**ООО «ДОВЕРИЕ»**

**ЛИЦЕНЗИЯ №ЛО-50-01-006354 От 11 февраля 2015г.(бессрочно) Министерство Здравоохранения**

**М.О. 141191 Московская обл., г. Фрязино, ул. Горького, д.8, пом.11**

**Информированное добровольное согласие**

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

**(Настоящее добровольное информированное согласие составлено в соответствии со ст.20 ФЗ N323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ от 21 ноября 2011 г.)**

 «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г.

Я(ФИО), \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Ф.И.О. пациента)

выбрал(а) имплантацию зубов как один из предложенных мне видов стоматологического протезирования и, в соответствии с моей волей, в доступной для меня форме проинформирован(а) о том, что имеющийся у меня объем костной ткани на верхней челюсти недостаточен для постановки мне 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 попытки 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, Pep Gen, США, и др.), также с возможным применением технологии PRF (фибриновый сгусток, полученный в результате центрифугирования свеже- забранной крови) или же возможна пересадка собственной кости пациента в «смеси» с костеобразующими материалами. Таковое заполнение сформированной в ходе операции полости через 6-8 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 (HPT Bio-Gite, HPT 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 оперативног0 вмешательства могут потребоваться дополнительные медицинские манипуляции, такие как:

 предварительный забор небольшого количества крови для изготовления «тромбоцитарной массы»;

 заб0р собственной костной ткани для измельчения и смешивания с костеобразующими материалами.

**На данное медицинское вмешательство мне 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;

 отсутствие лечения вообще.

**Мне (ФИО)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_было разъяснены и мною поняты следующие возможные противопоказания к проведению операции синус-лифтинга:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Абсолютные противопоказания** | **Относительные противопоказания:**  |
| 1. Заболевания центральной и периферической

нервной системы: шизофрения, паранойя,слабоумие, психозы, неврозы, алкоголизм,наркомания и т.д.1. Туберкулез
2. Беременность

**В любом случае при наличии каких либо****хронических заболеваниях, или подозрений на них необходимо проконсультироваться со своим лечащим врачом**. |  неудовлетворительная гигиена полости рта;  предраковые заболевания полости рта;  прохождение пациентом курса химия или радиотерапии;  курение;  занятие экстремальными и травма-опасными видами спорта;  наличие в анамнезе хирургических вмешательств в области синуса;  множественные перегородки пазухи;  наличие кист в области верхнечелюстных синусов или других патологических образ0ваний 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 обязуюсь проинформировать врача во время первичной консультации о всех имеющихся у меня хронических заболеваниях, о всех аллергических реакциях, которые возникали у меня, о всех противопоказаниях и рекомендаций, выданных мне другими лечащими меня врачами. Я предупрежден и осознаю, что данное медицинское вмешательство имеет противопоказания. Я осознаю, что сокрытие данной информации несет риск для моего здоровья.**

**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 процедура синус-лифтинг имеет достаточно 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 технол0гических 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 необходимо обратиться в клинику ООО «Доверие»** 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 данного медицинского вмешательства, а именно синус-лифтинг.**

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

Пациент \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Ф.И.О)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(контакт. телефон)

 согласился с проведением медицинского вмешательства \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись)

**Информация для пациента при операции по увеличению объема костной ткани в боковых отделах верхней челюсти (синус-лифт)**

**Стоматология ООО «Доверие» информирует Вас о том, что в связи с предстоящей операцией вам необходимо**:

1. Перед операцией необходимо выполнить профессиональную санацию полости рта. (Необходимость устанавливает врач)
2. Необходимо принимать лекарственные средства до и после операции в соответствии с рекомендацией врача. Антибиотики принимать строго по указанной схеме. При приеме лекарственных средств нельзя употреблять алкогольные напитки, а также другие медицинские препараты без согласования с врачом. При появлении каких-либо нежелательных эффектов при приеме антибиотиков, пожалуйста, незамедлительно сообщите об этом лечащему врачу.
3. После операции в течение 1 — 2 суток может наблюдаться незначительная кровоточивость, при наличии выраженного кровотечения немедленно свяжитесь с лечащим врачом.
4. Отек различной степени выраженности является неизбежным следствием хирургического вмешательства, он самостоятельно проходит, начиная с 3-их суток после операции. Для уменьшения степени выраженности отека необходимо прикладывать лед к щеке в области операции в течение первых 4 — 5 часов после оперативного вмешательства, делая через каждые полчаса 15 — 20-минутные перерывы. Не проводите согревающие процедуры.

Для того чтобы минимизировать или вообще избежать осложнений после операции синус-лифтинга, надо следовать простым рекомендациям:

1. В первые дни после операции большое значение имеет свободное дыхание через нос. При возникновении заложенности носа используйте рекомендуемые капли.
2. В первые дни после операции возможно развитие носового кровотечения. При его возникновении, не запрокидывайте голову, используйте лед для его остановки. Вероятность развития носового кровотечения снижается, если вы спите на высоких подушках.
3. При повышении температуры принимайте препараты жаропонижающие. При болях принимайте обезболивающие препараты.
4. После операции не следует ограничивать прием жидкости, которая в первые 1 — 2 дня после операции должна быть комнатной температуры. Нельзя использовать соломинку. Нужно минимизировать нагрузку на десну в послеоперационный период. Непосредственно после операции не рекомендуется кушать в течение 2 часов, после можно употреблять тёплую и мягкую пищу. Исключить острую, горячую, твёрдую пищу.  Старайтесь пережёвывать пищу на противоположной стороне от наложенных швов. Диета должна включать достаточное количество питательных веществ, что обеспечивает хорошую регенерацию тканей и быстрое заживление послеоперационной раны.
5. После приема пищи рекомендуем делать ротовые ванночки по 2-4 минуты раствором антисептика. Делать в течение 2-х недель (не полоскать, а делать ванночки- это важно). Чистить зубы можно только со второго дня мягкой щёткой, без абразивной пасты, не касаясь зоны операции.
6. Если у Вас съемные протезы, не используйте их в течение двух недель, а после истечения двух недель, не одевайте протез самостоятельно, а принести его в нашу клинику для коррекции.
7. В течение 7 дней после операции необходимо снизить физическую активность. Избегайте бега или высоких нагрузок. Противопоказаны: переохлаждение и перегрев. Нельзя посещать бассейн, баню и сауну, нырять под воду. Исключите полеты на самолете.
8. При повышенной пневматической нагрузке (сморкание, чихание) возможно смещение костного материала. Поэтому, в течение 3-4 недель, по возможности, чихайте с открытым ртом и используйте капли в нос, выделения из носа убирайте аккуратно, при помощи платочка; Не надувайте щёки.
9. Не наклоняйтесь в течение 2 недель после операции. Если необходимо что-нибудь поднять — присядьте.
10. В течение 2 — 3 недель после операции необходимо исключить воздушные перелеты, так как это может привести к развитию серьезных осложнений.
11. В первые 7 дней после операции для поддержания гигиены аккуратно споласкивайте рот теплой водой после каждого приема пищи. Три раза в день необходимо полоскать рот антисептическим раствором, назначенным врачом, согласно инструкции. При использовании любого другого средства для полоскания рта согласуйте его применение с врачом и соблюдайте инструкцию. Наряду с полосканием, проводите чистку зубов, соблюдая осторожность, стараясь не повредить ткани в области операции.
12. Если Вы являетесь курильщиком, то это является дополнительной сложностью с точки зрения послеоперационной реабилитации, поэтому не рекомендуется курить один месяц до и после операции синус-лифтинга. Курение увеличивает вероятность возникновения осложнений. Курение вредит вашему здоровью.

Эти правила позволяют предотвратить смещение костного материала, вероятное инфицирование и последующее воспаление в области, подвергшейся операции синус-лифтинга.

1. Снятие швов проводит стоматолог во время вашего повторного визита через 7 — 14 дней.
2. К обычному образу жизни можно вернуться через 3-4 недели. Желательно спланировать время операции. В любом случае, если есть необходимость проведения синус-лифтинга, нужно отнестись к данному этапу терапии ответственно и предельно внимательно, так как от его исхода зависит конечный результат имплантации и Ваше здоровье.

**В случае невыполнения вышеуказанных рекомендаций клиника снимает с себя ответственность за результат оперативного лечения и возможность развития каких-либо послеоперационных осложнений.**