину, ноги выпрямлены, руки вдоль тела</i> )	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
10.	Обработал руки гигиеническим способом	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
11.	Сел на стул рядом с пациентом (правым боком к пациенту) и попросил оголить живот	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
12.	Сказал, что осматривает живот	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
13.	Сказал, что оценивает ладони и пальцы рук ( <i>верно объяснив, как необходимо показать ладони</i> )	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
14.	Сказал, что пациенту необходимо опустить нижнее веко, продемонстрировав на себе как это сделать (для осмотра слизистой оболочки)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
15.	Попросил пациента открыть рот и достать кончиком языка до неба (для осмотра слизистой оболочки)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
16.	Согрел руки перед пальпацией	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
17.	Пропальпировал брюшную стенку в левой подвздошной области ( <i>плавно сгибая пальцы в проксимальных межфаланговых суставах, смотря на реакцию пациента, с</i>	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет

	<i>погружением пальцев в брюшную стенку на глубину не более 1 см)</i>	
18.	Пропальпировал брюшную стенку в правой подвздошной области (аналогичным образом)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
19.	Пропальпировал брюшную стенку в области левого фланка живота (аналогичным образом)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
20.	Пропальпировал брюшную стенку в области правого фланка живота (аналогичным образом)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
21.	Пропальпировал брюшную стенку в области левого подреберья (аналогичным образом)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
22.	Пропальпировал брюшную стенку в области правого подреберья (аналогичным образом)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
23.	Пропальпировал брюшную стенку в эпигастральной области (аналогичным образом)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
24.	Пропальпировал брюшную стенку в пупочной области (аналогичным образом)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
25.	Пропальпировал брюшную стенку в надлобковой области (аналогичным образом)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
26.	Верно оценил состояние апоневроза (кончики согнутых пальцев вдоль белой линии живота, пропальпировал линию на всем протяжении; попросил пациента поднять голову и снова пропальпировал линию на всем протяжении)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
27.	Верно оценил состояние пупочного кольца (указательный палец установил в пупочном кольце; пациент поднимает голову)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
28.	Оценил наличие симптома флюктуации (попросил пациента расположить ребро ладони вдоль средней линии живота; одна ладонь врача плотно прилегает к боковому фланку живота пациента, другая выполняет резкие толчкообразные движения ладонной поверхностью пальцев)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
29.	Верно выполнил пальпацию сигмовидной кишки (сдвигая складку кожи к пупку на 1-2 см; погружая дистальные фаланги в направлении задней стенки живота на глубину более 1 см; пальпация на выдохе пациента)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
30.	Верно выполнил пальпацию слепой кишки (аналогичным образом)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
31.	Верно определил нижнюю границу желудка (головку стетофонендоскопа установил в эпигастральной области; совершил касательные, итриховые движения от мечевидного отростка в сторону пупка)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
32.	Верно выполнил пальпацию поперечной ободочной кишки (ладони на 2-3 см выше найденной границы, по краям от прямых мышц живота; сдвигая кожную складку к пупку на 1-2 см, погрузил пальцы в брюшную стенку на глубину более 1 см на выдохе пациента)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
33.	Верно выполнил пальпацию восходящей ободочной кишки (ладонь субдоминантной руки плотно прилегает к пояснице пациента; сместив складку кожи к пупку, погрузил пальцы в брюшную стенку на глубину более 1 см навстречу субдоминантной руке, на выдохе пациента)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет

34.	Верно выполнил пальпацию нисходящей ободочной кишки (ладонь субдоминантной руки плотно прилегает к пояснице пациента; сместив складку кожи к пупку, погрузил пальцы в брюшную стенку на глубину более 1 см навстречу субдоминантной руке, на выдохе пациента)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
35.	Верно определил нижнюю границу печени (выполнил перкуссию по среднеключичной линии из правой подвздошной области до притупления звука)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
36.	Верно выполнил пальпацию печени (пациент скрестил руки на груди; субдоминантная рука фиксирует реберную дугу пациента; сомкнутые пальцы доминантной руки на одной линии, на 2 см ниже найденной границы; складка кожи на 1-2 см к пупку; на выдохе пациента погрузил пальцы под реберную дугу и попросил пациента вдохнуть животом)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
37.	Верно выполнил перкуссию селезенки	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
38.	Верно выполнил пальпацию селезенки (в положении пациента на спине, методика аналогична пальпации печени)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
39.	Верно выполнил пальпацию брюшной аорты (ладони продольно прямым мышцам живота, пропальпировал, передвигая их от периферии к центру)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
40.	Верно выполнил аускультацию брюшной аорты (головка стетофонендоскопа на 2-3 см выше пупка по белой линии живота, плотно прижимая головку стетоскопа выполнил аускультацию с двух сторон от белой линии живота во время задержки дыхания пациентом по 15 секунд с каждой стороны)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
41.	Справился о самочувствии пациента	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
42.	Обработал руки гигиеническим способом	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
43.	Верно заполнил заключение	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет

ФИО члена АПК \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_   
подпись

Приложение 3

Текст для озвучивания сотрудником (вспомогательным персоналом), управляющим симулятором пациента  
(при оценке витальных функций, которые не воспроизводятся симулятором самостоятельно)

Ситуация Действия участников	1	2	3	4	5	6
	Норма	Гепатомегалия	Спленомегалия	Гепато- спленомегалия	Новообразование сигмовидной кишки	Асцит
При попытке оценить состояние ладоней и пальцев рук	Ладони и пальцы рук без особенностей	Ладони и пальцы рук без особенностей	Ладони и пальцы рук без особенностей	Ладони и пальцы рук без особенностей	Ладони и пальцы рук без особенностей	Ладони и пальцы рук без особенностей
При попытке оценить видимые слизистые	Видимые слизистые без особенностей	Слизистые несколько иктеричны	Видимые слизистые без особенностей	Слизистые несколько иктеричны	Видимые слизистые без особенностей	Слизистые несколько иктеричны