

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ согласие по увеличению
высоты (ширины) гребня альвеолярного отростка
с целью последующей имплантации (костной пластики)**

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 по костной пластике.

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 лечении 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 по увеличению высоты (ширины) гребня альвеолярного отростка челюстных костей является одним из способов решения этой проблемы и представляет собой дополнительную хирургическую операцию по увеличению объема костной ткани по месту планируемой имплантации.

Такая операция может быть выполнена различными методиками, такими как расщепление гребня, подсадка костного материала, направленная регенерация костной ткани, а также комбинацией перечисленных методик.

Методика расщепления гребня заключается в механическом расщеплении гребня альвеолярного отростка челюстных костей специальными инструментами и заполнением образовавшегося пространства специальными костеобразующими материалами.

Направленная регенерация костной ткани заключается в создании будущего объема кости специальными мембранами резорбируемого и нерезорбируемого типа и заполнения образовавшегося пространства описанными выше костеобразующими материалами, что через 3-6 месяцев должно привести к образованию собственной кости.

Вопрос о возможности одномоментной имплантации при всех указанных методиках решается стоматологом-хирургом индивидуально, в зависимости от множества анатомических и медицинских факторов. Также мне разъяснено, что зачастую для большей успешности данного оперативного вмешательства могут потребоваться дополнительные медицинские манипуляции, такие как:

- использование специальных барьерных мембран
- использование титановой сетки.

Отрицательных последствий отказа от операции по увеличению объема кости 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 в пользу традиционного съемного и несъемного протезирования;
- использование принципиально иных видов имплантатов, не требующих подобной операции,

таких как внутрикостно-поднадкостничных, внутризубно-внутрикостных, внутрислизистых, субмукозных (подслизистых), поднадкостничных (субпериостальных);

- отсутствие лечения вообще.

Мне было разъяснены и мною поняты следующие возможные противопоказания к проведению операции по увеличению высоты (ширины) гребня альвеолярного отростка:

Абсолютные противопоказания:

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

8. ВИЧ и венерические заболевания.

Относительные противопоказания:

1. неудовлетворительная гигиена полости рта;
2. предраковые заболевания полости рта;
3. прохождение пациентом курса химио- или радиотерапии;
4. курение;
5. занятие экстремальными и травматичными видами спорта;

Я информирован, что во время операции врач может изменить ее план в зависимости от фактического состояния костной ткани. Меня предупредили, что количество и качество вновь образованной костной ткани после костнопластических и костнореконструктивных оперативных вмешательств зависит от особенностей моего организма.

Я предупрежден(а) о следующих возможных последствиях и осложнениях после проведенного медицинского вмешательства: инфицирование раны, потеря (рассасывание) костного материала, повреждение зубов, которые прилегают к зоне вмешательства, болезненность или длительные лицевые боли, кровоточивость из раны, временное или постоянное онемение губы, дёсен, зубов в области вмешательства, экспозиция барьерной мембраны, что потребует повторного вмешательства для её удаления, формирование соустья между верхнечелюстной пазухой и полостью рта, отсутствие возможности установить имплантат в области операции в будущем, отторжение или подвижность установленного имплантата в будущем, перелом челюстной кости, остеомиелит челюстной кости, 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 операция по увеличению высоты (ширины) гребня альвеолярного отростка имеет высокий процент клинического успеха и поможет мне сохранить мое стоматологическое здоровье, тем не менее, я понимаю, что эта операция 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.

Я понимаю и принимаю то, что положительный результат не гарантирован.

Мне разъяснено, что симптомами подобных осложнений после данного вида оперативного вмешательства 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 операцию костной пластики в предложенном объеме.

Пациент _____

Врач _____

Дата _____