

УДК 614.253

## ЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ДОБРОВОЛЬНОГО ИНФОРМИРОВАННОГО СОГЛАСИЯ ПРИ ОРТОДОНТИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ВЗРОСЛЫХ С ВТОРИЧНЫМИ ДЕФОРМАЦИЯМИ

У. Р. Баранова, Б. И. Чибисов

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия

U. R. Baranova, B. I. Chibisov

Tver State Medical University

### ETHICAL ISSUES OF VOLUNTARY INFORMED CONSENT IN ORTHODONTIC TREATMENT OF ADULTS WITH SECONDARY DEFORMITIES

**Аннотация.** В статье рассматриваются этические сложности получения добровольного информированного согласия от взрослых пациентов, нуждающихся в ортодонтическом лечении по поводу вторичных деформаций челюстно-лицевой области. Автор анализирует ключевые этические проблемы, возникающие при балансировании между принципом автономии пациента и терапевтической привилегией врача.

**Annotation.** The article discusses the ethical and practical difficulties of obtaining informed consent from adult patients in need of orthodontic treatment for secondary deformities of the maxillofacial region. The author analyzes the key ethical dilemmas that arise when balancing the principle of patient autonomy and the therapeutic privilege of the doctor.

**Ключевые слова:** медицинская этика, добровольное информированное согласие, ортодонтия, вторичные деформации прикуса

**Keywords:** medical ethics, voluntary informed consent, orthodontics, secondary malocclusion

В течение последних лет наблюдается устойчивая тенденция увеличения количества обращений взрослых пациентов к специалистам-ортодонтам относительно коррекции приобретённых деформаций лицевого скелета и челюстно-лицевой области, этиология которых обусловлена разнообразием факторов, включающих травмы, хирургические вмешательства и продолжительные заболевания [1, с. 198]. Это обстоятельство значительно усложняет процесс клинического консультирования указанных категорий пациентов, поскольку наряду с детальной разъяснительной работой по вопросам технической реализации методов устранения аномалий окклюзии врачу приходится проводить углубленную информативную работу, которая касается потенциальных рисков рецидивов патологических состояний. Этические дилеммы приобретают особую значимость в контексте стандартов биоэтики, ориентированных на соблюдение автономии пациента, однако данная установка вступает в конфликт с необходимостью обеспечения полной информированности субъекта медицинской помощи при одновременном предотвращении чрезмерного эмоционального стресса [4, с. 80].

Особо актуальным представляется вопрос достижения четкого и взвешенного ИДС у взрослых пациентов с вторичной патологией зубочелюстной системы, осложненной сочетанными заболеваниями, приводящими к дисфункциональному состоянию челюстно-лицевой области. Ортодонтическое вмешательство у данной категории пациентов характеризуется существенными трудностями формирования адекватного ИДС ввиду наличия высоких ожиданий результатов коррекции посттравматической деформации лицевого скелета и аномалий прикуса после предшествующих хирургических вмешательств. Для минимизации конфликтогенности необходимо подробно раскрывать возможные риски рецидива заболевания, потери зубов, недостаточно выраженных эстетических изменений, обеспечивая объективное восприятие предстоящего вмешательства. Вместе с тем чрезмерная детализация прогноза неблагоприятных исходов способна спровоцировать отказ от обоснованных методик, особенно в случаях назначения длительных курсов лечения аппаратными методами, способствующими временному ухудшению внешнего вида и

артикуляции речи. Индивиды, страдающие указанными патологиями, нередко сталкиваются с выраженным психоэмоциональным дистрессом, проявляющимся повышенной восприимчивостью к экзогенным воздействиям. Например, некоторые пациенты после получения травм челюстно-лицевого аппарата настаивают на немедленном хирургическом вмешательстве даже при наличии риска развития постоперационных осложнений воспалительного характера слизистых оболочек полости рта, тогда как другие категорически отвергают объективную информацию относительно возможных рисков вследствие боязни разочарования итоговым результатом лечения [3, р. 304].

Для повышения эффективности процесса доведения врачом объективной информации о характере заболевания и перспективах лечебного воздействия активно применяются вспомогательные визуальные методы, в виде представления дополнительной информации. Среди них трехмерные модели ротовой полости, диагностические панорамные рентгенограммы и компьютерные симуляции результатов предстоящего ортопедического лечения. Это все способствует повышению осознанности пациента относительно существующих рисков и ожидаемых последствий выбранной методики коррекции патологии. Этическое образование медицинского персонала выступает эффективной профилактической мерой против утилитаристских тенденций, препятствуя ситуации, при которой врач руководствуется лишь критерием общей полезности лечебной процедуры, пренебрегая уникальными потребностями и предпочтениями пациента [2, с. 51]. Взрослые индивиды, претерпевшие значительные физиологические изменения внешности, нередко демонстрируют выраженные психологические привязанности к прежнему облику, сформировавшемуся в течение длительного периода времени. Однозначное предложение оперативного устранения выявленных аномалий без детальной демонстрации возможных отрицательных аспектов терапии, таких как продолжительность адаптации, временное ухудшение эстетики лица, высокие финансовые затраты, представляет собой форму латентной манипулятивной стратегии.

Специалисту-ортодонту рекомендуется предварять обсуждение методов лечения тщательной диагностикой психоэмоционального состояния пациента еще до этапа презентации клинических протоколов. Многие взрослые пациенты с рецидивирующими патологиями уже обладают сформировавшимися отрицательными эмоциональными установками, обусловленными предыдущими эпизодами выраженного физического дискомфорта или функциональных нарушений, что закономерно увеличивает показатели тревожности. Первичное консультативное взаимодействие должно занимать не менее получаса, фокусируясь преимущественно на активном слушании предъявляемых жалоб, а не на монологическом представлении медицинской информации. Пациенту надлежит предоставить возможность самостоятельно сформулировать целевые установки планируемого лечения – например, коррекцию внешнего вида улыбки вследствие травматической потери зубов — с целью обеспечения максимальной персонализации последующего предоставления информации.

Последующее представление сведений осуществляется пошагово: первоначально проводится интерактивное обсуждение с визуальными иллюстрациями посредством гипсовых моделей челюстей или рентгенографических изображений, наглядно демонстрирующих ожидаемые результаты процедур, включая вероятностные сценарии возврата патологических изменений и необходимость последующих ретенционных мер. Детально изучаются альтернативные подходы – начиная от пассивного динамического наблюдения и заканчивая вариантами устранения дефекта без привлечения ортодонтических методик, с обязательным указанием сроков реализации каждого подхода и сопутствующих экономических издержек. В случае возникновения сомнений у пациента предусматривается пауза длительностью 24–48 часов для самостоятельного осмысления полученной информации, допускается участие близких родственников в процессе принятия решения, однако исключается любое давление с их стороны.

Особенное значение имеет соблюдение баланса: если пациент стремится ускорить процесс лечения, несмотря на риски, врач обязан объяснить возможные негативные последствия, включая недостаточную коррекцию зубочелюстной системы, однако принуждать к определенному решению недопустимо. Если возникают трудности с пониманием процесса терапии, объяснения повторяются с использованием простых визуальных схем или видеороликов. Контрольные осмотры проводятся регулярно каждые 4–6 недель, чтобы своевременно уточнять понимание клиентом процедуры и

вносить необходимые корректировки. Подобный подход помогает избежать конфликтов, основываясь на уважении принципа добровольности выбора пациента, и повышает уровень доверия, особенно в ситуациях, осложняющихся возрастными изменениями организма или наличием сопутствующих патологий, таких как пародонтит.

Фиксация подписи пациента на бланке согласительного документа представляет собой лишь начальное звено процесса документирования медицинской консультации. Не менее значимо подробное отражение содержания беседы, включающее детальное изложение обсужденных терапевтических альтернатив, таких как установка фиксированных ортодонтических конструкций либо применение прозрачных элайнеров, а также предоставление исчерпывающей информации относительно потенциальных осложнений, среди которых рецидив аномалий окклюзии зубов и воспалительные процессы тканей пародонта занимают важное место. Иллюстративным примером служит клинический случай пациентки, перенесшей автодорожную травму, испытывавшей страх перед установкой брекет-системы ввиду опасения болевых ощущений. Постепенная реализация принципа информативного консультирования, подкрепленная визуализацией результатов планируемого вмешательства, позволила достичь адекватного понимания лечебной стратегии, минимизировав таким образом вероятность последующего предъявления правовых притязаний.

Исследование демонстрирует ряд затруднений, возникающих при получении информированного согласия у взрослых пациентов с вторичными деформациями челюстно-лицевой области, обусловленных преимущественно психоэмоциональными аспектами, такими как воздействие эстетической мотивации и неопределенность прогнозируемых долгосрочных терапевтических эффектов. Анализ действующих профессиональных протоколов подчёркивает значимость соблюдения принципа автономии пациента, вместе с тем клинические наблюдения демонстрируют наличие конфликта между обязательностью исчерпывающего информирования и задачей стимулирования приверженности лечению. Приверженцы жесткого протокола обосновывают свою точку зрения принципами прав человека, в то время как противники указанного подхода выражают озабоченность возможным увеличением числа случаев отказа от необходимого медицинского вмешательства ввиду недостаточной компетентности пациентов в оценке рисков и преимуществ предложенного лечения. В качестве возможного решения рассматриваемой дилеммы рекомендуется внедрение поэтапных консультативных процедур с визуализацией потенциальных клинических исходов.

### **Литература**

1. Хамитова Н. Х. Особенности диагностики и ортодонтического лечения взрослых пациентов // Актуальные вопросы стоматологии детского возраста. Казань: КГМУ, 2019. С. 198-203.
2. Гоглова О. О. Добровольное информированное согласие с позиции норм биоэтики // Правовые вопросы в здравоохранении. 2011. № 3. С. 46–53.
3. Al-Moghrabi D., Johal A., Fleming P. S. What are patients' expectations of orthodontic treatment: a systematic review. *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics*. 2017. № 152 (3). P. 303–310.
4. Мухамедова З. М. Биоэтика в стоматологии: проблемы, дилеммы, ценности // Сахаровские чтения 2020 года. Минск: ИВЦ Министерства финансов Республики Беларусь, 2020. Т. 1. С. 79–82.