

## **ПОДНЯТИЯ ДНА ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ГАЙМОРОВОЙ ПАЗУХИ (СИНУС-ЛИФТИНГ)**

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 поднятия дна верхнечелюстной пазухи (далее синус-лифтинг)** является одним из способов 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. 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 (НРТ Bio-Gite). 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 вышеуказанным костеобразующим материалом.

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, зависимости от множества анатомических и медицинских факторов.

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;
- использование принципиально иных видов имплантатов, не требующих операции синус-лифтинга, таких как внутрикостно-поднадкостничные, внутризубно-внутрикостные, внутрислизистые, субмукозные (подслизистые), поднадкостничные (субпериостальные);
- отсутствие лечения вообще.

Мне было разъяснены и мною поняты следующие возможные противопоказания к проведению операции синус-лифтинга:

<b>Абсолютные противопоказания:</b>	<b>Относительные противопоказания:</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• заболевания костной системы, снижающие репарацию кости (остеопороз, врожденная остеопатия, остеонекроз, дисплазии);</li><li>• заболевания эндокринной системы (гипофиз, патология надпочечников, тяжелые формы гипер- и гипотиреоза, гипер- и гипопаратиреоза, сахарный диабет);</li><li>• болезни крови (лейкозы, талассемия, лимфогранулематоз, гемолитические анемии);</li><li>• заболевания центральной и периферической нервной системы (шизофрения, паранойя, слабоумие, психозы, неврозы, алкоголизм и наркомания);</li><li>• злокачественные опухоли;</li><li>• туберкулез;</li><li>• ВИЧ и венерические заболевания.</li><li>• беременность.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• неудовлетворительная гигиена полости рта;</li><li>• предраковые заболевания полости рта;</li><li>• прохождение пациентом курса химио- или радиотерапии;</li><li>• занятие экстремальными и травматичными видами спорта;</li><li>• наличие в анамнезе хирургических вмешательств в области синуса;</li><li>• множественные перегородки пазухи;</li><li>• наличие кист в области верхнечелюстных синусов или других</li><li>• патологических образований в области предполагаемой операции или в месте установки имплантатов;</li><li>• слишком малое количество костной ткани между слизистой оболочкой полости рта и пазухой, что препятствует ее поднятию.</li></ul>

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 хотя синус-лифтинг имеет высокий процент клинического успеха и поможет мне сохранить мое стоматологическое здоровье, тем

не менее, я понимаю, что операция синус-лифтинга 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 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 «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