

645-93-67

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ согласие на УСЛУГУ поднятия дна верхнечелюстной (гайморовой) пазухи (далее синус-лифтинг)

Я, _____, года рождения, даю информированное добровольное согласие на опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза, осмотр ротовой полости и зубов, лабораторные и рентгенологические методы обследования для выполнения мне стоматологической хирургической операции – синус-лифтинг.

Медицинский работник _____) в доступной для меня форме дал разъяснения о целях и методах операции, объяснил в понятной форме план лечения, включая ожидаемые результаты, риски, альтернативные методы, которые возможны при существующей ситуации и данных обстоятельствах, а также - необходимые исследования и врачебные манипуляции, связанные с этим.

До начала процедуры я получил(а) от врача интересующую меня информацию о предстоящем процедуре с тем, чтобы я мог(ла) либо дать свое согласие на её проведение, либо отказаться от неё.

Настоящим, я даю информированное добровольное согласие на выполнение мне

(полное наименование стоматологической услуги)

Я выбрал(а) имплантацию зубов как один из предложенных мне видов стоматологического протезирования и, в соответствии с моей волей, в доступной для меня форме проинформирован(а) о том, что имеющийся у меня объем костной ткани на верхней челюсти недостаточен для постановки мне имплантатов в связи с существенной атрофией кости после удаления зуба, а также особенностями индивидуального анатомического строения кости и верхнечелюстных пазух. Мне разъяснено и понятно, что операция поднятия дна верхнечелюстной пазухи (далее синус-лифтинг) является одним из способов решения этой проблемы и представляет собой дополнительную хирургическую операцию по увеличению объема костной ткани в боковых отделах верхней челюсти.

Суть синус-лифтинга заключается в механической отслойке слизистой оболочки, формировании полости между слизистой пазухи и стенкой верхней челюсти и заполнением этой полости специальными костеобразующими материалами. Убедившись в здоровом состоянии верхнечелюстных пазух с помощью рентгенографии и клинических методов исследования, врач проводит оценку архитектуры пазух на предмет выявления анатомических ограничений и производит выбор варианта синус-лифтинга: открытый или закрытый.

Закрытый, или «мягкий» синус-лифтинг выполняется, если последующая имплантация требует увеличения высоты костной ткани на небольшую величину, не более 3-4 мм. При этом слизистая пазухи медленно отодвигается на необходимое расстояние при помощи специального оборудования через отверстие, предназначенное для имплантата, образовавшаяся полость заполняется костеобразующим материалом и тут же устанавливается имплантат. Далее раневая поверхность ушивается.

Часто при этом используются специальные барьерные мембраны. Особо отмечается, что в процессе операции по медицинским показаниям стоматологом-хирургом может быть принято решение о проведении операции синус-лифтинга открытым способом.

В случае если для успешной имплантации требуется увеличение высоты костной ткани более чем на 3-4 мм, или по иным медицинским показаниям, проводится открытый синус-лифтинг, когда отслойка и подъем слизистой оболочки пазухи происходит через отверстие, сделанное стоматологом-хирургом в кости в проекции верхнечелюстной пазухи. Через то же отверстие происходит заполнение образовавшейся полости вышеуказанным костеобразующим материалом. Раневая поверхность ушивается с помощью барьерных мембран и «водворения на место» ранее отслоенного слизисто-надкостничного лоскута. Вопрос о возможности одномоментной имплантации решается стоматологом-хирургом индивидуально, в зависимости от множества

анатомических и медицинских факторов.

Отрицательных последствий отказа от синус-лифтинга быть не может, так как зубная имплантация всего лишь один из методов восстановления отсутствующих зубов.

Альтернативными методами лечения являются:

- отказ от имплантационного метода протезирования зубов верхней челюсти в пользу традиционного съемного и несъемного протезирования;
- использование принципиально иных видов имплантатов, не требующих операции синус-лифтинга, таких как внутрикостно-поднадкостничные, внутризубно-внутрикостные, внутрислизистые, субмукозные (подслизистые), поднадкостничные (субпериостальные);
- отсутствие лечения вообще.

Мне было разъяснены и мною поняты следующие возможные противопоказания к проведению операции синус-лифтинга:

Абсолютные противопоказания:

1. заболевания костной системы, снижающие репарацию кости (остеопороз, врожденная остеопатия, остеонекроз, дисплазии);
2. заболевания эндокринной системы (гипофиз, патология надпочечников, тяжелые формы гипер- и гипотиреоза, гипер- и гипопаратиреоза, сахарный диабет);
3. болезни крови (лейкозы, талассемия, лимфогранулематоз, гемолитические анемии);
4. заболевания центральной и периферической нервной системы (шизофрения, паранойя, слабоумие, психозы, неврозы, алкоголизм и наркомания);
5. злокачественные опухоли;
6. туберкулез;
7. ВИЧ и венерические заболевания;
8. беременность;
9. острый гайморит.

Относительные противопоказания:

1. неудовлетворительная гигиена полости рта;
2. предраковые заболевания полости рта;
3. прохождение пациентом курса химио- или радиотерапии;
4. занятие экстремальными и травматичными видами спорта;
5. наличие в анамнезе хирургических вмешательств в области синуса;
6. множественные перегородки пазухи;
7. наличие кист в области верхнечелюстных синусов или других патологических образований в области предполагаемой операции или в месте установки имплантатов;
8. слишком малое количество костной ткани между слизистой оболочкой полости рта и пазухой, что препятствует ее поднятию;
9. курение.

Я информирован, что во время операции врач может изменить ее план либо прекратить оперативное вмешательство в зависимости от анатомических особенностей строения челюсти и прилегающих тканей.

Я предупрежден(а) о следующих возможных последствиях и осложнениях после проведенного медицинского вмешательства:

- нарушение целостности слизистой гайморовой пазухи, что иногда потребует отказаться от продолжения и выполнения данной операции;
- инфицирование и, как следствие, воспалительный процесс в области пазухи (в частности, синусит);

- проталкивание имплантата в верхнечелюстную пазуху;

- к послеоперационным осложнениям данных вмешательств относятся: болезненность, кровоточивость из раны в полости рта и из носа, временное или постоянное онемение верхней губы, дёсен, зубов верхней челюсти и нёба в области вмешательства, утрата (рассасывание) костного материала, экспозиция барьерной мембраны, что потребует повторного вмешательства для её удаления, формирование соустья между пазухой и полостью рта, повреждение зубов или

пломб, утрата зубов, прилегающих к зоне оперативного вмешательства, отсутствие возможности установить имплантат в области операции в будущем, отторжение или подвижность установленного имплантата, аллергические реакции и иные неожиданные последствия и осложнения.

Также мне разъяснено, что даже при качественном лечении возможны болезненные ощущения первое время, отеки, гематомы (синяки).

Я информирован(а), что хотя синус-лифтинг имеет высокий процент клинического успеха и поможет мне сохранить мое стоматологическое здоровье, тем не менее, я понимаю, что операция синус-лифтинга является вмешательством в биологический организм и, как любая медицинская операция, не может иметь стопроцентной гарантии на успех, даже при идеальном выполнении всех клинических и технологических этапов имплантации. Мне сообщили, что хирургическое вмешательство может повлечь за собой временную нетрудоспособность.

Мне разъяснено, что симптомами подобных осложнений после операции синус-лифтинга являются болевые ощущения в области вмешательства и что при их появлении после завершения лечения или любого из его этапов мне необходимо обратиться в медицинскую организацию для дополнительного обследования и консультации с врачами-специалистами в целях исключения описанных выше осложнений.

Мне сообщили, что хирургическое вмешательство может повлечь за собой временную нетрудоспособность.

Также я предупрежден(а) о необходимости точного и тщательного выполнения рекомендаций врача в послеоперационный период.

Я подтверждаю, что в данной клинической ситуации мне все разъяснено, понятно и полученной информации достаточно.

Я обязуюсь соблюдать сроки и график лечения, назначенные лечащим врачом.

Даю свое согласие на фото и видеосъемку в процессе лечения.

Я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы, информация была доведена до меня в понятной и доступной форме.

Я ознакомлен(а) и согласен(а) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю своё согласие на проведение мне операции синус-лифтинга в предложенном объеме.

Пациент _____

Врач _____

Дата _____