

Ишмурзин П.В.<sup>1</sup>, Данилова М.А.<sup>1</sup>, Серова И.А.<sup>1</sup>, Газизуллина О.Р.<sup>2</sup>, Фанакин В.А.<sup>3</sup>

## Аспекты биоэтики в рамках непрерывного профессионального образования врачей-стоматологов

1 – ГБОУ ВПО ПГМУ им. академика Е.А. Вагнера Минздрава России, г. Пермь, 2 – ООО «Зубная лечебница», г. Казань, 3 – ГБОУ ВПО ЮУГМУ Минздрава России, г. Челябинск

Ishmurzin P.V., Danilova M.A., Serova I.A., Gazizullina O.R., Fanakin V.A.

### Bioethics aspects in continuous professional education of stomatologist

#### Резюме

В статье продемонстрирована целесообразность применения принципов биоэтики («не навреди», автономность, «делай благо», справедливость) при составлении развернутого плана стоматологической реабилитации пациента в рамках третьего этапа Государственной итоговой аттестации студентов стоматологического факультета. Показано поэтапное формирование приоритетного списка стоматологических проблем пациента, согласование их решений и последующее составлением развернутого поэтапного плана-протокола специализированного лечения.

**Ключевые слова:** государственная аттестация, диагностический лист, принципы биоэтики, стоматологическое лечение, протокол реабилитации

#### Summary

The article demonstrates the advisability of bioethics principles («do not do much harm», autonomy, «do goods», justice) in composing of detailed plan of dental treatment as part of third stage state attestation of students of dental faculty. We have demonstrated the constructing of priority problem list of dental patient, coordination of problem solutions and composing of sequential detailed protocol of dental treatment.

**Key words:** state certification, diagnostic list, principles of bioethics, dental treatment, rehabilitation protocol

#### Введение

Стоматология является наукоемкой и быстро развивающейся дисциплиной. Зачастую одна и та же стоматологическая проблема пациента может быть решена различными способами. Именно поливариантность решений зачастую является камнем преткновения в адекватной реализации основных принципов биоэтики. Комплексная стоматологическая реабилитация пациента зачастую требует участия мультидисциплинарной команды, в которую помимо стоматологов, могут входить врачи других специальностей.

Дисциплина Биоэтика входит в Гуманитарный, социальный и экономический цикл дисциплин С.1 ФГОС ВПО по направлению подготовки (специальности)

060201 Стоматология. В результате обучения предполагается сформированность ОК 1-4 на уровне «владеть» [1]. Государственная итоговая аттестация (ГИА) постулируется ФГОС как междисциплинарный экзамен, позволяющий оценить степень овладения общекультурными (ОК) и профессиональными компетенциями (ПК) [1, 2, 3].

Целью нашей работы является попытка создания формализованного алгоритма составления плана-протокола комплексной реабилитации пациента при решении ситуационной задачи на третьем этапе ГИА студентов стоматологического факультета. Согласно мейнстриму и «центральными ценностям» в стоматологии создание и реализация развернутого протокола комплексной реабилитации не возможны без информированного согласия



4.6 изменен в цвете, на жевательной поверхности определяется обширная кариозная полость, дистальная и язычная стенки разрушены на  $\frac{1}{2}$  высоты, зондирование кариозной полости безболезненно, глубокое зондирование – безболезненно, горизонтальная и вертикальная перкуссия – безболезненны. Слизистая оболочка папиллярной части десны в проекции верхушки 4.6 застойно гиперемирована, отечна, межзубные сосочки красного цвета, отечны, их вершины сглажены, маргинальная часть десны не плотно охватывает шейку 4.6, кровотоцит при зондировании. 4.6 подвижен II степени.

Пломбы на 2.5, 2.7, 3.6 состоятельны, краевое прилегание не нарушено.

На прицельной рентгенограмме 4.6 определяется убыль костной ткани межзубных перегородок на  $\frac{1}{2}$  их высоты с мезиальной и дистальной поверхностями; очаг деструкции костной ткани в области верхушки дистального корня 4.6, имеющий четкие ровные контуры, округлую форму, диаметром 6 мм. На ортопантограмме целостность кортикальной пластинки межзубных перегородок в области всех зубов, за исключением 4.6.

Задание:

1. Поставьте развернутый клинический диагноз.
2. Составьте план комплексной реабилитации пациента.

Обсуждение, заключение. Постановка диагноза позволяет определить ВСЕ стоматологические проблемы пациента (согласно появлению их в условии задачи):

1. включенный дефект верхнего зубного ряда (частичное вторичное отсутствие зубов на верхней челюсти, вследствие осложненного кариеса III класс по Кеннеди, потеря жевательной эффективности по Агапову 12%);
2. вторичные деформации верхнего и нижнего зубного ряда (вторичные деформации по Пономаревой I класс в области 2.8, 4.8, мезиальный наклон 2 степени 1.7, дистальный наклон 1 степени 1.5, дистальное смещение и поворот вокруг оси 1.5);
3. скученное положение резцов на нижней челюсти (II класс смыкания клыков, -I класс по Энглию);
4. неудовлетворительный уровень гигиены полости рта;
5. хронический гранулематозный периодонтит 4.6;
6. хронический генерализованный катаральный гингивит;
7. хронический локализованный пародонтит средней степени тяжести в области 4.6, стадия ремиссии.

Далее производится дифференцировка проблем на разрешимые и неразрешимые; приоритетные для врача и приоритетные для пациента – очерчивается круг первоочередных проблем. На данном этапе обязательным является соблюдение принципа уважения автономии пациента. Врач, описывая стоматологические проблемы, доносит до пациента лишь существо дела, а не все детали, которые включает данная ситуация. Правильное восприятие пациентом данной информации создает почву для дальнейшего принятия решения о лечении [4, 5]. Необходимо отметить, что порядок сообщения врачом стоматологических проблем также играет важную роль в восприятии

пациентом их важности. Безусловно, глобальной задачей стоматологической реабилитации пациента является решение ВСЕХ стоматологических проблем и в связи с этим информировать о них пациента логичнее согласно «рангу важности» (приоритетному списку) проблем согласно степени негативного влияния на морфофункциональную интактность зубочелюстной системы с учетом причинно-следственных этиопатогенетических связей. Специфика составления диагностического листа состоит в том, что пациент может не воспринимать определенные изменения в полости рта как проблему, и, соответственно, не видит необходимости ее устранения, либо противоположное – вариант нормы воспринимается пациентом как дефект, требующий устранения. Соответственно, в ряде случаев список стоматологических проблем пациента может быть редуцирован, либо гиперболизирован. Далее необходимо отметить, что важность стоматологических проблем с точки зрения врача и с точки зрения пациента может не совпадать. В таком случае происходит ранжирование проблем первичного диагностического листа и во главу ставится та проблема (жалоба), решение которой приоритетно для пациента (табл. 1).

В табл. 1 продемонстрировано, что неудовлетворительный уровень гигиены полости рта, наличие включенного дефекта и деформации зубных рядов не воспринимаются пациентом как проблема, соответственно, не требуют решения. Задачей будущего врача (выпускника) является донесение до пациента информации о «скрытых» стоматологических проблемах. Помимо этого, если существуют неразрешимые проблемы, или их решение вступает в конфликт с желанием/ интересами пациента, об этом также необходимо информировать, что бы «снизить градус ожидания».

Необходимо помнить, что существует ряд разрешимых проблем, решение которых является первоочередным при любом стоматологическом вмешательстве (за исключением ряда неотложных случаев) – это санация полости рта и проведение комплекса профессиональной гигиены полости рта. Данный факт так же внесет коррективы в ранговую последовательность приоритетного диагностического листа. В этом и будет реализация принципа биоэтики «не навреди». Повторное согласование позволяет окончательно составить приоритетный диагностический лист, в котором проблемы будут подвёрнуты поэтапному решению.

Таким образом, приоритетный диагностический лист представленной задачи будет выглядеть следующим образом (равнозначные по «степени вреда» проблемы объединены в один пункт):

1. неудовлетворительный уровень гигиены полости рта;
2. хронический гранулематозный периодонтит 4.6; хронический локализованный пародонтит средней степени тяжести в области 4.6;
3. скученное положение резцов на нижней челюсти; хронический генерализованный катаральный гингивит;
4. частичное вторичное отсутствие зуба 1.6, осложненное вторичными деформациями на верхнем и нижнем зубных рядах.

Таблица 1. Формирование согласованного списка стоматологических проблем пациента

Ранжирование важности проблем с точки зрения врача-стоматолога	Ранжирование проблем с точки зрения пациента	Первичная согласованная последовательность проблем в диагностическом листе
1. Неудовлетворительный уровень гигиены полости рта. 2. Хронический гранулематозный пародонтит 4.6, хронический локализованный пародонтит средней степени тяжести в области 4.6, стадия ремиссии. 3. Частичное вторичное отсутствие зубов на верхней челюсти III класс по Кеннеди, осложненное вторичными деформациями зубных рядов, потеря жевательной эффективности по Агалову 12%. 4. Хронический генерализованный гингивит, скученное положение резцов на нижней челюсти	1. Кровоточивость при чистке зубов. 2. Неправильное положение передних зубов на нижней челюсти.	1. Хронический генерализованный гингивит, скученное положение резцов на нижней челюсти 2. Хронический гранулематозный пародонтит средней степени тяжести в области 4.6. 3. Неудовлетворительный уровень гигиены полости рта. 4. Дефект в области верхнего зубного ряда, вторичные деформации зубных рядов.

Таблица 2. Стоматологическая проблема: частичное вторичное отсутствие зуба 1.6

Пути решения	Консенсус с принципами биоэтики, комментарий
Протезирование: мостовидный протез (или аналоги) с опорой на 1.5 и 1.7	Логично, но требуется значительное препарирование зубов 1.5 и 1.7 вследствие вторичных деформаций, увеличение размеров коронки 1.5, «помеха» для устранения скученного положения зубов несъемным ортодонтическим аппаратом – принцип <i>«не навреди»</i> не будет даже частично нарушен, если протезирование проведено после ортодонтического лечения
Протезирование: одиночная коронка в области 1.6 с опорой на имплантат	Логично, но необходимо предварительное устранение вторичных деформаций, длительный период между имплантацией и установкой ортопедической конструкции в полость рта, «помеха» для устранения скученного положения зубов несъемным ортодонтическим аппаратом – без предварительного устранения вторичных деформаций нарушается принцип <i>«не навреди»</i> (з принцип <i>«делай благо»</i> тем более). При условии предварительной ортодонтической подготовки – самый оптимальный с морфофункциональной точки зрения вариант.
Протезирование: консольные конструкции	Нельзя, перегрузка опорных зубов, нарушение принципа <i>«не навреди»</i>
Протезирование: частичный съемный протез	Логично, особенно как временная конструкция на период ортодонтического лечения, но может психологически негативно восприниматься пациентом, поскольку съемная – в этом случае будет не соблюдены принцип <i>справедливости</i>
Мезиальное перемещение 1.7 – «закрытие» промежутка	Не логично, поскольку отсутствует 1.8 и преобразует включенный дефект зубного ряда в консевой, что с морфофункциональной точки зрения крайне нежелательно – нарушается принцип <i>«не навреди»</i>

Вывод (табл. 2): рационально восстановить дефект зубного ряда в области 1.6 несъемной конструкцией после проведения полного ортодонтического лечения.

Таблица 3. Стоматологическая проблема: неудовлетворительный уровень гигиены полости рта

Пути решения	Консенсус с принципами биоэтики, комментарий
Выполнение ПОЛНОГО протокола профессиональной гигиены полости рта	Самый логичный вариант, поскольку обеспечивает поддержание удовлетворительного уровня гигиены полости рта <i>in progress</i> . Истощающая реализация принципов <i>«не навреди»</i> и <i>«делай благо»</i>
Реализация УСЕЧЕННОГО протокола профессиональной гигиены полости рта (профессиональная чистка зубов)	Логично, при недостаточной комплаентности пациента, отсутствии кооперации «врач-пациент». Частичная реализация принципа <i>благодеяния</i> при полной реализации принципа <i>«не навреди»</i>
Отсутствие действий по улучшению уровня гигиены полости рта	Ортопедический и ортодонтический этапы лечения не допустимо проводить при неудовлетворительном уровне гигиены полости рта и отсутствии санации. Нарушение принципа <i>«не навреди»</i>

Вывод (табл. 3): начало специализированного стоматологического лечения необходимо начинать только после реализации минимального объема профессиональной гигиены полости рта.

Таблица 4. Стоматологическая проблема вторичные деформации зубных рядов

Пути решения	Консенсус с принципами биозтики, комментарий
Протезирование: мостовидный протез (или аналог) в области 1.6, окклюзионное пришлифовывание 2.8, 4.8	Логично в отношении 1.5-1.7, но требуется значительное протезирование зубов 1.5 и 1.7, увеличение коронки 1.5, и как следствие возможна перегрузка пародонта опорных зубов. Вариант является «помехой» для устранения скученного положения зубов несъемным ортодонтическим аппаратом; в отношении 2.8 и 4.8 вариант не логичный с точки зрения долгосрочной перспективы – зубы, лишённые антагониста, продолжают экструзию, а окклюзионные интерференции являются фактором риска дисфункции ВНЧС – суммарно нарушаются принципы « <i>делай благо</i> » и « <i>не навреди</i> »
«Выравнивание» осей 1.5 и 1.7, мезиализация 1.5 аппаратным методом (4.6 – планируется консервативное лечение)	Логично на первый взгляд, кроме того, при полном ортодонтическом лечении решается проблема скученного положения резцов нижней челюсти, однако не решается проблема экструзии 2.8 и 4.8. Суммарно нарушаются принципы « <i>не навреди</i> » и « <i>делай благо</i> »
«Выравнивание» осей 1.5 и 1.7, мезиализация 1.5 аппаратным методом (4.6 – планируется удалить)	Логично, кроме того, при полном ортодонтическом лечении решается проблема скученного положения резцов нижней челюсти и возможна интрузия 4.8 и мезиальное смещение 4.7 и 4.7 в область удаленного 4.6, однако не решается проблема экструзии 2.8. Суммарно нарушаются принципы « <i>не навреди</i> » и « <i>делай благо</i> »
Преддублирующий вариант и удаление 2.8	Логично, поскольку 2.8 – без основного антагониста. Вариант реализует принципы « <i>делай благо</i> », « <i>не навреди</i> » и « <i>справедливости</i> »

Вывод (табл. 4): рационально исправить вторичные деформации несъемным ортодонтическим аппаратом на оба зубных ряда после удаления 2.8 и 4.6.

Таблица 5. Стоматологическая проблема: хронический гранулематозный периодонтит 4.6, хронический локализованный пародонтит средней степени тяжести в области 4.6

Пути решения	Консенсус с принципами биозтики, комментарий
Консервативный (эндодонтическое лечение, кюретаж пародонтальных карманов, временное шинирование)*	Логично на первый взгляд, но сомнительно в плане продолжительности ремиссии, учитывая данные анамнеза и рентгенологической картины – нарушается принцип « <i>делай благо</i> »
комбинированный №1 (эндодонтическое лечение, кюретаж пародонтальных карманов, временное шинирование, затем резекция верхушки корня)*	Логично с первого взгляда, но уменьшение длины корня при значительной резорбции межзубных перегородок и несостоятельности шины-ретейнера может привести к люксации зуба – нарушаются принципы « <i>не навреди</i> » и « <i>делай благо</i> »
комбинированный №2 (удаление 4.6, мезиальное перемещение 4.7 и 4.8, окклюзионная реставрация 4.7 и 4.8)	Логично, однако лечение крайне продолжительное и дорогое, требует повышенной комплаентности пациента, но не требуется удаления 4.8 – суммарно, несмотря на то, что нарушается принцип « <i>справедливости</i> » – вариант наиболее рациональный

\* - в вариантах не рассматривается «судьба» 4.8 – наличие выраженной вторичной деформации и отсутствие одноименного зуба-антагониста служит показанием к удалению 4.8, в противном случае нарушается принцип «*делай благо*»

Таблица 6. Протокол комплексной стоматологической реабилитации пациента

Этап реабилитации	Цель/задача этапа
1. Профессиональная гигиена полости рта.	1. Достижение удовлетворительного уровня гигиены полости рта.
2. Терапевтическое лечение хронического катарального генерализованного гингивита.	2. Проводится в том случае, если не достигнут удовлетворительный уровень гигиены полости рта <i>in tempore</i>
3. Удаление 4.6, 2.8.	3. Подготовка к ортодонтическому этапу лечения
4. Ортодонтическое лечение с использованием несъемного ортодонтического аппарата на верхней и нижней челюсти и кортикальной опоры в области нижнего зубного ряда справа.	4. Устранение скученного положения резцов, конвергенции 1.7 и 1.5, дистального смещения 1.5, интрузия 4.8, мезиальное перемещение 4.7, 4.8.
5. Протезирование 1.6 коронкой с опорой на имплантат, окклюзионная реставрация 4.7 и 4.8.	5. Создание непрерывности зубного ряда, физиологической артикуляции, восстановление жевательной эффективности

После согласования приоритетности проблем на следующем этапе каждая из них решается в отдельности, начиная с самой важной. Изучается ВЕСЬ спектр решения для КАЖДОЙ из проблем с критическим анализом

pro et contra относительно каждого решения: чем выше сложность ситуации, тем более важна убежденность, что ни одна из проблем не упущена. Далее проводится оценка возможностей лечения. Во внимание принимаются

факторы [4, 6]:

1. Сочетание методов лечения: необходимо оценить сочетаемость методов, иногда решение первоочередной задачи приводит к усугублению остальных стоматологических проблем.

2. Компромисс: если различные элементы лечебно-го плана несовместимы, наибольшая польза для пациента достигается при обеспечении всех необходимых компромиссов и решении наиболее важных проблем, в то время как менее важные проблемы могут остаться без решения, либо их решение должно быть отсрочено.

3. Соотношение «затраты-риск-польза».

На этом этапе используются принцип «не навреди» и принцип «делай благо». Если решение одной проблемы ставит под сомнение успешное решение другой, данный вариант отбрасывается или вносится в список альтернативных для обеих проблем. Если решение проблемы нарушает принцип «не навреди», данный вариант безвозвратно исключается из рассмотрения. Варианты решения проблем предоставляются пациенту для ознакомления. Согласование вариантов решения некоторых стоматологических проблем, представленных в задаче, с принципами биоэтики продемонстрировано в табл. 2, 3, 4, 5, 6.

В результате обсуждения с пациентом путей решения ранжированных стоматологических проблем (на экзамене эквивалентом обсуждения являются данные опроса) составляется протокол стоматологической реабилитации пациента с описанием целей и задач каждого этапа лечения (табл. 6). Необходимо отметить, что выполнение мероприятий по профессиональной гигиене полости рта должно выполняться секвентно на каждом из последующих этапах комплексного лечения.

## Заключение

Таким образом, составление плана комплексной стоматологической реабилитации пациента требует не только участия мультидисциплинарной команды, но четкого понимания и выполнения основных принципов биоэтики. Последовательность устранения стоматологических проблем, методы и средства их решения в будущей деятельности врача-стоматолога являются основой для конструирования и формулирования информационного согласия на предстоящее медицинское вмешательство. Представленный структурный алгоритм решения ситуационной задачи в полной мере позволяет оценить уровень сформированности ОК и ПК в ходе проведения ГИА студентов стоматологического факультета. ■

*Ишмурзин П.В. – д.м.н., председатель методического совета стоматологического факультета, доцент кафедры детской стоматологии и ортодонтии ГБОУ ВПО ПГМУ им. академика Е.А. Вагнера Минздрава России, г. Пермь. Данилова М.А. – д.м.н., профессор, зав. каф. детской стоматологии и ортодонтии ГБОУ ВПО ПГМУ им. академика Е.А. Вагнера Минздрава России, г. Пермь. Серова И.А. – д.ф.н., профессор кафедры философии ГБОУ ВПО ПГМУ им. академика Е.А. Вагнера Минздрава России, г. Пермь. Газизуллина О.Р. – к.м.н., врач-ортодонт ООО «Зубная лечебница», г. Казань. Фанакин В.А. – к.м.н., доцент кафедры ортопедической стоматологии и ортодонтии ГБОУ ВПО ЮУГМУ Минздрава России, г. Челябинск. Автор, ответственный за переписку: Ишмурзин П.В. Адрес: 614099, г. Пермь, ул. Петропавловская, 26, тел (342) 2332744, e-mail: ishmurzin\_pav@mail.ru*

## Литература:

1. Приказ Минобрнауки РФ № 16 от 14.01.2011 г. «Об утверждении и введении в действие ФГОС ВПО по направлению подготовки (специальности) 060201 Стоматология (квалификация (степень) «Специалист».
2. Письмо Минобрнауки РФ № 03-956 от 13.05.2010 г. «О разработке вузами основных образовательных программ».
3. Серова И.А. Басов А.В. Мультидисциплинарная оценка профессиональных компетенций ИГАК: каково место биоэтики? *Биоэтика* 2014; 2 (14): 31-36.
4. Михайлова Е.П., Бартко А.Н. Биомедицинская этика: Теория, принципы и проблемы. Часть 2. Принципы и основные проблемы биомедицинской этики. М.: ММСИ; 1999.
5. Шамов И.А. Биомедицинская этика. М.: Медицина; 2006.
6. Проффит У.Р. Современная ортодонтия. Пер. с англ. под ред. проф. Л.С. Персина. М.: МЕДпресс-информ; 2006.
7. Газизуллина О.Р., Данилова М.А., Ишмурзин П.В. Целесообразность применения принципов биоэтики в практике врача-ортодонта. *Ортодонтия* 2015; 2 (70): 2-8.