



# ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ОПЕРАЦИЮ ПО ВОССТАНОВЛЕНИЮ КОСТНОЙ ТКАНИ (КОСТНОЙ ПЛАСТИКИ)

Настоящее добровольное согласие составлено в соответствии со статьей 20  
Федерального закона от 21.11.2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»

Я, (ФИО) \_\_\_\_\_ года рождения,  
проинформирован(а) врачом-стоматологом \_\_\_\_\_ ООО «Томур» (URING REGENERATION CLINIC) о состоянии моих  
зубов и полости рта и необходимости проведения мне операции по восстановлению костной ткани (костной пластики).

**Мне разъяснено и понятно**, что костная пластика – это стоматологический метод восстановления костной массы челюсти (ширины и высоты костной ткани). Методика является инновационной и проводится перед установкой зубных имплантатов, когда собственного объема костей челюсти пациента недостаточно для надежной фиксации протезов.

**Суть костной пластики заключается в том**, что врач размещает остеопластический материал в области дефекта вокруг имплантированного штифта и покрывает область рассасывающейся коллагеновой мембраной. Затем имплант несколько месяцев приживается параллельно с увеличением объема собственной кости.

Показаниями к костной пластике являются следующие:

- атрофия костной ткани в результате отсутствия родной единицы в течение долгого времени;
- реконструкция челюсти после серьезных травм, переломов, смещений с целью восстановления жевательной функции и эстетического вида;
- разрушение структуры твердой ткани в процессе развития пародонтоза;
- поддержание качества и формы лунки после удаления зуба, сохранение первоначального объема для последующей установки импланта;
- восстановление объема после длительного ношения съемных протезов;
- рассасывание кости и формирование тонкого острого гребня на фоне заболеваний полости рта.

**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.

**Отрицательных последствий отказа от костной пластики** 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 костной пластики, таких как внутрикостно-поднадкостничные, внутризубно-внутрикостные, внутрислизистые, субмукозные (подслизистые), поднадкостничные (субприостальные); отсутствие лечения вообще.

**Мне были разъяснены и мною поняты следующие возможные противопоказания к проведению костной пластики:**

**Абсолютные противопоказания:** декомпенсированные заболевания сердечно-сосудистой системы; патология иммунной системы (красная волчанка, полимиозит, тяжелые инфекции, гипоплазия тимуса и паразитовидных желез); заболевания костной системы, снижающие репарацию кости (остеопороз, врожденная остеопатия, остеонекроз, дисплазии); заболевания эндокринной системы (гипофиз, патология надпочечников, тяжелые формы гипер- и гипотиреоза, гипер- и гипопаратиреоза, сахарный диабет); болезни крови (лейкозы, талассемия, лимфогранулематоз, гемолитические анемии); заболевания центральной и периферической нервной системы (шизофрения, паранойя, слабоумие, психозы, невроты, алкоголизм и наркомания); злокачественные опухоли; туберкулез; ВИЧ и венерические заболевания, беременность.

**Относительные противопоказания:** 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.

**Я предупрежден(а)** о следующих возможных последствиях и осложнениях после проведенного медицинского вмешательства: инфицирование и, как следствие, воспалительный процесс в области вмешательства, расхождение краев раны, обнажение мембраны и выход костного блока, смещение, отрыв или отторжение трансплантата; к послеоперационным осложнениям данных вмешательств относятся: болезненность, отеки, кровоточивость из раны в полости рта и из носа, временное или постоянное онемение дёсен, зубов 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, 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 костная пластика имеет высокий процент клинического успеха и поможет мне сохранить мое стоматологическое здоровье, тем не менее, я понимаю, что операция по восстановлению костной ткани является вмешательством в организм и, как любая медицинская манипуляция, не может иметь стопроцентной гарантии на успех, даже при идеальном выполнении всех клинических и технологических этапов имплантации.

**Мне разъяснено**, что симптомами подобных осложнений после операции по восстановлению костной пластики являются болевые ощущения в области вмешательства и что при их появлении после завершения лечения или любого из его этапов мне (представляемому) необходимо обратиться в клинику ООО «Томур» для дополнительного обследования 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 подтверждаю**, что прочитал(а) и понял(а) все вышесказанное, имел(а) возможность обсудить с врачом все интересующие и непонятные мне вопросы, связанные с данным медицинским вмешательством и последующего реабилитационного периода. На все заданные вопросы я получил (а) удовлетворившие меня ответы и у меня не осталось невыясненных вопросов к врачу.

Мое решение является свободным и добровольным и представляет собой информированное согласие на проведение медицинского вмешательства.

**Я ознакомлен(а)** с распорядком дня, нормами и правилами поведения, правилами оказания медицинских услуг и **обязуюсь** соблюдать их.

**Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным документом, являющимся неотъемлемой частью медицинской карты (истории болезни) пациента, и понимаю, что его подписание влечет для меня правовые последствия.**

**Я даю согласие на осуществление данного вида медицинского вмешательства.**

**Дополнительных разъяснений не требуется, что удостоверяю своей подписью.**

Подпись пациента \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(ФИО полностью и разборчиво, подпись)

« \_\_\_\_\_ » 20 \_\_\_\_ г.

Подпись врача \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(ФИО полностью и разборчиво, подпись)

« \_\_\_\_\_ » 20 \_\_\_\_ г.

