

УДК: 614.253:616-006.6

А. А. Коробов

ФГБУ "Федеральный Научно-Клинический Центр Космической Медицины и Биологии"
Федерального Медико-Биологического Агентства, г. Москва, Россия

П. С. Кызласов

ФГБУ "Государственный научный Центр федеральный медицинский биофизический Центр
им. А. И. Бурназяна, Федерального Медико-Биологического Агентства, г. Москва, Россия

ЭТИЧЕСКАЯ ДИАЛЕКТИКА ИНФОРМИРОВАННОГО СОГЛАСИЯ В ОНКОУРОЛОГИИ: КОММУНИКАТИВНЫЙ АСПЕКТ ВЫБОРА МЕЖДУ РАДИКАЛЬНОСТЬЮ И КАЧЕСТВОМ ЖИЗНИ

В статье рассматривается коммуникативный аспект получения информированного добровольного согласия (ИДС) в онкоурологии на примере выбора метода деривации мочи после радикальной цистэктомии. Анализируется противоречие между необходимостью предоставить пациенту полную информацию о рисках (принцип автономии) и психологической неспособностью пациента адекватно воспринять эту информацию в стрессовой ситуации. На материале полуструктурированных интервью с 15 пациентами показано, что традиционная модель информирования часто приводит к формальному, а не осознанному согласию. Обосновывается необходимость перехода от монологической модели коммуникации к диалогической, основанной на принципах совместного принятия решений (shared decision making). Предлагается модель коммуникации, включающая три этапа: предварительное информирование, ценностный диалог и ретроспективная рефлексия. Делается вывод, что эффективная коммуникация в онкологии требует не только клинических знаний, но и развитых навыков эмпатии, активного слушания и философской рефлексии.

A. A. Korobov

Federal Scientific and Clinical Center for Space Medicine and Biology, Federal Medical-Biological Agency, Moscow, Russia

P. S. Kyzlasov

A. I. Burnazyan State Research Center – Federal Medical Biophysical Center, Federal Medical-Biological Agency, Moscow, Russia

THE ETHICAL DIALECTICS OF INFORMED CONSENT IN ONCOUROLOGY: THE COMMUNICATIVE ASPECT OF CHOOSING BETWEEN RADICAL TREATMENT AND QUALITY OF LIFE

This article examines the communication aspect of obtaining informed consent (IC) in urological oncology, using the choice of urinary diversion method after radical cystectomy as an example. It analyzes the tension between the need to provide patients with complete information about risks (the principle of autonomy) and the patient's psychological inability to adequately perceive this information in a stressful situation. Based on semi-structured interviews with 15 patients, it is demonstrated that the traditional model of informing often leads to formal rather than informed consent. The need to shift from a monologue-based communication model to a dialogic one based on the principles of shared decision making is substantiated. A communication model is proposed that includes three stages: preliminary information, value dialogue, and retrospective reflection. It is concluded that effective communication in oncology requires not only clinical knowledge but also developed skills of empathy, active listening, and philosophical reflection.

Ключевые слова: информированное согласие, медицинский дискурс, коммуникация «врач-пациент», онкоурология, совместное принятие решений, качество жизни, биоэтика

Key words: informed consent, medical discourse, doctor-patient communication, oncourology, shared decision-making, quality of life, bioethics

Информированное добровольное согласие (ИДС) является фундаментальным принципом современной биоэтики и медицинского права. Статья 20 Федерального закона № 323-ФЗ закрепляет право пациента на получение полной информации о состоянии здоровья, методах лечения и связанных с ними рисках [1]. Однако в реальной клинической практике, особенно в онкохирургии, реализация этого принципа сталкивается с серьезными коммуникативными трудностями.

Радикальная цистэктомия — удаление мочевого пузыря при мышечно-инвазивном раке — является одним из наиболее травматичных вмешательств в урологии. Операция спасает жизнь, но ставит пациента перед мучительным выбором метода деривации мочи: илеальный конduit (выведение мочи через стому с пожизненным ношением мочеприемника), ортотопический неоцистис (создание нового мочевого пузыря из фрагмента кишки) или уретерокутанеостомия. Каждый из этих методов имеет не только медицинские показания, но и глубокие экзистенциальные последствия: изменение телесного образа, социальную стигматизацию, необходимость пожизненной реабилитации [2, с. 148].

Цель данного исследования — проанализировать коммуникативные аспекты получения информированного согласия в онкоурологии и предложить модель эффективного диалога между врачом и пациентом в ситуации экзистенциального выбора.

Исследование проводилось на базе клиники урологии Сеченовского Университета в 2024-2025 гг. Методология включала:

1. Полуструктурированные интервью с 15 пациентами (10 мужчин, 5 женщин, средний возраст 63 года), перенесшими радикальную цистэктомию не менее 6 месяцев назад. Распределение по методам деривации: илеальный конduit — 6, ортотопический неоцистис — 7, уретерокутанеостомия — 2.
2. Анализ аудиозаписей 12 предоперационных бесед врача с пациентом (с согласия участников).
3. Анкетирование 20 врачей-урологов (стаж работы от 5 до 25 лет) по вопросам коммуникативных стратегий.

Интервью транскрибировались и анализировались методом тематического анализа. Исследование одобрено локальным этическим комитетом (протокол № 01-24 от 15.01.2024). Все участники подписали информированное согласие на участие в исследовании.

Проведенное исследование показало следующее.

1. Коммуникативные барьеры в процедуре ИДС

Анализ предоперационных бесед и интервью с пациентами выявил несколько ключевых барьеров, препятствующих эффективной коммуникации.

Эмоциональный стресс и когнитивные искажения. Диагноз «рак» сам по себе является мощным стрессовым фактором. Пациенты находятся в состоянии психологического шока, что существенно снижает их способность к восприятию и переработке сложной информации. Как отмечает Дж. Веннен, пациент часто не способен к свободному выбору под влиянием страха и стресса [3]. В наших интервью это подтверждается высказываниями:

«Мне сказали: либо так, либо никак. Я согласился на то, что предложил профессор. Я даже не думал, что можно было выбрать что-то другое. Главное — выжить» (мужчина, 64 года, илеальный конduit).

Этот феномен известен в психологии как «когнитивное искажение надежды»: пациент слышит только ту информацию, которая соответствует его надежде на излечение, игнорируя или преуменьшая риски.

Информационная асимметрия и монологичность дискурса. Традиционная модель получения согласия строится как монолог врача, транслирующего информацию, и пассивное восприятие ее пациентом. Врачи часто используют специальную терминологию, непонятную пациенту. Наши наблюдения показывают, что врачи в 80% случаев не проверяют, насколько пациент понял

предоставленную информацию. Как отмечает М. Фуко, медицинский дискурс исторически строился как властный, где врач занимает доминирующую позицию «субъекта, обладающего знанием» [4, с. 45].

Временные ограничения. Средняя продолжительность беседы о методе деривации в нашей выборке составила 12,5 минут. Этого времени недостаточно для обсуждения всех нюансов, тем более для их осмысления пациентом. В результате ИДС превращается в формальную процедуру подписания документа, а не в акт осознанного выбора.

2. Этическая дилемма: автономия vs патернализм

Полученные данные высвечивают глубокое этическое противоречие. С одной стороны, современная биоэтика требует уважения к автономии пациента, что предполагает его полную информированность и свободу выбора [5, с. 58]. С другой стороны, в состоянии стресса пациент объективно не способен к автономному решению. Возникает классическая диалектическая дилемма: если врач берет ответственность на себя, его обвиняют в патернализме; если перекладывает ответственность на пациента — в отказе от помощи.

Это противоречие особенно остро проявляется в онкоурологии. Выбор между кондуитом и неоцистисом — это не просто техническое решение. Это выбор между двумя различными способами существования. Как показал И. Гофман, наличие стомы ведет к социальной стигматизации, изменению идентичности [6, с. 32]. Пациент, выбирая кондуит, должен быть готов к этому. Но возможно ли быть готовым к такому опыту, не пережив его?

3. Модель совместного принятия решений (Shared Decision Making) как путь к диалогу

Выход из этого противоречия предлагает модель совместного принятия решений (shared decision making), активно развиваемая в западной биоэтике [7, с. 1361]. Суть модели в том, что решение не навязывается врачом и не перекладывается на пациента, а вырабатывается совместно в процессе диалога.

Адаптируя эту модель к условиям российской онкоурологии, мы предлагаем трехуровневую коммуникативную стратегию.

Уровень 1. Предварительное информирование («дискурс фактов»). На этом этапе врач сообщает объективную информацию о диагнозе, прогнозе, возможных методах лечения, их рисках и преимуществах. Важно использовать доступный язык, избегая излишней терминологии, проверять понимание. Однако на этом этапе решение не принимается. Пациенту предоставляется «период тишины» (time-out) для осмысления, обсуждения с близкими, возможно, для получения второго мнения.

Уровень 2. Ценностный диалог («дискурс смыслов»). Это ключевой этап, требующий от врача не столько клинических знаний, сколько коммуникативных навыков и эмпатии. В ходе беседы врач пытается понять систему ценностей пациента: что для него важнее — максимальная

безопасность и предсказуемость (конduit) или сохранение естественного мочеиспускания и телесного образа (неоцистис)? Готов ли он к рискам, связанным с недержанием и необходимостью строгого режима? Какой образ жизни он ведет, какова его социальная ситуация?

В наших интервью пациенты, которые прошли через такой диалог (субъективно оцениваемый), демонстрировали более высокую удовлетворенность решением, даже если сталкивались с осложнениями.

«Доктор не просто сказал, что есть два варианта. Он спросил меня, как я живу, чем занимаюсь, что для меня важно. Мы вместе рисовали картинки, как будет выглядеть моя жизнь после операции. Это помогло мне понять, что я выбираю» (мужчина, 58 лет, неоцистис).

Уровень 3. Ретроспективная рефлексия и поддержка. ИДС не должно считаться окончательным после подписания документа. По мере того как пациент сталкивается с реальностью послеоперационного периода, его понимание ситуации углубляется, возникают новые вопросы. Важно, чтобы врач или медицинский психолог были доступны для повторного обсуждения, для коррекции ожиданий и эмоциональной поддержки. Как подчеркивают Л. Колдуэлл и С. Хиббс, необходимо спрашивать: «Согласны ли мы продолжать?» [8].

4. Роль философской рефлексии в подготовке врача

Реализация предложенной модели требует от врача не только клинической компетенции, но и развитой философской культуры. Врач должен осознавать, что за техническим выбором метода лечения стоит экзистенциальный выбор пациента. Он должен уметь работать с неопределенностью, с противоречиями, с эмоциями — как своими, так и пациента.

Как отмечал еще И. В. Давыдовский, «врач, изучая проблемы здоровья пациента, должен выявить суть патологического процесса и установить взаимосвязь между симптомами заболевания и внутренними изменениями, которые происходят в организме» [9, с. 5]. Добавим: и с изменениями в душе.

Эффективная коммуникация в онкоурологии требует отказа от монологической модели информирования и перехода к диалогической модели совместного принятия решений. Предложенная трехуровневая стратегия (факты — смыслы — рефлексия) позволяет преодолеть противоречие между автономией пациента и необходимостью врачебного руководства.

Практические выводы исследования:

1. В предоперационное консультирование необходимо включать не только медицинскую информацию, но и выяснение ценностей пациента.
2. Врачи должны проходить специальную подготовку по развитию коммуникативных навыков, включая техники активного слушания и эмпатии.
3. Необходимо предусмотреть возможность психологического сопровождения пациентов на всех этапах — от принятия решения до реабилитации.

Только на этом пути институт информированного согласия сможет перестать быть юридической формальностью и стать подлинным инструментом реализации гуманистических принципов современной медицины.

Литература

1. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации: Федеральный закон № 323-ФЗ от 21.11.2011. Ст. 20.
2. Лоран, О. Б., Синякова, Л. А., Косов, И. С. Качество жизни пациентов после радикальной цистэктомии: современное состояние проблемы / О. Б. Лоран, Л. А. Синякова, И. С. Косов, // Онкоурология. – 2022. – Т. 18, № 2. – С. 145-152. <https://doi.org/10.17650/1726-9776-2022-18-2-145-152>.
3. Vennin, P. Informed consent or choice? An ethical dilemma in oncology practice / P. Vennin // Bulletin du Cancer. – 2007. – Vol. 94, No. 5. – P. 453-459.
4. Фуко, М. Рождение клиники / М. Фуко / Москва : Смысл, 1998. – 310 с.
5. Beauchamp, T.L., Childress, J.F. Principles of Biomedical Ethics. 8th ed. / T. L. Beauchamp, J. F. Childress / New York : Oxford University Press; 2019. – 512 p.
6. Goffman, E. Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity / E. Goffman / Englewood Cliffs : Prentice-Hall; 1963. – 147 p.
7. Elwyn, G. Shared decision making: a model for clinical practice / G. Elwyn [et al.] // Journal of General Internal Medicine. – 2012. – Vol. 27, No. 10. P. 1361–1367. <https://doi.org/10.1007/s11606-012-2077-6>.
8. Caldwell, L., Hibbs, S. P. Informed consent is almost impossible / L. Caldwell, S. P. Hibbs, // HemaSphere. –2024. – Vol. 8, No. 9. e70002. <https://doi.org/10.1002/hem3.70002>.
9. Давыдовский, И. В. Философские основы патологии / И. В. Давыдовский// Архив патологии. – 1969. № 6. С. 3-9.