

**Информированное добровольное согласие
на операцию по увеличению высоты (ширины) гребня альвеолярного отростка
(для последующей имплантации)**

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 имеющейся у меня (представляемого) объем костной ткани 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 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 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 сформированного в ходе операции пространства через 3-6 месяцев должно заместиться собственной костной тканью.

- **Направленная регенерация костной ткани** заключается в создании будущего объема кости специальными мембранами (НРТ Bio-Gite, НРТ Gore-Tex и др.), также с возможным применением технологии PRF (фибриновый сгусток, полученный в результате центрифугирования свежезабранной крови) и заполнения образовавшегося пространства собственной измельченной костью или описанными выше костеобразующими материалами, как в «смеси» с собственной костью пациента, так и без, что через 3-6 месяцев должно привести к образованию собственной кости.

- **Подсадка костного материала** осуществляется при необходимости создания относительно больших объемов кости, особенно по «высоте» и заключается в моем случае в аутотрансплантации (аутотрансплантаты - трансплантаты, пересаженные тому же индивидууму, у которого они взяты) костных блоков в область будущей имплантации. В данной методике также часто применяются костеобразующие материалы, как в «смеси» с собственной костью пациента, так и без. Через 3-6 месяцев аутотрансплантаты должны «прижиться» и, тем самым, увеличить объем 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 (НРТ Bio-Gite, НРТ Gore-Tex и многих других);
- предварительный забор небольшого количества крови для изготовления «тромбоцитарной массы»;
- забор собственной костной ткани для создания аутотрансплантатов или измельчения и смешивания с костеобразующими материалами. Такой забор блоков собственной кости возможен из различных участков организма человека (бедренная и подвздошная кости, височная область и многие другие), но в моем случае осуществляется в области подбородка или ветви нижней челюсти и заключается в выпиливании «кусочков» кости необходимого размера с последующим ушиванием раневой поверхности, возможно с применением костеобразующих материалов и мембран. Для измельчения костных блоков в случае необходимости используют специальные костные мельницы. Так же возможно получение «костной стружки» используя специальные «костные скребки» или же в области одномоментно проводимой операции (например, удаление зуба).

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:	Относительные противопоказания:
<ul style="list-style-type: none"> • декомпенсированные заболевания сердечно-сосудистой системы; • патология иммунной системы (красная волчанка, полимиозит, тяжелые инфекции, гипоплазия тимуса и паращитовидных 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. 	<ul style="list-style-type: none"> • неудовлетворительная гигиена полости рта; • предраковые заболевания полости рта; • прохождение пациентом курса химио- или радиотерапии; • курение; • занятие экстремальными и травматичными видами спорта; • беременность.

Я предупрежден(а) о следующих возможных последствиях и осложнениях после проведенного медицинского вмешательства: инфицирование раны, потеря костного материала, повреждение зубов, которые прилегают к зоне вмешательства, болезненность, кровоточивость из раны, временное или постоянное онемение дёсен, зубов 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, перелом 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 (представляемому) сохранить мое (представляемого) 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, 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 данного вида оперативного вмешательства 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.

Так же 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)