

## **ПЛАСТИКИ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЫ (КОСТНАЯ ПЛАСТИКА)**

Я 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 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.

Направленная регенерация костной ткани заключается в создании будущего объема кости специальными мембранами и заполнения образовавшегося пространства описанными выше костеобразующими материалами, что через 3-6 месяцев должно привести к образованию собственной 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;
- использование титановой сетки.

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: • декомпенсированные заболевания сердечнососудистой системы; 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.

Относительные противопоказания: 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 сохранить мое 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, применение им качественных материалов и инструментов с соблюдением соответствующих методик и правил санитарно-эпидемиологического режима.

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 необходимо обратиться в клинику ООО «Белый Зубик» 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. Меня устраивает необходимый и достаточный уровень сервиса, соответствующий обычным потребностям пациента

при получении данной медицинской услуги и общепринятому порядку предоставления этой услуги. Дополнительные условия мною не выдвигаются. Расширительных требований не имею.

Я предоставил(а) врачу точную историю моего физического и психического здоровья/ здоровья лица, законным представителем которого я являюсь. Мне ясна вся важность передачи точной и достоверной информации о состоянии здоровья, а также необходимость выполнения всех полученных от врача указаний, касающихся проведения лечения, которое будет необходимо, рентгенологического контроля и визитов в указанные сроки.

В случае возникновения осложнений, требующих дополнительного вмешательства, я даю согласие на оказание медицинских услуг в том объеме, который определит лечащий врач. Мне объяснено и я понял(а), что существует вероятность того, что во время осуществления медицинского вмешательства выяснится необходимость в частичном или полном изменении первоначального плана лечения, включая дополнительные врачебные процедуры, которые невозможно достоверно и в полной мере предвидеть заранее. Я даю разрешение привлекать для оказания стоматологических услуг любого медицинского работника, участие которого в лечении будет необходимо.