

Любое медицинское вмешательство обращено к достижению блага для здоровья. При этом необходимым является и частичное повреждение здоровья. Именно в информированном согласии выражается то, на что рассчитывает получатель медицинской услуги и чем он готов поступиться ради этого в отношении своего здоровья. В информированном согласии получатель и исполнитель медицинской услуги согласуют как предполагаемое благо для здоровья, так и возможные негативные последствия, оправданные необходимостью достижения такого блага.

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ХИРУРГИЧЕСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

1. Согласно ст. 20 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» от 21.11.2011 года № 323 **любое медицинское вмешательство, имеющее своей целью диагностику, профилактику или лечение заболевания, допустимо только после получения врачом добровольного информированного согласия пациента в письменной форме.**

2. Согласно ч. 2 ст. 20 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» от 21.11.2011 года № 323 **в отношении лица, не достигшего возраста 15 лет, согласие на медицинское вмешательство дает один из его родителей либо иной законный представитель.**

Хирургическое вмешательство в стоматологии - удаление зуба, операция резекции верхушки корня, иссечение капюшона, гемисекция корня, пластика уздечек языка (губ), цистэктомия, вестибулопластика, удлинение клиновидной коронки зуба.

1. Операция резекции (иссечения) верхушки корня.

Цель медицинского вмешательства: удаление очагов воспаления и инфекции, уменьшение количества патогенной флоры с сохранением функции зуба при невозможности провести эндодонтическое лечение корня.

Методика проведения: под местной анестезией производится дугообразный разрез в десне и отслоение слизистой оболочки и надкостницы для обнажения костной ткани. Затем проводится отсечение верхушки корня зуба и удаление ее вместе с кистой и очагом воспаления. Культи корня пломбируется специальным материалом, а образовавшийся костный дефект может быть заполнен костнопластическим материалом. Это необходимо для скорейшего ее восстановления и заполнения пустующей полости. По завершении операции производится ушивание слизистой-костной оболочки.

Операция резекции предполагает обязательный контрольный рентгенологический контроль через 9-12 месяцев после вмешательства.

Возможные риски (неблагоприятные последствия): боль, отек, онемение, повреждение кровеносных сосудов; травматизация альвеолярных нервов и нижнечелюстного нерва; парестезия лица; при проведении операции на верхней челюсти перфорация полости носа и прободение верхнечелюстной пазухи; парестезия лица; нагноение раневой поверхности; повторное образование кист. Причиной многих из этих осложнений являются неблагоприятные анатомо-топографические условия – когда верхние зубы слишком близко расположены по отношению ко дну верхнечелюстной пазухи, но при осторожном обращении и проведении более широких разрезов развитие этих осложнений можно предотвратить.

Предполагаемые результаты: в большинстве случаев сохранение зуба и костной ткани.

2. Цистэктомия - удаление кисты челюсти.

Цель медицинского вмешательства: удаление очагов воспаления и инфекции, уменьшение количества патогенной флоры с сохранением функции зуба при невозможности провести эндодонтическое лечение корня.

Методика проведения: под местной анестезией выкраивается лоскут в области расположения кисты, лоскут отслаивают, обнажившую кость трепанируют, затем расширяют вход в кисту. Удаляют содержимое кисты вместе с ее оболочкой. Костную полость промывают перекисью водорода, раствором антисептика. Иногда применяют пломбирование костной полости гемостатической губкой, губчатый веществом консервированной гемостатики, что, ускоряет процесс костеобразования. Слизисто-надкостничный лоскут фиксируют несколькими швами из тонкого шовного материала. На губу или щеку накладывают давящую повязку на 2-3 часа с целью предупреждения гематомы. Швы снимают на 5-6 день после операции.

Возможные риски (неблагоприятные последствия):

1) Своевременно выполненная операция по удалению кисты, как правило, позволяет сохранить зуб. Однако есть случаи, когда

зуб сохранить не удастся: в случае, если инфекция «зародилась» не в канале зуба, а в пародонтальном кармане; если имеется вертикальная трещина корня зуба; если зуб оказывается настолько разрушен кистой, что его восстановление невозможно; если подтверждена непроходимость корневых каналов; если имеются слишком большие или множественные перфорации корней зуба.

2) Возможен рецидив заболевания в том случае, если фрагменты кисты остаются в костной ткани и вызывают повторное развитие заболевания.

3) Если совместно с цистэктомией произведена ампутация верхушки корня долотом и молотком, может произойти травма зуба и его потеря.

4) Во время кюретажа ложкой околоверхушечного пространства здоровых зубов, находящихся по соседству с кистой, сосуды, идущие к пульпе зуба, могут быть повреждены, в результате пульпа может погибнуть.

5) При больших кистах возможна травма нервов или перфорация гайморовой пазухи

Предполагаемые результаты: в большинстве случаев после проведенной операции полость кисты заполняется кровяным сгустком, который подвергается процессу организации, и через 3-5 месяцев наступает полная регенерация костной ткани.

3. Удаление новообразований (папиллома, фиброма, ретенционная киста). Взятие биопсии.

Цель медицинского вмешательства удаление новообразований полости рта с последующим патоморфологическим исследованием тканей.

Методика проведения: под местной анестезией производится иссечение измененных тканей скальпелем (лазером, электрокоагулятором), накладываются швы, назначается противовоспалительная терапия.

Альтернативные варианты: различные способы иссечения.

Возможные риски (неблагоприятные последствия): может возникнуть кровотечение; допустимо появление боли, отека, травматизация нервов.

Предполагаемые результаты: при отрицательных результатах патоморфологического исследования реабилитация происходит в течение 5-7 дней, на месте удаления новообразования образуется рубец, которые вскоре рассасываются.

4. **Френулопластика (пластика уздечки губы, языка)** – хирургическое устранение аномального положения уздечки губы или языка.

Цель медицинского вмешательства: решение проблем вскармливанием грудного ребенка, дыханием, прикусом, дикцией – у детей, подготовки к протезированию или ортодонтическому лечению – у взрослых.

Методика проведения: под местной анестезией врачом выполняется рассечение (иссечение или перемещение места прикрепления уздечки), при необходимости накладываются швы.

Возможные риски (неблагоприятные последствия): боль, отек в течение 1-2 дней, возможно образование рубца, что потребует дополнительных медицинских вмешательств. Сама по себе операция автоматически не восстанавливает дикцию ребенка, поэтому в целях улучшения произношения звуков после

оперативного вмешательства необходимо выполнение рекомендаций логопеда.

Предполагаемые результаты: заживление мягких тканей в течение 7-10 дней.

5. Вестибулопластика, пластика щечно-десневых тяжей - пластическое хирургическое вмешательство, направленное на увеличение ширины прикрепленной десны.

Цель медицинского вмешательства: устранение механической травмы пародонта, предупреждение развития проблем (устранение перегрузки тканей пародонта), подготовка к съемному протезированию.

Методика проведения: существуют различные методики проведения вестибулопластики, устранения десневых тяжей. Конкретный способ выбирается врачом. Вся процедура проходит под местной анестезией. Любая из методик предполагает разрез слизистой оболочки, отслаивание слизистого лоскута от надкостницы, перемещение подслизистых тканей (мышц и сухожилий), формирование преддверия и фиксацию слизистого лоскута к надкостнице швами в глубине сформированного преддверия.

Возможные риски (неблагоприятные последствия): послеоперационная кровоточивость; изменение чувствительности в области вмешательства, которое, как правило, исчезает через 6-9 месяцев после операции; послеоперационные рецидивные тяжи и рубцы; лигатурные свищи по переходной складке и, как следствие, - недостаточное углубление преддверия и недостижение планируемого количества прикрепленной десны.

Предполагаемые результаты: в большинстве случаев заживление мягких тканей в течение 1-2 недель, приживление десневого трансплантата.

6. Операция пересадки свободного десневого трансплантата – это пересадка десневой ткани с неба в зону, где её не хватает.

Цель медицинского вмешательства: закрытие рецессии корня зуба, увеличение толщины десны в зоне установленных дентальных имплантатов.

Методика проведения: в зависимости от показаний на небе берется или эпителиальный (с поверхности слизистой), или

соединительно-канальный (из толщины слизистой) трансплантат, который фиксируется швами в предварительно подготовленной принимающей области около зуба или имплантата.

Возможные риски (неблагоприятные последствия): возможно частичное или полное не приживление трансплантата, что потребует либо повторного проведения операции либо изменения методов лечения. Дискомфорт, боль, отек (припухлость) и кровотечение; повреждение соседних зубов и пломб; натяжение уголков рта, с последующим их растрескиванием; необходимость удаления причинного зуба; повреждение нерва, приводящее к онемению или подергиванию губы, подбородка, десен, зубов и (или) языка в оперированном участке – от нескольких месяцев до нескольких лет.

Предполагаемые результаты: в большинстве случаев заживление мягких тканей в течение 1-2 недель, приживление десневого трансплантата.

7. Лечение перикоронарита.

Перикоронарит - это воспалительный процесс, проходящий в десневом капюшоне и мягких тканях вокруг прорезывающегося зуба мудрости, в основном на нижней челюсти. Часто осложняется гнойным процессом.

Методика проведения: на начальной стадии лечение заключается в промывании пространства под капюшоном слабым раствором антисептиков с одновременным назначением пациенту полосканий, ванночек, аппликаций противовоспалительных препаратов. При более тяжелых стадиях под местной анестезией врачом при помощи скальпеля, лазера или электрокоагулятора производится иссечение десневого капюшона. В некоторых случаях может быть показано удаление зуба.

Альтернативные варианты: удаление зуба, иссечение десневого капюшона различными методами (скальпель, лазер, электрокоагулятор).

Возможные риски (неблагоприятные последствия): кровоточивость десны, боль, отек, затрудненное открывание рта до 3-4 дней.

Прогнозируемые результаты: устранение воспаления, в случае иссечения капюшона - оптимизация условий для индивидуальной гигиены полости рта, предотвращение рецидивов воспаления.

Я, _____
даю согласие на проведение мне, моему ребенку _____
хирургической стоматологической операции _____
врачом _____

Биологические особенности и их возможное влияние на результат: _____

Текст настоящего информированного согласия мне понятен, неясные для меня термины, фразы либо части текста отсутствуют либо объяснены мне врачом.

Вопрос № 1 _____

Ответ № 1 _____

Вопрос № 2 _____

Ответ № 2 _____

Вопрос № 3 _____

Ответ № 3 _____

Я понимаю цель и назначение описанной манипуляции, а также цель и смысл рекомендаций и назначений врача. На все вопросы, заданные мною, получены подробные и ясные мне по содержанию разъяснения.

Я понимаю, что перечисленные осложнения, риски и дискомфортные состояния являются вероятными объективными неблагоприятными последствиями медицинской процедуры, которые нельзя полностью исключить и которые не зависят в полной мере от действий (бездействий) медицинского персонала.

Я понимаю, что врач не может гарантировать мне определенный результат манипуляции. Я понимаю также, что прогноз об исходе заболевания (состояния) дается врачом исходя из собственного врачебного опыта и данных медицинской статистики, при этом я, как конкретный пациент в конкретной ситуации лечения, не являюсь усредненной статистической единицей.

Я проинформировал(а) врача обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам в прошлом и об аллергии в настоящее время.

Я подтверждаю, что Исполнителем мне предоставлена полная и исчерпывающая информация, необходимая для осознанного выбора способа дальнейшего медицинского вмешательства согласно поставленному мне диагнозу.

Я понимаю, что факт моего согласия на медицинское вмешательство влечет соответствующие юридические последствия. Подписывая настоящий документ, я подтверждаю надлежащее выполнение Исполнителем своей обязанности по информированию меня, как Заказчика о сущности оказываемой мне услуги.

Я подписываю настоящий документ, будучи вменяемым, дееспособным человеком, не под влиянием заблуждения или принуждения со стороны сотрудников Исполнителя либо иных лиц, обладая необходимой и доступной для понимания информацией для принятия решения.

Подпись пациента, законного представителя: _____ **Подпись врача:** _____

ФИО _____ ФИО _____

« _____ » _____ 20 _____ г. « _____ » _____ 20 _____ г.