

Практическое применение института информированного согласия в педиатрии при использовании жаропонижающих средств

Л.А. Эртель

Кафедра уголовно-правовых дисциплин
Адыгейского филиала Московского открытого
социального университета, г. Майкоп

В современном мире право пациентов на автономно впервые получило официальное признание. Первостепенное значение приобрело право на информацию, необходимую для информированного согласия (ИС). Однако до сих пор отсутствует утвержденная стандартная форма ИС, научно не обоснованы параметры предоставляемой в бланке ИС информации. Что означает термин «информированное согласие»? Под информированным согласием понимается добровольное принятие пациентом курса лечения или терапевтической процедуры после предоставления врачом адекватной информации. Для того чтобы адаптировать информированное согласие к конкретной педиатрической задаче, необходимо рассмотреть его возможные «клинические модификации». Рассмотрим применение этого института при использовании жаропонижающих средств у детей.

Наверное, нет ребенка, у которого хотя бы раз в жизни не отмечалась повышенная температура тела. И нет врача, который ни разу в жизни не прописывал бы жаропонижающие средства. Согласие родителей обычно не спрашивается или дается в устной форме. Однако именно здесь есть нюансы, которые помогают понять общий принцип применения информированного согласия в педиатрии.

1. Нужно ли включать в формулировки информированного согласия упоминания об участии родителей в лечении?

Общие терапевтические мероприятия при лихорадочных реакциях у детей включают:

- постельный режим в случае плохого самочувствия ребенка и при лихорадке выше 38–38,5 °С;
- обильное питье для обеспечения повышенной теплоотдачи за счет обильного потоотделения (компот, подслащенный чай, отвар шиповника);
- кормление в зависимости от аппетита (не заставлять ребенка есть насильно!). При этом рекомендуется преимущественно углеводистая пища. Прием свежего молока следует ограничить ввиду возможной гипоплазии на высоте лихорадочного состояния;
- прием аскорбиновой кислоты (возрастную норму можно увеличить в 1,5–2 раза);

- контроль за регулярным опорожнением кишечника (очистительная клизма водой комнатной температуры).

При «розовом типе» лихорадки для усиления теплоотдачи ребенка необходимо раздеть и провести обтирание водой комнатной температуры. Нет смысла обтирать ребенка водкой или ледяной водой, так как резкое снижение температуры тела приводит к спазму сосудов и уменьшению теплоотдачи [1].

Как видим, основная нагрузка по лечению и выживанию ребенка при лихорадочных состояниях падает на родителей. Следовательно, оговаривать их роль и порядок манипуляций необходимо.

2. Должно ли отличаться ИС родителей обычных детей от ИС родителей детей группы риска?

Лихорадка в пределах 38–38,5 °С при отсутствии токсикоза не требует медикаментозной жаропонижающей терапии. Однако у детей из группы риска возможны различные осложнения на фоне менее значительного повышения температуры, что и определяет необходимость применения у них жаропонижающих средств. В группу риска по развитию осложнений при лихорадочных реакциях должны быть включены дети:

- в возрасте до двух месяцев жизни при наличии температуры тела выше 38 °С;
- с фебрильными судорогами в анамнезе;
- заболеваниями ЦНС;
- хронической патологией органов кровообращения;
- наследственными метаболическими заболеваниями.

Согласно рекомендациям специалистов ВОЗ жаропонижающую терапию исходно здоровым детям следует проводить при температуре тела не ниже 39–39,5 °С [2]. Однако если у ребенка на фоне лихорадки, независимо от степени выраженности гипертермии, отмечается ухудшение состояния, озноб, миалгии, нарушение самочувствия, бледность кожных покровов и другие проявления токсикоза («бледный вариант» лихорадки), антипиретическая терапия должна быть назначена незамедлительно [3]. Дети из группы риска по развитию осложнений на фоне лихорадки требуют назначения жаропонижающих лекарственных средств даже при субфебрильной температуре. Следовательно, информация родителей детей из группы риска должна отличаться как по объему, так и по содержанию, а их согласие должно иметь «расширенную» форму, т. е. учитывать больше параметров, чем в группе обычных детей.

3. Следует ли учитывать при составлении ИС собственный опыт родителей в лечении подобных состояний?

В тех случаях, когда клинические и анамнестические данные свидетельствуют о необходимости проведения жаропонижающей терапии, целесообразно руководствоваться рекомендациями специалистов ВОЗ, назначая эффективные и безопасные лекарственные средства (препараты выбора). Препаратами выбора при лихорадке у детей являются парацетамол и ибупрофен. При этом считается, что ибупрофен может быть применен в качестве стартовой терапии в тех случаях, когда назначение парацетамола противопоказано или малоэффективно. Однако отечественные педиатры в качестве стартовой жаропонижающей терапии все еще нередко используют ацетилсалициловую кислоту и анальгин, которые из-за серьезных побочных эффектов во многих странах либо запрещены к применению у детей в возрасте до 12 лет, либо вообще исключены из национальных фармакопей [4]. Но главное, что именно с этих препаратов начина-

ют родители, еще до вызова врача. Более того, многие из них склонны заменять рекомендуемые врачом препараты на привычные им и известные из опыта их собственных детских болезней. Поэтому в ИС необходимо предусмотреть такую ситуацию. Современные научные данные, материалы ВОЗ указывают на то, что жаропонижающим препаратом выбора у детей является высокоочищенный парацетамол – ненаркотический анальгетик группы производных пара-аминофенола. Детские формы парацетамола представлены в виде сиропа (по 120–160 мг/5 мл), суспензии, свечей (50–150 мг), капель или жевательных таблеток и предназначены для лечения детей раннего возраста. В зависимости от используемой формы препарата родители должны четко представлять, какая доза требуется ребенку, и строго следовать инструкции по применению. У детей более старшего возраста целесообразно применять парацетамол в таблетированной форме по 500 мг. Решение о назначении жаропонижающей терапии основывается на балансе между предполагаемым улучшением состояния и риском побочного эффекта и назначается при температуре выше 38,5 °С при измерении в аксилярной области или 39 °С ректально. Если ребенок, несмотря на повышение температуры, остается активным, играет, назначение жаропонижающих средств будет преждевременным. В этом случае необходимо дальнейшее наблюдение за развитием заболевания [5, 6].

4. Что делать, если инструкции, которыми руководствуется врач, конфликтуют с тем, чего хотят родители?

Как известно, внедрение в практику здравоохранения формулярной системы по использованию лекарственных средств направлено на стандартизацию и упорядочение выбора и назначения фармакологических препаратов [7]. Строгое и неукоснительное выполнение рекомендаций, предложенных Федеральным руководством по использованию лекарственных средств, позволяет не только избежать врачебных ошибок, но и оптимизировать фармакотерапию наиболее распространенных патологических состояний и лихорадки в том числе. Основные принципы рациональной терапевтической тактики при лихорадке у детей основаны на документах ВОЗ. Поэтому очень важно указать в ИС, какими авторитетными документами пользуется

врач в выборе стратегии лечения. Это, как правило, позволяет быстрее достигнуть успеха в получении информированного согласия родителей.

Все сказанное позволяет уточнить и конкретизировать наши представления о том, каким должно быть информированное согласие в педиатрии. Однако возникает вопрос: если все, о чем мы говорили, должно быть отражено в ИС, то каким же будет этот документ по объему? Дело в том, что ИС, например, в клинических испытаниях сейчас уже должно включать 20 пунктов. Однако они носят лишь характер маркеров – указывают вид информации, которую пациент получил, а он своей подписью удостоверяет, что он ее действительно получил и согласен с предлагаемыми манипуляциями на основе этой информации. Сама же информация предоставляется в виде буклета, устно, в видеозаписи, по образцам и т. п. Сам бланк информированного согласия должен быть кратким и содержать отчетливые формулировки. Однако большую роль играет преамбула. Однозначно, что информацию родителям лучше всего предоставлять в устной беседе или в буклете, где оставляют свободные строки для указания конкретных методов лечения по данному больному. Было бы очень хорошо разработать игровые информационные буклеты для детей разных возрастов, но это уже предмет рассмотрения такой дисциплины, как организация здравоохранения.

Литература

1. Геппе Н.А. Представление о механизмах лихорадки у детей и принципах жаропонижающей терапии // ПМЖ. 2003. № 1. С. 31–37.
2. The management of fever in young children with acute respiratory infections in developing countries / WHO / ARI / WHO / Geneva, 1993.
3. Цыбулькин Э.Б. Лихорадка // Угрожающие состояния у детей. СПб.: Специальная литература, 1994. С. 153–157.
4. Таточенко В.К. Стратегия применения жаропонижающих препаратов у детей // Medical Market. 1998. № 2 (29). С. 10–12.
5. Баранов А.А. Парацетамол в аспекте здоровья матери и ребенка. Тезисы докладов симпозиума «Эффективность и безопасность парацетамола как безрецептурного лекарственного средства». М., 1998. С. 14.
6. Таточенко В.К. Стратегия применения жаропонижающих у детей. Тезисы докладов симпозиума «Эффективность и безопасность парацетамола как безрецептурного лекарственного средства». М., 1998. С. 15.
7. Федеральное руководство для врачей по использованию лекарственных средств (формулярная система). Выпуск 1. М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 2000. 975 с.



журнал
«ТРУДНЫЙ ПАЦИЕНТ»
Том 4, № 6, 2006
Издательский дом «Академиздат»
119002, Москва, а/я 11
e-mail: info@t-patient.ru
Телефон: (495) 241-01-34, 248-94-54

Тираж сертифицирован
Национальной
тиражной службой

Редакция журнала

генеральный директор **Бышков М.В.**
главный редактор – руководитель проекта **Шугурова И.М., к.б.н.**
заместитель главного редактора **Богданова Г.В.**
руководитель отдела маркетинга **Сафронова Н.В.**
менеджер по рекламе **Дьяконова И.А.**
дизайн, верстка **Солодилов Е.В.**

Тираж: 50 000 экз.
Редакция не несет ответственности за содержание рекламных материалов

Редакционный совет

Аллергология Н.И. Ильина, М.Н. Клевцова, В.А. Ревякина, Е.С. Феденко	Иммунология Н.И. Ильина, М.Н. Клевцова, А.Е. Шульженко	Ревматология В.А. Насонова, Н.А. Шостак
Акушерство и гинекология Е.Н. Андреева, И.В. Кузнецова, А.П. Никонов, В.Н. Серов, А.Л. Тихомиров	Кардиология Д.М. Аронов, Ю.А. Бунин, Г.Е. Гендлин М.А. Гуревич, С.Г. Козлов, О.Д. Остроумова, Д.В. Преображенский, Б.А. Сидоренко, Г.И. Сторожаков	Отоларингология А.И. Крюков, Л.А. Лучихин
Гастроэнтерология Ю.В. Васильев, О.Н. Минускин, А.И. Парфенов	Неврология А.Н. Бойко, Т.Г. Вознесенская, Н.Н. Яхно	Психиатрия А.Б. Смулевич
Венерология и дерматология В.И. Кисина, М.А. Соловьев, И.А. Чистякова	Проктология В.Г. Румянцев	Урология Л.М. Горилловский, К.И. Забиров
Педиатрия Г.А. Самсыгина, И.Н. Захарова, Ю.Г. Мухина	Пульмонология Л.И. Дворецкий Н.П. Княжеская, В.Е. Ноников	Хирургия С.З. Бурневич, А.И. Кириенко В.С. Савельев М.И. Филимонов
		Эндокринология В.В. Фадеев