ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ПРОТЕЗИРОВАНИЕ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЛИТОЙ КУЛЬТЕВОЙ ШТИФТОВОЙ КЛАДКИ

Уважаемые пациенты!
Любое медицинское вмешательство обращено к достижению блага для здоровья. При этом необходимым является и частичное повреждение здоровья. Именно в информированном согласии выражается то, на что рассчитывает получатель медицинской услуги и чем он готов поступиться ради этого в отношении своего здоровья. В информированном согласии получатель и исполнитель медицинской услуги согласуют как предполагаемое благо для здоровья, так и возможные негативные последствия, оправданные необходимостью достижения такого блага.

Согласно ст. 20 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» от 21.11.2011 года № 323 **любое медицинское вмешательство**, имеющее своей целью диагностику, профилактику или лечение заболевания, **допустимо только после получения врачом** добровольного информированного **согласия пациента в письменной форме**

Ортопедическое лечение (протезирование) – восстановление целостности зубных рядов и/или отдельных зубов и их функции (жевания, речь, эстетики).

Протез с опорой на штифтовую вкладку - это методика восстановления зуба со значительно поврежденной коронковой частью (до 70%), удаленной пульпой и специальной индивидуально изготовленной культей-опорой для будущей ортопедической конструкции.

Альтернативными методами являются: протезирование на имплантатах.

Этапы протезирования:

1. **Подготовительный этап**: включает в себя тщательную диагностику с составлением плана протезирования, в который могут входить профессиональная гигиена, терапевтическая подготовка зубов, ортодонтическая подготовка, а также хирургические вмешательства.

Протезированию с опорой на штифтовую вкладку обязательно предшествует консультация трех врачей-специалистов: ортопеда, хирурга и терапевта (совместное определение прогноза зуба и возможностей восстановления зуба штифтовой вкладкой и коронкой).

2. **Основной этап**: протезирование на штифтовой вкладке предполагает изначальную подготовку корневого канала, изготовление оттиска для штифтовой вкладки, изготовление собственно штифтовой вкладки, ее фиксацию, с последующим изготовлением и покрытием зуба временной коронкой и лишь затем подготовку и изготовление постоянной коронки.

3. Реабилитация: предполагает определенный период адаптации к изготовленной конструкции, восстановление функций жевания, речи, явку на коррекции.

Возможные осложнения и риски при протезировании на штифтовой вкладке:

1. При проведении анестезии, обработке каналов, снятии оттисков, а также при пользовании протезом – возможна индивидуальная аллергическая реакция, непереносимость отдельных материалов и препаратов, в том числе, на металл штифтовой вкладки.
2. При протезировании на штифтовой вкладке на этапе подготовки каналов возможны: перфорация дна или стенок полости зуба, а также перфорация в области корневого канала; при повторном расширении корневых каналов под штифтовые конструкции, после проведенного эндодонтического лечения, и несоблюдения сроков временного и постоянного протезирования, рекомендованных врачом увеличивается риск проникновения микробов в корневой канал.
3. После окончания протезирования на штифтовой вкладке возможны: разгерметизация и расцементировка штифтовой вкладки, расцементировка коронки, перелом штифтовой вкладки, повреждение корневых каналов, появление трещин корня, перелом корня зуба, что потребует удаления зуба, появление вторичного кариеса вокруг культевой штифтовой вкладки.
4. На этапе реабилитации возможно появление гальванического синдрома, который проявляется чувством жжения, болезненностью, покраснением и отечностью слизистой оболочки полости рта, изменением вкусовой чувствительности. Гальванические токи возможны при наличии пломбы из амальгамы и культевой штифтовой кладки из золота в полости рта, о чем врач-стоматолог предупреждает пациента на этапе диагностики и соответственно рекомендует показанный пациенту материал для культевой штифтовой вкладки и замену пломб.
5. Протезирование после длительного отсутствия зубов может изменить привычное восприятие человеком собственной улыбки, внешнего вида зубов в процессе речи, внешнего вида лица (выражения лица); по сравнению с исходной ситуацией в полости рта результат протезирования всегда лучше, поэтому, как правило, психологическая адаптация к измененному внешнему виду является вопросом времени.
6. При отсутствии надлежащего ухода за зубами и протезами возможно воспаление десны, явления пародонтита и появление эстетически некрасивого смещения десны от края коронки (рецессия десны). Также рецессия десны может быть вызвана физиологическим изменениям в пародонте. Профилактикой вышеописанного является тщательная, но бережная гигиена полости рта.
7. При установке металлокерамических, керамических, цельноциркониевых коронок возможна повышенная стираемость твердых тканей зубов, которые являются антагонистами коронок, что связано с особенностями материала коронок (более твердый материал, чем собственные дентин и эмаль).
8. При использовании металлокерамических коронок возможны сколы и трещины металлокерамики, которые являются следствием чрезмерного механического воздействия при приеме пищи, ударах, бруксизме.
10. Расцементировка несъемных конструкций, как временных, так и постоянных.

Прогнозы: восстановление зубных рядов (отдельных зубов), их функций и их сохранение в течение

установленных для пациента гарантийных сроков и сроков службы при соблюдении рекомендаций врача и условий предоставления гарантии.

Особенности протезирования в эстетически-значимой зоне.

Эстетически-значимая зона (зона улыбки) – зона зубов, визуально доступная третьим лицам. Даже при протезировании в данной зоне первостепенной задачей врача является восстановление функциональности зубов и стоматологического здоровья; протезы, коронки в первую очередь изготавливаются исходя из требований физиологии челюстно-лицевого аппарата человека. Эстетические характеристики (цвет, форма, структура зуба) восстанавливаются в пределах технологических возможностей материалов и оборудования, используемых в зубопротезировании.

Коронка зуба из безметалловой керамики предполагает изготовление культевой вкладки с облицовкой из керамики,, в противном случае вкладка будет просвечивать через стенку зуба , искусственной коронки (зуб будет серого цвета).

При всем многообразии оттенков современных стоматологических материалов, невозможно добиться полного совпадения цвета естественных и искусственных зубов, причем при разном освещении цветовое отличие может проявляться в большей или меньшей степени, что связано со свойствами различных по плотности физических тел.

Внешний вид зубного протеза (ов), а именно: цвет, высота, ширина, форма зубов, их направление, соотношение их между собой и высотой десневого края - **формируется на основе индивидуальных антропометрических показателей** (форма, размеры головы, лица, расположение глаз, носа, подбородка, губ, расположение челюстей в пространстве черепа, тип и компоненты улыбки и т.д.) с учетом положения уже имеющихся зубов.

Ни одна рекламная фотография третьих лиц с результатами протезирования не может являться каким бы то ни было ориентиром для ожиданий пациента относительно результатов протезирования в его индивидуальном случае.

Я _____

уполномочиваю врача-стоматолога _____

провести ортопедическое лечение дефектов зубов или (и) зубных рядов челюстей.

Избранная ЛКШВ: _____

Биологические особенности организма, вредные привычки пациента и их возможное влияние на результат лечения:

_____

_____

Текст настоящего информированного согласия мне понятен, неясные для меня термины, фразы либо части текста отсутствуют.

Вопрос № 1 _____

Ответ № 1 _____

Вопрос № 2 _____

Ответ № 2 _____

Вопрос № 3 _____

Ответ № 3_____

Я понимаю цель и назначение описанной манипуляции, а также цель и смысл рекомендаций и назначений врача. На все вопросы, заданные мною, получены подробные и ясные мне по содержанию разъяснения.

Я понимаю, что перечисленные осложнения, риски и дискомфортные состояния являются вероятными объективными неблагоприятными последствиями медицинской процедуры, которые нельзя полностью исключить и которые не зависят в полной мере от действий (бездействий) медицинского персонала.

Я понимаю, что врач не может гарантировать мне определенный результат манипуляции. Я понимаю также, что прогноз об исходе заболевания (состояния) дается врачом исходя из собственного врачебного опыта и данных медицинской статистики, при этом я, как конкретный пациент в конкретной ситуации лечения, не являюсь усредненной статистической единицей.

Я проинформировал(а) врача обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам в прошлом и об аллергии в настоящее время.

Я подтверждаю, что Исполнителем мне предоставлена полная и исчерпывающая информация, необходимая для осознанного выбора способа дальнейшего медицинского вмешательства согласно поставленному мне диагнозу.

Я понимаю, что факт моего согласия на медицинское вмешательство влечет соответствующие юридические последствия. Подписывая настоящий документ, я подтверждаю надлежащее выполнение Исполнителем своей обязанности по информированию меня, как Заказчика о сущности оказываемой мне услуги.

Я подписываю настоящий документ, будучи вменяемым, дееспособным человеком, не под влиянием заблуждения или принуждения со стороны сотрудников Исполнителя либо иных лиц, обладая необходимой и доступной для понимания информацией для принятия решения.

Подпись пациента:

_____

ФИО _____

«_____»_____20_____г.

Подпись врача:

_____

ФИО _____

«_____»_____20_____г.