

Ю.В. Марушко, д.м.н., професор, Т.В. Гищак, к.м.н.,
Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця, м. Київ

Перспективи застосування пероральних цефалоспоринів у лікуванні захворювань органів дихання у дітей

Продовження. Початок на стор. 39.

дослідження застосування Цефутилу дозволяють рекомендувати його як стартову антибактеріальну терапію позалікарняної пневмонії у дітей.

Ю.В. Марушко і Г.Г. Шеф проведено вивчення клінічної ефективності антибактеріального препарату Цефутил у комплексній терапії гострих бронхітів із нашаруванням бактеріальної інфекції в дітей різних вікових груп (1-ша група – до 6 років, 2-га група – 7-15 років). У дітей з бронхітом на бактеріальний характер запального процесу вказували висока температура тривалістю 3 і більше діб, виражена інтоксикація, кашель зі слизисто-гнійним характером мокротиння, фізикальні дані, запальні зміни в гемограмі. У більшості з них одночасно спостерігалися ознаки запалення мигдаликів, аденотонзиліт, явища гнійного риніту, отит.

Усі пацієнти отримали 7-денний курс лікування антибактеріальним препаратом Цефутил у вікових дозах. У комплексній терапії також використовувалися муколітики, відхаркувальні засоби, вітаміни, симптоматична терапія, в тому числі за показаннями антипіретики, та фізіотерапевтичні методи лікування; за необхідності застосовувалися антигістамінні препарати.

За результатами досліджень позитивна динаміка клінічних симптомів і гематологічних показників на тлі проведеної комплексної терапії з використанням препарату Цефутил спостерігалася в обох групах пацієнтів з гострим бронхітом. Згідно з отриманими даними, статистично достовірно спостерігалася покращення загального стану та самопочуття пацієнтів вже на 3-й день лікування в обох групах; значно зменшувалися інтоксикація, температура тіла з нормалізацією цих показників до кінця курсу терапії. Достовірно змінювався характер кашлю: вже на 3-й день терапії зменшувалася інтенсивність кашлю та покращувався характер мокротиння з полегшенням його відходження і практичною ліквідацією кашлю до 7-го дня лікування (незначний кашель зберігався у 2 дітей 1-ї групи), що не вимагало подальшого продовження антибіотикотерапії. Цим дітям проводили симптоматичне лікування. Тільки одному пацієнту (3,3%) був призначений інший антибіотик через збереження симптомів бронхіту.

У групі дітей віком понад 7 років полегшення характеру і зменшення вираженості кашлю та покращення реологічних характеристик мокротиння з ефективним його виведенням було більш вираженим, ніж у молодших пацієнтів. На тлі нормалізації загального стану дітей і характеру трахеобронхіального секрету в обох групах аускультативна картина в легенях характеризувалася зменшенням кількості хрипів уже з 3-го дня лікування і ліквідацією їх до 7-го дня терапії, причому ця закономірність була більш виражена в дітей старшої вікової групи.

Одночасно спостерігалася позитивна динаміка змін з боку мигдаликів, ліквідувалися явища гнійного риніту, аденотонзиліту. Гематологічні показники (збільшення ШОЕ, лейкоцитоз, нейтрофільний лейкоцитоз) після проведеного курсу терапії Цефутилом нормалізувалися, і тільки в одній дитині 1-ї групи і одній дитині 2-ї групи відмічено незначне підвищення ШОЕ, яке нормалізувалося через 3-4 дні без продовження терапії антибіотиком. Препарат добре переносився пацієнтами обох груп, побічних реакцій на прийом Цефутилу не відмічено.

У цілому препарат Цефутил був ефективний у терапії 96,7% пацієнтів.

Таким чином, аналіз динаміки клініко-лабораторних даних свідчить про високу ефективність антибактеріальної терапії бронхітів у дітей препаратом Цефутил, причому швидший регрес клініко-лабораторних показників спостерігається у дітей віком понад 7 років порівняно з пацієнтами молодшого віку.

За даними В.О. Шкорботун, К.В. Лях, емпіричне призначення Цефутилу у разі гострого середнього отиту протягом 5-7 діб забезпечує ефективне лікування цього захворювання. Цефутил може бути рекомендований як препарат вибору для широкого використання в практиці.

Цефподоксим проксетил

Серед пероральних цефалоспоринів III покоління цефподоксим проксетил (Цефодокс) має антибактеріальну активність проти грам-позитивних та грам-негативних бактерій, високу стабільність до дії β-лактамаз.

Позитивний досвід використання Цефодоксу представлений у роботах В.В. Бережного і співавт. (2007), О.П. Волосовця і співавт. (2007, 2009), М.Л. Аряєва і співавт. (2008) та ін.

У роботі О.П. Волосовця і співавт. (2007) вивчена ефективність і безпека препарату Цефодокс в антимікробній пероральній терапії в дітей із пневмонією легкого ступеня тяжкості. Усі діти отримували антибіотик Цефодокс перорально в дозі 10 мг/кг за 2 прийоми, максимальна доза 400 мг/добу.

Ефективність лікування Цефодоксом оцінена як «гарна» – у 27,3%, «дуже гарна» – у 16 (72,7%) дітей. Випадків, оцінених як «задовільна/незадовільна ефективність», не зареєстровано. Алергічних реакцій не виявлено. Препарат добре переносився дітьми. Побічні дії не виявлені.

О.П. Волосовцем і співавт. (2007) також були вивчені ефективність і безпека препарату Цефодокс у схемі ступеневої терапії дітей з пневмонією в умовах педіатричного стаціонару. Усі діти були розділені на 2 групи. Діти 1-ї групи з середньоважкою пневмонією отримували цефотаксим внутрішньом'язово протягом усього курсу; діти 2-ї групи – ступеневу терапію: з першого дня парентерально цефотаксим внутрішньом'язово у вікових дозах, потім на 4-й день за умови досягнення позитивної клінічної динаміки переводилися на терапію Цефодоксом перорально в дозі 10 мг/кг у 2 прийоми, максимальна доза – 400 мг/добу. Окрім антибактеріального лікування, діти обох груп отримували дезінтоксикаційну (за показаннями) і муколітичну терапію, фізіотерапевтичні процедури.

Аналіз клініко-лабораторних даних у динаміці показав, що використання ступеневої терапії в разі пневмонії середньої тяжкості у дітей з використанням препарату Цефодокс було ефективним. Динаміка клінічних проявів практично не відрізнялася від такої в дітей, які отримували парентеральний цефалоспорин III покоління протягом усього курсу лікування.

Таким чином, за сучасних умов у педіатра для терапії неважких захворювань органів дихання, ЛОР-органів є достатньо широкий арсенал пероральних цефалоспоринів: Лексин, Цефутил, Цефодокс та ін. Заслуговує на увагу можливість застосування пероральних цефалоспоринів у ступеневої терапії. На нашу думку, такі препарати повинні широко використовуватися (за наявності показань) у практиці лікаря-педіатра.

Стаття друкується в скороченні.
Список літератури знаходиться в редакції.

Отношения «врач—пациент» в правовом поле

На вопросы читателей отвечает адвокат, специалист в области медицинского права Ярослав Бабич



Более 20 лет я работаю лаборантом-бактериологом, по роду деятельности ежедневно провожу исследования на выявление брюшного тифа, менингококковой, стафилококковой инфекции, дизентерии и т. д. Имею ли я право на пенсию по возрасту в двойном размере как медицинский персонал в инфекционных отделениях?

Согласно п. 2 Постановления Кабинета Министров Украины от 4 ноября 1993 г. № 909 «О перечне учреждений и организаций образования, охраны здоровья и социальной защиты и должностей, работа на которых предоставляет право на пенсию по выслуге лет» право на получение такой пенсии имеют врачи и средний медицинский персонал (независимо от названия должности) лечебных учреждений, лечебно-профилактических учреждений особого типа, лечебно-трудовых профилакториев, амбулаторно-поликлинических учреждений, учреждений скорой и неотложной медицинской помощи, переливания крови, охраны детства и материнства, санаторно-курортных учреждений, санитарно-эпидемиологических учреждений, диагностических центров при условии наличия специального стажа работы не менее 25 лет.

За опоздания на работу руководство клиники оштрафовало меня на 200 грн. Имеет ли работодатель на это право? Могу ли я оспорить правомочность такого наказания?

Статья 147 КЗоТ предусматривает только два вида наказания за нарушение трудовой дисциплины – выговор и увольнение. При этом ст. 127 КЗоТ предусматривает исчерпывающий перечень оснований для отчислений из заработной платы, в который указанный случай не входит. Вероятно, вас оштрафовали из так называемой зарплаты «в конверте». В этом случае вам сложно будет что-либо доказать.

К нам в отделение поступил мужчина с подозрением на сотрясение мозга, мы провели необходимую в таких случаях диагностику и оказали профилактическую помощь. Настоятельно рекомендовали остаться в больнице, но пациент принял решение отправиться домой и наблюдаться в медучреждении по месту жительства. По дороге домой в машине больной скончался, и теперь его родственники предъявляют претензии за не оказание должной помощи. Есть ли основания для подобных претензий?

Согласно Основам законодательства Украины о здравоохранении (ст. 33-53) врач не обязан насильственно удерживать пациента в стационаре (кроме случая, если заболевание является социально опасным и имеется соответствующее решение суда). При этом ч. 3 ст. 24 Основ освобождает врача от ответственности за пациента, если последний не выполняет предписаний врача. Однако врач обязан предупредить пациента об опасности, которая ему угрожает в случае, если медицинская помощь будет недоступна. Более точный ответ на вопрос о правомочности действий медперсонала зависит от нескольких обстоятельств.

Первое: находился ли пациент в момент обращения за медицинской помощью в критическом, представляющем

угрозу для жизни состоянии. В этом случае необходимо выяснить: какими методами диагностики объективно возможно установить такое состояние; были ли применены эти методы диагностики; какой именно диагноз был окончательно установлен пациенту или какие методы диагностики были рекомендованы для дальнейшей верификации предварительного диагноза; если диагноз был окончательно установлен, то правильно ли он был установлен.

Второе: имело ли место медицинское вмешательство. Если пациента оперировали, следует установить: был ли пациент (либо иные лица, имеющие на это право) предварительно проинформирован о состоянии своего здоровья; был ли он (либо иные лица, имеющие на это право) проинформирован о рекомендованных методах медицинского вмешательства; дал ли он (либо иные лица, имеющие на это право) свое согласие на это вмешательство; показано ли данное вмешательство (либо его объем) при таком диагнозе.

Третье: имеется ли прямая причинно-следственная связь между действительно имевшим место диагнозом и смертью пациента; незаконными действиями врачей (если таковые имели место) и смертью пациента.

Четвертое: каким образом все вышеуказанное было документально оформлено. Эти вопросы, как правило, являются предметом судебно-медицинской экспертизы, назначаемой в рамках расследования уголовного дела по факту смерти. Кроме патологоанатомического исследования, немаловажное значение имеет исследование медицинских документов, сопровождавших диагностику и лечение.

Я врач-вертебролог. Сегодня много говорят о подписании пациентом информированного согласия на лечение. В каких случаях я должен предлагать пациенту подписать такой документ?

Получать письменное согласие пациента на применение определенных методов диагностики, лечения, профилактики, реабилитации и лекарственных препаратов обязательно в случае, если эти методы и препараты еще не разрешены к применению в установленном порядке (ч. 2 ст. 44 Основ). При этом ст. 43 Основ устанавливает обязанность врача получить согласие пациента на любое медицинское вмешательство. Требования получить это согласие в письменном виде действующие Основы не устанавливают. Если пациент младше 14 лет либо недееспособен, это согласие получают от его законных представителей. Важно отметить: если врач считает, что законный представитель отказался от медицинской помощи во вред лицу, опекуном либо попечителем которого является, врач обязан уведомить об этом факте орган опеки и попечительства. Получение согласия не требуется, если медицинское вмешательство осуществляется в ситуации, угрожающей жизни пациента (ч. 2 ст. 43 Основ).

Подготовила **Виктория Куриленко**

Уважаемые читатели! Свои вопросы в рубрику «Юридическая консультация» отправляйте по адресу: zu@health-ua.com.