

Содержание

Авторы	8
Предисловие к изданию на русском языке	9
Предисловие к изданию на английском языке	10
Список сокращений и условных обозначений	11

Часть 1

Оценка состояния детей: принципы	13
1. Первичная оценка — субъективная	14
2. Сбор анамнеза	17
3. Принципы систематической оценки	20
4. Общение	23
5. Соображения, касающиеся развития	25
6. Информированное согласие	28
7. Обеспечение безопасности	31
8. Уход, ориентированный на семью	34
9. Ведение документации	37
10. Планирование ухода	40

Часть 2

Оценка состояния ребенка: объективные данные	43
11. Дыхательные пути и дыхание	44
12. Оценка кровообращения	47
13. Измерение артериального давления	50
14. Оценка боли	53
15. Перемещение и обращение	56
16. Измерение температуры тела	59
17. Масса тела, индекс массы тела, рост/длина тела и окружность головы	62
18. Мониторинг уровня глюкозы в крови	65
19. Целостность кожи	67
20. Пульсоксиметрия	70

Часть 3

Применение лекарственных препаратов	73
21. Принципы применения лекарственных препаратов	74
22. Расчет доз лекарственных препаратов	76
23. Применение лекарственных препаратов	78
24. Ингаляционное применение лекарственных препаратов	81
25. Интраназальное применение диаморфина [®]	83
26. Внутривенное введение жидкостей	86

Часть 4

Система органов дыхания	89
27. Спирометрия	90
28. Пиковая скорость выдоха	92
29. Взятие образца для газового анализа артериальной крови	94

30. Применение кислорода	97
31. Аспирация	100
32. Уход за трахеостомой	103
33. Неинвазивная вентиляция легких	106
34. Подводное дренирование	109

Часть 5

Пищеварительная система 111

35. Кормление младенца	112
36. Грудное вскармливание	115
37. Искусственное вскармливание	118
38. Установка назогастрального и назоюнонального зонда	121
39. Кормление через назогастральный зонд	124
40. Кормление через гастростому	127

Часть 6

Мочевыделительная система 131

41. Сбор мочи	132
42. Установка катетера	135
43. Уход за катетером	138

Часть 7

Нервная система 141

44. Неврологическая оценка у детей	142
45. Подготовка к люмбальной пункции	145

Часть 8

Костно-мышечная система 147

46. Оценка состояния нервов и сосудов	148
47. Уход за фиксирующей повязкой	150
48. Накожное вытяжение	152

Часть 9

Кожа 155

49. Наложение повязки SteriStrips™	156
50. Влажное обертывание при атопической экземе	158

Часть 10

Сердечно-сосудистая система 161

51. Электрокардиография в 12 отведениях	162
52. Электрокардиография в 3 отведениях	165

Часть 11

Пред- и послеоперационный уход 169

53. Предоперационная подготовка и транспортировка в операционную	170
54. Восстановление после операции	172

Часть 12

Неотложная помощь 175

55. Базовая сердечно-легочная реанимация	176
56. Расширенная реанимация новорожденных и детей	179
57. Транспортировка ребенка в критическом состоянии	182

Часть 13

Новорожденный 185

- 58. Фототерапия 186
- 59. Уход за пупком 189

Часть 14

Борьба с инфекцией 193

- 60. Мытье рук 194
- 61. Асептическая бесконтактная техника 197

Часть 15

Гематология 201

- 62. Взятие образца крови 202
- 63. Переливание крови и ее компонентов 205
- 64. Катетеризация 209

Часть 16

Уход за ребенком в конце жизни 213

- 65. Уход за умирающим ребенком 214
- 66. Уход после смерти 217

Предметный указатель 220

Оценка состояния детей: принципы

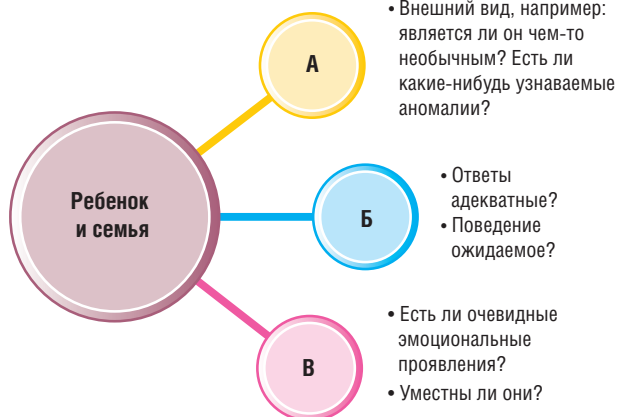
Часть 1

1. Первичная оценка — субъективная	14
2. Сбор анамнеза	17
3. Принципы систематической оценки	20
4. Общение	23
5. Соображения, касающиеся развития	25
6. Информированное согласие	28
7. Обеспечение безопасности	31
8. Уход, ориентированный на семью	34
9. Ведение документации	37
10. Планирование ухода	40

1

Первичная оценка — субъективная

Субъективная оценка внешнего вида ребенка: краткое описание



Субъективная оценка в зависимости от периода развития: примеры

Новорожденные (0–28 дней) и младенцы (до 1 года)	Взаимодействие родителей и младенца. Нормальное поведение, рефлексы, например поисковый рефлекс, сосательный рефлекс. Ожидаемое поведение, плач, сон, утешение. Физические признаки: движения тела, спонтанность, положение, симметрия, черты лица
Дети дошкольного возраста (1–2 года)	Взаимодействие родителей и ребенка. Нормальное поведение, например сепарационная тревога, выполнение простых инструкций. Ожидаемые этапы развития, например ползание, ходьба, ранняя речь
Дети дошкольного возраста (2–5 лет)	Взаимодействие родителей и ребенка. Нормальное поведение, например способность выполнять простые инструкции. Ожидаемые этапы развития, например физические способности, способность говорить/общаться/отвечать на вопросы
Ребенок старшего возраста (5–12 лет)	Взаимодействие родителей и ребенка. Нормальное поведение, например более выраженная автономия. Ожидаемые этапы развития, например физические возможности, способность вести беседу
Подросток (>12 лет)	Взаимодействие родителей и подростка. Нормальное поведение, например артикуляция и толкования, социальные навыки. Самосознание, образ тела, состояние гигиены

Субъективная оценка по системам организма: примеры

Система органов дыхания	Наличие слышимого дыхания, кашля, хрипов, хрипящее дыхание (младенцы). Характер дыхания и наличие усилия, одышка, нехватка воздуха, глубина и симметричность дыхательных усилий, цвет — см. ниже
Сердечно-сосудистая система	Какого цвета кожа, слизистая оболочка рта и ногтевые ложа? Розовые? Есть ли цианоз? Наблюдается ли покраснение кожи?
Неврологический статус	Наличие нормальных или ненормальных движений, походка, координация, размер и форма головы. Поведенческие реакции. Сохранена ли чувствительность?
Ухо, нос и горло/лицо	Есть ли признаки насморка? Голос нормальный или наблюдается хрипота/потеря голоса? Нормально ли ребенок слышит? Горло красное? Как расположены уши, глаза? Оцените черты лица. Есть ли дисморфические особенности?
Водный баланс	Выглядит ли ребенок обезвоженным? Есть ли следующие признаки: запавшие глаза, изменение цвета кожи и снижение тургора, сухие потрескавшиеся губы, запавший родничок (у младенца)? Есть ли отеки?
Пищеварительная система	Размер и форма живота, есть ли рвота? Соответствуют ли масса тела и размер возрасту? Есть ли ожирение или снижение прибавки веса? Ребенку больно, есть ли защитное напряжение мышц брюшной стенки? Оцените внешний вид пупочной ранки и пупка (у младенца)
Гомеостаз	Чувствует ли ребенок жар/холод или выглядит горячим/холодным? Есть ли двигательное возбуждение (у младенца) в случае низкого уровня сахара в крови/нарушения обмена веществ?
Другие системы	Внешний вид может указывать на генерализованную инфекцию. Костно-мышечная система: пропорции тела/конечностей, тонус, поза, симметрия; позвоночник прямой или есть искривление? Кожа: характер и распространение поражений, ран, синяков, высыпаний; есть ли подозрительные изменения?

Краткое описание оценки

Оценка — важный компонент сестринской практики, необходимый для планирования и оказания медицинской помощи, ориентированной на пациента и семью. Комплексная медицинская оценка включает как субъективные (качественные), так и объективные (количественные/измеримые) элементы, а именно: общий вид, историю болезни, физикальное обследование и измерение основных показателей жизнедеятельности. В данной главе более подробно обсуждаются субъективная оценка и наблюдение за клинической картиной. Объективное физикальное обследование, включая сбор анамнеза и наблюдение, будет обсуждаться в последующих главах.

Субъективная оценка

Субъективная сестринская оценка — это индивидуальный качественный подход, не использующий объективные измерения, инструменты или оборудование. Скорее он основан на индивидуальном клиническом наблюдении за физиологическими, эмоциональными и поведенческими проявлениями у ребенка и членов семьи. Следовательно, по самой своей природе такая форма оценки подлежит интерпретации и может порождать различные мнения. Однако она также служит важной отправной точкой для любой целостной оценки ребенка и семьи. Осмотр и наблюдение за внешним видом и поведением являются неотъемлемой частью первоначальной оценки, прежде чем можно будет обнаружить какие-либо объективные данные. Навыки адекватного клинического наблюдения и суждения студенты-медсестры развивают с течением времени и с получением опыта, а выработка и закрепление этих навыков продолжают после получения лицензии. Не следует недооценивать важность таких навыков. Также необходимо помнить, что родители или опекуны способны лучше распознавать проблемы и сообщать о них, основываясь на субъективных наблюдениях за изменениями в физическом или эмоциональном состоянии их ребенка. Эту информацию следует рассматривать наряду с данными сестринской оценки.

Как выполнить субъективную оценку

Первоначальную оценку ребенка медсестра должна проводить вместе с родителем или опекуном по прибытии в палату, перед госпитализацией или в случае амбулаторного ухода при первой встрече после знакомства с новым ребенком и членами его семьи при обращении за постоянным уходом. В идеале первоначальную оценку следует выполнить в течение 24 ч с момента госпитализации, а любую важную информацию необходимо четко задокументировать в соответствующих записях.

Наблюдение можно проводить во время сбора анамнеза и установления контакта. Результаты наблюдения можно трактовать в сочетании с наблюдениями родителей, если таковые имеются, а также с обоснованным клиническим заключением медсестры. Например, вы можете наблюдать за поведением ребенка, уровнем понимания и общим внешним видом при поступлении при первом знакомстве и учитывать эти данные наряду с информацией, полученной от родителей. Оценка общего вида как ребенка, так и членов семьи включает наблюдение за их физическим, поведенческим и эмоциональным состоянием. В любом возрасте при субъективной оценке ребенка или подростка следует учитывать:

- Хорошо ли пациент выглядит или создается впечатление нездоровья?
- Пациент бледный, синюшный или покрасневший?
- Движения активны или пациент апатичен?
- Какова основная поза?
- Пациент взволнован или спокоен?
- Способен ли пациент адекватно отвечать на вопросы и выполняет ли он инструкции? Или его ответы и реакции неизменны?
- Какова реакция членов семьи и их эмоциональное состояние?

Субъективная оценка в соответствии с возрастом

Уход за ребенком охватывает широкий диапазон возрастов от периода новорожденности до подросткового возраста. Хотя некоторые из принципов оценки детей аналогичны оценке взрослых, дети — это не просто маленькие взрослые, и подход к оценке и план наблюдения могут полностью отличаться от таковых, применяемых в отношении взрослого пациента. Более того, оценка меняется в зависимости от ожидаемого наблюдения по мере того, как ребенок развивается и становится старше, следовательно, в итоге у подростков она становится похожей на оценку взрослых. На рисунке представлены важные различия, некоторые общие принципы и схема субъективной оценки в разных возрастных группах. Это подчеркивает, что подход к субъективной оценке зависит от возраста ребенка, периода развития и уровня понимания.

В период новорожденности и в младенчестве физическая оценка включает, например, наблюдение за чертами лица, симметрией, позой, движениями и тонусом конечностей. К поведенческим элементам относятся сильный крик и нормальная реакция на то, что ребенка берут на руки/утешают. Эмоциональные моменты включают наблюдение за взаимодействием между ребенком и его родителями. У ребенка раннего возраста можно оценивать крупную и мелкую моторику в соответствии с возрастными ожиданиями, при этом по мере взросления движения становятся более точными. Также можно отметить соответствующую возра-

сту речь и язык. За поведением можно наблюдать по настроению ребенка и, опять же, по взаимодействию с родителями. При оценке подростка можно обращать внимание на аналогичные моменты, но в соответствии с поведением, применимым к подростковому возрасту, включая уровень и тип общения и эмоциональную реакцию.

Субъективная оценка по системам организма

Субъективную оценку проводят традиционно, как это обычно делают в рамках систематического подхода к целостному физикальному осмотру. Более подробно данный вопрос будет рассмотрен в главе 3. Полное обследование всех систем — самый тщательный способ получить полную картину физиологического состояния ребенка или молодого человека. Субъективные компоненты этих систем показаны на рисунке.

Таким образом, клиническое врачебное суждение идет рука об руку с субъективной сестринской оценкой, которая должна использоваться для принятия решений о необходимости дальнейшего использования более объективных и, возможно, более инвазивных методов оценки.



Основные положения

- Субъективная сестринская оценка включает осмотр и общее наблюдение. Это важные части любого первоначального обследования, проводимого по возможности совместно с родителями или опекунами.
- В ходе субъективной оценки следует обращать внимание на физические, поведенческие и эмоциональные характеристики ребенка или подростка и членов его семьи.
- Подход к субъективной оценке определяется возрастом ребенка или подростка, периодом его развития и уровнем понимания.

Дополнительная литература

- Broom M. (2007) Exploring the assessment process. *Paediatric Nursing*, 19 (4), 22–25.
- Engel J.K. (2006) *Mosby's Pocket Guide to Pediatric Assessment*, 5th edn. Mosby, New York.
- Roland D., Lewis G. and Davies F. (2011) Addition of a subjective nursing assessment improves specificity of a tool to predict admission of children to hospital from an emergency department. *Pediatric Research*, 70, 587.

2

Сбор анамнеза

Краткое описание сбора анамнеза

Сбор анамнеза включает в себя

- ✓ Налаживание контакта с пациентом и его семьей
- ✓ Использование эффективных коммуникативных навыков. См. рисунок «Структура беседы»
- ✓ Сбор информации по:
 - ✓ текущей проблеме с использованием как открытых, так и закрытых вопросов
- ✓ В качестве подсказки может быть полезно мнемоническое правило SAMPLE (см. ниже), при этом следует задать вопросы о:
 - ✓ симптомах
 - ✓ истории болезни и применяемых лекарственных препаратах
 - ✓ общем состоянии здоровья пациента
 - ✓ семье и социальном окружении
 - ✓ восприятию пациентом своего благополучия
- ✓ Вопросы, касающиеся эмоционального здоровья
- ✓ Выяснение точки зрения семьи
- ✓ Завершение беседы с сохранением контакта
- ✓ Четкое и подробное документирование

Структура беседы для сбора анамнеза

Источник: представлено по материалам Kurtz et al., 1998

Система Калгари-Кембриджской коммуникации для эффективного общения адаптирована для детей

- 1. Начало беседы**
Установите первоначальный контакт с ребенком и членами его семьи
- 2. Сбор информации**
Изучите проблему пациента
Поймите точку зрения пациента
- 3. Построение отношений**
Улучшайте взаимопонимание. Привлекайте ребенка и членов его семьи к беседе
- 4. Обеспечение структуры беседы**
Подведение итогов, установление ориентиров.
Определение последовательности событий, сроков
- 5. Объяснение и планирование**
Предоставьте правильную информацию в надлежащем объеме
Помогите точно вспомнить и понять информацию
Достигните общего понимания
- 6. Завершите беседу**

Использование правила SAMPLE для сбора анамнеза ребенка

- S** **Симптомы (Symptoms).** Какие имеются симптомы и как они развивались? Как их лечили?
- A** **Аллергия (Allergies).** Есть ли какие-нибудь известные аллергии? Была ли реакция на что-то, что привело к появлению симптомов?
- M** **Лекарственные препараты (Medications).** Принимает ли ребенок какие-либо лекарственные препараты, назначенные врачом или другие?
- P** **Предшествующий анамнез (Past history).** Были ли в прошлом какие-либо медицинские, психологические или социальные проблемы/заболевания?
- L** **Когда последний раз ребенок ел и пил? (Last eaten and drank?)** Когда ребенок в последний раз ел или пил?
- E** **События (Events).** Какие события привели к сложившейся ситуации? Например, внешние события, такие как аварии.

Примеры вопросов для сбора истории болезни ребенка: по системам

- Дыхательные пути и дыхание.** Были ли у ребенка проблемы с дыханием?
- Сердечно-сосудистая система.** Меняется ли цвет кожи ребенка, когда он плачет? Если да, то какой цвет вы видите?
- Неврологический статус.** Ребенок быстро устает или слишком много спит?
- ЛОР¹-органы.** Часто ли у ребенка бывает стрептококковый фарингит (ангина)?
- Баланс жидкости.** Мочится ли ребенок? Сколько он пьет?
- Желудочно-кишечный тракт.** Есть ли трудности с кормлением?
- Гомеостаз.** У ребенка лихорадка?
- Кожа.** Есть ли у ребенка сыпь или другие кожные проявления?
- Костно-мышечная система.** Есть ли у ребенка проблемы с активностью и нарушение координации?

¹ ЛОР (от larynx, otos, rhinos) — имеющий отношение к зеву/гортани, уху и носу.

Примеры вопросов для сбора истории болезни ребенка медсестрой: в зависимости от возраста

- Есть ли какая-либо задержка в развитии или были ли недавние проблемы с ожидаемыми и соответствующими возрасту этапами развития — физическими/моторными, поведенческими, когнитивными?
- Наблюдалась ли задержка роста, потеря или прибавка в весе?
- Есть ли какие-либо возрастные проблемы, которые следует учитывать, например, при сборе анамнеза младенца, были ли какие-либо проблемы во время беременности? Каков характер каловых масс, количество мокрых подгузников, продолжительность сна и количество пробуждений для кормления? Есть ли у более старшего ребенка изменения в уровне активности, жалобы на боль и дискомфорт, частые инфекции в детском саду/школе?

Краткое описание сбора анамнеза

Сбор анамнеза, или расспрос, — ключевой компонент сестринской оценки и важный этап при расстановке приоритетов и планировании ухода. Традиционно для постановки диагноза и принятия окончательного решения о соответствующем лечении проводят расспрос. Он рассматривается как ключевой навык и развивающийся по мере приобретения опыта. В процессе сбора анамнеза следует освещать физические, социальные и психоэмоциональные области. Если излагать кратко, сбор анамнеза включает в себя соответствующие вопросы детям, подросткам и/или членам их семьи для получения важной информации, которая будет способствовать последующему наблюдению и уходу. Краткое описание сбора анамнеза и его компонентов можно увидеть на рисунке.

Цели сбора анамнеза можно обобщить следующим образом:

- узнать больше о симптомах и выявить проблемы, которые могут быть сразу не очевидны;
- направить пациента на необходимое обследование и дальнейшие исследования;
- поставить точный диагноз или очертить круг для дифференциальной диагностики;
- установить контакт и «терапевтические отношения» с ребенком и родителями;
- разработать соответствующие стратегии лечения.

Сбор анамнеза медсестрой хорошо сочетается с лично ориентированным подходом к уходу, при котором медсестры должны узнавать своих пациентов и понимать потребности и проблемы детей, находящихся на их попечении. Для этого необходимы эффективные коммуникативные навыки, которые должны быть направлены на целостное, тщательное изучение анамнеза в контексте дальнейших «терапевтических отношений».

Коммуникативные навыки при сборе анамнеза

Важной частью лично ориентированного общения во время сбора анамнеза является установление доверительных отношений между медсестрой и ребенком или подростком и членами его семьи. На рисунке показана структура беседы в соответствии с Калгари-Кембриджской коммуникацией, которую можно использовать для понимания важных элементов этого процесса. Эта схема охватывает элементы, необходимые для любого пациента, но их можно легко применить к ребенку, подростку и его родителям.

В контексте беседы во время сбора анамнеза необходимо учитывать и другие факторы. Если ребенок или члены его семьи не говорят по-английски, необходимо привлечь к беседе переводчика, который разъяснит сказанное. Кроме

того, для грудных детей или детей, которые не говорят или говорят ограниченно, анамнез собирают у родителей. В беседе с детьми старшего возраста следует соблюдать баланс между предоставлением им независимости и получением полного представления о болезни или ситуации.

Некоторые факторы, например дистресс ребенка, могут препятствовать общению во время сбора анамнеза. Родители могут быть очень обеспокоены, особенно в таких местах, как отделения неотложной помощи. Поэтому расспрос по возможности должен быть кратким и целенаправленным. Если с первого раза не удастся собрать полный анамнез, возможно, потребуется продолжить выяснение деталей позднее. Природа сестринского дела предполагает, что отношения между медсестрами и детьми или подростками, находящимися под их опекой, могут развиваться в течение более длительного периода, при этом контакты с медсестрой будут более частыми, чем с другими членами многопрофильной команды лечебного учреждения. В этом контексте сбор анамнеза можно рассматривать как процесс лучшего знакомства с ребенком и семьей и понимания их потребностей и забот. Его также можно охарактеризовать как постепенный процесс, в ходе которого информация накапливается с течением времени. Это означает, что сбор анамнеза не обязательно должен происходить в рамках официальных консультаций, а может проводиться неформально, в зависимости от ситуации. Какой бы режим ни использовался, всегда можно выделить ключевые компоненты анамнеза, обсуждаемые ниже.

Процесс сбора анамнеза

В условиях больницы сбор анамнеза может осуществляться в рамках структурированного подхода с использованием, например, мнемонического правила для облегчения сбора всеобъемлющей информации. Одним из примеров такой структуры является мнемоническое правило SAMPLE.

S = *симптомы (symptoms)* текущей проблемы или жалобы. Например: когда и как начались симптомы? Был ли ребенок здоров раньше? Встречались ли подобные эпизоды или похожие заболевания в семье или школе?

A = *аллергия (allergies)*: есть ли у ребенка какая-либо реакция на известное вещество?

M = *лекарственные препараты (medication)*. Принимает ли ребенок в настоящее время какие-либо прописанные лекарственные препараты? Кроме того, если есть вероятность употребления рекреационных наркотиков, это также можно обсудить здесь.

P = *предшествующий анамнез ребенка (past medical history of the child)*, являющийся ключевым элементом в анамнезе. Он может быть взаимосвязан с беременностью. Например, в случае выяснения анамнеза у младенца следует уточнить,

имелись ли какие-либо важные факторы, связанные с развитием и благополучием плода, например антенатальная инфекция, несовместимость групп крови, заболевание матери. Как протекала беременность и какой была масса тела ребенка при рождении? Имелись ли родовые травмы или необходимость в реанимации? В случае ребенка более старшего возраста необходимо выяснить, были ли у него какие-либо заболевания или требовали ли какие-либо системы организма ребенка особого внимания. Важно рассмотреть анамнез развития, а также социальный, психический и семейный анамнез.

L = когда ребенок *последний раз ел и пил* (last eat and drink)?

E = были ли какие-либо *события (events)*, которые привели к сложившейся ситуации, например авария?

Наконец, важно, чтобы при сборе анамнеза применялся *сострадательный подход*, демонстрировалось внимание к частной жизни и достоинству, а также соблюдалась *конфиденциальность*, что может оказаться непросто в загруженной медицинской среде с ограниченным пространством. Это подчеркивает потенциальные этико-правовые последствия того, как собирается и защищается информация. Кроме того, важно учитывать вопросы *обеспечения безопасности*, признавая, что не все родители или опекуны в глубине души заботятся о наилучших интересах ребенка и могут скрывать важные факты, затрудняя получение полной и точ-

ной картины. В таких случаях может потребоваться мультидисциплинарная поддержка.



Основные положения

- Сбор анамнеза — неотъемлемый компонент целостной оценки, который следует рассматривать в совокупности с субъективной оценкой и объективными измерениями.
- Сбор анамнеза — это процесс постановки соответствующих вопросов с целью получения информации и исчерпывающего представления о проблеме, с которой сталкивается ребенок.
- Анамнез, собранный у детей и подростков, следует рассматривать в совокупности с сообщениями родителей, установив по возможности доверительные отношения, чтобы способствовать эффективному общению и начать процесс лечения.

Дополнительная литература

- Fawcett T. and Rhynas S. (2012) Taking a patient history: the role of a nurse. *Nursing Standard*, 26 (24), 41–46.
- Kurtz S.M., Silverman J. and Draper J. (2005) *Teaching and Learning Communication Skills in Medicine*. Radcliffe Medical Press, Oxford.
- McKenna L., Innes K., French J., Streitberg S. and Gilmour C. (2010) Is history taking a dying skill? An exploration using a simulated learning environment. *Nurse Education in Practice*, 11 (4), 234–238.

3

Принципы систематической оценки

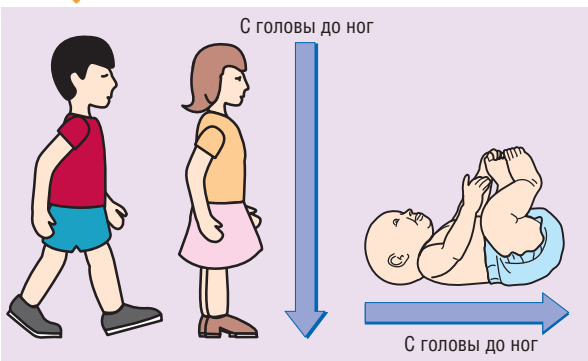
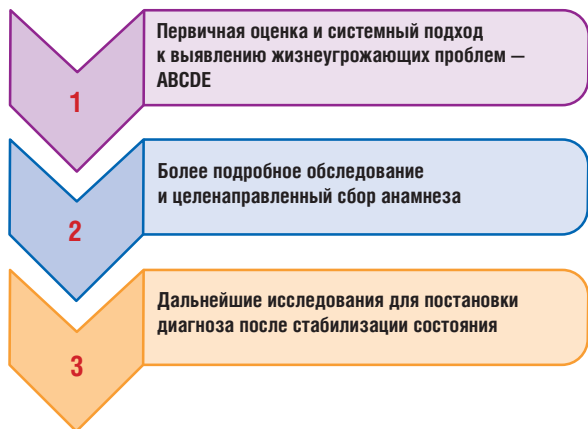
Краткое описание подхода ABCDE

Источник: представлено по материалам Resuscitation Council (UK) (2014) Guidelines and guidance: The ABCDE approach. <https://www.resus.org.uk/resuscitation-guidelines/abcde-approach>

Проходимость дыхательных путей, дыхание, кровообращение, неврологический статус, внешний вид



Первичная — вторичная — третичная оценка



Систематический комплексный подход к оценке физического состояния младенца

Источник: представлено по материалам GOV UK Newborn and infant physical examination: clinical guidance. <https://www.gov.uk/government/collections/newborn-and-infant-physical-examination-clinical-guidance>

- Внешний вид, включая цвет, дыхание, поведение, активность и позу
- Голова (включая роднички), лицо, нос, рот, включая нёбо, уши, шея и общая симметричность головы и черт лица. Обратите внимание на окружность головы
- Глаза: оцените наличие помутнения и «розовый рефлекс» глазного дна
- Шея и ключицы, конечности, кисти рук, ступни и пальцы: оцените пропорции и симметричность
- Сердце: оцените положение, частоту, ритм и тоны, шумы и объем пульса на бедренной артерии
- Легкие: оцените наличие дыхательных усилий, частоту дыхания и дыхательные шумы
- Живот: оцените форму и выполните пальпацию, чтобы выявить увеличение внутренних органов, осмотрите пуповину
- Гениталии и анус: оцените целостность и проходимость, а также опущение яичек у мальчиков
- Позвоночник: пальпируйте костные структуры и осмотрите кожу
- Кожа: обратите внимание на цвет и текстуру, родинки или сыпь
- Центральная нервная система: оцените тонус, поведение, движения и позу, проверяйте рефлексы только в случае необходимости
- Бедрра: оцените симметричность конечностей и кожных складок; выполните тесты Ортолани и Барлоу
- Крик: обратите внимание на звук
- Масса тела: отметьте результат

Подход ABCDE Источник: представлено по материалам Resuscitation Council (UK) (2014) Guidelines and guidance: The ABCDE approach <https://www.resus.org.uk/resuscitation-guidelines/abcde-approach>

	Оценка
A – Проходимость дыхательных путей (Airway)	Проходимость дыхательных путей Голос Дыхательные шумы
B – Дыхание (Breathing)	Частота дыхания Движения грудной стенки Перкуссия грудной клетки Аускультация легких Пульсоксиметрия
C – Кровообращение (Circulation)	Цвет кожи, потливость Время наполнения капилляров Частота пульса при пальпации Аускультация сердца Артериальное давление Мониторинг электрокардиограммы
D – Неврологический статус (Disability)	Уровень сознания и неврологический статус AVPU • Активное бодрствование (A lert) • Реакция на голос (V oice responsive) • Реакция на боль (P ain responsive) • Без сознания (U nresponsive) Движения конечностей Реакция зрачков на свет Уровень глюкозы в крови
E – Внешний вид (Exposure)	Состояние кожи Температура

Краткое описание систематической оценки

Оценка младенца или ребенка старшего возраста и семьи многогранна. Важные компоненты включают субъективное наблюдение и сбор анамнеза, описанные в главах 1 и 2, а также объективные измерения и данные мониторинга в зависимости от конкретной ситуации. Чтобы контролировать процесс оценки и гарантировать, что важные элементы не упущены, полезно использовать систематический подход, который будет направлять медсестру с помощью логической структуры.

Подход ABCDE

Рекомендуемый подход к систематической оценке, который поддерживают многочисленные данные, — это подход ABCDE: проходимость дыхательных путей (**A**irway), дыхание (**B**reathing), кровообращение (**C**irculation), неврологический статус (**D**isability), внешний вид (**E**xposure). Такой подход, основанный на мнемоническом правиле, был описан выше при обсуждении правила SAMPLE для сбора анамнеза (см. главу 2), служащего для структурированной и логичной оценки. Мнемоническое правило ABCDE одобрено руководствами по реанимации во всем мире. Однако этот подход применим не только к реанимации; его также можно использовать в контексте неотложной помощи, критического заболевания или травмы, что показано на рисунке.

Подход ABCDE применим во всех неотложных клинических ситуациях. Его можно использовать на улице без какого-либо оборудования или в более продвинутой форме по прибытии бригады неотложной медицинской помощи, в отделениях неотложной помощи, в общих палатах больниц или в отделениях интенсивной терапии. Каждый этап подхода ABCDE подробно описан на рисунке.

Цели подхода ABCDE:

- обеспечить жизненно важное и минимально необходимое лечение;
- разбить сложные клинические ситуации на более простые части;
- предоставить алгоритм оценки и лечения;
- достичь общей осведомленности о ситуации среди всех медицинских работников.

Подход ABCDE применим ко всем пациентам — как взрослым, так и детям. Клинические признаки критических состояний одинаковы независимо от первопричины. Это делает ненужным точное знание основной причины при проведении первичной оценки и лечения. Подход ABCDE следует использовать при подозрении на критическое заболевание или травму. Это ценный инструмент для выявления или исключения критических состояний в повседневной практике. Остановке дыхания или сердечной деятельности часто предшествуют неблагоприятные клинические признаки, и их можно распознать, применив

подход ABCDE, чтобы потенциально предотвратить неблагоприятный исход. Подход ABCDE также рекомендуется в качестве первого шага при оказании постреанимационной помощи после восстановления спонтанного дыхания и кровообращения.

Важно соблюдать порядок от А к Е. Например, нет смысла переходить к оценке кровообращения, если дыхательные пути непроходимы. Кроме того, важна регулярная повторная оценка после каждого этапа, а также при ухудшении состояния ребенка. Подход ABCDE и важность повторной оценки будут снова подчеркнуты в главах 56–59.

Первичная, вторичная и третичная оценка

Систематическая оценка может быть рассмотрена с позиции трех пунктов: первичной, вторичной и третичной. Подход ABCDE является частью первичной оценки наряду с субъективным наблюдением (см. главу 1). После завершения первичной оценки и подтверждения желаемого результата в ходе повторного осмотра (т.е. когда ситуация больше не опасна для жизни) можно переходить к вторичной оценке. Это более тщательное обследование и целенаправленный сбор анамнеза ребенка или подростка. Сбор анамнеза обсуждается в главе 2. И, наконец, дальнейшая оценка с помощью исследований и мониторинга является частью третичной фазы.

Систематический физикальный осмотр

В рамках структурированного подхода к оценке можно обследовать системы организма применительно к порядку физикального обследования ребенка. Такой метод применяется, например, для осмотра новорожденных при выписке из больницы или младенцев спустя шесть недель после рождения. Подход к обследованию от макушки головы до пяток ног (от головы до ног) применим для каждой из систем. Проведение такого осмотра гарантирует, что медсестра будет тщательно обследовать ребенка и ничто не будет упущено ни в одной из основных систем организма. Это означает, что медсестра проверяет все системы на наличие отклонений и с меньшей вероятностью пропустит какие-либо проблемы. Оценка от головы до ног проводится в логичной последовательности, начиная с головы и шеи, переходя к груди, затем к животу и конечностям.

Инструменты оценки для систематического подхода

В сестринской практике систематическому подходу к оценке может помочь использование инструментов оценки. Такими инструментами являются мнемонические правила, например SAMPLE и ABCDE, поскольку они служат для логического руководства практикой и обеспечения

тщательной оценки. Примеры других инструментов оценки:

- AVPU [Активное бодрствование (Alert) — Реакция на голос (Voice) — Реакция на боль (Pain) — Без сознания (Unresponsive)]: оцените уровень неврологической реакции в рамках компонента D (неврологический статус) подхода ABCDE: см. последующие главы.
- Инструменты оценки боли: наличие боли оценивают по ряду критериев, включая физиологические, поведенческие и биохимические признаки. Оценка указывает на уровень боли и определяет подходящую анальгезию. На более упрощенном уровне боль можно оценить, попросив ребенка оценить свою боль по выбранным шкалам.
- Педиатрическая шкала раннего предупреждения: см. последующие главы.
- Шкала комы Глазго: см. последующие главы.
- Инструменты оценки состояния кожи (например, инструменты Braden Q и Glamorgan: см. главу 19). Выделяют ряд критериев состояния кожи, каждый из которых оценивают по шкале от 1 до 4, при этом общий балл соотносят с риском разрушения кожных покровов.

Основные положения



- Обследованию больного или травмированного ребенка может способствовать систематический подход, который создает логическую структуру и позволяет избежать упущений.

- Подход ABCDE — широко используемый систематический подход к оценке, поддерживаемый большим количеством данных; неотъемлемая составляющая первичной оценки.
- Систематической оценке может дополнительно способствовать использование инструментов, которые служат руководством для оценки.

Литература

- GOV.UK (2014) Newborn and infant physical examination: clinical guidance. Available at: <https://www.gov.uk/government/collections/newborn-and-infant-physical-examination-clinical-guidance>.
- Resuscitation Council (UK) (2014) *Guidelines and Guidance: The ABCDE Approach*. Available at: <https://www.resus.org.uk/resuscitation-guidelines/abcde-approach/>.

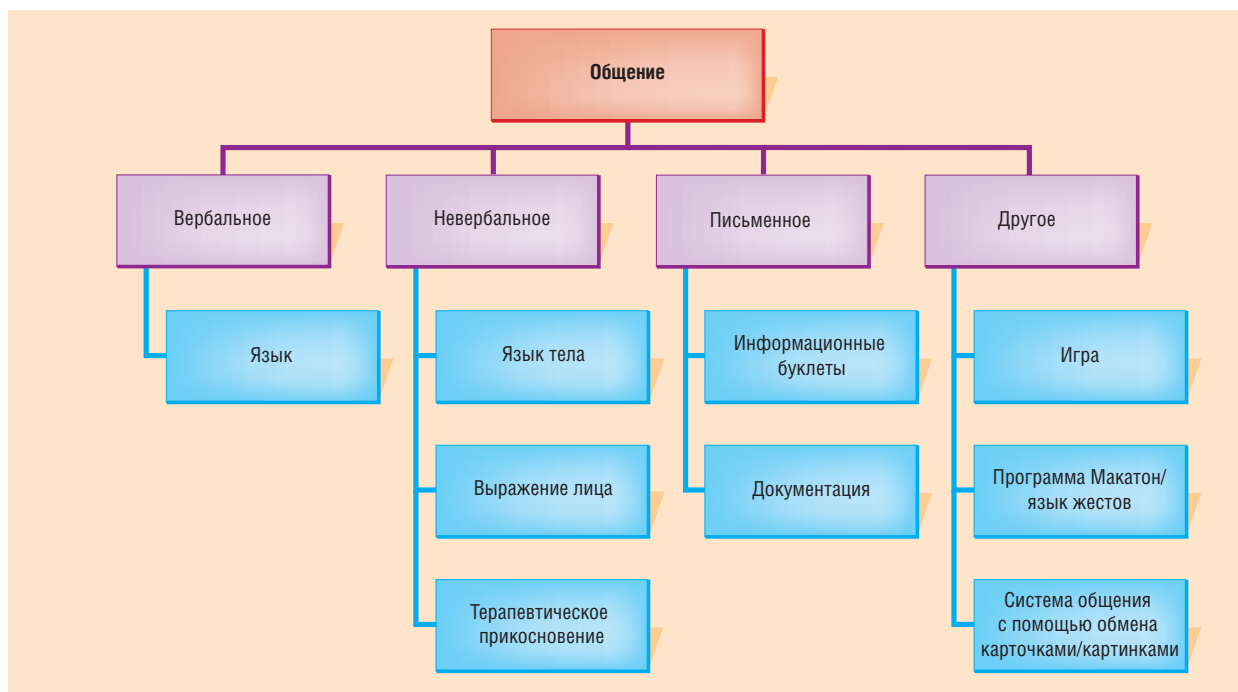
Дополнительная литература

- Dieckmann R.A., Brownstein D. and Gausche-Hill M. (2010) The pediatric assessment triangle: a novel approach for the rapid evaluation of children. *Pediatric Emergency Care*, 26 (4), 312–315.
- Jevon P. (2012) *Paediatric Advanced Life Support: A Practical Guide for Nurses*, 2nd edn. Blackwell, Oxford.
- NHS Institute for Innovation and Improvement (2013) PEWS charts. Available at: http://www.institute.nhs.uk/safer_care/paediatric_safer_care/pews_charts.html.

4

Общение

Типы общения



Игра в процессе оценки



Препятствия на пути к эффективному общению

- Когнитивные способности/их нарушение
- Индивидуальное понимание
- Язык
- Культура
- Эмоции
- Отвлекающие факторы
- Среда

Улучшение общения

Техника улучшения коммуникации

- По возможности создавайте тихую, комфортную обстановку
- Примите открытую позу, помните о своем собственном языке тела
- Представьтесь ребенку и семье
- Разъясните процесс оценки
- Поддерживайте зрительный контакт
- Давайте время ребенку/родителю/опекуну ответить на вопросы
- Используйте навыки активного слушания
- Используйте соответствующие возрасту техники/формулировки
- Содействуйте игре в соответствии с возрастом ребенка
- Избегайте использования жаргона
- Способствуйте терапевтическим отношениям как с ребенком, так и с семьей; построение доверия улучшит общение