

**Информированное добровольное согласие
на хирургическое лечение (зубосохраняющие, костнопластические операции)**

Приложение к медицинской карте № _____ от _____ 20__ г.

г. Уфа

« _____ » _____ 20__ г.

Я, _____
(Ф.И.О. пациента)

Этот раздел бланка заполняется только в том случае, если от имени и в интересах пациента действует его представитель

Я, _____
(Ф.И.О. представителя пациента)

выступаю от имени и в интересах представляемого мною Пациента _____

(Ф.И.О. пациента, дата рождения)

настоящим подтверждаю, что, в соответствии с моей волей, в доступной для меня форме проинформирован(а) о наличии: характере, степени тяжести и возможных осложнениях имеющегося у меня (представляемого) заболевания _____

Лечащий врач после проведенной диагностики обосновал необходимость удаления следующих зубов: _____

(указать область проведения манипуляции, метод имплантации, номера зубов).

В доступной для меня форме мне разъяснены:

1. Понятие и цели хирургического лечения. Зубосохраняющие операции — это собирательное название методов хирургического лечения зубов при воспалительных процессах в области верхушек зубных корней и окружающих тканей. С их помощью удается обойтись без удаления зубов. Костнопластические операции проводятся для восстановления нужного объема костной ткани и создания условия для имплантации.

2. Обоснование необходимости лечения: анамнез больного, результаты общего осмотра полости рта рентгенологические исследования.

3. Показания к хирургическому лечению.

Зубосохраняющие операции проводятся при заболеваниях тканей пародонта, при воспалительных процессах вокруг

зубных корней (периодонтиты), а также их последствиях — различные новообразования (гранулемы и кисты). Костнопластические операции проводятся при дефиците костной ткани на верхней или нижней челюсти перед имплантацией зубов. Причины дефицита костной ткани: давнее удаление зубов, что приводит к рассасыванию или истончению костной ткани, без нагрузок, кость и десна становятся похожими на узкий гребешок; воспалительные процессы в ротовой полости, которые затрагивают костные структуры способствуют деструкции клеток и постепенному истончению; врожденный анатомический недостаток объемов челюстной кости для установки имплантата определенного размера

4. Противопоказания к хирургическому лечению. Противопоказаниями к проведению хирургического стоматологического лечения являются наличие у пациента на момент его осмотра врачом острых вирусных респираторных и инфекционных заболеваний, артериальной гипертензии в стадии обострения, заболеваний сердечно-сосудистой системы в стадии декомпенсации, инфаркта миокарда, наличие гемангиомы, иных новообразований в области зуба, заболеваний крови с нарушением системы свертывания, некоторых заболеваний нервной системы (похоизов, эпилепсии), а также наличие острого стоматита, гингивита. Кроме того, противопоказаниями к резекции верхушки корня зуба служат сильное разрушение коронковой части зуба, подвижность зуба II и III степени, острый воспалительный процесс в периодонте. Резекция верхушки корня зуба также не проводится при вовлечении в резорбцию костной ткани более половины корня и при наличии глубоких костных карманов

5. Методы хирургического лечения.

Методики хирургического лечения различаются в зависимости от выраженности воспаления и источника возникновения патологического очага.

1. Зубосохраняющие операции при воспалениях зубных корней.

Когда эндодонтическое лечение неэффективно или провести его невозможно, устранить патологию помогает хирургическое удаление пораженных тканей:

Цистэктомия - способ, позволяющий удалить новообразование, не затрагивая здоровые ткани зуба. Операция проводится врачом под местной анестезией с использованием микроскопа. Врач определяет, где находится киста зуба оценивает её состояние, вскрывает при помощи специальных инструментов, вычищает содержимое, оставляя антисептик внутри, и зашивает. Спустя некоторое время после операции происходит самостоятельное застывание полости. Перед проведением цистэктомии проводят перелечивание и пломбирование каналов причинного зуба.

Резекция верхушки корня зуба.

Операция назначается, когда инфекция проникла в корень зуба и есть опасения, что она будет развиваться дальше. Заключается в удалении очагов воспаления и инфекции вместе с верхней частью зубного корня, образовавшаяся полость заполняется костным материалом. Функции зуба сохраняются и его можно использовать для дальнейшего протезирования.

Цистотомия - метод лечения кисты, заключающийся в частичном удалении кисты, при этом удаляется передняя стенка кисты и создается сообщение с полостью рта. Такой метод используется, когда размеры кисты таковы, что захватывают несколько зубов, которые могут быть ранее даже не лечеными. Подготовительной процедурой является перелечивание и пломбирование причинного зуба, остальные зубы не затрагиваются. После манипуляции киста значительно уменьшается в размерах. Восстановление после такого метода лечения будет более длительным.

2. Костнопластические операции

Остеопластика или костная пластика проводится для восстановления нужного объема кости и создания условий для установки дентального имплантата. Восполнение дефицита кости проводится в тех случаях, когда условия не позволяют установить корневидный имплант такого размера, чтобы он смог выдерживать нагрузки и соблюдалась биомеханика

жевания. Увеличение объема кости проводится несколькими способами :

Пациент (представитель пациента) _____ (подпись)

1. Направленная костная регенерация. Биосовместимые костные материалы вживляются в губчатую ткань , полную сосудами и биологически-активными веществами. Сверху покрываются мембраной. Со временем полностью замещаются на собственную кость.

2. Расщепление альвеолярного отростка. Гребень кости раздвигается специальными инструментами, в образовавшуюся щель устанавливается имплант , пространство вокруг заполняется костным материалом. Методика подходит при недостатке кости по ширине и только при условии плотных костных стенок — во избежание их перелома.

3. Пересадка костного блока. Аутотрансплантат берется из подбородка, твердого неба или зоны за зубами мудрости. Пересаживается в область имплантации. Требуется проведение сразу двух операций — по забору и пересадке блока. Применяется при невосприимчивости организма к другим материалам, кроме собственного.

4. Синус-лифтинг. Проводится только на верхней челюсти в области гайморовых пазух, при угрозе их повреждения имплантатом. Дно пазухи приподнимается, полученное пространство заполняется костным материалом. В зависимости от формирования доступа к пазухе применяется открытая или закрытая техника.

5. Предполагаемые результаты лечения. В результате хирургического вмешательства прерывается патологический процесс, либо устраняются условия, способствующие возникновению и развитию стоматологических заболеваний. Результат хирургического вмешательства в каждом конкретном случае зависит не только от его качества , но и от реакции организма и общего состояния зубов.

6. Возможные осложнения и риски.

Медицинская услуга относится к категории опасных и возможные осложнения в процессе и после лечения зависят не только от медицинского вмешательства, но и от анатомо-физиологических особенностей организма пациента, состояния его здоровья. Послеоперационный восстановительный период является индивидуальным по длительности и характеру течения, может замедляться при наличии возникших осложнений; кроме того , процесс заживления может протекать при наличии неприятных болезненных ощущений разной степени интенсивности в зоне оперативного вмешательства и зависит от индивидуальных особенностей строения зубочелюстной системы пациента, а также его возраста. В послеоперационном периоде возможно возникновение неприятных болезненных ощущений, развитие кровотечения, также возможно сохранение отека на протяжении нескольких дней или недель, расхождение швов , воспаление в области оперативного вмешательства.

При надлежащем выполнении хирургического вмешательства, в редких случаях, во время операции и в послеоперационном периоде возникают следующие осложнения: болевые ощущения в течение послеоперационного периода: сохранение припухлости мягких тканей ; кровотечение, кровоточивость раны из полости рта и из носа ; гематома мягких тканей ; онемение языка , губ ; чувство жжения; болезненность , дискомфорт ; нарушение функций глотания , жевания и речи ; утрата костного материала: экспозиция барьерной мембраны ; временное или постоянное онемение десен зубов верхней челюсти и неба ; натяжение, трещины в уголках рта ; повышение температуры и наличие общих симптомов интоксикации, ограничение открывания рта, увеличение лимфатических узлов ; нарушение целостности слизистой оболочки гайморовой пазухи ; формирование соустья между пазухой и полостью рта ; повреждение имеющихся зубов, переломы кости верхней и нижней челюсти (в крайне редких случаях при аномальном расположении зуба) ; усугубление патологии ВНЧС при ее наличии ; отторжение костного , слизистого трансплантата ; оголение шеек и корней зубов ; рецидив кисты (гранулемы) ; возникновение воспалительных, инфекционных осложнений (абсцесс, флегмона, медиастинит, сепсис), которая потребует госпитализации, стационар возникновения индивидуальной аллергической реакции, непереносимости отдельных применяемых материалов и лекарственных препаратов.

Я уведомлен (а), что регенерация костного послеоперационного дефекта не прогнозируемо и может привести к необходимости последующего этапа оперативного лечения, направленного на пластическое замещение костного дефекта.

Вследствие оперативного лечения возможно возникновения анемии в области оперативного вмешательства, формирование рубца.

Я понимаю, что определить промежуток времени возникновения данных осложнений не представляется возможным в связи с тем , что биологические процессы, не подконтрольны в 100% случаев воле человека , и зависят от индивидуальных особенностей моего организма, клинической ситуации, стадии патологического процесса, сопутствующих заболеваний , возрастных изменений. В настоящей форме информированного согласия не могут быть перечислены все осложнения, которые могут возникнуть при проведении хирургического лечения. Кроме того, хирург не может гарантировать 100% наращивания костной ткани в области верхнечелюстной пазухи или альвеолярного отростка (части).

Мне разъяснено, что при появлении вышеуказанных последствий и осложнений после завершения лечения или любого из его этапов мне (представляемому) необходимо незамедлительно обратиться в ООО «Брекет » для дополнительного обследования и консультации с врачами-специалистами в целях исключения описанных выше осложнений.

Последствиями отказа от хирургического вмешательства могут быть: обострение и прогрессирование настоящего заболевания; появление либо нарастание болевых ощущений, отека , температуры ; нарушение функций речи, дальнейшее снижение эффективности жевания ; ухудшение эстетики ; появление неприятного запаха изо рта ; оголение шеек зубов и оставшиеся зубы, что ускоряет процесс разрушения окружающих десен и костей и затрудняет последующий процесс протезирования зубов ; прогрессирование зубоальвеолярных деформаций ; увеличение очага деструкции костной ткани и (или) значительную убыль костной ткани зубочелюстного сегмента ; возникновение воспалительных , инфекционных осложнений(абсцесс , флегмона, медиастинит , сепсис), которые потребуют госпитализации в стационар: обострение системных заболеваний организма, развитие заболеваний височно-нижнечелюстного сустава ; развитие заболеваний жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава, возникновение общесоматических заболеваний желудочно-кишечного тракта, нейропатологии.

Я информирован (а) о том , что :

1. Окончательный объем операции может отличаться от первоначального как в сторону уменьшения, так и в сторону расширения объема оперативного вмешательства; кроме того, в ходе операции может возникнуть

необходимость осуществления дополнительного медицинского вмешательства (вмешательств), иных операций, рентгенологических и других специальных исследований.

2. Для достижения благоприятного результата лечения я (представляемый) должен неукоснительно следовать рекомендациям лечащего врача, в послеоперационный период воздерживаться от употребления горячей пищи, алкоголя, горячих ванн, посещения саун, применения сосудорасширяющих препаратов. После проведения операции необходимо

воздержание от приема пищи на несколько часов, впоследствии на протяжении нескольких дней не рекомендуется принимать острую, горячую, пищу, алкоголь, с целью избежания возможного воспаления или кровотечения. Также врачом может быть рекомендовано полоскание ротовой полости дезинфицирующими растворами.

3. В раннем послеоперационном периоде врач может назначить прием лекарственных препаратов (антибиотиков, обезболивающих средств), соблюдение диеты (прием мягкой, жидкой или протертой пищи, минимально травмирующей

слизистую, богатую питательными веществами, витаминами и микроэлементами). Гигиенический уход за полостью рта должен осуществляться с использованием зубной щетки с мягкой щетиной, чистить зубы следует осторожно, минимально травмируя область операции. Несоблюдение рекомендаций врача, режима приема лекарственных препаратов, бесконтрольное самолечение могут отрицательно сказаться на состоянии здоровья.

Я предупрежден(а), что курение препятствует процессам заживления раны, и может вызвать отторжение остеопластического материала, привести к отрицательному результату операции и еще более усугубить первоначальную клиническую ситуацию.

Я понимаю необходимость рентгенологического исследования челюстей и зубов до лечения, во время лечения и при проведении периодических контрольных осмотров и согласен(а) на его проведение.

Я полностью осознаю, что во время лечения ситуация может измениться, что потребует от врача дополнительных действий, изменения (уточнения) диагноза, намеченного плана лечения.

Я проинформировал(а) лечащего врача обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам и лекарственным средствам в прошлом и об аллергии в настоящее время, а так же о всех имеющихся у меня (представляемого) заболеваниях, принимаемых лекарственных препаратах.

Я добровольно принимаю на себя обязанность следовать всем рекомендациям и предписаниям лечащего врача, регулярно принимать назначенные препараты, являться на контрольные и профилактические осмотры (не реже 1 раз в 6 месяцев), соблюдать гигиену полости рта

Я обязуюсь информировать врача о проблемах, возникших в процессе лечения или по его окончании.

Я имел(а) возможность задать врачу все интересующие меня вопросы и получил(а) на них удовлетворяющие меня ответы, и на основании вышеизложенного я добровольно и осознанно принимаю решение о проведении мне (представляемому) хирургического лечения врачом ООО «Брекет»

Пациент (представитель пациента) _____ (подпись)

Я свидетельствую, что разъяснил пациенту суть, ход, риск проведения эндодонтического лечения, дал ответы на все вопросы.

Врач _____ / _____
(должность, Ф.И.О.) подпись

Добровольное информированное согласие на медицинское вмешательство (основание ст.20 федерального закона от 21. 11.2011 г., № 323 –ФЗ « об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации)