614016, Россия, г.Пермь, ул.Седова,6 Общество с ограниченной ответственностью «ЕВРОСТОМ» тел. 2413238 ИНН/КПП 5904218345/590401001

Приложение к амбулаторной карте в соответствии со ст. 20 ФЗ-323 от 21.11.11 г. «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ**
**на стоматологическое хирургическое лечение**
**и анестезиологическое пособие**

Назначение стоматологического хирургического лечения осуществляется врачом-стоматологом после тщательного осмотра полости рта Пациента при наличии клинических показаний и проводится с целью ликвидации воспалительного процесса в околозубных тканях, а также в целях сохранения зуба.

Показаниями к стоматологическому хирургическому лечению являются необходимость удаления зуба, перелом зуба, ретенция, возникновение осложнений кариеса - пародонтоза, пародонтита, одонтогенного периостита (флюса), абсцесса, флегмоны, периодонтита,наличие кист (гранулем) зуба и т.п., а такжеортодонтические показания.

С целью уточнения показаний к хирургическому стоматологическому лечению, выявления особенностей строения и расположения корней удаляемого зуба, избежания возможных осложнений медицинского вмешательства перед началом лечения необходимо проведение компьютерного рентгенодиагностического (радиовизиографического, ортопантомографического, телерентегнографического) исследования зубочелюстной системы пациента.

**Хирургическое стоматологическое лечение в объеме удаления зуба представляет собой оперативное вмешательство с целью** извлечения зуба из лунки альвеолярного отростка челюсти с одновременным отслаиванием десны и разрушением связочного аппарата, соединяющего зуб с альвеолой. В сложных случаях, а также при удалении большого коренного зуба - третьего моляра («зуба мудрости») операция удаления зуба проводится посредством удаления костной ткани, рассекания зуба на фрагменты, каждый из которых удаляется в отдельности.

Показаниями к удалению зуба являются наличие запущенного кариозного процесса, осложненного образованием кист и гранулем на корнях зубов, распространение патологического процесса в область нижнечелюстного или тройничного нерва, невозможность купирования воспалительного процесса в кости или надкостнице посредством применения консервативных методов стоматологического лечения, невозможность восстановления зуба, пораженного кариесом, современными методами реставрации, дистопия (неправильное прорезывание и положение), ретенция (задержка прорезывания) зуба. Показаниями к удалению третьего моляра также являются дистальное, щечное, горизонтально-медиальное погружение зуба, острый или хронический перикоронарит, периостит, остеомиелит, абсцесс, флегмона, иные осложнения (невриты тройничного нерва, осложнения кариеса в области второго моляра и т.д.).

Отказ от проведения операции удаления третьего моляра и выбор альтернативного способа лечения имеющейся стоматологической патологии возможен, если зуб занимает правильное положение, при котором ось третьего моляра параллельна оси второго моляра и между передним краем ветви челюсти и вторым моляром достаточно места, при медиальном положении зуба, а также в случае, когда ось зубанаклонена ко второму моляру, подлежащему удалению.

Стоматологическое хирургическое лечение заболеваний зубов, сопровождающихся развитием воспалительного процесса с локализацией в области верхушки корня зуба, разрушающего костную ткань (кисты, гранулемы), заключается в удалении кисты (гранулемы) с поврежденной верхушкой корня зуба (цистэктомия) либо, в случае невозможности сохранения корня зуба, с одновременным полным удалением корня зуба и части зуба над ним (гемисекция) и относится к зубосохраняющим методам хирургического стоматологического лечения.

При наличии очага воспаления в области верхушки корня либо при наличии в канале корня зуба инородных тел (например, обломка инструмента), препятствующих дальнейшему лечению, проводится операция резекции верхушки корня зуба (далее – операция РВК), заключающаяся в отсечении верхушки корня, вовлеченной в патологический процесс, и удалении ее вместе с очагом воспаления с целью ликвидации воспалительного процесса в околозубных тканях, сохранения зуба.

Показаниями к операции резекции верхушки корня зуба являются обострившийся периодонтит, осложнения эндодонтической терапии, примененной для устранения инфекции в области верхушки корня зуба, патологическое изменение верхушки корня зуба (образование гранулемы или кисты), выведение пломбировочного материала за верхушку корня, наличие инородного тела (обломка эндодонтического инструмента) в корне зуба, перфорация стенки корня в области его верхушки, перелом корня зуба в верхней его трети.

Операции РВК предшествует депульпирование зуба с одновременной механической и антисептической обработкой проходимой части корневых каналов с одновременным и последующим заполнением их пломбировочным материалом (не менее чем до места отсечения корня). Пломбирование каналов может производиться предварительно, а также в день операции. Удаление послеоперационных швов производится на 6-7 день после операции.

В результате проведения операции РВК происходит укорочение корня зуба с последующим возможным снижением функции зуба. Указанный метод хирургического стоматологического лечения является травматичным, поскольку разрушает анатомическую целостность зуба.

При невозможности достижения положительного эффекта при проведении стоматологического хирургического лечения с применением зубосохраняющей операции, в том числе при нахождении зуба в полости кисты с одновременным наличием патологической подвижности зуба и при полном разрушении зуба показано оперативное вмешательство в объеме удаления зуба с последующей очисткой десны.

Стоматологическое хирургическое лечение при гнойных воспалительных заболеваниях челюстно-лицевой области (периостита, абсцесса, флегмоны) заключается во вскрытии абсцесса и освобождении полости от гноя с последующим дренированием полости, консервативным медикаментозным лечением воспалительного процесса антибактериальными и противовоспалительными препаратами.

**Противопоказаниями к проведению хирургического стоматологического лечения являются наличие у пациента на момент его осмотра врачом стоматологом-хирургом** острых вирусных респираторных и инфекционных заболеваний, артериальной гипертензии в стадии обострения, заболеваний сердечно-сосудистой системы в стадии декомпенсации, инфаркта миокарда, наличие гемангиомы, иных новообразований в области зуба, заболеваний крови с нарушением системы свертывания, некоторых заболеваний нервной системы (психозов, эпилепсии), а также наличие острого стоматита, гингивита.

Кроме того, противопоказаниями к резекции верхушки корня зуба служат сильное разрушение коронковой части зуба, подвижность зуба II и III степени, острый воспалительный процесс в периодонте. Резекция верхушки корня зуба также не проводится при вовлечении в резорбцию костной ткани более половины корня и при наличии глубоких костных карманов.

Окончательный объём операции может отличаться от первоначального как в сторону уменьшения, так и в сторону расширения объёма оперативного вмешательства; кроме того, в ходе операции может возникнуть необходимость осуществления дополнительного медицинского вмешательства (вмешательств), иных операций, рентгенологических и других специальных исследований.

Стоматологическое хирургическое лечение проводится под местной анестезией, применение которой может привести к следующим осложнениям, не являющимся дефектами оказания медицинской услуги - гематоме (кровоизлиянию) в месте укола, эрозии в месте укола, аллергической реакции на обезболивающие вещество (сыпи, отёку мягких тканей, анафилактическому шоку), токсической реакции на обезболивающее вещество (тошноте, головокружению, кратковременной потере сознания, нарушению координации). Стоматологическое хирургическое лечение в области верхней челюсти может повлечь перфорацию дна придаточной пазухи носа и, как следствие, воспалительное осложнение в этой области. Стоматологическое хирургическое лечение в области нижней челюсти может повлечь онемение языка, губ, подбородка, зубов нижней челюсти из-за близости нижнечелюстного канала к области хирургического вмешательства.

Кроме того, в результате стоматологического хирургического лечения возможно развитие следующих осложнений, не являющихся дефектами оказания медицинской услуги: отлом части корня удаляемого зуба, отлом костной части стенки в области удаляемого зуба, разрыв десневого края в области удаляемого зуба,

кровотечение из лунки удаляемого зуба, в том числе длительное, отторжение сгустка из лунки удалённого зуба с развитием болевого синдрома костной ткани, образование сухой лунки удаляемого зуба, образование сообщения между лункой зуба и верхнечелюстно пазухой с развитием хронического синусита, формирование свища, повреждение альвеолярных нервов и кровеносных сосудов, перфорация верхнечелюстной пазухи и полости носа, что может потребовать дополнительного терапевтического консервативного стоматологического лечения, в том числе гайморотомии. Вышеуказанные осложнения могут быть обусловлены анатомо-физиологическими особенностями организма Пациента, наличием у Пациента хронического либо острого патологического процесса (заболевания).

В послеоперационном периоде возможно возникновение неприятных болезненных ощущений, развитие кровотечения, потемнение зубов, рецидив кисты (гранулемы),**в послеоперационном периоде также возможно сохранение отека или инфильтрата на протяжении нескольких дней или недель;**в результате удаления зуба возможно развитие парестезии, т.е. долго не проходящего онемения губ, языка и подбородка вследствие повреждения близко расположенных к удаленному зубу челюстных нервов. Парестезия может продолжаться от нескольких дней до нескольких месяцев, а также может стать постоянной.

Послеоперационный восстановительный период является индивидуальным по длительности и характеру течения, может замедлять**ся при наличии возникших осложнений; к**роме того, процесс заживления может протекать при наличии неприятных болезненных ощущений разной степени интенсивности в зоне оперативного вмешательства и зависит от индивидуальных особенностей строения зубочелюстной системы пациента, а также возраста последнего.

Отсутствие регенерации в зоне костного послеоперационного дефекта может привести к необходимости последующего этапа оперативного лечения, направленного на пластическое замещение костного дефекта.

Для достижения благоприятного результата лечения Пациент должен неукоснительно следовать рекомендациям лечащего врача.

**После проведения стоматологического хирургического лечения необходимо** воздержание от приема пищи на несколько часов, впоследствии на протяжении нескольких дней не рекомендуется принимать острую, горячую, пищу, алкоголь,избегать посещения сауны, приема сосудорасширяющих препаратов с целью избежания возможного воспаления или кровотечения из раны после удаления зуба. Также врачом может быть рекомендовано полоскание ротовой полости дезинфицирующими растворами.

В период лечения гнойных воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области противопоказано применение согревающих компрессов, самостоятельный прием лекарственных препаратов, в том числе прием аспирина. После операции резекции верхушки корня зуба рекомендуется оберегать прооперированный зуб в течение не менее трех месяцев от больших нагрузок при приеме пищи.

В последующем обязательным этапом стоматологического лечения являются регулярные визиты к врачу-стоматологу для проведения контрольных рентгенографических исследований, получения рекомендаций врача, проведения лечения; при этом повторный осмотр должен состояться не позднее 3-6 месяцев после окончания лечения с целью оценки результатов лечения посещение врача-стоматолога и проведение контрольных рентгенограмм (через 3, 6 и 12 месяцев).

По истечении восстановительного периода, в среднем составляющего от недели до нескольких месяцев, необходимо определение дальнейшей стоматологической тактики ввиду необходимости восстановления биомеханики жевания, предупреждения повреждений оставшихся зубов.

Отказ от стоматологического хирургического лечения (резекции верхушки корня, лечения кисты или гранулемы зуба, гнойно-воспалительных заболеваний, удаления зуба) может обусловить наступление возможных нежелательных последствий и осложнений состояния здоровья пациента, а именно: развитие периодонтальных заболеваний, повреждение околозубных и мягких тканей щек и десен, при этом воспалительный процесс может приобрести разлитой характер с распространением его на надкостницу или кость челюсти (с последующим развитием периостита, остеомиелита); повреждение соседних зубов с резорбцией (рассасыванием) десен; последующее удаление зуба, воспаление нерва, нагноение кисты, развитие синусита, лимфаденита, гнойных воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области (абсцессы, флегмоны и т.д.).

Кроме того, отказ от удаления третьего моляра при дистопии и ретенции также может повлечь распухание десен, развитие кариеса третьего моляра с последующим его распространением на второй моляр и удалением зубов; привести к развитию периодонтальных заболеваний, кист и опухолей, иных повреждений соседних зубов; появлению невралгических лицевых болей с иррадиацией в область челюсти, в ухо, горло, шею, голову, в область груди, а также к развитию перикоронарита (воспаления ткани, окружающей третий моляр) и необходимости прохождения дополнительного курсового терепевтического стоматологического лечения, включающее лечение антибиотиками и последующего удаления зуба.

**При подписании договора возмездного оказания стоматологических услуг Пациенту (его законному представителю) вышеуказанная информация разъяснена и понятна. Пациент внимательно осмотрен врачом-стоматологом, Пациент (его законный представитель) получил полную информацию об альтернативных методах лечения, ознакомился с планом лечения, задал врачу все интересующие его вопросы и получил в доступной форме исчерпывающие ответы, принял осознанное решение осуществить стоматологическое хирургическое лечение с применением анестезиологического пособия на вышеуказанных условияхи доверяет врачу принимать необходимые решения и выполнять любые медицинские действия в ходе лечения с целью достижения наилучшего результата и улучшения состояния Пациента.**

**Я удостоверяю, что текст моего информированного добровольного согласия мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения мне понятны и удовлетворяют меня. Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:**

{ФИОПациента} {ДатаРожденияПациента} рождения.

_____ (_____)«_____»_____

г.Подпись **пациента** (законного представителя) дата подписи

_____ (_____)«_____»_____

г.Подпись **врача** дата подписи