

БИОЭТИЧЕСКИЕ ПРИНЦИПЫ В ОРТОДОНТИИ

О. Р. Газизуллина

кандидат медицинских наук, врач-ортодонт ООО «Зубная лечебница», г. Казань, odilia10@mail.ru

М. А. Данилова

доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой детской стоматологии и ортодонтии Пермского государственного медицинского университета имени академика Е. А. Вагнера, danilova_ma@mail.ru

И. А. Серова

доктор философских наук, профессор кафедры философии и биоэтики Пермского государственного медицинского университета им. академика Е. А. Вагнера, berrytoor@perm.ru

В статье проанализированы особенности применения принципов биоэтики в лечении пациентов с зубочелюстнолицевыми аномалиями, а также влияние принципов автономии пациента, справедливости, благодеяния на планирование ортодонтического лечения. Экспликация принципа «не навреди» представлена классификацией видов вреда в ортодонтии.

Ключевые слова: принципы биоэтики, ортодонтическое лечение, комплаентность, детская стоматология.

BIOETHICAL PRINCIPLES IN THE ORTHODONTIA

O. R. Gazizullina

Ph. D. (Medicine), orthodontist of JSC Zubnaya lechebnitsa, Kazan, odilia10@mail.ru

M. A. Danilova

D. Sc. (Medicine), Professor, head of the Department of children's odontology and orthodontia of Ye. A. Vagner Perm State Medical University, danilova_ma@mail.ru

I. A. Serova

D. Sc. (Philosophy), Professor at Department of Philosophy and Bioethics of Ye. A. Vagner Perm State Medical University, berrytoor@perm.ru

An attempt to analyse influence of the principles of bioethics on planning and conducting of orthodontic treatment is presented in article. An explication of the principle «don't do harm» it is presented in classification of types of harm in orthodontia.

Key words: principles of bioethics, orthodontic treatment, compliance, children's odontology.

Цель ортодонтического лечения – это не только специализированная медицинская помощь, оказываемая лицам с аномалиями развития и деформациями зубов, зубных рядов и челюстей, но комплекс мероприятий для улучшения физического и психического самочувствия, который ведет к укреплению иммунитета, повышению работоспособности, улучшению качества жизни и продлению ее продолжительности. Реализации этой цели служат все четыре принципа биоэтики [14] и, прежде всего, принцип «действуй благо». Добро во врачевании – сопереживание в болезни, направленное на получение отдаленных позитивных результатов лечения. В ортодонтии речь идет о судьбоносном сотрудничестве врача и пациента, ибо врач косвенно участвует в формировании судьбы человека [6]. По мнению Н. Д. Семеновой, Н. В. Кудрявской, Н. Б. Журули [10], взаимодействие между функциями мимических мышц и психикой пациентов проявляется особо ярко при аномалиях прикуса, сочетающихся с нарушением смыкания губ: визуально открытый рот и отвисающую нижнюю челюсть в обществе воспринимают как ослабленную защитную функцию организма, как потенциальный недостаток готовности к волевым поступкам. Замечено, что пациенты с блокирующим прикусом впечатлительны, а с мезиальным, как правило, волевые, но несдержан-

ные. С возрастом реакция на эстетические недостатки выражается в развитии патохарактерологических расстройств, которые наблюдаются у 45–50% пациентов из челюстно-лицевых хирургических клиник [15]. Ортодонтическое лечение не только улучшает эстетическое восприятие лица пациента, но и совершенствует его поведение в коллективе, а значит, имеет как личностное, так и социальное значение. В данном контексте принцип благодеяния – это раннее выявление миодинамического дисбаланса, проведение своевременного ортодонтического лечения с нормализацией или улучшением функционального компонента, включение пациента в индивидуальную программу комплексного оздоровления.

Биоэтический принцип благодеяния органично сочетается с принципом автономии пациента концепцией здорового образа жизни. На наш взгляд, философия здорового образа жизни может быть развернута на базе забытых кантовских максим, согласно которым здоровый образ жизни – это тонкий вкус, который обнаруживает меру в желаниях, делает потребление полезным и рассчитанным на долгие годы. Это поиски такой меры удовольствия от жизни, которая способна его увеличивать [1]. Для того чтобы вести здоровый образ жизни человеку нужен характер, способность делать то, что должно. Кант в этом

отношении может служить классическим примером: очень слабое от природы здоровье он компенсирует только силой воли, которая позволила прожить философу до 80 лет, преодолевая болезненные ощущения саногенным мышлением – философией ригоризма.

Принцип автономии пациента заставляет врача думать о путях сохранения человеческого достоинства при неблагоприятных обстоятельствах. Индивидуальный и комплексный подход при оказании ортодонтической помощи, выявление факторов, позволяющих прогнозировать психологическое напряжение, нахождение способов его коррекции, улучшение осанки повышают качество жизни пациентов на долгие годы, обеспечивают автономное, то есть самостоятельное и достойное существование. Ортодонтическое лечение, изменяя окклюзионные взаимоотношения, приводит к изменению статики всего позвоночного столба. Включение остеопатической коррекции, дыхательной гимнастики в комплекс лечебно-диагностических мероприятий пациентов с зубочелюстнолицевыми аномалиями положительно сказывается на здоровье организма в целом и зубочелюстной системы в частности [4].

Существует взаимосвязь между эмоциями и сопряженными с ними мышцами, органами тела. В ответ на значимые внутренние или внешние факторы могут возникать дезорганизирующие эмоциональные реакции – дисфункциональный стереотип поведения, при котором возникают кратковременные психические или соматические нарушения, проходящие после устранения причины [2]. Каждому определенному типу эмоционального возбуждения соответствует напряжение определенной группы мышц. Например, состояния угнетенного настроения всегда сопровождаются напряжением дыхательной мускулатуры – «вдох облегчения», эмоции страха напрягают мышцы языка, губ, глотки, гортани, а также затылочные мышцы (головные боли напряжения). Известно, что хроническое напряжение в теле может быть следствием конфликта, поэтому следует проанализировать его причины, размыслить опасения и таким образом прекратить их парализующее влияние. Чтобы освободить мышечные напряжения, следует дать возможность подавленным чувствам проявиться средствами арттерапии.

Тревожность свидетельствует об эмоциональной неустойчивости пациентов. В ходе проведенного нами исследования выявлено, что среди обратившихся за ортодонтическим лечением подростков общая частота тревожных пациентов составила 74,76 % (77 человек из 103 обследованных) [3]. Сравнительный анализ по группам показал некоторые различия. Из 63 пациентов, приверженных ортодонтическому лечению тревога отмечалась у 44 ($69,84 \pm 5,8$) %, в то время как у подростков прервавших лечение тревожность выявлялась у 33 лиц из 40, что соответствует – ($82,50 \pm 6,0$) % ($P = 0,05$). Полученные данные подтверждают гипотезу о том, что на ортодонтический прием обращаются пациенты по мотивам более глубоким, чем высказанная основная жалоба. Управляя эмоциями, мы можем улучшить работу мышц. В то же время если

меняется мышечный корсет, то вынуждены меняться эмоции и мысли, так как происходит их синхронизация с эмоциональным центром. В связи с этим понятно, что мера удовольствия от жизни пациентов с зубочелюстнолицевыми аномалиями определяется навыками психологической саморегуляции и снятия мышечного напряжения.

В биоэтике принято к рассмотрению четыре вида вреда при оказании медицинских услуг: халатность, неоказание медицинской помощи, некомпетентные действия и неустраняемый вред. Принцип «не навреди» в ортодонтии работает только в системе доверительных отношений «врач – пациент» [12], которые позволяют доктору передать, а пациенту принять знания, способствующие его оздоровлению. Прав Пифагор – образование можно разделить с другим человеком и, дав его другому, самому не утратить его. Причем «указанное партнерство принесет свои плоды при одном обязательном условии – больной должен быть достаточно грамотным, иметь необходимое знание о своем заболевании» [8, с. 30]. Основные причины развития приобретенных зубочелюстнолицевых аномалий – нарушенные функции (жевания, глотания, дыхания, речи) и вредные привычки (дыхание через рот, пролонгированная функция сосания, «лень жевания» и т. д.), которые приводят к миодинамическому дисбалансу и способствуют формированию патологии окклюзии. Халатность в их устранении (пренебрежение воспитательной работой с пациентом, небрежность в информировании, некомпетентность к применению ортодонтических аппаратов, несвоевременное лечение) относится к тому виду вреда при ортодонтическом лечении, который при современной организации стоматологической помощи с трудом поддается искоренению [8].

Неоказание медицинской помощи – вид вреда в ортодонтии, закрепленный законодательно [13], ибо медицинская помощь детям в возрасте до 15 лет может оказываться только после получения информированного согласия их родителей или опекунов. В результате ежегодно около 15 % родителей не дают согласие на проведение профилактического стоматологического осмотра детей в стоматологических кабинетах, около 30 % родителей не дают согласие на проведение стоматологического лечения школьников [7]. В этой ситуации родители ребенка должны нести моральную ответственность [5].

Вред некомпетентности рассмотрим методом кейс-стадис.

Case 1. Пациент Г., 14 лет, обратился с жалобой на неправильное положение зубов на верхней и нижней челюстях. Объективно: лицо симметрично, трети лица пропорциональны, перекрытие во фронтальном отделе на одну треть высоты коронок, центральная межрезцовая линия совпадает. Выше окклюзионной плоскости расположены 1.3 и 2.3 зубы, дефицит места для них составляет более половины ширины коронки зуба. Аналогичная ситуация отмечается на нижней челюсти в области 3.4 и 4.4 зубов. Было рекомендовано в план ортодонтического лечения включить аппаратный и хирургический методы (удаление комплектных 1.4, 2.4, 3.4 и

4.4 зубов). После удаления зубов на верхней челюсти и фиксации аппаратуры пациент в течение 6 месяцев не являлся на прием к врачу ортодонту.

Комментарий. В ходе проведенного нами исследования межличностных отношений у пациентов 12–18 лет, находящихся на ортодонтическом лечении, среди прервавших ортодонтическое лечение был выявлен в большем числе случаев $[(27,50 \pm 7,06) \%; 0,01 < P < 0,05]$ властно-лидирующий тип межличностных взаимоотношений. Стремление к лидерству при общении со сверстниками у них было значительно выше (25,00 %), чем у пациентов, приверженных лечению (4,76 %; $0,001 < P < 0,01$). Приверженные лечению подростки чаще обладали смешанным $(28,57 \pm 5,69) \%$ и ответственно-великодушным $(23,81 \pm 5,37) \%$ типом межличностных взаимоотношений [3].

В процессе диагностики и лечения пациентов с зубочелюстнолицевыми аномалиями важно помнить, что не может быть единого алгоритма лечения, ибо каждый пациент неповторим [11]. Мотив комплаентности к ортодонтическому лечению для детей властных актуализируется логотерапией – на первом приеме ортодонта подросток должен понять, что преграды в самореализации при упущенной возможности ортодонтической коррекции неизбежны, а настоящий лидер должен уметь делать себя сам, в том числе линию улыбки, открывающую закрытые двери.

Case 2. Пациентка Ю., 22 лет, обратилась с жалобой на губное смещение зуба 3.1. При осмотре выявлено: инфантильное глотание, глубокое резцовое перекрытие, аномалии положения отдельных зубов, вторичная адентия 4.1 нижнего центрального резца, признаки дисфункции височно-нижнечелюстных суставов. В связи с отсутствием финансовой возможности от лечения брекет-системой отказалась.

Комментарий. Для лечения с позиции специалиста был предпочтителен сочетанный метод (эластопозиционер и брекет-система; каппа и брекет-система). Но, с учетом мнения пациента, оказание ортодонтической помощи проводилось только при помощи эластопозиционера с улучшением функциональных, морфологических, эстетических показателей. Биоэтика при анализе неквалифицированного оказания медицинской помощи использует понятия «вред причиненный и вред предотвращенный». В данном случае вред причиненный – отказ от использования брекет-системы, ибо проведенное лечение не предотвращает дисфункции ВНЧС. Налицо неквалифицированное оказание медицинской помощи, однако по причинам обстоятельств непреодолимой силы. В оздоровлении должен быть заинтересован не только врач, но и сам пациент.

Case 3. Пациентка П., 18 лет, обратилась с консультативной целью о необходимости ортодонтического лечения. При осмотре выявлено: незначительное выступание левого бокового резца верхней челюсти, все остальные (эстетические, морфологические и функциональные) параметры соответствовали норме. Пациентка настаива-

ла на использовании брекет-системы. Учитывая пожелания пациентки, брекет-система была зафиксирована.

Комментарий. В связи с возможностью компенсации аномалии посредством съемного ортодонтического аппарата и незначительностью зубочелюстнолицевой аномалии необходимость в постановке брекет-системы отсутствовала. Врач должен отказать в просьбе пациентке, но не делает этого. В конфликте интересов профессиональные компетенции или материальная выгода верх берет последняя, хотя коллегальная модель врачевания, по мнению многих, оптимальна в стоматологии, ибо представляет собой попытку сохранить специфику лечебно-диагностического процесса и обеспечить требуемый рост автономии пациента в рамках медицинской коммуникации.

Вред неустрашимый в ортодонтии в известной степени искоренен. Ортодонтические конструкции из средств, стигматизирующих личность, превратились в модные аксессуары, свидетельствующие о высоком социальном статусе пациента и его семьи. В результате проведенного нами анкетирования 103 респондентов выявлено, что конфликтные отношения между родителями влияют на результативность ортодонтического лечения. Данные обстоятельства в $(12,50 \pm 5,2) \%$ случаев выявлены в группе подростков, прервавших ортодонтическое лечение, в группе приверженных ему лишь в $(1,59 \pm 1,57) \%$ ($t = 2,0$; $P = 0,05$). Логично предположить, что дети чувствуют поддержку родителей, которые искренне верят в благоприятный исход и долгосрочный эффект ортодонтического лечения, а также в целесообразность вложения в лечение ребенка денежных средств.

Справедливость – понятие о должном, содержащее в себе требование соответствия деяния и воздаяния. Эффективное, но дорогое лечение нередко семье «не по карману», но судьба детей – это не только ответственность семьи. В ортодонтии из-за высокой стоимости расходных материалов, как ни в какой другой отрасли медицинской помощи, справедливо лечить бесплатно, причем оптимизация расходов государства на ортодонтическую помощь не противоречит принципу справедливости, если бесплатно оказывается только своевременная помощь, то есть тогда, когда лечение эффективно. Наиболее оптимальный период для оказания ортодонтической помощи – ранний сменный прикус. Оплата немедикаментозного лечения детей с зубочелюстными аномалиями в части массажа, мануальной и гидротерапии, ЛФК, психотерапии за счет средств бюджета является также справедливой для социально ориентированного общества и эффективной с точки зрения обеспечения результативности лечения. Достижимо ли это в эпоху рыночных отношений? Да, если стремиться к идеалам. Несправедливость в обеспечении ортодонтической помощью детей обусловлена неравенством финансовых возможностей регионов и территорий, недоступностью санаторного обслуживания детей, нуждающихся в комплексном оздоровлении.

Таким образом, реализация биоэтических принципов в ортодонтии влияет на эффек-

тивность лечения пациентов с зубочелюстно-лицевыми аномалиями по следующим параметрам:

- формирование ценностного отношения к здоровому образу жизни на основе принципа «делай добро» через выявление смыслов жизни, реализация которых зависит от успешности ортодонтического лечения. Дети способны понять, что мечты (стать артистом, телеведущим, топ-менеджером) сбываются у тех, кто выглядит импозантно;

- выбор метода ортодонтического лечения на основе принципа автономии, предполагающего комплексное оздоровление ребенка с учетом его индивидуальных потребностей;

- критический анализ ошибок ортодонтической коррекции, построенный на понимании сочетанной природы вреда в ортодонтии: некомплаентности ребенка и его родителей к врачебным прописям и равнодушии врача к проблемам пациента и результатам лечения. Факторами эффективности реализации диалоговой модели медицинской коммуникации являются готовность врача и пациента к конструктивно-патерналистскому диалогу и психолого-педагогическая способность врача-ортодонта донести информацию о рисках некомплаентности к лечению;

- эффективность ортодонтического лечения детей обеспечивается на основе солидарной ответственности государства и семьи, а также ориентированной на долгосрочный результат системы здравоохранения через реализацию принципа распределительной справедливости, а именно – обеспечения бесплатной ортодонтической помощью детей в благоприятные для коррекции сроки на средства фондов ОМС и ДМС, а также целевых благотворительных фондов, аккумулирующих деньги для лечения пациентов с зубочелюстными аномалиями.

ЛИТЕРАТУРА

1. Белкина Т. Л., Серова И. А., Ягодина А. Ю. Мета-морфозы ценностного отношения к здоровью // Вестник Костромского государственного университета им. Н. А. Некрасова. – 2010. – № 3. – С. 43–47.
2. Газизуллина О. Р., Данилова М. А. Исследование дезорганизующих эмоциональных реакций // Ортодонтия. – 2014. – № 3. – С. 65.
3. Газизуллина О. Р., Яхин К. К., Анохина А. В. Влияние психосоциальных факторов на приверженность ортодонтическому лечению подростков // Неврологический вестник. – 2008. – Т. XL, № 3. – С. 44–46.
4. Данилова М. А., Пономарева М. Л., Горева О. Б. Комплексное лечение растущих пациентов с сочетанной формой дистальной окклюзии зубных рядов и вертикальной резцовой дизокклюзией // Стоматология детского возраста и профилактика. – 2013. – Т. 12, № 3 (46). – С. 38–42.
5. Лаврентьев О. Э., Волобуев Е. В., Андреева Ю. В. Некомплаентность родителей ребенка-пациента как форма моральной безответственности // Биоэтика. – 2011. – № 1. – С. 39–40.
6. Мансур Ю. П., Мажаренко В. А. Биоэтические аспекты качества жизни взрослых ортодонтических пациентов // Биоэтика. – 2011. – № 1. – С. 57–58.
7. Маслак Е. Е., Яновская М. Л., Мишарева Н. И. Защита прав ребенка на здоровье или соблюдение законов, что важнее? // Биоэтика. – 2014. – № 1. – С. 35–37.

8. Михальченко Д. В., Засядкина Е. В. Этические риски во взаимоотношениях врача-стоматолога и пациента // Биоэтика. – 2011. – № 2. – С. 42–44.

9. Саперов В. Н. Модели врачевания и их связь с основными принципами и правилами медицинской этики // Биоэтика. – 2014. – № 1. – С. 27–31.

10. Семенова Н. Д., Кудрявская Н. В., Журули Н. Б. Психологические исследования в стоматологии // Стоматология. – 1999. – Т. 78, № 6. – С. 57–64.

11. Седова Н. Н., Варгина С. А. Социология стоматологии: штрихи к портрету. – М.: Триумф, 2008. – С. 105–108.

12. Серова И. А., Ягодина А. Ю. К вопросу модернизации содержания предмета «Биоэтика» // Биоэтика. – 2012. – № 2. – С. 27–29.

13. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (ред. от 27.09.2013).

14. Beauchamp T. L., Childress J. F. Principles of Biomedical Ethics. – Oxford University Press, 1989. – № 4. – P. 141–147.

15. Cunningham S. Are pre-treatment psychological characteristics influenced by pre-surgical orthodontics / S. Cunningham, M. S. Gilthorpe, N. P. Hunt // Eur J Orthod. – 2002. – Vol. 23 (6). – P. 751–758.

REFERENCES

1. Belkina T. L., Serova I. A., Yagodina A. Yu. Metamorfozy tsennostnogo otnosheniya k zdorovuyu // Vestnik Kostromskogo gosudarstvennogo universiteta im. N. A. Nekrasova. 2010. № 3. S. 43–47.
2. Gazizullina O. R., Danilova M. A. Issledovaniye dezorganizuyushchikh emotsionalnykh reaktsiy // Ortodontiya. – 2014. – № 3. – S. 65.
3. Gazizullina O. R., Yakhin K. K., Anokhina A. V. Vliyaniye psikhosotsialnykh faktorov na priverzhennost ortodonticheskomu lecheniyu podrostkov // Nevrologicheskyy vestnik. – 2008. – T. XL, № 3. – S. 44–46.
4. Danilova M. A., Ponomareva M. L., Goreva O. B. Kompleksnoye lecheniye rastushchikh patsiyentov s sochetannoy formoy distalnoy okklyuzii zubnykh ryadov i vertikalnoy reztsovoy dizokklyuziyei // Stomatologiya detskogo vozrasta i profilaktika. 2013. T. 12, № 3 (46). S. 38–42.
5. Lavrentyev O. E., Volobuyev Ye. V., Andreyeva Yu. V. Nekomplayentnost roditeley rebenka-patsiyenta kak forma moralnoy bezotvetstvennosti // Bioetika. 2011. № 1. S. 39–40.
6. Mansur Yu. P., Mazharenko V. A. Bioeticheskiye aspekty kachestva zhizni vzroslykh ortodonticheskikh patsiyentov // Bioetika. 2011. № 1. S. 57–58.
7. Maslak Ye. E., Yanovskaya M. L., Mishareva N. I. Zashchita prav rebenka na zdorovye ili soblyudeniye zakonov, chto vazhneye? // Bioetika. 2014. № 1. S. 35–37.
8. Mikhaltchenko D. V., Zasyadkina Ye. V. Eticheskiye riski vo vzaimootnosheniyyakh vracha-stomatologa i patsiyenta // Bioetika. 2011. № 2. S. 42–44.
9. Saperov V. N. Modeli vrachevaniya i ikh svyaz s osnovnymi printsipami i pravilami meditsinskoy etiki // Bioetika. 2014. № 1. S. 27–31.
10. Semenova N. D., Kudryavskaya N. V., Zhuruli N. B. Psikhologicheskiye issledovaniya v stomatologii // Stomatologiya. 1999. T. 78, № 6. S. 57–64.
11. Sedova N. N., Vargina S. A. Sotsiologiya stomatologii: shtrihi k portretu. M.: Triumf, 2008. – S. 105–108.
12. Serova I. A., Yagodina A. Yu. K voprosu modernizatsii soderzhaniya predmeta «Bioetika» // Bioetika. 2012. № 2, S. 27–29.
13. Federalnyy zakon ot 21.11.2011 № 323-FZ «Ob osnovakh okhrany zdorovya grazhdan v Rossiyskoy Federatsii» (red. ot 27.09.2013).
14. Beauchamp T. L., Childress J. F. Principles of Biomedical Ethics. Oxford University Press, 1989. № 4. P. 141–147.
15. Cunningham S. Are pre-treatment psychological characteristics influenced by pre-surgical orthodontics / S. Cunningham, M. S. Gilthorpe, N. P. Hunt // Eur. J. Orthod. – 2002. – Vol. 23 (6). – P. 751–758.