

# Перспективи застосування пероральних цефалоспоринів у лікуванні захворювань органів дихання у дітей

**Питання вибору препарату для антибактеріальної терапії завжди гостро стояло в педіатричній практиці. Необхідність компромісу між ефективністю, безпечністю та економічною доцільністю застосування антибіотика створює умови для перегляду спектра лікарських засобів, що є препаратами вибору в лікуванні педіатричної популяції.**

Найпоширенішими в амбулаторній практиці педіатра є гострі респіраторні захворювання (ГРЗ), що становлять 70-80% усіх хвороб дитячого населення, в т. ч. захворювання бронхолегеневої системи та ЛОР-патологія (як гостра, так і загострення хронічної внаслідок перенесених вірусних інфекцій).

Проблема лікування інфекційно-запальних захворювань дихальних шляхів (ДШ) та ЛОР-органів завжди пов'язана з вибором антибактеріального препарату, особливо в умовах змін етіологічної структури захворювань і розвитку резистентності збудників до наявних антибіотиків. Ефективність етіотропної терапії залежить від визначення мікроорганізму та його чутливості до антимікробного препарату, проте на практиці первинне антибактеріальне лікування призначається емпірично. Рациональна емпірична антибактеріальна терапія повинна передбачати вибір препарату, активного проти всіх імовірних у цій клінічній ситуації збудників. Тому вивчення антибіотиків широкого спектра дії, динамічне спостереження за їх ефективністю в лікуванні різних нозологічних форм залишається актуальним.

В Україні та Росії переважна кількість бактерій, що викликають захворювання ДШ і ЛОР-органів, зберігають високу чутливість до цефалоспоринів. Це обґрунтовує доцільність їх застосування в лікуванні респіраторної патології бактеріальної етіології.

## Цефалексин

В Україні зареєстровано низку цефалоспоринових препаратів, серед них і пероральні форми.

Одним із широковживаних препаратів, що використовуються на догоспітальному етапі в педіатрії, є Лексин (цефалексин, цефалоспорин I покоління). Антимікробний спектр Лексину охоплює *S. pyogenes*, *S. viridans*, *S. pneumoniae*, а також *E. coli*, *P. mirabilis*, *Klebsiella* spp., *H. influenzae*, *M. catarrhalis*. Механізм дії – бактерицидний. Препарат ефективний щодо інфекцій, викликаних стафіло- та стрептококами. Лексин стійкий до кислого середовища шлунка, швидко та практично повністю засвоюється в кишечнику, що зменшує вплив засобу на кишкову флору та ймовірність розвитку дисбіозу. Близько 80-100% препарату виводиться нирками в незміненому вигляді, тому Лексин мало впливає на функцію печінки.

Лексин застосовується для терапії захворювань верхніх ДШ. Так, О.В. Тяжка і співавт. спостерігали дітей, хворих на гострий простий бронхіт на тлі хронічної інфекції. Доведена висока клінічна ефективність Лексину (93,3%). Відзначені клінічна безпечність препарату, гарна переносимість, можливість застосування з іншими медикаментами. Результати інших досліджень також свідчать про високу ефективність Лексину в терапії дітей з рецидивуючим бронхітом у періоді загострення.

Є.І. Юліш і співавт. використовували Лексин у лікуванні бактеріальних ускладнень ГРВІ (гострого середнього отиту, синуситу, бронхіту) в дітей раннього віку як в амбулаторних, так і в стаціонарних умовах. Результати досліджень свідчать про високу ефективність Лексину, а його форма випуску у вигляді суспензії зручна для застосування в дітей раннього віку.

Упродовж останніх 50 років пеніцилін є препаратом вибору для лікування тонзиліту,

спричиненого β-гемолітичним стрептококком групи А (БГСА). На початку 1980-х рр. з'явилися дослідження, що показують не-ефективність пеніциліну за наявності БГСА-інфекції. J.R. Casey був проведений метааналіз доступних рандомізованих контрольованих досліджень, присвячених цій проблемі. До метааналізу увійшли дослідження за такими критеріями: пацієнти <18 років; підтвердження БГСА-етіології експрес-тестом або культуральним дослідженням; випадковий розподіл по групах терапії цефалоспорином або пеніциліном упродовж 10 днів; бактеріологічний контроль ефективності після закінчення терапії. Вірогідність бактеріологічної неефективності була значно нижчою ( $p < 0,00001$ ) у випадку призначення пероральних цефалоспоринів (цефалексину, цефадоксиму, цефуроскиму, цефподоксиму, цефпрозилу, цефіксиму, цефтибутену), ніж у разі терапії пероральним пеніциліном. Оцінювався вплив різних чинників на висновок про вищу ефективність цефалоспоринів.

Аналогічний висновок було одержано у подвійних сліпих дослідженнях (відношення шансів (ВШ) 2,31; 95% довірчий інтервал (ДІ) 1,39-3,85), високоякісних дослідженнях (>2 бали за шкалою Jadad) (ВШ 2,50; 95% ДІ 1,85-3,36), дослідженнях з добре описаними клінічними проявами (ВШ 2,12; 95% ДІ 1,54-2,90), дослідженнях з ретельним контролем комплаєнсу (ВШ 2,85; 95% ДІ 2,33-3,47), з серотипуванням збудника (ВШ 3,10; 95% ДІ 2,42-3,98), елімінацією носіїв (ВШ 2,51; 95% ДІ 1,55-4,08) і у випробуваннях з контрольним бактеріологічним дослідженням через 3-14 днів після закінчення курсу терапії (ВШ 3,53; 95% ДІ 2,75-4,54). Грунтуючись на результатах дослідження, автори підтримують застосування цефалоспоринів як препаратів вибору для лікування БГСА-тонзилітофарингіту.

**Ураховуючи антимікробну активність пероральних цефалоспоринових антибіотиків та їх фармакокінетичні можливості, ми використали Лексин (цефалексин моногідрат) у терапії загострення хронічного тонзиліту (ХТ) у дітей. Ефективність препарату в лікуванні респіраторних інфекцій у разі 3-4-кратного прийому була доведена в багатьох дослідженнях. Натомість терапія в режимі прийому препарату 2 рази на добу досліджувалася значно менше, що стало метою нашого дослідження.**

Серед усіх обстежених із загостренням ХТ нами були відібрані 40 дітей, у ході обстеження яких встановлена стрептококова етіологія тонзиліту. Усі діти отримали 10-денний курс Лексину з розрахунку 30-50 мг/кг/добу за 2 прийоми. Контингент обстежених був рандомізований на 2 вікові групи: молодшу ( $n=20$ ) – діти 3-7 років; старшу ( $n=20$ ) – 7-12 років.

На фоні терапії Лексином у хворих відмічена позитивна динаміка симптомів загострення ХТ в обох групах: значне зменшення інтоксикації, лихоманки вже на 3-тю добу лікування і практично ліквідація цих симптомів на 5-ту добу. Відчуття неприємного запаху з рота також зникло до 3-5-ї доби проведеної терапії. Біль у горлі інтенсивніше знімався у хворих молодшої вікової групи порівняно зі старшими дітьми. Відчуття сухості і садіння в горлі на фоні курсової терапії Лексином знято в усіх дітей молодшої вікової групи і у 90% старших дітей; у решті учасників вираженість цих симптомів

значно зменшувалася в динаміці. Фарингоскопічні ознаки ХТ в обстежених групах мали подібний характер змін. Так, гіперемія і інфільтрація в мигдаликах значно зменшилися на 5-ту добу терапії і були ліквідовані на 10-ту добу терапії в усіх дітей молодшої вікової групи та у 90% дітей старшої вікової групи. Місцеві зміни в мигдаликах в решті дітей старшої групи значно регресували, хоча й залишалися після курсу проведеної терапії. Зміни подібного характеру під час порівняння обох груп відмічено й щодо оцінки характеру гіпертрофії мигдаликів.

У ході бактеріологічного обстеження визначено, що санація вогнища інфекції після застосування Лексину в обох групах досягнута в 90% випадків.

Прийом препарату не викликав у дітей значних негативних клінічних ефектів і добре переносився дітьми. Тільки в 1 дитині з молодшої групи відмічали незначне відчуття дискомфорту в животі, що не потребувало відміни препарату і самостійно припинилося на 3-тню добу лікування.

Н.В. Нагорна і співавт. визначили чутливість до Лексину 90,1% штамів *S. pneumoniae*, 87,2% штамів *S. pyogenes* і 80% штамів *S. aureus*, що стало основою для введення цього препарату в схему терапії загострення ХТ у дітей із сполучнотканинною дисплазією серця. Отримані позитивні клініко-бактеріологічні результати.

Ю.В. Марушко, О.О. Лісоченко (2008) проведено визначення структури захворювань у педіатричній популяції, що вимагали призначення антибактеріальної терапії, та вивчення ефективності препарату Лексин в педіатричній практиці на догоспітальному етапі. У дослідження входили діти, які спостерігалися в дитячих поліклініках м. Києва, Донецька, Горлівки, Маріуполя, Мелітополя. Учасники були відібрані методом суцільної вибірки, отримані дані результатів застосування Лексину були вивчені ретроспективно. Показниками аналізу виступили нозологічна форма захворювання, що вимагала призначення антибіотика; тривалість лікування, гіпертермія, інтоксикації, лімфаденопатія; динаміка перебігу захворювання та картини периферичної крові (оцінювали наявність лейкоцитозу та зсуву формули вліво).

У дослідженні було проаналізовано 397 випадків застосування антибіотика Лексин у дітей, з них віком до 1 року – 46 (11,59%) пацієнтів, від 1 до 3 – 105 (26,45%), 4-6 років – 101 (25,44%), від 7 до 12 – 68 (17,12%), понад 12 років – 77 (19,4%) дітей.

Структура захворювань, що вимагали призначення антибіотика, серед різних вікових груп була різною: ГРЗ із тривалою гіпертермією, затяжним перебігом (15-20% випадків); ГРЗ, що ускладнилися гострим отитом, гострим синуситом, тонзилітом і фарингітом (30-40%); гострий отит; трахеїт; бронхіт, обструктивний бронхіт (30-49%); ГРЗ, гострий пієлонефрит (2-5%); фурункульоз (2-5% випадків) та ін.

У цілому ефективність застосування Лексину в зазначеній категорії пацієнтів становила 98,7%. Тільки в 1,3% пацієнтів застосування Лексину виявилось неефективним, що, очевидно, пояснюється нечутливістю флорою. На нашу думку, така висока ефективність застосування препарату обумовлена тим фактом, що показаннями для його застосування в нашому дослідженні первинно було обрано інфекції з найбільшою вірогідністю грампозитивної етіології захворювання, а саме: неважкі бактеріальні інфекції ЛОР-органів, ДШ.



Ю.В. Марушко

## Цефуроским аксетил

Цефутил (цефуроским аксетил) – напівсинтетичний цефалоспориновий антибіотик II покоління зі стійкістю до β-лактамаз і бактерицидним ефектом проти більшості грампозитивних та грамнегативних бактерій; до спектра його дії належать штами, стійкі до пеніциліну, ампіциліну та амоксициліну. Цефуроским аксетил є неактивною сполукою, що швидко гідролізується в слизовій оболонці тонкої кишки з утворенням активного цефуроскиму, який швидко всмоктується в кров. Цефутил приймають перорально з їжею або відразу після їди. Препарат проникає через гематоенцефалічний бар'єр. Можливим є використання цефуроскиму в ступеневій послідовній терапії із застосуванням парентеральних і пероральних форм препарату.

Проведено багато досліджень щодо ефективності препарату Цефутил у дитячій практиці, зокрема в дитячій пульмонології. Препарат виявляє високу активність у лікуванні захворювань органів дихання у дітей різного віку.

Цефутил добре переноситься, не викликає значних побічних реакцій, мало впливає на мікробіоценоз кишечника. Таблетована форма з різним дозуванням зручна для застосування у дітей різних вікових груп, починаючи з 6-місячного віку. Цефутил може з успіхом застосовуватися амбулаторно.

Робота А.Е. Абатурова присвячена лікуванню Цефутилом неускладнених форм пневмоній у дітей раннього віку. Клінічне дослідження цього препарату як стартового антибіотика в лікуванні неускладнених форм пневмоній у дітей раннього віку показало його високу ефективність (92,6%), оптимальні фармакокінетичні властивості (щадний метод терапії у зв'язку з пероральним прийомом і можливістю застосування 2 рази на добу), безпеку і хорошу переносимість.

Доведена висока ефективність Цефутилу (96%) в лікуванні інфекцій ДШ і ЛОР-органів, що перебігають на тлі хронічних інфекцій у дітей. Встановлено, що призначення препарату в комплексному лікуванні дітей з інфекцією ДШ і ЛОР-органів приводить до швидшого покращення загального стану хворих, скорочення тривалості інтоксикаційного синдрому, лихоманки, сухих хрипів у легень тощо. Це дозволяє скоротити строки перебування в стаціонарі на 4 доби. Препарат добре переносився хворими, зручний у дозуванні та застосуванні; відмови від прийому або інших небажаних ефектів у разі його використання не спостерігались.

Є.І. Юліш і співавт. застосували Цефутил для лікування середньотяжких форм позаликарняних пневмоній. Він добре переносився дітьми, не викликав негативних реакцій. Проведені клінічні

Продовження на стор. 40.

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 нормалізувались, 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 цефалоспориін 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. Заслугове 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](mailto:zu@health-ua.com).