



## ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ОПЕРАЦИЮ ПОДНЯТИЯ ДНА ВЕРХНЕЧЕЛУСТНОЙ (ГАЙМОРОВОЙ) ПАЗУХИ (СИНУС-ЛИФТИНГА)

Настоящее добровольное согласие составлено в соответствии со статьей 20  
Федерального закона от 21.11.2011 г. № 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 поднятия дна верхнечелюстной (гайморовой) пазухи (синус-лифтинга).

**Мне разъяснено и понятно**, что операция поднятия дна верхнечелюстной пазухи (далее –синус-лифтинг) является одним из способов решения проблемы недостаточности объема костной ткани на верхней челюсти для постановки пациенту имплантатов в связи с существенной атрофией кости после удаления зуба, а также особенностями индивидуального анатомического строения кости и верхнечелюстных пазух. Синус-лифтинг представляет собой дополнительную 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, Per Gen, США, и др.), также с возможным применением технологии PRF (фибриновый сгусток, полученный в результате центрифугирования свежезабранной крови) или же возможна пересадка собственной кости пациента в «смеси» с костеобразующими материалами. Таковое заполнение сформированной в ходе операции полости через 6 месяцев должно заместиться собственной костной тканью.

**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 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 разъяснено и мною поняты следующие возможные противопоказания к проведению операции синус-лифтинга:**  
**Абсолютные противопоказания:** декомпенсированные заболевания сердечнососудистой 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, неврозы, 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; слишком малое количество костной ткани между слизистой оболочкой полости рта и пазухой, что препятствует ее поднятию; гайморит или другие хронические ЛОР-заболевания.

**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 десен, зубов верхней челюсти и неба 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 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 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 синус-лифтинга 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 вышеизложенное, 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.



--	--	--	--