

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

г. Москва

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. пациента)

*Этот раздел бланка заполняется только в том случае, если от имени и в интересах пациента действует его представитель*

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. представителя пациента)

выступаю от имени и в интересах представляемого мною Пациента \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. пациента)

выбрал(а) имплантацию зубов как один из предложенных мне (представляемому) видов стоматологического протезирования и, в соответствии с моей волей, в доступной для меня форме проинформирован(а) о том, что имеющийся у меня (представляемого) объем костной ткани на верхней челюсти недостаточен для постановки мне (представляемому) 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, 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. Такое заполнение сформированной в ходе операции полости через 6 месяцев должно заместиться 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 (НРТ Bio-Gite, НРТ 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 пазухи. 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 (представляемому) 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:**

<b>Абсолютные противопоказания:</b>	<b>Относительные противопоказания:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• декомпенсированные заболевания сердечно-сосудистой системы;</li> <li>• патология иммунной системы (красная волчанка, полимиозит, тяжелые инфекции, гипоплазия тимуса и парацитарных желез);</li> <li>• заболевания костной системы, снижающие репарацию кости (остеопороз, врожденная остеопатия, остеонекроз, дисплазии);</li> <li>• заболевания эндокринной системы (гипофиз, патология надпочечников, тяжелые формы гипер- и гипотиреоза, гипер- и гипопаратиреоза, сахарный диабет);</li> <li>• болезни крови (лейкозы, талассемия, лимфогранулематоз, гемолитические анемии);</li> <li>• заболевания центральной и периферической нервной системы (шизофрения, паранойя, слабоумие, психозы, неврозы, алкоголизм и наркомания);</li> <li>• злокачественные опухоли;</li> <li>• туберкулез;</li> <li>• ВИЧ и венерические заболевания.</li> <li>• беременность.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• неудовлетворительная гигиена полости рта;</li> <li>• предраковые заболевания полости рта;</li> <li>• прохождение пациентом курса химио- или радиотерапии;</li> <li>• курение;</li> <li>• занятие экстремальными и травматичными видами спорта;</li> <li>• наличие в анамнезе хирургических вмешательств в области синуса;</li> <li>• множественные перегородки пазухи;</li> <li>• наличие кист в области верхнечелюстных синусов или других патологических образований в области предполагаемой операции или в месте установки имплантатов;</li> <li>• слишком малое количество костной ткани между слизистой оболочкой полости рта и пазухой, что препятствует ее поднятию;</li> <li>• гайморит или другие хронические ЛОР-заболевания.</li> </ul>

**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 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 (представляемого) 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.**

**Я понимаю и принимаю то, что положительный результат не гарантирован, однако гарантировано проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, использование им только разрешенных к применению в РФ медицинских изделий и лекарственных препаратов, соблюдение санитарно-гигиенического и противоэпидемического режимов.**

**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 «В Путь» 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 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 мне (представляемому) данного медицинского вмешательства врачом ООО «В Путь».**

Беседу провел врач \_\_\_\_\_ (подпись, Ф.И.О.)

**Пациент (представитель пациента) согласился с проведением медицинского вмешательства**  
\_\_\_\_\_ (подпись)

**Пациент (представитель пациента) отказался от проведения медицинского вмешательства**  
\_\_\_\_\_ (подпись)