

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 ОПЕРАЦИЮ КОСТНОЙ ПЛАСТИКИ

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.**

Костная пластика (аугментация) – в стоматологии это способ направленной коррекции костной ткани челюсти с использованием либо собственной костной ткани, либо искусственной или донорской костной ткани.

Цель медицинского вмешательства:

- наращивание, увеличение объема костной ткани челюсти (по высоте, по ширине) для последующей имплантации и протезирования;
- лечение перфорации верхнечелюстных пазух (операция закрытия ороантрального сообщения).

Методики проведения костной пластики:

1. Метод направленной тканевой регенерации (самый распространенный метод, применяется как при немедленной, так и при отсроченной имплантации для увеличения высоты и ширины кости).

Метод направленной тканевой регенерации может осуществляться с использованием мембран (мембрана накладывается поверх подсаживаемого костного материала, после чего лоскуты слизистой оболочки над ней ушиваются) и материалов для восстановления костной ткани (костный графт – ксеногенный синтетический материал. После смешивания компонентов приобретает консистенцию пасты и может быть легко введен в костный дефект непосредственно из шприца либо шпателем).

2. Синус-лифт (операция, применяемая при отсроченной и немедленной имплантации зубов в боковых отделах верхней челюсти, костные материалы подсаживаются в область дна верхнечелюстного синуса (гайморовой пазухи).

Существуют два метода синус-лифтинга: открытый и закрытый.

Открытый показан при выраженном дефиците костной ткани в боковых участках верхней челюсти.

Закрытый применяется для имплантации при недостатке 1 – 3 мм костной ткани по высоте (производится одновременно с имплантацией).

3. Метод подсадки костного блока (часть кости берется с нижней челюсти самого пациента).

В процессе операции костной пластики могут применяться мембраны – резорбируемые (рассасывающиеся) и нерезорбируемые (удаляются после восстановления костной ткани).

Этапы операции: зависят от избранной методики наращивания кости и, в любом случае, предполагают: под местной либо общей анестезией создание доступа к области отсутствующего зуба (костной ткани), создание

пространства для костного материала, помещение костного материала (в том числе, костной стружки из собственной кости) в подготовленное пространство, ушивание раны. При одновременной имплантации в лунку устанавливается имплантат, затем заполняется дополнительно костным материалом, после чего рана ушивается.

Возможные риски (неблагоприятные последствия):

1. Аллергические реакции на используемые средства и препараты.

2. После операции синус-лифтинга возможно обострение хронического верхнечелюстного синусита (гайморита); возникновение гемосинусита..

3. Возможно отторжение (неприживание) костного материала, что делает невозможным установку имплантов (либо делает невозможным использование уже установленных имплантатов для целей протезирования) и требует проведения либо повторной операции другими методиками, с применением других материалов, либо коррекции плана протезирования и отказа от костной пластики как метода.

4. Операция имплантации, помимо перечисленного в п.п.1-3 предполагает реабилитационный период, в рамках которого возможны неприятные ощущения, являющиеся нормой: сохранение боли (до 5 дней), отека (до 3 дней), кровоточивость (до 2 дней), гематома щеки, кратковременное повышение температуры, временное (до 2 недель) нарушение чувствительности тканей в месте операции, затруднение открывания рта, глотание.

ВАЖНО: операция костной пластики с отсроченной имплантацией должна быть планомерно завершена установкой имплантата и коронкой (протезом). Отсутствие нагрузки на восстановленный участок костной ткани приведет к ее рассасыванию и необходимости повторной операции.

Альтернативными методами костной пластики, как части ортопедического лечения на имплантатах, являются: любые съемные или условно съемные ортопедические конструкции, мостовидные конструкции при включенном дефекте.

Альтернативные методы лечения перфорации верхнечелюстной пазухи: отсутствуют.

Предполагаемые результаты: через некоторое время после операции используемая (собственная или искусственная) костная ткань прорастает кровеносными сосудами и нервными окончаниями, со временем полностью замещается собственной костной тканью, становясь неотъемлемой частью кости, возвращая

недостающую высоту, объем и плотность участку челюсти для проведения полноценной имплантации. На сегодняшний день успех костной пластики на верхней челюсти – 80-85%, костной пластики на нижней челюсти – 65-70%. Нормальный прирост костной ткани в области

проведения операции по завершению лечения составляет 60-70% от объема первично внесенной собственной и (или) искусственной костной ткани, что достаточно для последующей имплантации.

Я, _____

даю согласие на проведение мне операции костной пластики методом _____

врачом _____

Биологические особенности организма, вредные привычки пациента и их возможное влияние на результат лечения:

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:

ФИО _____

« _____ » _____ 20 _____ г.

Подпись врача:

ФИО _____

« _____ » _____ 20 _____ г.