

**Информированное добровольное согласие  
на медицинское вмешательство  
«Хирургическое пародонтологическое вмешательство»**

Этот документ свидетельствует о том, что мне, в соответствии со ст.ст. 19-23 Федерального закона N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", сообщена вся необходимая информация о предстоящем моем лечении и что я согласен (согласна) с названными мне условиями проведения лечения. Данный документ является необходимым предварительным условием (разрешением) начала медицинского вмешательства.

Я, \_\_\_\_\_,  
(Ф.И.О. пациента либо законного представителя пациента – полностью, год рождения)

Паспорт: серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_  
являюсь законным представителем \_\_\_\_\_  
ФИО несовершеннолетнего пациента \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, дата рождения Пациента: \_\_\_\_\_

добровольно обращаюсь за медицинской помощью в стоматологическую клинику, предоставляю полностью имеющуюся на сегодняшний день информацию о состоянии моего здоровья и соглашаюсь на проведение осмотра полости рта, всех необходимых диагностических исследований и мероприятий, включая рентгенологические, для получения максимально полной картины состояния полости рта и назначения предварительного плана лечения и для возможности врача согласовать этот план со мной.

Я подтверждаю, что предложенная мне анкета о перенесённых заболеваниях, включая хронические и инфекционные, аллергиях и непереносимости препаратов, общем состоянии моего здоровья, заполнена мной лично. Я признаю свою ответственность за умышленное сокрытие или искажение сведений о моём здоровье.

Я в доступной и понятной мне форме информирован/а/ врачом о результатах предварительного осмотра, получил/а/ сведения о результатах диагностического исследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, обоснование необходимости лечения, методах лечения, связанных с вмешательством рисках.

Я информирован/а/ о предполагаемом плане лечения, существующих утверждённых методиках лечения, используемых лекарственных препаратах; мною заданы все вопросы, необходимые для полного понимания сути и способов лечения, и получены на них исчерпывающие ответы.

Я осведомлен/а/, что в процессе медицинского вмешательства может возникнуть необходимость изменения назначенного первоначально лечения из-за возникшей клинической необходимости, а также необходимость назначения дополнительных исследований и процедур, которые мне будет необходимо пройти в процессе лечения. Все указанные изменения и дополнения будут назначаться мне заблаговременно и разъясняться.

**Мне была предоставлена следующая информация:**

Хирургическое пародонтологическое вмешательство направлено на устранение патологических зубодесневых карманов при развившихся стадиях пародонтита, улучшение трофики тканей пародонта, что в значительной степени влияет на перестройку всего организма, повышение или нормализацию функциональной активности жевательного аппарата и ликвидацию косметического дефекта. Оно проводится после консервативной терапии и направлено на ликвидацию местных причин, поддерживающих воспаление: удаление зубных отложений, в том числе поддесневых.

**Показания для проведения хирургического пародонтологического вмешательства:**

- При обширных и глубоких воспалительных процессах в зубах.
- Потребность в восстановлении биологических параметров соединения мягких и твердых тканей.
- Если в ходе протезирования потребовалась коррекция формы десны.
- Для решения эстетических проблем. Операция показана при обнажении слишком большой части десны во время улыбки или при дефектах.
- Для восстановления костной ткани.
- При наличии десневых карманов.

**Виды хирургического пародонтологического вмешательства:**

**1. Лоскутная операция при пародонтите.** Процедура назначается в сложных, запущенных случаях. Лоскутные операции при пародонтите являются способом борьбы с обширными патологиями. Врач делает надрезы на десне, отслаивая ткань. Затем проводится тщательное очищение обнажившегося корня и пришеечной части зуба от отложений, грануляций и бактерий. Применение антисептических средств угнетает все микроорганизмы, обосновавшиеся в кармане. Затем возвращается лоскут ткани на место и накладывает швы. Помимо того, что лоскутная операция на десне помогает нейтрализовать воспалительный процесс, она еще и обеспечивает плотное прилегание мягких тканей к поверхности зуба.

**2. Методики кюретажа при пародонтите.** Операция бывает закрытого и открытого типа:

Закрытую операцию проводят без разрезания мягких тканей. При помощи специальных насадок выскабливается с поверхности зуба твердые отложения, грануляции. Затем обрабатывается дно кармана и все промывается антисептическим раствором. Процедура эффективна, если десневые карманы не глубже 5 мм.

При открытом типе операции делают надрез на десне. Это позволяет устранять серьезные патологические изменения. Также вычищается все лишнее из кармана, шлифует поверхность и обрабатывает антисептиком.

**3. Гингивэктомия** - это сложная операция, в ходе которой удаляются части патологически разросшихся краев десны и уменьшаются размеры десневых карманов.

Порядок проведения: Проведение местной анестезии. Измерение глубины десневых карманов, наметка точек линий разрезов. Обработка десен антисептическим раствором. Иссечение тканей скальпелем или лазером. Удаление патологического края десны. Проведение кюретажа (соскабливание разрушенных тканей пародонта, микробного твердого и мягкого налета). Обработка антисептическим раствором, наложение повязки.

**4. Френулотомия.** Проводится при укороченной уздечке языка путем ее рассечения. Операция простая: после общепринятой подготовки уздечку рассекают на необходимую глубину режущим инструментом у основания самой уздечки на границе со слизистой оболочкой дна полости рта и нижней поверхности языка.

**5. Френулоэктомия.** Проводится при короткой уздечке языка или губы, вследствие чего в последующем развивается диастема. Проводят два полуовальных вертикально расположенных разреза, отсекая уздечку вместе с компактоостеотомией. Мобилизовав слизистую оболочку по краям раны, последнюю ушивают наглухо.

**6. Вестибулопластика.** Проводится при мелком преддверии полости рта и заключается в перемещении мимических мышц, прикрепляющихся к гребню альвеолярного отростка, вглубь преддверия полости рта.

**7. Операции по устранению рецессий** - операция устраняет смещение десны без признаков воспаления.

#### **Послеоперационный период**

После проведения операции на десне, прикрывают причинное место повязкой. При необходимости могут быть использованы специальные пленки, пропитанные лекарственными препаратами. Эти меры направлены на снятие послеоперационного отека.

После проведения лоскутной операции на десне или открытого кюретажа швы снимают на 7–10 день. Соблюдение всех рекомендаций врача приведет к скорейшему заживлению мягких тканей.

#### **Возможные осложнения:**

- Болезненность, отечность, кровотечение. Если эти явления не уменьшаются с каждым днем, а только увеличиваются, то это считается осложнением. Ситуация требует повторного визита в клинику.

- Гематома. Говоря проще, на травмированном участке может образоваться синяк. Как правило, ситуация не требует специального лечения.

- На протяжении 14–20 дней зубы могут быть подвижными. После они стабилизируются.

- Напряжение в челюстно-лицевых мышцах. Считается осложнением, если оно не проходит через 10 суток после операции.

#### **Альтернативой данного лечения являются:**

- удаление пораженного зуба (зубов);
- отказ от лечения как такового.

Я информирован о последствиях отказа от данного лечения могут быть: прогрессирование заболевания пародонта, развитие кариеса зубов и его осложнений, появление либо нарастание болевых ощущений; потеря зуба(ов), а также системные проявления заболевания.

**Эффективность хирургического пародонтологического вмешательства** зависит от тщательного соблюдения мною индивидуальной гигиены, своевременного проведения профессиональной гигиены и профилактических осмотров у лечащего врача. Контрольный осмотр необходимо проводить через 3 месяца после лечения, профессиональную гигиену через 6 месяцев. В последующее время необходимо каждые полгода проводить контрольный и профилактический осмотры лечащим врачом и гигиенистом.

Я был(а) предупрежден(а) врачом о том, что хотя хирургическое пародонтологическое лечение имеет высокий процент клинического успеха, тем не менее, это биологическая процедура, и поэтому она не может иметь стопроцентной гарантии на успех. Также эти вмешательства применяются исключительно как дополнительные, улучшающие качество иных видов лечения или создающие возможность для проведения иных видов лечения и, следовательно, находятся в прямой зависимости от их нюансов и успешности. При проведении оперативного пародонтологического вмешательства 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 было сообщено, что в ходе лечения будет применена анестезия, выбор метода и препаратов предоставляю лечащему врачу при моем согласии. Я знаю, что после введения анестезии нельзя в течение 24 часов управлять транспортными средствами и сложными механизмами, до окончания действия лекарственных препаратов и восстановления нормального состояния.

Мне разъяснено, что применение анестезии может привести к аллергическим реакциям организма на медикаментозные препараты, шоку, травматизации нервных окончаний и другими осложнениями.

Я предупрежден(а) о поведении в период амбулаторного лечения, мной получены и поняты рекомендации врача о характере питания, физических нагрузках, других ограничениях, явках на контрольные осмотры и исследования. Я понимаю, что невыполнение этих рекомендаций может привести к ухудшению моего здоровья, и снижению эффективности лечения по моей вине. Из-за этого клиника не сможет предоставить мне гарантии выздоровления, и я не буду иметь в этом случае претензий к врачу и клинике.

Я знаю, что имею право отказаться от предложенного лечения на любом этапе его осуществления. В то же время, мне разъяснены все возможные последствия этого шага при имеющемся заболевании и его возможным

прогрессировании при незавершённом лечении. В этом случае я не буду иметь никаких претензий к стоматологической клинике.

Я понимаю, что в процессе оказания мне услуг возможны нештатные ситуации разного рода, предвидеть которые в момент оформления данного документа невозможно, и признаю право лечебного учреждения выходить из этих ситуаций по своему усмотрению, даже если это связано с неудобствами для меня, но не повредит при этом моему здоровью.

Я понимаю, что реакция каждого организма, и моего тоже, на медицинское вмешательство непредсказуема и индивидуальна, и различные осложнения возможны. Я ознакомлен/а/ с тем, какие могут возникнуть осложнения.

Я доверяю лечащему врачу и помогающему ему медицинскому персоналу принимать решения, основанные на их профессиональных знаниях, опыте и практических навыках, а также обязуюсь выполнить любые медицинские действия, которые они сочтут необходимыми для улучшения моего состояния.

Я подтверждаю, что текст информированного согласия мной прочитан, понят смысл и понятно назначение данного документа. Я имел/а/ возможность обсудить с врачом все интересующие и непонятные мне вопросы, связанные с лечением моего заболевания и последующего реабилитационного периода. На все заданные вопросы я получил(а) удовлетворившие меня ответы и у меня не осталось невыясненных вопросов к врачу.

**Я даю согласие на медицинское вмешательство и лечение на предложенных условиях.**

*Согласие на медицинское вмешательство (лечение) в отношении лиц, не достигших возраста 15 лет, и граждан, признанных в установленном законом порядке недееспособными, дают их законные представители (родители, усыновители, опекуны или попечители) с указанием Ф.И.О., паспортных данных, родственных отношений после сообщения им сведений о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.*

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

Беседу провел врач \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (подпись, Ф.И.О.)

**Пациент согласился на медицинское вмешательство** \_\_\_\_\_ (подпись)

Пациент отказался от медицинского вмешательства \_\_\_\_\_ (подпись)