

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ЛЕЧЕНИЕ ПЕРИОДОНТИТА МОЛОЧНОГО ЗУБА

1. Настоящее информированное согласие разработано во исполнение требований: статей 8, 9, 10 Закона Российской Федерации «О защите прав потребителей»; пункта 14, 28 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (Утв. ПП РФ от 04.10.2012 года № 1006); ст. 20 ФЗ от 21.11.2011 г. № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ».

2. 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**.

3. Согласно ч. 2 ст. 20 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» от 21.11.2011 года № 323 в отношении лица, не достигшего возраста 15 лет, согласие на медицинское вмешательство дает один из его родителей либо иной законный представитель.¹

Периодонтит - это воспалительный процесс в тканях периодонта. Периодонт представлен соединительнотканной связкой, удерживающей корень зуба в костной ткани и расположенной между костной тканью и корнем зуба. Периодонт анатомически связан с костной тканью, зачатком постоянного зуба, пульпой зуба, десной и надкостницей челюсти.

Целью предполагаемого лечения является:

- предотвращение дальнейшего разрушения тканей зуба, возникновения острой боли, утраты зуба;
- предотвращение поражения зачатка постоянного зуба (изменение цвета, формы, поражение эмали и дентина, вплоть до полной гибели зачатка постоянного зуба);
- снижение риска развития патологического кариозного процесса и его осложнений других зубов;
- сохранение и восстановление анатомической формы пораженного зуба и функциональной способности всей зубочелюстной системы (В случае показаний к сохранению пораженного зуба);
- предупреждение развития патологических процессов и осложнений в челюстнолицевой области.

Абсолютные противопоказания к лечению:

- значительное распространение кариозного процесса на корень зуба (что исключает возможность полного удаления кариозного процесса и адекватного восстановления утраченных тканей зуба),
- вертикальный перелом зуба, трещина корня,
- разрушение коронки зуба более, чем на 80%, что не позволяет восстановить зуб (как прямой, так и не прямой реставрацией) в качестве действующей структурно-функциональной единицы,
- распространение инфекционного процесса на зачаток постоянного зуба,
- выраженный отек мягких тканей (десны, щеки/губы), асимметрия лица за счет отека, покраснение кожи лица в области воспаления, повышение температуры тела выше

38,5⁰С, вялость, сонливость - то есть признаки генерализации (распространения) воспалительного процесса,

- признаки периостита (воспаления надкостницы челюсти), признаки остеомиелита (воспаления челюстных костей).

Относительные противопоказания к лечению:

- отсутствие психологической адаптации и кооперации со стороны пациента,

- неудовлетворительная гигиена полости рта,

- наличие у пациента воспалительных заболеваний зубочелюстной системы,

- некоторые виды эндокринных заболеваний с прогрессирующей убылью костной ткани,

- некоторые виды химиотерапии при онкологических заболеваниях.

Относительные противопоказания не исключают медицинского вмешательства, однако, в большинстве случаев, предполагают дополнительные рекомендации для пациентов, соблюдение которых обязательно для сохранения здоровья.

Альтернативными методами являются: удаление пораженного зуба.

I. Терапевтическое лечение периодонтита молочного зуба:

Эндодонтическое лечение – лечение корневых каналов.

Процедура эндодонтического лечения состоит из следующих этапов:

1. Проведение местной анестезии, изоляция зуба с помощью системы коффердам.

2. Препарирование полости (удаление инфицированных тканей зуба и/или старой пломбы), создание доступа к корневым каналам. Поиск всех корневых каналов зуба (их количество различно в разных зубах и может достигать восьми).

3. Определение длины корневых каналов с помощью апекслокатора и рентгенологическим методом.

¹ Уважаемые родители, в силу ст. 63, 64 СК РФ, ст. 28 ГК РФ информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство не может быть подписано бабушкой, дедушкой, тетей и прочими родственниками, не являющимися законными представителями детей. Принимать решения относительно здоровья ребенка, не достигшего возраста 15 лет, могут только его законные представители либо лица, которым такое право передано по доверенности.

4. Этап механической обработки корневых каналов каналов ручными и вращающимися эндодонтическими файлами, цель которой - очистка системы корневых каналов от воспаленной или некротизированной пульпы и инфицированных тканей дентина, пломбировочного материала (в случае перелечивания корневых каналов после ранее выполненного лечения).

5. В процессе работы корневые каналы постоянно промываются антисептическим раствором с целью дезинфекции и медикаментозного очищения. Для усиления эффекта используется ультразвук и/или другие методы активации раствора.

6. Пломбирование корневых каналов зуба **молочного зуба**: проводится посредством плотного заполнения каналов резорбируемыми (растворяющимися со временем) материалами, с последующей их изоляцией специальным цементом в области устьев. В зависимости от клинической ситуации пломбирование корневого канала производится сразу после очистки или в интервале от нескольких дней до нескольких недель. В этом случае в корневой канал помещается временная медикаментозная паста, а зуб закрывается временной пломбой для предотвращения повторного инфицирования. После герметизации корневых каналов и рентгенологического контроля качества пломбирования - лечение корневых каналов можно считать завершенным.

Важно: на каждом этапе лечения корневых каналов молочного зуба с диагнозом периодонтит проводится оценка состояния зуба, окружающих твердых и мягких тканей, общее состояние здоровья и жалоб пациента. В случае рисков поражения зачатка постоянного зуба или генерализации воспалительного процесса молочный зуб с диагнозом периодонтит подлежит срочному удалению, даже находясь на этапе терапевтического лечения.

7. После завершения лечения корневых каналов **обязательным этапом лечения**, является герметичная реставрация коронковой части зуба в течение 1 месяца. **Длительность лечения молочного зуба:** 1-2 (в среднем) посещения длительностью 1,5-2 часа без учета этапа реставрации зуба.

Возможные осложнения:

1. Попадание пломбировочного материала за верхушечное отверстие корня зуба, в периапикальные ткани, полости и каналы;

2. Повреждение зачатка постоянного зуба во время механической обработки корневых каналов молочного зуба, выведение пломбировочного материала непосредственно к зачатку постоянного зуба, что может привести к изменению цвета коронки постоянного зуба, появлению полостей (изменение формы) в твердых тканях коронки постоянного зуба;

3. Перфорация дна или стенок полости зуба во время механической обработки полости зуба, в ходе поиска и расширения корневых каналов;

4. Вертикальная трещина корня зуба во время механической обработки корневых каналов при их повторном лечении (т.е. удалении старой корневой пломбы) и/или пломбировании корневых каналов;

5. Фрагментация эндодонтических инструментов во время механической обработки и пломбирования узких, искривленных, кальцифицированных корневых каналов и при их повторном лечении (т.е. удалении старой корневой пломбы);

6. Даже при успешном завершении эндодонтического лечения зуб может подвергнуться новому кариозному разрушению, что приведет к необходимости удаления молочного зуба.

7. В процессе проведения эндодонтического лечения возможны осложнения, связанные с проведением анестезии, а также с применением медикаментов.

8. Постпломбировочная боль (болезненные ощущения при накусывании на зуб) и повышенная чувствительность зуба после лечения – как правило, проходят в течение 2-4 недель.

9. Гипохлоритовая авария - выведение раствора гипохлорита натрия за пределы верхушки корня, вызывающее боль, отек мягких тканей, появление гематомы, потенциальную парестезию (нарушение чувствительности).

Осложнения 1-5 вызваны объективной невозможностью заранее точно установить строение зуба (количество каналов может быть от 1-8), локализацию каналов в зубе. Кроме того, с возрастом количество и расположение каналов в зубах человека может меняться.

В редких случаях возможна ситуация, когда боль в области зуба не проходит даже при соблюдении стандарта эндодонтического лечения и при наличии рентгенологически-подтвержденного успеха лечения. Как правило, это свидетельствует о **нестоматологическом (не связанном с зубами) происхождении болевого синдрома**. Пациент, в этом случае, направляется лечащим врачом к иным специалистам (неврологу, кардиологу, эндокринологу и др.).

Возможные дискомфортные состояния:

1. Как правило, лечение проводится безболезненно при постановке местной анестезии. Неприятные ощущения могут быть вызваны необходимостью применения аспирационной системы (пылесоса и слюноотсоса) только на начальном и завершающем этапе лечения (то есть, строго ДО и ПОСЛЕ наложения системы коффердам) в виде рвотного рефлекса, травмирования, пересушивания слизистой оболочки полости рта).

2. Ощущение дискомфорта, появление отечности окружающих тканей в области пролеченного зуба, продолжающиеся от нескольких часов до нескольких дней.

3. После эндодонтического лечения (особенно в случае острого, обострения хронического процесса, повторного лечения каналов) возможно развитие воспалительного процесса (усиление боли, появление отека мягких тканей), что может быть связано с наличием агрессивной микрофлоры в очаге воспаления и низким уровнем иммунитета.

4. Допустима припухлость в области зуба, в котором проводится лечение корневых каналов, а также отек щеки/губы, асимметрия лица за счет отека.

5. Возможно временное появление подвижности зуба.

Рекомендации пациенту: своевременное регулярное прохождение профилактических осмотров, рентгенологического исследования и профессиональной гигиены полости рта в соответствии с индивидуальным графиком, составленным врачом. Подробные рекомендации после лечения содержатся в Правилах эксплуатации стоматологических работ и услуг.

II. Хирургическое лечение периодонтита молочного зуба:

Удаление зуба: является самой распространенной хирургической процедурой в стоматологии, удаление зуба может быть простым (выполняется при помощи стоматологических хирургических щипцов) или сложным

(удаление непрорезавшегося (ретинированного) и/или неправильного расположенного (дистопированного) в челюсти зуба, а также удаление разрушенного зуба). Сложное удаление выполняется при помощи турбинного наконечника, хирургических фрез, ультразвуковой установки и специальных инструментов.

Цель предполагаемого лечения: удаление зуба с неблагоприятным прогнозом.

Альтернативными методами лечения являются: зубосохраняющее терапевтическое лечение (строго по показаниям).

Методика операции: в условиях местной анестезии проводится удаление зуба путем люксации (раскачивания) и ротации (поворачивания) вокруг своей оси. Во время сложного удаления выполняется сегментация (разделение) зуба при помощи турбинного наконечника и специальных фрез, далее зуб удаляется по частям. После удаления на края лунки могут быть наложены сближающие швы.

Возможные осложнения: боли в области удаленного зуба, которые могут носить иррадиирующий характер; отек мягких тканей челюстно-лицевой области или увеличение

имеющегося воспалительного отека при хирургическом вмешательстве в период обострения; гематома (синяк); альвеолит (воспаление лунки удаленного зуба); контрактура (ограничение при открывании рта) нижней челюсти после удаления; боль при глотании; постэкстракционное луночковое кровотечение; перелом коронки или корня удаляемого зуба; перелом и/или вывих соседнего зуба; механическое повреждение зачатка постоянного зуба; удаление зачатка постоянного зуба; повреждение десны и мягких тканей полости рта; проталкивание корня зуба в мягкие ткани челюстно-лицевой области; перелом альвеолярного отростка челюсти; обнажение участка альвеолы; вывих нижней челюсти; прободение (перфорация) дна верхнечелюстной пазухи; перелом нижней челюсти; невралгия нижнего луночкового нерва; невралгия нижнего луночкового нерва; парестезия в области языка или нижней губы.

Предполагаемые результаты: заживление лунки удаленного зуба в течении 14 дней при соблюдении рекомендаций врача.

Я _____

даю согласие на лечение периодонтита зуба моего ребенка _____ методом _____.

Биологические особенности организма пациента и их влияние на результат лечения (привести к осложнениям): _____

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

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.

Дата лечения	Зуб (№)	Лечащий врач	«Согласен на лечение периодонтита молочного зуба(-ов) моего ребенка» (подпись законного представителя/пациента)

Подпись пациента (законного представителя):

ФИО _____

« _____ » _____ 20 _____ г.

Подпись врача:

ФИО _____

« _____ » _____ 20 _____ г.