

Первичная аккредитация специалистов здравоохранения
Первичная специализированная аккредитация
специалистов здравоохранения

Паспорт экзаменационной станции

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

Специальности:

Лечебное дело

Водолазная медицина

Гастроэнтерология

Инфекционные болезни

Общая врачебная практика (семейная медицина)

Терапия

Фтизиатрия

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	6
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	11
11. Критерии оценивания действий аккредитуемого.....	11
12. Алгоритм выполнения навыка	11
13. Оценочный лист (чек-лист)	15
14. Медицинская документация.....	17
15. Документация, заполняемая аккредитуемым	19
16. Сведения о разработчиках паспорта.....	20
Приложение 1.....	21
Приложение 2.....	22

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 «Лечебное дело»

Профессиональный стандарт, утвержденный приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 21.03.2017 г. № 293н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач-лечебник (врач-терапевт участковый)».

Трудовая функция: А/02.7 Проведение обследования пациента с целью установления диагноза.

1.2 Специальность «Водолазная медицина»

Профессиональные компетенции: 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 (ПК-1).

Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ-10).

1.3 Специальность «Гастроэнтерология»

Профессиональный стандарт, утвержденный приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 11 марта 2019 года № 139н «Врач – гастроэнтеролог»

Трудовая функция: А01/8 Диагностика заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы.

1.4 Специальность «Инфекционные болезни»

Профессиональный стандарт, утвержденный приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации 14 марта 2018 года № 135н «Врач – инфекционист»

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

1.5 Специальность «Общая врачебная практика (семейная медицина)»

Проект профессионального стандарта «Врач общей практики (семейный врач)».

Трудовая функция: А/01.8 Проведение обследования пациентов с целью установления диагноза.

1.6 Специальность «Терапия»

Проект профессионального стандарта «Врач-терапевт».

Трудовая функция: Диагностика заболеваний и (или) состояний по профилю «Терапия».

1.7 Специальность «Фтизиатрия»

Профессиональный стандарт, утвержденный приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 31 октября 2018 года № 684н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач – фтизиатр»

Трудовые функции:

А/01.8 Проведение обследования пациентов в целях выявления туберкулеза и осложнений вакцинации БЦЖ и БЦЖ-М, установления диагноза туберкулеза.

В/01.8 Проведение обследования пациентов в целях выявления туберкулеза, установления диагноза туберкулеза при оказании специализированной медицинской помощи.

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 лицом 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	1 шт.

	автоматизированной системе проведения аккредитации специалистов здравоохранения Минздрава России	
4.	Устройство для трансляции видео- и аудиозаписей ¹ с места работы аккредитуемого лица с возможностью давать вводные, предусмотренные паспортом станции	1 шт.

В случае возникновения технического сбоя работа на станции ОСКЭ прекращается до устранения неполадок, бумажные версии чек-листов не распечатываются.

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.	Компьютер с выходом в Интернет для доступа к автоматизированной системе проведения аккредитации специалистов здравоохранения Минздрава России	1 шт.
2.	Стол рабочий	1 шт.
3.	Стул	2 шт.
4.	Кушетка или функциональная кровать для размещения тренажера	1 шт.
5.	Раковина с локтевым смесителем (допускается имитация)/ антисептик для рук	1 шт.
6.	Диспенсер для одноразовых полотенец (допускается имитация)	1 шт.
7.	Диспенсер для жидкого мыла (допускается имитация)	1 шт.
8.	Настенные часы с секундной стрелкой	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.

4.2.3. Расходные материалы

Таблица 5

¹ 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.

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.
3.	Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях	1 шт.
4.	Бланк добровольного информированного согласия	1 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, желтуха
3.	Спленомегалия
4.	Гепатоспленомегалия, желтуха
5.	Асцит и гепатомегалия, желтуха

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

Характеристики симулятора для каждой ситуации представлены в Приложении 1.

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 по результатам физикального обследования желудочно-кишечного тракта ОБЯЗАТЕЛЬНО заполнить форму заключения на компьютере.

7. Действия членов АПК, вспомогательного персонала² 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 работе³.
5. Проверка готовности трансляции видеозаписей в комнату видеонаблюдения (при наличии таковой).
6. Получение логина и пароля для входа в автоматизированную систему проведения аккредитации специалистов здравоохранения Минздрава России и вход в нее. Сверка своих персональных данных.
7. Выбор ситуации согласно решению АПК.
8. 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 проведения аккредитации специалистов здравоохранения Минздрава России.
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 правил: не говорить ничего от себя, не вступать в переговоры, даже если Вы не согласны с мнением аккредитуемого. Не задавать уточняющих вопросов, не высказывать никаких требований.

² 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.

³ При использовании некоторых симуляторов для достижения соответствия пальпаторной картины заданной ситуации рекомендовано обратить внимание на Приложение 1.

7. После команды аккредитуемому: «Перейдите на следующую станцию» приведение используемого симуляционного оборудования и помещения в первоначальный вид.

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

Таблица 8

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

№ п/п	Действие аккредитуемого лица	Текст вводной
1.	При приветствии пациента	«Здравствуйте»
2.	При уточнении аккредитуемым ФИО и возраста пациента	«Иванов Иван Иванович, 35 лет»
3.	При вопросе «Как Вы себя чувствуете?»	«Все хорошо, спасибо»
4.	При вопросе о наличии боли в животе в настоящий момент, до начала осмотра	«Живот не болит»
5.	При вопросе о наличии других жалоб	«Жалоб нет»
6.	При попытке получения добровольного информированного согласия (разъяснение процедуры)	«Будем считать, что информированное добровольное согласие получено»
7.	При уточнении наличия вопросов	«Вопросов нет»
8.	При просьбе лечь на спину на кушетку	«Будем считать, что пациент лег на кушетку»
9.	При попытке обработать руки гигиеническим способом	«Будем считать, что руки обработаны»
10.	При попытке оценить ладони и пальцы рук пациента	«Ладони и пальцы рук без особенностей»
11.	При попытке оценить слизистые оболочки	<i>Ситуации № 1,3:</i> «Видимые слизистые без особенностей» <i>Ситуации № 2,4,5:</i> «Слизистые несколько иктеричны»
12.	При вопросе о болезненности во время пальпации живота	<i>Ситуация №1:</i> «Не болит» <i>Ситуации № 2-5:</i> «Немного больно в середине верхней части живота»
13.	При осмотре живота	<i>Ситуации № 1-4:</i> «Без особенностей» <i>Ситуация №5</i> «Живот увеличен в объеме, симметричен»
14.	При попытке аускультации живота и брюшной аорты	«Выслушиваются кишечные шумы. Аускультация брюшной аорты без особенностей»
15.	При просьбе изменить положение рук	«Будем считать, что действие произведено»
16.	При просьбе приподнять голову и	«Пациент приподнял голову»

	удерживать ее	
17.	При просьбе опустить голову	«Пациент опустил голову»
18.	При просьбе положить руку в исходное положение	«Пациент положил руку вдоль тела»
19.	После определения нижней границы желудка	«Будем считать, что нижняя граница желудка на 2 см выше пупка»
20.	При попытке изменения положения симулятора	«Будем считать, что действие произведено»
21.	При осведомлении о самочувствии пациента после обследования	«Все хорошо»

9. Нормативно-методическое обеспечение паспорта станции

1. Положение об аккредитации специалистов – актуальный приказ Минздрава России на момент проведения процедуры аккредитации специалистов.
2. Профессиональный стандарт, утвержденный приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 11 марта 2019 года № 139н «Врач – гастроэнтеролог»
3. Профессиональный стандарт, утвержденный приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 14 марта 2018 года № 135н «Врач – инфекционист»
4. Профессиональный стандарт, утвержденный приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 31 октября 2018 года № 684н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач – фтизиатр»
5. Профессиональный стандарт, утвержденный приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 21.03.2017 г. № 293н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач-лечебник (врач-терапевт участковый)»
6. Проект профессионального стандарта «Врач общей практики (семейный врач)» (https://org.gnicpm.ru/gruppa_rrpop/professionalnyie-standartyi.html)
7. Проект профессионального стандарта «Врач-терапевт» (https://org.gnicpm.ru/gruppa_rrpop/professionalnyie-standartyi.html)
8. 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.
9. Гребенев А.Л., Шептулин А.А. Непосредственное исследование больного. Учебное пособие – М: МЕДпресс-информ, 2010. 171 с.
10. Кулес В.Г., Маринин В.Ф., Реуцкий И.А., Сивков С.И. Врачебные методы диагностики. Учебное пособие – М.: ГЭОТАР-Медия, 2006. 718 с.
11. Манджони С. Секреты клинической диагностики. Пер. с англ., 2-е изд. - М.: Бином, 2017. 864с.

10. Справочная информация для аккредитуемого/членов АПК

(Приложения 1, 2)

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.	Спросить у пациента, сверяя с медицинской документацией:
	✓ фамилию
	✓ имя
	✓ отчество
	✓ возраст
4.	Осведомиться о самочувствии пациента, включая наличие боли в животе, обратившись по имени и отчеству
5.	Информировать пациента о предстоящей манипуляции
6.	Получить согласие на проведение данной манипуляции:
	✓ прочитать информированное добровольное согласие
	✓ уточнить наличие вопросов
7.	Подготовить пациента, предложив ему лечь на кушетку на спину
	✓ ноги выпрямлены
	✓ руки вдоль тела
8.	Обработать руки гигиеническим способом
	✓ иметь коротко подстриженные ногти
	✓ отсутствие украшений на запястьях и пальцах рук
9.	Сесть на стул рядом с пациентом, правым боком к нему
	Осмотр пациента
10.	Сказать пациенту, что хотите оценить состояние ладоней и пальцев рук
	✓ попросить пациента показать руки ладонями вверх
	✓ попросить перевернуть руки ладонями вниз
11.	Попросить пациента опустить нижнее веко, продемонстрировав, как это сделать (для оценки слизистой оболочки), оценить цвет склеры глаз
12.	Попросить пациента открыть рот и достать кончиком языка твердое небо (для оценки)

	слизистой оболочки)
13.	Провести осмотр живота, озвучив, что оцениваете:
	✓ размер
	✓ форму
	✓ симметричность
	✓ участие в дыхании
	✓ наличие расширения подкожных вен
	Аускультация живота
14.	Провести аускультацию живота и оценить наличие кишечных шумов над областью эпигастрия, мезогастрия и гипогастрия с правой и левой стороны
	Поверхностная пальпация живота
15.	При проведении (или по окончании) поверхностной пальпации живота спросить пациента о болезненности во время пальпации в различных отделах. Оценить наличие напряжения мышц передней брюшной стенки.
16.	Начать пальпацию живота с левой подвздошной области при отсутствии боли в животе или, при наличии боли в животе, с наиболее удаленной области
17.	Пальцы пальпирующей руки направлены влево вверх относительно пациента, провести пальпацию, плавно сгибая пальцы в проксимальных межфаланговых суставах и смотря на реакцию пациента, с погружением пальцев вглубь живота на глубину не более 1 см:
	✓ Пропальпировать брюшную стенку в левой подвздошной области
	✓ Пропальпировать брюшную стенку в правой подвздошной области
	✓ Пропальпировать брюшную стенку в области левого фланка живота
	✓ Пропальпировать брюшную стенку в области правого фланка живота
	✓ Пропальпировать брюшную стенку в области левого подреберья
	✓ Пропальпировать брюшную стенку в области правого подреберья
	✓ Пропальпировать брюшную стенку в эпигастральной области
	✓ Пропальпировать брюшную стенку в околопупочной области
	✓ Пропальпировать брюшную стенку в надлобковой области
	Оценка состояния апоневроза
18.	Установить кончики пальцев вдоль белой линии живота, пальцы согнуть
19.	Надавить на глубину 1-2 см
20.	Пропальпировать белую линию на всем протяжении
21.	Поставить указательный палец в пупочное кольцо
22.	Попросить пациента приподнять голову без помощи рук и удерживать ее
23.	Удерживать указательный палец в пупочном кольце
24.	Повторить пальпацию белой линии живота
25.	Попросить пациента опустить голову
	Оценка симптома флюктуации
26.	Попросить пациента положить ребро ладони на живот по средней линии, слегка надавить
27.	Расположить одну руку на левой боковой области живота
	✓ ладонь плотно прилегает к брюшной стенке пациента

28.	Расположить вторую руку на правой боковой области живота
	✓ ладонь плотно прилегает к брюшной стенке пациента
29.	Выполнить 2-3 толчкообразных движения одной рукой:
	✓ ладонной поверхностью пальцев
	✓ резко
	✓ на глубину более 1 см
30.	Попросить пациента вернуть руку в исходное положение
	Глубокая методическая скользящая пальпация живота
	Пальпация сигмовидной кишки
31.	Сомкнутые полусогнутые пальцы пальпирующей руки расположить в левой подвздошной области на границе средней и наружной третьей линии, соединяющей пупок с передней верхней остью подвздошной кости, перпендикулярно этой линии
32.	Сместить складку кожи к пупку на 1-2 см
33.	На выдохе пациента погрузить дистальные фаланги пальцев в направлении задней стенки живота на глубину более 1 см в направлении задней стенки живота
34.	Пропальпировать сигмовидную кишку, сделав скользящее движение от пупка всей кистью руки
	Пальпация слепой кишки
35.	Сомкнутые полусогнутые пальцы пальпирующей руки расположить в правой подвздошной области на границе средней и наружной третьей линии, соединяющей пупок с передней верхней остью подвздошной кости, перпендикулярно этой линии
36.	Сместить складку кожи к пупку на 1-2 см
37.	Погрузить пальцы правой руки в направлении задней стенки живота на глубину более 1 см на выдохе пациента
38.	Совершить скользящее движение от пупка всей кистью руки
	Пальпация восходящей ободочной кишки
39.	Расположить левую ладонь под правой поясничной областью, направив сомкнутые пальцы в сторону позвоночника
40.	Положить сомкнутые полусогнутые пальцы пальпирующей руки в область правого фланка живота, направив пальцы в сторону средней линии
41.	Сместить складку кожи в сторону пупка на 1-2 см
42.	Погрузить дистальные фаланги пальцев на глубину более 1 см в направлении задней стенки живота на выдохе пациента
43.	Пропальпировать восходящую ободочную кишку, сделав скользящее движение всей кистью пальпирующей руки от пупка
	Пальпация нисходящей ободочной кишки
44.	Расположить левую ладонь под левой поясничной областью, направив сомкнутые пальцы в сторону позвоночника
45.	Положить сомкнутые полусогнутые пальцы пальпирующей руки в область левого фланка живота, направив пальцы в сторону бокового фланка
46.	Сместить складку кожи в сторону пупка на 1-2 см
47.	Погрузить дистальные фаланги пальцев на глубину более 1 см в направлении задней стенки живота на выдохе пациента

48.	Пропальпировать нисходящую ободочную кишку, сделав скользящее движение всей кистью пальпирующей руки от пупка
	Определение нижней границы желудка
49.	Установить головку стетофонендоскопа в эпигастрии слева от срединной линии. Совершать касательные, штриховые движения указательным пальцем в направлении от основания мечевидного отростка к пупку. ИЛИ Провести перкуссию от пространства Траубе вниз до изменения перкуторного звука.
	Пальпация поперечной ободочной кишки
50.	Положить сомкнутые полусогнутые пальцы правой и левой руки над прямыми мышцам живота справа и слева от пупка на 2-3 см ниже нижней границы желудка, направив сомкнутые пальцы в сторону головы, пальпировать одновременно (бимануальная пальпация) или по очереди справа и слева от пупка правой рукой
51.	Сместить складку кожи от пупка на 1-2 см
52.	Погрузить дистальные фаланги пальцев на глубину более 1 см в направлении задней стенки живота на выдохе пациента
53.	Пропальпировать поперечную ободочную кишку, сделав скользящее движение кистью руки вниз к пупку
	Определение нижней границы печени методом перкуссии
54.	Перкутировать нижнюю границу печени по среднеключичной линии, начав из правой подвздошной области, до тупого звука
	Пальпация печени
55.	До начала пальпации объяснить пациенту о необходимости глубоко дышать животом во время исследования
56.	Расположить кисть левой руки на правой поясничной области на уровне двух последних ребер перпендикулярно позвоночнику ✓ большой палец на краю реберной дуги спереди ✓ плотно облегает пациента
57.	Правильно установить правую руку: ✓ ладонь плотно прилегает к брюшной стенке ✓ пальцы сомкнуты и слегка согнуты в межфаланговых суставах ✓ параллельно краю печени ✓ на 2 см ниже обнаруженной нижней границы по среднеключичной линии
58.	Сместить складку кожи к пупку на 1-2 см
59.	На выдохе пациента погрузить пальцы под реберную дугу
60.	Не изменяя положения рук, попросить пациента сделать глубокий вдох животом
	Перкуссия селезенки
61.	Попросить пациента повернуться на правый бок
62.	Используя метод тихой перкуссии, определить поперечник и длинник селезенки
63.	Проперкутировать верхнюю границу поперечника селезенки по линии, проходящей на 4 см кзади и параллельно linea costoarticularis sinistra (или по средней подмышечной линии) начиная от V-VI ребер до появления тупого звука

64.	Проперкутировать нижнюю границу поперечника селезенки по линии, проходящей на 4 см кзади и параллельно <i>linea costoarticularis sinistra</i> (или по средней подмышечной линии) начиная от уровня XI ребра
65.	Проперкутировать переднюю границу длинника селезенки по X ребру, начиная от пупка
66.	Проперкутировать заднюю границу длинника селезенки по X ребру, начиная от задней подмышечной линии
Пальпация селезенки	
67.	Проводить пальпацию в положении пациента на правом боку или в положении лежа спине
68.	Положить кисть левой руки на левую половину грудной клетки пациента на уровне передней подмышечной линии вдоль VII-X ребер
	✓ пальцами в сторону позвоночника
	✓ ладонь плотно прилегает к телу пациента
69.	Положить правую кисть на брюшную стенку пациента
	✓ пальцы полусогнуты и параллельны левой реберной дуге на уровне передней подмышечной линии
70.	Сместить складку кожи к пупку на 3-4 см
71.	На выдохе пациента погрузить пальцы под реберную дугу под углом 45°
72.	Попросить пациента сделать глубокий вдох животом, не изменяя положения пальцев рук
Завершение	
73.	Справиться о самочувствии пациента и сообщить пациенту, что обследование окончено
74.	Обработать руки гигиеническим способом
75.	Заполнить медицинскую документацию
76.	Соблюдать правильную последовательность действий

13. Оценочный лист (чек-лист)

Используется для оценки действий аккредитуемого лица при прохождении станции.

№ п/п	Действие аккредитуемого лица	Критерий оценки
1.	Установил контакт с пациентом (<i>поздоровался, представился</i>)	✓ да □ нет
2.	Идентифицировал пациента (<i>попросил пациента представиться, назвать возраст, сверяя с медицинской документацией</i>)	✓ да □ нет
3.	Осведомился о самочувствии пациента (спросил о наличии жалоб, есть ли боль в животе), обратившись по имени и отчеству	✓ да □ нет
4.	Получил добровольное информированное согласие пациента (<i>прочитал информированное согласие, рассказал о предстоящей манипуляции, уточнил наличие вопросов</i>)	✓ да □ нет
5.	Сказал пациенту, как необходимо лечь (<i>на кушетку, на спину, ноги выпрямлены, руки вдоль тела</i>)	✓ да □ нет
6.	Обработал руки гигиеническим способом	✓ да □ нет

7.	Сел на стул рядом с пациентом (правым боком к нему)	✓ да ☐ нет
8.	Сказал, что оценивает ладони и пальцы рук (<i>верно объяснив, как необходимо показать ладони</i>)	✓ да ☐ нет
9.	Сказал пациенту, что необходимо опустить нижнее веко, продемонстрировав на себе, как это сделать, оценил цвет склер глаз	✓ да ☐ нет
10.	Попросил пациента открыть рот и достать кончиком языка до неба	✓ да ☐ нет
11.	Провел осмотр живота и озвучил, что оценивает размер, форму, симметричность, участие в дыхании, наличие расширения подкожных вен	✓ да ☐ нет
12.	Провел аускультацию живота (<i>оценил наличие кишечных шумов над областью эпигастрия, мезогастрия и гипогастрия с правой и левой стороны</i>)	✓ да ☐ нет
13.	Начал поверхностную ориентировочную пальпацию живота с левой подвздошной области при отсутствии жалоб на боль в животе или, при наличии боли в животе, с наиболее удаленной области	✓ да ☐ нет
14.	Пропальпировал брюшную стенку последовательно во всех 9-и областях (<i>левая и правая подвздошная области, левый и правый боковые фланки живота, левое и правое подреберья, эпигастрий, околопупочная и надлобковая области</i>)	✓ да ☐ нет
15.	Соблюдал технику поверхностной пальпации живота (<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 ☐ нет
16.	При проведении (или сразу по окончании) поверхностной пальпации живота спросил пациента о болезненности во время пальпации в различных отделах	✓ да ☐ нет
17.	Верно оценил состояние апоневроза и пупочного кольца (<i>пропальпировал белую линию на всем протяжении, указательный палец установил в пупочном кольце и попросил пациента поднять голову, снова пропальпировал белую линию</i>)	✓ да ☐ нет
18.	Верно оценил наличие симптома флюктуации (<i>одна ладонь плотно прилегает к боковому отделу живота пациента, другая выполняет резкие толчкообразные движения ладонной поверхностью пальцев с другой стороны</i>)	✓ да ☐ нет
19.	Верно выполнил пальпацию сигмовидной кишки	✓ да ☐ нет
20.	Верно выполнил пальпацию слепой кишки	✓ да ☐ нет
21.	Верно выполнил пальпацию восходящей ободочной кишки	✓ да ☐ нет
22.	Верно выполнил пальпацию нисходящей ободочной кишки	✓ да ☐ нет
23.	Верно определил нижнюю границу желудка (<i>с помощью стетофонендоскопа или перкуссии</i>)	✓ да ☐ нет
24.	Верно выполнил пальпацию поперечной ободочной кишки	✓ да ☐ нет
25.	Верно определил нижнюю границу печени (<i>выполнил перкуссию по среднеключичной линии от правой подвздошной области до притупления звука</i>)	✓ да ☐ нет

26.	Верно выполнил пальпацию печени	☒ да ☐ нет
27.	Верно выполнил перкуссию селезенки (поперечник перкутировал по средней подмышечной линии или на 4 см латеральнее от реберно-суставной линии; длинник - по X ребру от пупка и от задней подмышечной линии)	☒ да ☐ нет
28.	Верно выполнил пальпацию селезенки (в положении пациента на спине или на правом боку, по методике аналогичной пальпации печени)	☒ да ☐ нет
29.	Справился о самочувствии пациента и сказал, что обследование закончено	☒ да ☐ нет
30.	Обработал руки гигиеническим способом	☒ да ☐ нет
31.	Соблюдал правильную последовательность обследования	☒ да ☐ нет
32.	Верно заполнил заключение*	X

* Компьютерная оценка правильности заполнения аккредитуемым лицом заключения по результатам физикального осмотра желудочно-кишечного тракта проводится автоматически. Данный пункт не заполняется членом АПК в чек-листе.

В случае возникновения технического сбоя работа на станции ОСКЭ прекращается до устранения неполадок в связи с невозможностью заполнения аккредитуемым заключения.

14. Медицинская документация

Министерство здравоохранения Российской Федерации
ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова
Нахимовский проспект, д.49

Медицинская документация
Форма №025/у-04
утверждена приказом Минздравсоцразвития России
от 22.11.2004 г. №255

МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА АМБУЛАТОРНОГО БОЛЬНОГО № 35

1. Фамилия *Иванов*
2. Имя *Иван*
3. Отчество *Иванович*
4. Пол: *муж.*
5. Дата рождения: *5 августа 19XX год*
6. Место регистрации: *г.Москва, Нахимовский проспект, д.49, кв.184*
7. Полис ОМС: серия 000000 № 0000000000
8. СНИЛС 000-000-000 00
9. Наименование страховой медицинской организации «ASC-G»
10. Код категории льготы _____
11. Документ паспорт : серия 0000 № 000000

Приложение № 5

к приказу от 07.11.2013 № 54/55.01-06

Министерство здравоохранения Российской Федерации
государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования
(наименование подразделения, отделения)

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ЛЕЧЕБНУЮ
(ДИАГНОСТИЧЕСКУЮ) МАНИПУЛЯЦИЮ (ПРОЦЕДУРУ)

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

« 5 » августа 19XX г. рождения,
зарегистрированный по адресу: _____

(адрес места жительства гражданина, либо его законного представителя)

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

(наименование медицинского вмешательства)

Медицинским работником _____

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

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

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

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

(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

(подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)

(подпись)

15. Документация, заполняемая аккредитуемым

В данном разделе приведена форма заключения по результатам физикального осмотра пациента, которая заполняется аккредитуемым лицом на компьютере.

Распечатывать форму заключения для самостоятельного заполнения аккредитуемым не требуется.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Выберите один верный ответ:

1. Осмотр склер глаз и слизистых

- ☐ без особенностей
- ☐ желтушность склер и слизистых
- ☐ бледность конъюнктивы

2. Осмотр живота

- ☐ без особенностей
- ☐ увеличен в размере
- ☐ расширение подкожных вен

3. Болезненность при пальпации живота

- ☐ не определяется
- ☐ в эпигастрии
- ☐ в правом подреберье
- ☐ в левом подреберье
- ☐ в левой подвздошной области
- ☐ в правой подвздошной области
- ☐ в околопупочной области

4. Наличие напряжения мышц передней брюшной стенки

- ☐ да
- ☐ нет

5. Наличие диастаза прямых мышц живота или расширения пупочного кольца

- ☐ есть диастаз прямых мышц
- ☐ есть расширение пупочного кольца
- ☐ нет изменений

6. Наличие асцита (положительный симптом флюктуации)

- ☐ да
- ☐ нет

7. Нижняя граница печени по среднеключичной линии

- ☐ у края реберной дуги
- ☐ расположена на 1 см и более ниже реберной дуги

8. Печень

- ☐ не пальпируется
- ☐ увеличена, гладкая поверхность, край закруглен
- ☐ увеличена, бугристая поверхность, край неровный

9. Селезенка

- ☐ не пальпируется
- ☐ увеличена в размере, пальпируется

10. Методом глубокой пальпации у пациента определяется

- ☐ Сигмовидная кишка
- ☐ Слепая кишка
- ☐ Восходящая ободочная кишка
- ☐ Нисходящая ободочная кишка
- ☐ Поперечная ободочная кишка
- ☐ Толстая кишка не пальпируется

11. Предварительная диагностическая гипотеза

- ☐ Норма
- ☐ Гепатомегалия, желтуха
- ☐ Спленомегалия
- ☐ Гепатоспленомегалия, желтуха
- ☐ Асцит, гепатомегалия, желтуха

12. Необходимость дополнительного обследования

- ☐ Не требуется
- ☐ УЗИ органов брюшной полости
- ☐ МРТ органов брюшной полости
- ☐ Лапароцентез

16. Сведения о разработчиках паспорта

16.1. Организация-разработчик:

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

Приложение 1

**Данные пальпации в соответствии с вариантами сценариев (ситуаций) для
симулятора/тренажера
для физикального обследования желудочно-кишечного тракта**

Характеристики симулятора/тренажера	Ситуация (сценарий)				
	№1 Норма	№2 Гепатомегалия, желтуха	№3 Спленомегалия	№4 Гепатоспленомегалия, желтуха	№5 Асцит, гепатомегалия, желтуха
Осмотр склер и слизистых	без особенностей	иктеричность склер	без особенностей	иктеричность склер	иктеричность склер
Осмотр живота	без особенностей	без особенностей	без особенностей	без особенностей	увеличен в размере
Болезненность при пальпации живота	нет	эпигастрий	эпигастрий	эпигастрий	эпигастрий
Печень	не пальпируется	поверхность гладкая, пальпируется	не пальпируется	поверхность бугристая, пальпируется	поверхность бугристая, пальпируется
Селезенка	не пальпируется	не пальпируется	селезенка увеличена, пальпируется	селезенка увеличена, пальпируется	не пальпируется
Асцит	отсутствует	отсутствует	отсутствует	отсутствует	асцит
Сигмовидная кишка	не пальпируется				
Слепая кишка	не пальпируется				
Восходящая ободочная кишка	не пальпируется				
Нисходящая ободочная кишка	не пальпируется				
Поперечно-ободочная кишка	не пальпируется				

Приложение 2

Справочная информация для аккредитуемого и членов АПК

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

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

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

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

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

Поверхностная ориентировочная пальпация

При проведении поверхностной ориентировочной пальпации свою правую руку кладут 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 эпигастриальной области), а заканчивают исследованием левой паховой области.

Применяется и другая последовательность проведения поверхностной ориентировочной пальпации. Исследование начинают также с левой паховой области, затем, продолжая пальпировать, постепенно поднимаются к левому подреберью, после чего, следуя как бы против часовой стрелки, переходят к пальпации эпигастриальной 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 эпигастриальной 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). Начинаящиеся и неполные паховые грыжи выявляются с помощью введения пальца, удобнее всего – мизинца (левой руки – при исследовании левого пахового канала, правой руки – при исследовании правого пахового канала), в паховый канал через наружное его отверстие и обнаружения в нем грыжевого выпячивания, появляющегося или увеличивающегося в размерах при натуживании или кашлевом толчке. Нередко у больных, перенесших различные операции на органах брюшной полости, особенно осложнившиеся нагноением и расхождением операционной

раны, наблюдаются послеоперационные грыжи, которые могут располагаться в тех или иных отделах живота и иметь различные размеры и форму.

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

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

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

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

Этот вид пальпации называется глубокой пальпацией, поскольку при ее проведении рука проникает вглубь брюшной полости. Она носит также название скользящей, так как различные свойства пальпируемых органов оцениваются с помощью скольжения пальпирующих пальцев по их поверхности, и методической, поскольку проводится по установленному плану и в определенной последовательности. Чаще всего при этом применяют порядок, предложенный Н. Д. Стражеско: сигмовидная кишка, слепая кишка и червеобразный отросток, конечная часть подвздошной кишки, восходящий и нисходящий отделы ободочной кишки, поперечная ободочная кишка, желудок, печень, селезенка, поджелудочная железа и почки. Глубокая методическая скользящая пальпация различных отделов толстой кишки по Образцову–Стражеско–Василенко выполняется в четыре этапа.

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

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

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

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

Пальпация каждого из отделов толстой кишки имеет свои особенности.

Так, при прощупывании сигмовидной кишки пальцы пальпирующей руки располагают в левой паховой области на границе средней и наружной 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.

Пальпация печени складывается из нескольких этапов. В первую очередь, необходимо решить вопрос, на каком уровне по отношению к краю реберной дуги следует расположить пальпирующие пальцы, поскольку, приступая к пальпации печени, мы еще не знаем, увеличена (опущена) она или нет. Поэтому, прежде чем установить правую руку для проведения пальпации, перкуторно определяют *нижнюю границу абсолютной тупости печени*. Так как печень обычно пальпируют, расположив пальцы по среднеключичной линии, то и нижнюю границу печеночной тупости предварительно также определяют перкуторно по этой линии. Пальцы пальпирующей руки устанавливают примерно на 2 см ниже найденной при перкуссии границы. Таким образом, если нижняя граница абсолютной печеночной тупости по правой среднеключичной линии находится на уровне нижнего края реберной дуги, то правую руку располагают при пальпации на 2 см ниже.

Левая рука врача *охватывает область правого подреберья* больного таким образом, чтобы ее ладонь прилегала к задней поверхности грудной клетки, а большой палец фиксировал правую реберную дугу сбоку и частично спереди. Эта фиксация препятствует расширению грудной клетки во время выдоха и способствует соответственно движению диафрагмы, в результате чего печень опускается и становится доступной для пальпации.

Правая рука со слегка согнутыми пальцами располагается по правой среднеключичной линии несколько ниже границы, определенной предварительно при перкуссии. Указательный и средний пальцы должны при этом находиться чуть латеральнее наружного края правой прямой мышцы живота. Далее, слегка оттягивая кожу

вниз, погружают пальцы в брюшную полость, формируя так называемый «карман», откуда в момент глубокого вдоха «выскользнет» нижний край печени.

После погружения правой руки просят больного сделать глубокий вдох, используя диафрагмальное дыхание («вдох животом»). При этом нижний край печени, опускаясь во время глубокого вдоха, приближается к пальпирующим пальцам и обходит их, как бы выскальзывая из «кармана». В момент такого выскальзывания можно получить необходимые представления о локализации нижнего края печени, его форме, консистенции и поверхности печени.

Перкуссия селезенки проводится в вертикальном положении больного или же в положении его на правом боку. Вначале определяют верхнюю и нижнюю границы селезеночной тупости. Направление перкуссии устанавливают следующим образом. Соединяя мысленно свободный край XI ребра с местом сочленения левой ключицы с грудиной, получают так называемую левую реберно-суставную линию (*linea costochondralis sinistra*). Отступя на 4 см кзади (латерально) от этой линии, проводят линию, параллельную ей, по которой и определяют в дальнейшем верхнюю и нижнюю границы селезеночной тупости.

Расположив палец-пlessиметр перпендикулярно этой линии, ведут перкуссию сверху вниз, начиная примерно с уровня VII ребра, до перехода ясного легочного звука в тупой и делают отметку со стороны ясного звука. В норме верхняя граница селезеночной тупости располагается на IX ребре. Для определения нижней границы селезеночной тупости палец-пlessиметр располагают ниже XII ребра и перкутируют по той же линии в направлении снизу вверх до перехода тимпанического звука в тупой; отметку делают со стороны пальца, обращенной в сторону тимпанического звука. При нормальных размерах селезенки ее нижняя граница находится на уровне XI ребра. Расстояние между полученными точками характеризуют величину поперечника селезеночной тупости.

Для определения верхней и нижней границ селезеночной тупости некоторые авторы рекомендуют пользоваться левой средней подмышечной линией, перкутируя по ней соответственно сначала сверху вниз, а затем снизу вверх. Конечно, перкутировать по средней подмышечной линии значительно проще, чем отыскивать реберно-суставную линию и строить линию, параллельную ей. Однако при перкуссии границ селезеночной тупости по средней подмышечной линии в определенной мере нарушаются правила топографической перкуссии, поскольку, в отличие от реберно-суставной линии, средняя подмышечная линия проходит не перпендикулярно к оси селезенки, в связи с чем и срез этого органа, который она производит, не будет в строгом смысле соответствовать поперечнику селезеночной тупости.

Определение передней и задней границ селезеночной тупости проводят с помощью перкуссии по X ребру. Палец-пlessиметр располагают у края левой реберной дуги перпендикулярно X ребру и ведут непосредственно по нему перкуссию до перехода тимпанического звука в тупой, делая отметку по краю пальца, обращенному в сторону тимпанического звука. В норме передняя граница селезеночной тупости не должна выходить за левую реберно-суставную линию. Чтобы найти заднюю границу селезеночной тупости, палец-пlessиметр располагают перпендикулярно X ребру примерно между левыми задней подмышечной и лопаточной линиями и ведут перкуссию по X ребру, но уже кпереди, отмечая появление тупого звука и делая отметку по краю

пальца, обращенному в сторону ясного звука. Измерив расстояние между передней и задней границами селезеночной тупости, получают величину ее длинника (в норме 6-8 см). Иногда размеры селезеночной тупости указываются по Курлову: например, 4 20/10. В числителе этой дроби приводятся размеры длинника селезенки, в знаменателе - величина поперечника. Цифра, стоящая перед дробью, указывает, на сколько см выступает селезенка из-под края реберной дуги.

Пальпация селезенки проводится в положении больного на спине или на правом боку. Хорошие условия для пальпации селезенки создаются также тогда, когда больной не полностью поворачивается на правый бок, а находится как бы вполоборота (так называемая правая диагональная позиция). Больной подкладывает свою правую руку под голову, а левую руку сгибает в локтевом суставе и располагает на передней поверхности грудной клетки (или же запрокидывает ее за голову). Правую ногу пациент вытягивает свободно, а левую ногу сгибает в коленном и тазобедренном суставе, благодаря чему достигается лучшее расслабление мышц передней брюшной стенки.

Врач садится на стул справа от больного и кладет свою левую руку на область VII—X ребер по левым подмышечным линиям. С помощью такой фиксации левой половины грудной клетки больного ограничивается ее дыхательная подвижность и создаются условия для лучшего движения селезенки во время вдоха по направлению к передней поверхности брюшной стенки.

Пальпация селезенки проводится четырьмя (II—V) слегка согнутыми пальцами правой руки, которые располагают примерно напротив X ребра на 3—4 см ниже левой реберной дуги (если увеличения селезенки не было обнаружено при перкуссии) параллельно ей. Кожа передней стенки живота слегка оттягивается по направлению к пупку, пальцы пальпирующей руки погружаются вглубь брюшной полости, образуя своеобразный «карман» (аналогично тому, как это имело место при пальпации печени). Далее просят больного сделать глубокий вдох, во время которого селезенка, если она увеличена, выходит из-под края реберной дуги, наталкивается на пальпирующие пальцы (которые так же, как и при пальпации печени, должны оставаться неподвижными) и «соскальзывает» с них. Если при таком положении пальцев прощупать селезенку не удалось, то их переносят выше, до тех пор, пока они не окажутся непосредственно под левой реберной дугой.