•••••№ карты

Информированное добровольное согласие на операцию поднятия дна верхнечелюстной (гайморовой) пазухи (синус-лифтинга)

Я, Проверочный Иван Иванович,

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 специальным костеобразующим материалом (Bio-OSS, Швейцария, Pep Gen, США, и др.), или же возможна пересадка собственной кости пациента в «смеси» с костеобразующими материалами. Таковое заполнение сформированной в ходе операции полости через 6 месяцев должно замениться собственной костной тканью.

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 (HPT Bio-Gite, HPT Gore-Tex и др). 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 пазу- хи. Через то же отверстие происходит заполнение образовавшейся полости костеобразующими материалами или их «смесью» с собственной костью пациента. 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.

Также мне разъяснено, что зачастую для большей успешности данного оперативного вмешательства могут потребоваться дополнительные медицинские манипуляции, такие как:

- предварительный забор небольшого количества крови для изготовления «тромбоцитарной массы»;
- забор собственной костной ткани для измельчения и смешивания с костеобразующими материалами.

На данное медицинское вмешательство мне будет предложено к изучению и подписанию отдельное информированное добровольное согласие.

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:	Относительные противопоказания:
декомпенсированные заболевания сердечно-сосудистой системы; патология иммунной системы (красная волчанка, полимиозит, тяжелые инфекции, гипоплазия тимуса и паращитовидных желез); заболевания костной системы, снижающие репарацию кости (врожденная остеопатия, остеонекроз, дисплазии); заболевания эндокринной системы (гипофиз, патология надпочечников, тяжелые формы гипер- и гипотиреоза, гипер- и гипопаратиреоза); болезни крови (лейкозы, талассемия, лимфогранулематоз, гемолитические анемии); заболевания центральной и периферической нервной системы (шизофрения, паранойя, слабоумие, психозы, неврозы, алкоголизм и наркомания); злокачественные опухоли; туберкулез;	неудовлетворительная гигиена полости рта; предраковые заболевания полости рта; прохождение пациентом курса химио- или радиотерапии; курение; занятие экстремальными и травматичными видами спорта; наличие в анамнезе хирургических вмешательств в области синуса; множественные перегородки пазухи; наличие кист в области верхнечелюстных синусов или других патологических образований в области предполагаемой операции или в месте установки имплантатов; слишком малое количество костной ткани между слизистой оболочкой полости рта и пазухой, что препятствует ее поднятию; гайморит или другие хронические ЛОР-заболевания.

Образец

ВИЧ и венерические заболевания. беременность.	

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 дёсен, зубов верхней челюсти и нёба в области вмешательства, утрата костного материала, экспозиция барьерной мембраны, что потребует повторного вмешательства для её удаления, формирование соустья между пазухой и полостью рта, отсутствие возможности установить имплантат в области операции в будущем, отторжение или подвижность установленного импланта, 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.

Я понимаю и принимаю то, что положительный результат не гарантирован, однако гарантировано проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, применение им качественных материалов и инструментов с соблюдением соответствующих методик и правил санитарно-эпидемиологического режима.

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 клинику ООО «Эппл Дент» для дополнительного об- следования и консультации с врачами-специалистами в целях исключения описанных выше осложнений.

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

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 данного медицинского вмешательства врачом ООО «Эппл Дент».

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с п. 5 ч. 5 ст. 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья (в том числе после смерти):

_____

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

☐ Подтверждаю, что согласовываю оказание мне платных медицинских услуг в полном объеме стандарта медицинской помощи.

☐ Подтверждаю, что согласовываю оказание мне платных медицинских услуг в объеме, превышающем объем стандарта медицинской помощи.

☐ Подтверждаю, что согласовываю оказание мне медицинских услуг в виде отдельных консультаций и (или) медицинских вмешательств, входящих в стандарт медицинской помощи.

Беседу провел врач _____ /_____

(подпись)

Потребитель(Пациент) Проверочный Иван Иванович **согласился** с проведением медицинского вмешательства _____

(подпись)

Образец

(ф.и.о.)

Потребитель(Пациент) Проверочный Иван Иванович **отказался** от проведения медицинского вмешательства _____
(подпись)

(ф.и.о.)

Образец