УТВЕРЖДАЮ
Генеральный директор ООО «Любовь»
Бударева А.А.
«01» января 2024 г.

Информация о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи (стоматологические услуги) в ООО «Любовь»

I. Общие положения.

1.1. Настоящий документ разработан в соответствии с требованиями Закона РФ «О защите прав потребителей» от 07.02.1992 года, Гражданского кодекса РФ, ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 N 323-ФЗ, Постановление Правительства РФ от 11.05.2023 N 736 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации и признании утратившим силу постановления Правительства Российской Федерации от 4 октября 2012 г. N 1006»

1.2. Термины и определения, используемые в настоящем документе: Клиника – Исполнитель по договору на оказание стоматологических услуг; Пациент – физическое лицо, которому предоставляется медицинская услуга, либо которое обратилось за предоставлением медицинской услуги, Потребитель, или Заказчик медицинской услуги; Медицинские услуги – медицинские манипуляции, имеющие своей целью диагностику, лечение, профилактику заболеваний, результат которых нематериален, потребляется в процессе их оказания.

1.3. Клиника при оказании медицинских услуг (работ) обязуется донести до пациента максимально полную и достоверную информацию о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи

II Методы оказания медицинской помощи, связанные с ними риски, виды медицинского вмешательства, их последствия и ожидаемые результаты оказания медицинской помощи:

2.1. при лечении кариеса

Кариес – заболевание, которое характеризуется прогрессирующим разрушением тканей зуба (эмали и дентина) под воздействием кислот, являющихся продуктами жизнедеятельности микроорганизмов полости рта.

Целью лечения является: предотвращения дальнейшего разрушения тканей зуба, устранение имеющегося заболевания, сохранение жизнеспособности зуба, предупреждение развития осложнений кариеса, восстановление функциональной и эстетической формы зуба, в том числе формы десневого края.

Этапы лечения: постановка местной анестезии, безболезненное щадящее удаление инфицированных пораженных тканей зуба; обработка полости антисептическим раствором; закрытие сообщения с полостью зуба биосовместимым (нейтральным в отношении живых тканей) материалом; временная (постоянная) реставрация утраченных тканей зуба (восстановление формы зуба).

В случае, когда кариозная полость является глубокой, граничащей с полостью зуба, возможно применение биологического метода лечения кариеса, заключающегося в пломбировании зуба временным лечебным пломбировочным материалом в первое посещение и наложение постоянного пломбировочного материала во время второго посещения через 3-6 месяцев.

При возникновении, впоследствии, болевых ощущений может потребоваться эндодонтическое (внутриканальное) лечение.

В ходе лечения, вследствие расширения клинических показаний, может потребоваться изменение плана и объёма лечения, а именно: трепанация полости зуба, неотложное лечение корневых каналов, постановка девитализирующей пасты, депульпирование, восстановление коронками, вкладками, удаление зуба.

Кроме того, возможно, потребуется лечение десен в случае, когда повреждение затрагивало десневой край. В этом случае необходимо проведение тщательных гигиенических процедур околозубного пространства.

При лечении зубов с целью обеспечения оптимальных условий пломбирования и безопасности зоны медицинского вмешательства в процессе лечения могут быть применены коффердам или раббердам, препятствующие проникновению в зону стоматологического вмешательства слюны, предотвращающие попадание в дыхательные пути мелких инструментов и мелкодисперсных отходов и их заглатывание, защищающие слизистую оболочку рта от воздействия применяемых в процессе лечения зуба веществ, позволяющие воспроизвести форму зуба, создать контакты с соседними зубами, подобрать цвет пломбировочного материала, качественно отшлифовать пломбировочный материал.

Конструктивной особенностью пломбы является не соответствие физико-химических характеристик пломбировочного материала и тканей зуба, что может приводить к субъективному восприятию цвета пломбы, как отличающегося от тканей зуба.

В ходе лечения кариеса возможно возникновение следующих осложнений, не являющихся недостатками оказания медицинской услуги: возникновение стоматита, механическое повреждение слизистой оболочки, аллергическая реакция на применяемые при пломбировании канала материалы, временное повышение чувствительности пролеченного зуба, появление болевых ощущений при лечении биологическим методом, что потребует дополнительного лечения корневых каналов зуба, появление трещин и отломов стенок зуба вследствие особенностей применяемых пломбировочных материалов, возникновение воспалительной реакции десневого края, требующей дополнительных способов лечения, воздушная эмфизема – проникновение воздуха в мягкие ткани.

Применение анестезии может привести к следующим осложнениям, не являющимся дефектами оказания медицинской услуги - гематома (кровоизлияние) в месте укола, эрозия в месте укола, аллергическая реакция на обезболивающие вещество (сыпь, отёк мягких тканей, анафилактический шок), токсическая реакция на обезболивающее вещество (тошнота, головокружение, головные боли, кратковременная потеря сознания, нарушение координации).

В случае отказа от лечения кариеса возможно появление сильной зубной боли, повышение температуры тела, развитие осложнений кариеса - пульпита (воспаления сосудисто-нервного пучка зуба) с гангренозным воспалением и поражением корня зуба, пародонтита (воспаления окружающих зуб тканей с поражением кости), требующих эндодонтического лечения, образование в области зуба и десны кист и гранулем, появление свищевых ходов, а также удаление зуба, развитие иных патологий зубочелюстной системы, появление неприятного запаха изо рта и (или) эстетических дефектов.

В процессе реабилитации могут возникнуть неприятные ощущения от различных раздражителей (холодная или горячая пища, холодный воздух, перепады давления и температур), которые со временем уменьшаются и проходят (в течение 2-х недель после лечения).

С целью сохранения положительного эффекта проведенного лечения необходимо соблюдение врачебных рекомендаций, в том числе избежание чрезмерных механических, термических, химических воздействий на зубы, соблюдение тщательной гигиены ротовой полости.

В случае постановки пломбы на депульпированный зуб, необходимо покрыть его ортопедической конструкцией в течение одного месяца, в противном случае, гарантии на этот зуб утрачиваются. Альтернативными методами являются: удаление пораженного зуба, отсутствие лечения как такового.

2.2 При эндодонтическом лечении

Целью эндодонтического лечения является предупреждение появления инфекции или максимально возможное удаление ее из корневых каналов зуба, устранение заболевания тканей, окружающих корень (корни) зуба, предупреждение развития осложнений, восстановление функции зуба. В то же время, важно учитывать, что невозможно добиться полного удаления инфекции из системы корневых каналов.

Сущность медицинского вмешательства.

При эндодонтическом лечении доктор создает доступ к корневым каналам зуба, выполняет их механическую и медикаментозную обработку для удаления распада тканей и инфекции, проводит постоянное пломбирование специальными материалами и изоляцию доступа с целью герметизации всей корневой системы.

После эндодонтического лечения необходимо обязательно восстановить зуб пломбой, вкладкой, накладкой или коронкой.

Вид реставрации определяется степенью разрушения коронковой части зуба. При небольших и средних дефектах зуб можно восстановить пломбой, вкладкой или накладкой. При обширном дефекте в корневом(-ых) канале(-ах) фиксируется штифт(-ы) и проводится восстановление пломбировочным материалом или в зуботехнической лаборатории изготавливается литая культевая штифтовая вкладка, которая фиксируется на цемент. Сверху такого восстановления устанавливается металлическая, керамическая или металлокерамическая коронка.

После проведения эндодонтического лечения требуется обязательное восстановление зуба в течение 1-3 недель.

В противном случае последнее может потерпеть неудачу, что может стать причиной потери зуба, либо потребовать повторного лечения системы корневых каналов.

Альтернативные методы лечения.

Альтернативой первичному или повторному эндодонтическому лечению является зубосохраняющие хирургические вмешательства (резекция верхушки с постановкой ретроградной пломбы или ампутация корня, гемисекция зуба), удаление зуба, отсутствие лечения как такового.

Возможные осложнения и риски. Стоматологическое лечение проводится под анестезией, применение которой может привести к следующим осложнениям, не являющимся дефектами оказания медицинской услуги - гематома (кровоизлияние) в месте укола, эрозия в месте укола, аллергическая реакция на обезболивающие вещество (сыпь, отёк мягких тканей, анафилактический шок), токсическая реакция на обезболивающее вещество (тошнота, головокружение, головные боли, кратковременная потеря сознания, нарушение координации).

Анатомия зуба и его системы корневых каналов делает невозможным извлечение всех потенциально инфицированных тканей, находящихся в этой системе. Хотя все лечебные мероприятия направлены на создание условий для полноценной дезинфекции, обтурации и герметизации всего внутреннего пространства корневого канала, патогенные микроорганизмы могут начать размножаться и вызвать первичное околокорневое заболевание или обострение ранее имеющегося. Этому способствует: чрезмерная нагрузка на зуб, появление острых и хронических общесоматических заболеваний, нарушение герметичности реставрации, установленной на зуб, повторное поражение зуба кариесом, травма зуба. В этом случае, возможно, потребуется повторное лечение системы корневых каналов и (или) применение хирургических методов лечения. При первичном эндодонтическом лечении врач, использующий современное оборудование может получить успех лечения в 91-97% случаев. Однако, даже при соблюдении наивысшей степени заботливости и осмотрительности в процессе лечения, **возможны следующие риски:**

- при лечении искривленных, кальцифицированных или облитерированных корневых каналов имеется более высокий процент поломки инструментов и перфораций корня. Эти сложные клинические ситуации могут повлиять на конечный результат эндодонтического лечения;

- анатомические особенности строения зуба могут не позволить провести полноценную механическую и медикаментозную обработку системы корневых каналов, что может привести к потере зуба;

- во время лечения системы корневых каналов возможна поломка инструмента, которая создаст дополнительные трудности. Иногда отломок нельзя извлечь и его можно обойти и полноценно обтурировать корневой канал. Иногда это не представляется возможным и нужны будут проведены другие манипуляции, в том числе пломбировка канала без извлечения сломанного инструмента;

- в отдельных случаях эндодонтическое вмешательство может привести к обострению заболевания и сопровождаться болью, отеком, повышением температуры и другими последствиями. В этом случае могут потребоваться назначения лекарственных средств и(или) дополнительные вмешательства;

- в очень редких случаях возможно возникновение воздушной эмфиземы– проникновение воздуха в мягкие ткани.

- существует вероятность индивидуальной непереносимости и(или) реакции организма на медикаментозные препараты и материалы, применяемые при лечении системы корневых каналов, что в свою очередь приведет к неудаче эндодонтического лечения и последующему возможному удалению зуба.

При нехирургическом повторном эндодонтическом лечении процент успеха лечения значительно снижается, что связано:

- с резким снижением доступности к системе корневых каналов;

- с невозможностью удалить старую корневую пломбу, либо металлический штифт из корневого канала;

- с сильной кальцификацией или облитерацией корневых каналов, что повышает вероятность возникновения различных осложнений (перфораций, поломок инструментов). Безуспешность эндодонтического лечения может стать причиной удаления зуба, развития острых и(или) хронических воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области, а также острых и(или) хронических воспалительных общесоматических заболеваний.

С целью коррекции врожденных нарушений внешнего вида и положения зубов, ликвидации приобретенной патологии зубочелюстной системы, восстановления функциональной и эстетической формы, индивидуальных особенностей поврежденного зуба, воспроизведения природной формы зуба, его цветовой структуры, прозрачности и других оптических и физических свойств показано ортопедическое лечение в объеме эстетической реставрации зуба. Эстетическая реставрация зуба является альтернативой способу протезирования поврежденных зубов коронками. Стоматологическая эстетическая реставрация зубов включает комплекс медицинских манипуляций, в процессе которых удаляются ткани видимой части коронки зуба, санируется корневая система зуба и послойно восстанавливается дентин, эмаль зуба, его пришеечная часть, режущий край или жевательная поверхность при помощи светоотверждаемых материалов, с последующей обработкой конструкции методами шлифовки и полировки. В зависимости от вида нарушений и патологии зубочелюстного аппарата стоматологическое лечение, направленное на эстетическую реставрацию зуба, может осуществляться в одно посещение с проведением восстановительной терапии путем послойного воспроизведения коронковой части зуба непосредственно во рту пациента

Варианты течения заболевания, после проведенного лечения каналов.

Полное излечивание

Характеризуется отсутствием клинических симптомов и рентгенологических изменений. Может наступить в различные сроки после лечения, что определяется состоянием иммунитета организма пациента, а также патогенностью (агрессивностью) микроорганизмов, вызывающих заболевание.

Выздоравливание

Характеризуется отсутствием клинических симптомов и уменьшением размера поражения костной ткани на рентгенограмме. Требуется динамическое наблюдение с выполнением рентгенограмм каждые 6 - месяцев, на протяжении до 4-х лет.

Болезнь

Характеризуется сохранением или появлением новых клинических симптомов, появлением нового рентгенологического поражения или увеличение старого, а также - стабильность поражения на рентгенограмме.

Иногда для уточнения диагноза необходимо выполнить первые этапы лечения – анестезию, рентгеновские снимки, удаление пломбы (коронки), частичную обработку корневых каналов и. т. п. после чего предварительный план лечения может претерпеть изменения.

В ряде случаев лечение корневых каналов является пробной попыткой сохранения зуба. Такая ситуация возникает, когда на момент обращения уже имеются относительные показания к удалению зуба. Лечение в таких случаях является сложным, длительным и дорогостоящим. В дальнейшем могут появиться абсолютные показания к удалению зуба и его нужно будет удалить.

Особенности эндодонтического лечения зубов, покрытых коронками. При возникновении необходимости лечения корневых каналов зуба, покрытого одиночной коронкой, либо являющегося опорой несъемного или съемного протеза, необходимо нарушение целостности коронки или ее снятие с зуба.

В этом случае возможны **следующие осложнения**:

- при создании доступа к корневым каналам коронка может быть необратимо повреждена, что потребует ее замены;

- при попытке снять коронку, может произойти перелом самого зуба, что может привести к его удалению. - при лечении искривленных, кальцифицированных или облитерированных корневых каналов имеется более высокий процент поломки инструментов и перфораций корня. Эти сложные клинические ситуации могут повлиять на конечный результат эндодонтического лечения;

- анатомические особенности строения зуба могут не позволить провести полноценную механическую и медикаментозную обработку системы корневых каналов, что может привести к потере зуба;

- во время лечения системы корневых каналов возможна поломка инструмента, которая создаст дополнительные трудности. Иногда отломок нельзя извлечь и его можно обойти и полноценно обтурировать корневой канал. Иногда это не представляется возможным и нужны будут проведены другие манипуляции, в том числе пломбировка канала без извлечения сломанного инструмента;

- в отдельных случаях эндодонтическое вмешательство может привести к обострению заболевания и сопровождаться болью, отеком, повышением температуры и другими последствиями. В этом случае могут потребоваться назначения лекарственных средств и(или) дополнительные вмешательства;

- в очень редких случаях возможно возникновение воздушной эмфиземы– проникновение воздуха в мягкие ткани.

- существует вероятность индивидуальной непереносимости и(или) реакции организма на медикаментозные препараты и материалы, применяемые при лечении системы корневых каналов, что в свою очередь приведет к неудаче эндодонтического лечения и последующему возможному удалению зуба.

При нехирургическом повторном эндодонтическом лечении процент успеха лечения значительно снижается, что связано:

- с резким снижением доступности к системе корневых каналов;

- с невозможностью удалить старую корневую пломбу, либо металлический штифт из корневого канала;

- с сильной кальцификацией или облитерацией корневых каналов, что повышает вероятность возникновения различных осложнений (перфораций, поломок инструментов).

Безуспешность эндодонтического лечения может стать причиной удаления зуба, развития острых и(или) хронических воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области, а также острых и(или) хронических воспалительных общесоматических заболеваний.

С целью коррекции врожденных нарушений внешнего вида и положения зубов, ликвидации приобретенной патологии зубочелюстной системы, восстановления функциональной и эстетической формы, индивидуальных особенностей поврежденного зуба, воспроизведения природной формы зуба, его цветовой структуры, прозрачности и других оптических и физических свойств показано ортопедическое лечение в объеме эстетической реставрации зуба. Эстетическая реставрация зуба является альтернативой способу протезирования поврежденных зубов коронками. Стоматологическая эстетическая реставрация зубов включает комплекс медицинских манипуляций, в процессе которых удаляются ткани видимой части коронки зуба, санируется корневая система зуба и послойно восстанавливается дентин, эмаль зуба, его пришеечная часть, режущий край или жевательная поверхность при помощи светоотверждаемых материалов, с последующей обработкой конструкции методами шлифовки и полировки.

В зависимости от вида нарушений и патологии зубочелюстного аппарата стоматологическое лечение, направленное на эстетическую реставрацию зуба, может осуществляться в одно посещение с проведением восстановительной терапии путем послойного воспроизведения коронковой части зуба непосредственно во рту пациента.

После завершения лечения необходима явка на контрольные осмотры каждые 6 месяцев (+- 4 недели). Кроме того имеется необходимость рентгенологического исследования на этапах эндодонтического лечения, а также рентгенологический контроль в будущем согласно рекомендациям врача и графику контрольных осмотров Возникновение перечисленных осложнений (дискомфортных состояний) не является следствием

некачественно оказанной услуги. Лечение является вмешательством в уникальный биологический организм, в котором все процессы протекают индивидуально, поэтому любая медицинская манипуляция не может иметь стопроцентной гарантии даже при идеальном исполнении всех этапов.

2.3 При парадонтологическом лечении

Пародонт - это комплекс тканей, окружающих зуб; костная ткань, десна, связочный аппарат зуба, который удерживает зуб в костной ткани.

Показания к проведению парадонтологического лечения; пародонтит, пародонтоз, гингивит.

Пародонтит - воспаление тканей, окружающих зуб.

Пародонтоз - системное поражение околозубной ткани пародонта, которое проявляется прогрессирующей атрофией альвеолярных отростков (зубных ячеек).

Гингивит - заболевание дёсен, имеющее воспалительный, дистрофический и др. характер. Гингивит может развиться при воздействии на ткани десны неблагоприятных внешних факторов,а также быть проявлением нарушенной местной или общей реактивности организма. При воздействии вредных факторов на слизистую оболочку десны воспаляется сначала десневой сосочек, затем соседние участки слизистой оболочки. Появляются кровоточивость и болезненность дёсен.

Профилактика заболеваний пародонта: профессиональная гигиена полости рта, проводится в несколько этапов:

1. Удаление наддесневого и поддесневого зубного камня. В нашей клинике используется ультразвуковой скейлер. С помощью вибрации происходит удаление зубных отложений.

2. После удаления камней с помощью воздушно-абразивной системы «Айр-фло» удаляется темный налет, мягкий налет. Удаление налета происходит безболезненно. Восстанавливается естественный цвет эмали.

3. После профессиональной чистки производится полировка поверхностей зубов щетками и пастами. Может быть произведено фторирование или наложение лечебной повязки на десну.

Целью пародонтологического лечения является устранение хронических очагов инфекции в тканях, окружающих зуб и имеет своей целью сохранение функции зубов как можно дольше, продление срока службы пломб, зубных протезов, профилактику рецидивов заболеваний пародонта, оздоровление полости рта.

В ходе лечения заболеваний пародонта могут быть использованы консервативные методы (полировка зубов, медикаментозная обработка, снятие зубных отложений, десневые повязки, инъекции лекарственных препаратов, закрытый кюретаж зубодесневых карманов), хирургические методы (открытый кюретаж зубодесневых карманов – лоскутная операция, наращивание костной ткани, пластика десны и т.п.), ортодонтические и ортопедические методы (шинирование зубов, протезирование зубов).

Выбор метода лечения проводится врачом, с учетом имеющихся показаний, на основании данных диагностики.

Ощущения во время процедур зависят от клинической картины, индивидуальной чувствительности организма.

Процедура проводится под местным обезболиванием практически безболезненно. После проведения лечения возможны: болевая реакция, реакция на холодные раздражители, которая проходит после обработки зубов фторсодержащими препаратами. Специального лечения не требуется.

Благоприятным исходом лечения заболевания пародонта, в стоматологической практике, принято считать: улучшение, остановка или замедление патологического процесса.

На исход лечения и прогноз влияет стадия процесса, тяжесть заболевания, местные факторы (целостность зубных рядов, качество индивидуальной гигиены и т.п.), общее состояние организма (наличие хронических очагов инфекции, появления или обострение общесоматических заболеваний).

Возможные осложнения: применение местной анестезии может привести к следующим осложнениям, не являющимся дефектами оказания медицинской услуги - гематома (кровоизлияние) в месте укола, эрозия в месте укола, аллергическая реакция на обезболивающие вещество (сыпь, отёк мягких тканей,

анафилактический шок), токсическая реакция на обезболивающее вещество (тошнота, головокружение, головные боли, кратковременная потеря сознания, нарушение координации). Также существует вероятность индивидуальной непереносимости и(или) реакции организма на медикаментозные препараты и материалы, применяемые при лечении.

Последствиями отказа от данного лечения могут быть: прогрессирование заболевания; развитие инфекционных осложнений; появление либо нарастание болевых ощущений в зубах и деснах; кровоточивость и гноетечение в области десен, появление стойкого неприятного запаха, изменение положения зубов, появление их патологической подвижности, вплоть до потери зубов, изменение структуры кости в области зубов, убыль костной ткани, нарушение функции жевания и речеобразования, а также системные проявления заболевания.

Альтернативными методами лечения являются: удаление пораженного зуба (зубов); отсутствие лечения как такового. При невыполнении рекомендаций врача, нарушении режима посещения врача (в т.ч. с целью профилактики обострения хронического процесса), повышается степень риска ухудшения состояния тканей, окружающих зуб, а так же невозможность поддержания достигнутых параметров качества лечения. Возникновение перечисленных осложнений (дискомфортных состояний) не является следствием некачественно оказанной услуги.

2.4 При проведении процедуры профессиональной гигиены полости рта

Клинические рекомендации (протоколы лечения) при заболеваниях полости рта, утвержденные Постановлением №15 Решением Совета Ассоциации общественных объединений «Стоматологическая Ассоциация России» от 30 сентября 2014 года регламентируют проведение профессиональной гигиены в качестве обязательного условия любого планового стоматологического вмешательства, а также в качестве неотъемлемой части курса лечения заболеваний пародонта и профилактической процедуры, предотвращающей развитие кариеса и развитие стоматологических заболеваний.

Отказ от проведения медицинского вмешательства может привести к неблагоприятным последствиям, таким как: прогрессирование заболеваний пародонта, появление кариеса и его осложнений, потеря зубов, нарушение функции речи, жевания, заболевание жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава; появление или прогрессирование зубо-альвеолярных деформаций, обострение системных заболеваний организма.

Противопоказания и ограничения к проведению профессиональной гигиены полости рта - острые состояния организма, непереносимость применяемых компонентов в лечении, наличие хронического бронхита и астмы в активной фазе (возможна профессиональная гигиена ручными инструментами), пациентам, находящимся на бессолевой диете (противопоказан только порошок натрия бикарбоната).

Противопоказание к применению магнитострикитивного ультразвукового скейлера - наличие кардиостимулятора .

В результате очистки зубов от камня могут проявиться скрытые ранее под ним дефекты эмали – пористость, шероховатость, пятна, кариес; могут стать более видимыми (ранее скрытые камнем), промежутки между зубами, особенно в пришеечной области вследствие нормальной трапециевидной формы зубов.

После проведения профессиональной гигиены полости рта необходимо воздержаться от приема пищи в течение двух часов.

Цель медицинского вмешательства. Профессиональная гигиена рта включает удаление с поверхности зубов мягких и твердых зубных отложений, которые способствуют снижению риска возникновения воспалительных заболеваний пародонта и поражения зубов кариесом.

Этапы профессиональной гигиены могут включать в себя: контроль наличия зубных отложений методом окрашивания; фотопротоколирование; определение Пародонтологического статуса; определение Индекса гигиены; обучение пациента (законного представителя) индивидуальной гигиене рта; контролируемая чистка зубов; удаление зубных отложений и налетов; полирование поверхностей зубов; устранение факторов, способствующих скоплению зубного налета; аппликации реминерализирующих и фторсодержащих средств (по показаниям); мотивацию пациента к профилактике и лечению стоматологических заболеваний.

При удалении зубных отложений проводится обработка полости рта раствором антисептика, при выраженной повышенной чувствительности зубов и отсутствии общих противопоказаний удаление зубных отложений проводится под местным обезболиванием. Применение местной анестезии может привести к следующим

осложнениям, не являющимся дефектами оказания медицинской услуги - гематома (кровоизлияние) в месте укола, эрозия в месте укола, аллергическая реакция на обезболивающие вещество (сыпь, отёк мягких тканей, анафилактический шок), токсическая реакция на обезболивающее вещество (тошнота, головокружение, головные боли, кратковременная потеря сознания, нарушение координации).

Для удаления налета и полирования поверхностей зубов и шеек имплантатов используют устройства с водно-порошковой струей, ультразвуковые аппараты, резиновые колпачки, щеточки, флоссы и абразивные полоски. Зубы полируют для получения приемлемо гладкой поверхности, так как чем более гладкой будет поверхность эмали, тем труднее налету будет на ней задерживаться в дальнейшем. Снятие зубных отложений также проводят перед определением цвета для реставраций, перед ремотерапией и перед отбеливанием.

Процедура даёт лёгкое осветление зубов без использования химических препаратов и занимает около часа. Положительный эффект профессиональной гигиены заключается в удалении всех видов зубных отложений. Сроки сохранения этого эффекта зависят от глубины расположения налета на зубах вследствие индивидуальных особенностей зубной эмали, причин образования зубного камня, качества индивидуальной гигиены полости рта, особенностей питания, приема лекарственных препаратов, минерального состава слюны, а также от наличия патологических зависимостей (в частности, курения), индивидуальных особенностей организма и возраста пациента. Устранить изменение цвета зубов, которое обусловлено кариозными изменениями или последствиями предшествующего стоматологического лечения, с помощью профессиональной гигиены невозможно.

В дальнейшем, для сохранения положительного эффекта, профилактики появления и развития зубного налета и зубного камня рекомендуется тщательно проводить гигиену полости рта в домашних условиях согласно рекомендациям врача стоматолога. Периодичность проведения профессиональной гигиены зависит от гигиенического состояния полости рта пациента, интенсивности кариеса зубов, состояния тканей пародонта, наличия несъемных и съемных зубных протезов и ортодонтической аппаратуры. Частота ее проведения определяется врачом стоматологом и может проводиться 2 - 4 раза в год.

Альтернативные методы лечения. Относительной альтернативой профессиональной гигиене полости рта является соблюдение надлежащей гигиены силами самого пациента.

Возможные осложнения и риски. Профессиональная гигиена полости рта является медицинским вмешательством и поэтому даже при соблюдении всех мер предосторожности и осмотрительности возможны следующие осложнения: ощущение дискомфорта во время и после процедуры, продолжающееся от нескольких часов до нескольких дней, по поводу чего врач стоматолог может назначить лекарственные препараты, если сочтет это нужным. В некоторых ситуациях необходимо будет провести курс терапии по снижению чувствительности зубов у лечащего врача; временное появление гиперчувствительности зубов и дискомфорта во время приема пищи; развитие кровоточивости, воспаления в области десен, а также в местах инъекций; микроповреждение эмали зуба; воздушная эмфизема – проникновение воздуха в мягкие ткани; индивидуальная непереносимость и (или) реакция организма на медикаментозные препараты и материалы: искусственные пломбы могут стать видимыми и отличаться по цвету и прозрачности от своих зубов и других искусственных конструкций. Проведение профессиональной гигиены не дает гарантии, что зубы не подвергнутся кариозному разрушению или обострению хронического процесса в будущем, поскольку воспалительные процессы в зубах и окружающих их тканях зависят не только от наличия зубных отложений.

При удалении зубных отложений проводится обработка полости рта раствором антисептика, при выраженной повышенной чувствительности зубов и отсутствии общих противопоказаний удаление зубных отложений проводится под местным обезболиванием. Применение местной анестезии может привести к следующим осложнениям, не являющимся дефектами оказания медицинской услуги - гематома (кровоизлияние) в месте укола, эрозия в месте укола, аллергическая реакция на обезболивающие вещество (сыпь, отёк мягких тканей, анафилактический шок), токсическая реакция на обезболивающее вещество (тошнота, головокружение, головные боли, кратковременная потеря сознания, нарушение координации).

2.5 При хирургическом лечении

Хирургическое вмешательство (удаление зуба, операция резекции верхушки корня, ампутация корня, гемисекция корня, лоскутная операция, иссечение капюшона, периостотомия, цистотомия, цистэктомия):

Операция резекции верхушки корня - удаление верхушечной трети корня зуба, при его поражении воспалительным процессом.

Ампутация корня - удаление одного или двух корней многокорневого зуба.

Гемисекция корня - разделение зуба на индивидуальные корни, без отделения корня от соответствующей части коронки зуба.

Гингивэктомия - удаление разросшейся части десны.

Лоскутная операция - операция на тканях окружающих зуб, с отслоением этих тканей.

Иссечение капюшона – удаление слизистой оболочки, покрывающей прорезывающийся зуб.

Периостомия - разрез слизистой оболочки в области очага воспаления.

Цистотомия - разрез в области кисты зуба.

Цистэктомия - удаление кисты зуба. Киста зуба - оболочное пустотелое образование за верхушкой корня зуба.

Последствиями отказа от хирургического лечения могут быть: прогрессирование заболевания, возникновение отека или усиление отека, развитие инфекционных осложнений, вовлечение в инфекционный процесс соседних зубов и тканей, появление болевых ощущений, а также обострение системных заболеваний организма.

Альтернативным методом лечения является отсутствие лечения.

Основные осложнения хирургического вмешательства обусловлены в первую очередь анатомофизиологическими особенностями организма. Хирургическое вмешательство в области верхней челюсти проводится при непосредственной близости к верхнечелюстной (гайморовой) пазухе.

При перфорации дна пазухи возможно воспалительное осложнение в этой области. При хирургическом вмешательстве в области нижней челюсти, при непосредственной близости зоны вмешательства к нижнечелюстному каналу и ментальному отверстию, возможно онемение языка, губ, подбородка, тканей нижней челюсти, кровотечения и гематомы.

Осложнения оперативного лечения также могут быть обусловлены наличием уже имеющегося хронического либо острого патологического процесса челюстно-лицевой области.

В ряде конкретных случаев хирургическое вмешательство является единственным способом лечения.

Даже при надлежащем выполнении медицинского вмешательства в редких случаях возникают нижеперечисленные осложнения: возможность болевых ощущений и кровотечения в течение послеоперационного периода; возможность сохранения припухлости мягких тканей, гематомы, потеря чувствительности; повышение температуры и наличие общих симптомов интоксикации; ограничение открывания рта, увеличение лимфатических узлов; возникновение онемения в области оперативного вмешательства, изменение цвета десны, губ, языка, формирование рубца.

Послеоперационный, восстановительный процесс строго индивидуален по длительности и характеру лечения, и дискомфорт послеоперационного состояния может быть в течение нескольких дней или недель, в зависимости от вида вмешательства.

Отсутствие регенерации костного послеоперационного дефекта не прогнозируемо и может привести к необходимости последующего этапа хирургического лечения, направленного на пластическое замещение костного дефекта.

Местная анестезия проводится в области выполняемой манипуляции и предусматривает одну или несколько инъекций с использованием одноразовых игл и карпул. Длительность эффекта может варьироваться от 15 минут до нескольких часов зависимости от вида анестетика и индивидуальной восприимчивости организма и проявляется в виде временной потери чувствительности в области обезболивания. Применение анестезии может привести к следующим осложнениям, не являющимся дефектами оказания медицинской услуги - гематома (кровоизлияние) в месте укола, эрозия в месте укола, ограничение открывания рта, аллергическая реакция на обезболивающие вещество (сыпь, отёк мягких тканей, анафилактический шок), токсическая реакция на обезболивающее вещество (тошнота, головокружение, головные боли, кратковременная потеря сознания, нарушение координации) Мне разъяснено, что обезболивание затруднено при выраженном стрессе,

в области существующего воспаления, в области моляров нижней челюсти, после употребления алкогольных или наркотических веществ.

Имеются возможные осложнения во время приема анальгетиков и антибиотиков.

Длительное заживление послеоперационной раны, ее возможное инфицирование, наличие после удаления зубов острых краев лунки, частичное или полное расхождение швов, раскручивание винта на имплантате или формирователя десны, сопутствующий синус-лифтингу воспалительный процесс в гайморовой пазухе, прорезывание частей фиксирующих винтов, пинов и мембран, образование послеоперационных рубцов считаются особенностями проведения хирургических вмешательств и не являются существенными недостатками оказанных медицинских услуг.

2.6 При ортопедическом лечении

Стоматологическое ортопедическое лечение проводится с целью устранения дефектов зубных рядов, восстановления распределения жевательного давления, профилактики нарушения прикуса, профилактики морфологических и функциональных нарушений в организме пациента, а также восстановления эстетики зуба.

Протезирование является заключительным этапом ортопедического лечения, для эффективности которого на первом этапе может потребоваться проведение терапевтической и хирургической санации, а также иные лечебные мероприятия, а именно: депульпирование, сошлифовывание зубов, коррекция прикуса, устранение парафункции мышц, лечение височнонижнечелюстных суставов, хирургические (коррекция альвеолярного гребня, пластика тяжей, уздечек и проч.) и пародонтологические вмешательства.

В ходе лечения может потребоваться рентгенографическое исследование.

Показаниями к протезированию зубов являются значительное разрушение коронки зуба вследствие кариеса или травмы, иные обширные дефекты зуба, не позволяющие провести его реставрацию, повышенная стираемость зубов, полная или частичная потеря зубов.

Противопоказаниями к протезированию зубов являются отсутствие надлежащей гигиены сохранившихся зубов, наличие острых заболеваний, в том числе заболеваний полости рта, выраженный остеопороз, тяжелые заболевания сердечно-сосудистой, иммунной системы, болезни крови, заболевания костной ткани, онкологические заболевания, туберкулез, венерические заболевания.

Протезирование может проводиться в несколько этапов, включающих снятие слепка зуба с установкой пациенту временной пластмассовой конструкции, изготовление коронковой части зуба в зуботехнической лаборатории, последующую фиксацию коронковой части зуба специальным стоматологическим цементом.

При существенном разрушении зуба применяется метод восстановления зуба посредством микропротезирования зубными вкладками, восполняющими недостающую часть зуба, изготовленными в зуботехнической лаборатории.

При наличии дефектов наружной поверхности зубов применяется метод восстановления зуба при помощи виниров - тонких фарфоровых пластинок, изготовленных в зуботехнической лаборатории по снятому с зубов слепку, фиксируемых на поврежденный зуб цементом; при этом перед установкой винира поверхность зуба подлежит обработке (обтачиванию) и протравливанию.

В ходе ортопедического лечения возможны следующие осложнения, не являющиеся недостатками оказания медицинской услуги: ощущение дискомфорта после лечения, неприятные ощущения при жевании в области отреставрированного зуба, продолжающиеся от нескольких часов до нескольких дней, отёчность лица или десны в области отреставрированного зуба, которые могут сохраняться в течение нескольких дней и дольше, тризм (ограниченное открывание рта), продолжающийся от нескольких дней и дольше, в очень редких случаях возможно возникновение воздушной эмфиземы– проникновение воздуха в мягкие ткани, кроме того, возможно наступление иных осложнений, обусловленных индивидуальными особенностями организма пациента.

Протезирование зубов осуществляется посредством применения съемного и несъемного методов протезирования зубов.

К несъемным протезам относят одиночные зубные коронки и мостовидные протезы. Изготовление зубных коронок показано при значительном разрушении зуба, сильном поражении зуба кариесом, поломке и истирании зуба с сохранением корня и части коронки зуба. Перед восстановлением зуба с помощью зубной коронки показаны санация ротовой полости, а также обтачивание зуба под коронку по высоте и по форме. Зубные коронки могут быть изготовлены из пластмассы, металла, металлокерамики, керамики, диоксида циркония. При этом необходимо учитывать, что керамические и металлокерамические зубные коронки могут изнашивать соприкасающийся с ними зуб и изнашиваться сами.

Критерием качества изготовления зубной коронки является восстановление анатомической формы зуба для осуществления его основной функции. Конструктивной особенностью зубной коронки является не соответствие физико-химических характеристик материалов, из которых она состоит и тканей зуба, что может приводить к субъективному восприятию цвета коронки, как отличающегося от тканей зуба.

Альтернативным методом протезирования при помощи зубных коронок является применение съёмного зубного протеза.

С целью замещения одного отсутствующего зуба при сохранении и правильном расположении соседних зубов или замещения нескольких отсутствующих зубов применяется конструкция из нескольких коронок - мостовидный протез, закрепляемый на соседних опорных зубах, между которыми помещаются искусственные зубы. Перед восстановлением зубов с помощью мостовидного протеза показано обтачивание опорных зубов под мостовидный протез по высоте и по форме.

В ходе стоматологического лечения в объеме зубных коронок и мостовидных протезов, а также, после проведённого лечения **возможны следующие осложнения, не являющиеся недостатками оказания медицинской услуги:** расцементирование временных коронок или мостовидных протезов; раскручивание фиксирующего винта в абатменте при протезировании с опорой на импланты, приводящее к подвижности коронки; изменение уровня десневого края как реакции на материал коронки; обнажение корня зуба, обладающего другими эстетическими характеристиками; сколы керамического покрытия в пределах слоя керамики без нарушения целостности конструкции.

Применение съемного метода протезирования зубов показано при полной или частичной вторичной адентии (полном или частичном отсутствии зубов).

Съемное протезирование проводится посредством установки полных или частичных пластиночных или бюгельных протезов. Полное съемное протезирование ортопедической конструкцией, удерживаемой во рту эффектом присасывания за счет анатомических выступов челюстей, показано при полной потере зубов (на одной или обеих челюстях).

Единственной альтернативой этому виду протезирования зубов является имплантация зубов.

При частичной вторичной адентии (отсутствии единичных зубов или группы зубов в зубном ряду) показано использование частичного съемного протеза, также опирающегося на десну, но удерживаемого за сохранившиеся зубы проволочными крючками. Пластиночные протезы состоят из пластмассы, опираются только на альвеолярный гребень в связи с чем фиксация протезов во рту не является оптимальной.

Бюгельные конструкции состоят из металлической дуги, с закрепленными на ней элементами зубов, передающими жевательную нагрузку на десну, костную ткань челюстей и на опорные зубы через специальные крепления – кламмеры или аттачмены. У бюгельных зубных протезов с кламмерами удержание протеза на зубах осуществляется с помощью крючков, охватывающих опорные зубы и видных снаружи. Зубные протезы с аттачменами закрепляются при помощи замков, состоящих из двух элементов, один из которых находится внутри искусственного зуба или основания протеза, другой – на закрытом коронкой опорном зубе или в корне зуба. Протезирование зубов с помощью бюгельного протеза показано при отсутствии нескольких последних зубов в зубном ряду. Обязательным условием для успешного протезирования бюгельным протезом является наличие нескольких крепко стоящих зубов; при полном отсутствии зубов указанный метод протезирования неприменим.

При утрате ряда жевательных зубов на одной стороне челюсти показано протезирование съемными секторами или сегментами (односторонними протезами). При потере одного жевательного зуба производится условно-съемное протезирование посредством закрепления протеза на соседних опорных зубах с помощью металлических «лапок».

В ходе стоматологического лечения в объеме съемного протезирования, а также, после проведённого лечения возможны следующие осложнения, не являющиеся недостатками оказания медицинской услуги: чувство дискомфорта и неудобства при использовании съемного протеза; образование потертостей на слизистой оболочке полости рта и требующих коррекции съемного протеза в клинике; ухудшение фиксации и стабилизации протеза в полости рта, могущее привести к необходимости перебазировки съемного протеза.

В качестве метода протезирования зубов при достаточном объеме здоровой кости и отсутствии противопоказаний к применению указанного способа стоматологического ортопедического лечения может применяться условно-съемное протезирование на имплантатах.

Стоматологическое ортопедическое лечение в объеме протезирования зубов может включать несколько последовательных этапов, а именно: подготовительный этап, направленный на обследование пациента, оценку состояния зубов и десен, санацию ротовой полости, обточку опорных зубов для установки протеза, определение прикуса, снятие оттиска с зубов, определение цвета ортопедической конструкции, изготовление ортопедической конструкции в зуботехнической лаборатории, примерку и коррекцию конструкции, завершающую установку протеза на подготовленные зубы; при этом проведение каждого предыдущего этапа лечения служит гарантией успеха последующего и достижения положительного конечного результата.

Пациент вправе отказаться от стоматологического ортопедического лечения; **при этом последствиями отказа могут быть:** перелом зуба при отказе от изготовления коронки или вкладки после проведения эндодонтического лечения, прогрессирование зубоальвеолярных деформаций, дальнейшее снижение эффективности жевания, ухудшение эстетики, нарушение функций речи, развитие заболеваний височно-нижнечелюстного сустава, прогрессирование заболеваний пародонта, заболеваний желудочно-кишечного тракта и нервной системы.

Стоматологическое ортопедическое лечение требует строгого соблюдения этапов протезирования и сроков между этапами лечения с целью уменьшения вероятности переделки протеза. Сроки изготовления протезов могут увеличиваться при возникновении необходимости проведения хирургических вмешательств, при выявлении скрытых технологических дефектов; кроме того, в отдельных случаях может возникнуть необходимость изготовления нового протеза.

Протезирование не имеет абсолютной гарантии качества результата даже при выполнении всех клинических и технологических этапов протезирования вследствие специфики медицинского воздействия на организм пациента.

Поскольку зубочелюстная система подвергается возрастным и иным изменениям, которые могут проявиться в обнажении зуба, атрофии костной ткани челюстей, стираемости твёрдых тканей зубов, возможно возникновение необходимости коррекции, реставрации, переделки протеза; при этом время возникновения такой необходимости является индивидуальным для каждого пациента.

Ношение протезов может привести к раздражению десны при соприкосновении с твердым материалом протеза с последующим ее воспалением, отколу и поломке протеза, появлению в нем трещин, оголению металлического края коронки, появлению подвижности опорных зубов, что потребует их удаления и переделывания протеза с фиксацией на соседних зубах, изменению дикции, развитию протезного стоматита, активации рвотного рефлекса, невозможности достичь хорошей фиксации протеза из-за анатомических особенностей челюстей, изменению цвета, возникновению участков повышенной окклюзии, обострению хронических процессов в опорных зубах и др. Кроме того, следует учитывать, что полные пластинчатые съемные протезы необходимо подтачивать. В период проведения манипуляций в полости рта (анестезии, обработки зубов, снятия оттисков, корректировки прикуса и проч.) возможна индивидуальная аллергическая реакция, непереносимость отдельных применяемых материалов и лекарственных препаратов, онемение языка, губ, появление чувства жжения, болезненности, дискомфорта, нарушения функций глотания, жевания и речи; при наличии в полости рта разнородных материалов могут возникнуть гальванические токи, вследствие возникновения которых могут появиться чувство жжения, болезненность, покраснение и отёчность слизистой оболочки полости рта; при наличии патологии височно-нижнечелюстных суставов и других психомиофункциональных расстройств могут возникнуть осложнения в виде затруднённой адаптации к протезам, чувства тошноты, нарушения функций речи, жевания, глотания, переломов протезов.

Применяемое в ходе ортопедического лечения анестезиологическое пособие 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).

Ортопедическое лечение требует регулярных осмотров у лечащего врача по индивидуально определённому графику. С целью профилактики развития болезненного воспаления десен необходим тщательный уход за зубными протезами, заключающийся в чистке зубных протезов зубной щеткой, соблюдении гигиены зубов и десен, полоскании рта.

Пациентам со съемными протезами не рекомендуется употреблять вязкие и клейкие продукты (ириски, жевательные резинки и т.п.), твердую пищу, поскольку употребление указанных продуктов может обусловить поломку протеза. При наличии дискомфортных ощущений в полости рта необходимо обращение к врачу-стоматологу.

Необходимо строго следовать этапам протезирования, строго соблюдать сроки, которые необходимо выдерживать прежде, чем перейти к следующему этапу, чтобы уменьшить вероятность переделки протеза. Протезирование, является своего рода 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 протезирования, так как полное выздоровление означает биологическое восстановление целостности жевательною органа (как если бы у человека снова выросли зубы). Зубочелюстная система в течение жизни человека подвергается инволюционному развитию (как при наличии протеза, так и без него, но в последнем случае гораздо быстрее), которое проявляется в рецессии десны, атрофии костной ткани челюсти, сгораемости твердой ткани зубов.

Поэтому через какое-то время, которое зависит от скорости протекания инволюционных процессов, и которые у каждого человека строго индивидуальны, возникает необходимость коррекции, либо переделки протеза.

Возникновение перечисленных осложнений (дискомфортных состояний) не является следствием некачественно оказанной услуги.

2.7 При рентгенологическом обследовании

Назначение пациенту обязательного и дополнительного медицинского рентгенологического обследования зубочелюстной системы осуществляет врач-стоматолог по клиническим показаниям.

Для проведения качественного лечения различных заболеваний и повреждений зубочелюстной системы необходимо выполнение плана рентгенологического обследования.

По назначению врача- стоматолога выполняются прицельные рентгенограммы зубов и периапикальных тканей. Цифровую рентгенографию зубов осуществляет врач-рентгенолог или рентгенолаборант в рентгенодиагностическом кабинете).

По клиническим показаниям в процессе стоматологического лечения дополнительно компьютерной томографии зубочелюстной системы до проведения стоматологического лечения. На основании данных компьютерной томографии врач- стоматолог оценивает общее состояние зубочелюстной системы пациента, а также состояние височно-нижечелюстных суставов и верхнечелюстных пазух.

Право на принятие решения о проведении рентгенологического обследования имеет пациент или его законный представитель.

Пациент может отказаться от рентгенологического обследования. При отказе пациента от проведения необходимых рентгенологических обследований, врач-стоматолог не сможет провести качественное гарантированное лечение и исключить осложнении после лечения.

2.8 При стоматологической имплантации

Имплантация зубов – это восстановление полностью утраченных зубов методом вживления протезов (имплантатов) небиологической природы в ткани зубочелюстной системы с целью замещения отсутствующих зубов.

Применяемые внутрикостные имплантаты могут быть круглые (винтовые) и плоские (пластиночные). Также имплантаты бывают неразборными и разборными, в зависимости от методики установления - одно- и двухэтапными (или погружными).

Разборные (одноэтапные, двухэтапные) имплантаты состоят из внутрикостного элемента, абатмента, опорной головки, винта-заглушки, дополнительных элементов.

Клиническое применение имплантатов в качестве самостоятельных протезов или опор для мостовидных или съемных протезов имеет ряд преимуществ перед традиционным зубным протезированием: возможность замещать дефекты зубного ряда без обточки соседних зубов; возможность исключить съемные протезы при замещении концевых дефектов; возможность изготовления несъемных протезов большой протяженности; возможность изготовления несъемных протезов при полном отсутствии зубов или значительное улучшение фиксации полных съемных протезов; отсутствие необходимости сохранять зубы с сомнительным периодонтальным прогнозом; внедрение в кость имплантатов позволяет остановить потерю кости в области отсутствующего зуба (зубов), т.к. кость, лишенная функциональной нагрузки быстро атрофируется.

Последствиями полного отказа от восстановления отсутствующих зубов могут быть: прогрессирование зубочелюстных деформаций, дальнейшее снижение эффективности жевания, ухудшение эстетики, нарушение функции речи, прогрессирование заболеваний пародонта, быстрая потеря оставшихся в наличии зубов, заболевание жевательных мышц и височнонижнечелюстного сустава, общесоматические заболевания желудочно-кишечного тракта, нейропатологии.

Имплантация проходит в несколько этапов:

1. Этап планирования. Проводится диагностика состояния полости рта и общего состояния организма, при необходимости проводится дополнительное рентгенографическое обследование (компьютерная томография) и сдаются анализы крови, проводится предварительное лечение. Лечение может касаться не только полости рта, но и организма в целом. Выверяются точные места установки и особенности позиционирования имплантатов в челюсти. Изготавливаются хирургические шаблоны.

2. Хирургический этап – собственно установка имплантата в кость челюсти. В определенных случаях для скорейшего восстановления целостности костной ткани врачом-стоматологом могут использоваться специальные костеобразующие материалы и мембраны. Через 3–6 месяцев, после окончательного приживления имплантатов, производится установка формирователя десны на две недели.

3. Ортопедический этап заключается в установке абатмента (наддесневой части имплантата) и фиксации на него ортопедической конструкции. На данное медицинское вмешательство предлагается к изучению и подписанию отдельное информированное добровольное согласие.

Для успеха имплантационного лечения предъявляются высокие требования к объему костной ткани и ее структуре, а также к качеству десны в местах имплантации. Таковые требования зачастую приводят к необходимости дополнительных хирургических вмешательств, таких как синус-лифтинг, ретранспозиция нижнеальвеолярного нерва, увеличение высоты альвеолярного отростка костными трансплантатами, вестибулопластика, иссечение тяжей слизистой оболочки. Кроме того существует ряд заболеваний, при которых имплантация может быть противопоказана.

Абсолютные и относительные противопоказания: патология иммунной системы (красная волчанка, полимиозит, тяжелые инфекции, гипоплазия тимуса и паращитовидных желез); заболевания костной системы, снижающие репарацию кости (остеопороз, врожденная остеопатия, остеонекроз, дисплазии); заболевания эндокринной системы (гипофиз, патология надпочечников, тяжелые формы гипер- и гипотиреоза, гипер- и гипопаратиреоза, сахарный диабет); болезни крови (лейкозы, талассемия, лимфогранулематоз, гемолитические анемии); злокачественные опухоли; прохождение пациентом курса химио- или радиотерапии; курение; занятие экстремальными и травматичными видами спорта.

Альтернативными методами лечения являются: традиционное съемное и несъемное протезирование или отсутствие лечения вообще.

Хотя имплантация зубов имеет высокий процента клинического успеха, тем не менее, операция имплантации является вмешательством в биологический организм и, как любая медицинская операция, не может иметь стопроцентной гарантии на приживление имплантата, даже при идеальном выполнении всех клинических и технологических этапов имплантации.

Полное выздоровление означало бы биологическое восстановление целостности жевательного органа (как если бы у человека снова выросли новые зубы), что, к сожалению, невозможно. Ожидаемый пациентом результат лечения не гарантирован на 100%, однако ему гарантированно проведение лечения специалистом

соответствующей квалификации, применение качественных материалов и инструментов с соблюдением соответствующих методик и правил санитарно-эпидемиологического режима.

Возможные риски

Применение анестезии может привести к следующим осложнениям, не являющимся дефектами оказания медицинской услуги - гематома в месте укола, эрозия в месте укола, ограничение открывания рта, аллергическая реакция на обезболивающие вещество (сыпь, отёк мягких тканей, анафилактический шок), токсическая реакция на обезболивающее вещество (тошнота, головокружение, головные боли, кратковременная потеря сознания, нарушение координации). Обезболивание затруднено при выраженном стрессе, в области существующего воспаления, в области моляров нижней челюсти, после употребления алкогольных или наркотических веществ. Возможны осложнения во время приема анальгетиков и антибиотиков. Современное оборудование и новейшие компьютерные технологии помогают свести риск осложнений к минимуму.

Осложнения после имплантации зубов: воспаление тканей возле имплантата (в частности переимплантит); выкручивание имплантата; отторжение имплантата; отлом компонентов зубного имплантата; аллергические реакции и иные неожиданные последствия и осложнения. Боль, отек (припухлость), инфекция и изменение цвета десны, может появиться онемение губы, языка, подбородка, щеки или зубов.

Альтернативными методами имплантации являются: изготовление несъемных, съемных или условно съемных ортопедических конструкций; отказ от проведения лечения.

Возникновение перечисленных осложнений (дискомфортных состояний) не является следствием некачественно оказанной услуги.

Имплант по причине биологических особенностей организма, которые невозможно спрогнозировать, может «не прижиться». Это объективное обстоятельство и в нем нет вины Исполнителя услуги.

Существует необходимость регулярных контрольных осмотров по графику рекомендованному лечащим врачом а также необходимость рентгенологического контроля лечения в предстоящем и отсроченном периоде.

Имплантация является одним из этапов комплексного лечения и не может рассматриваться как самостоятельный вариант лечения, не учитывающий особенности завершающего этапа – протезирования.

2.9 При проведении хирургического вмешательства

Открытый синус-лифтинг, закрытый синус-лифтинг, направленная костная регенерация, костная аутопластика- это операции по увеличению объема кости в области верхнечелюстной пазухи или альвеолярного отростка (части).

Операции заключаются в проведении разреза и формирования лоскута (десны), препарирования кости для осуществления доступа к полости пазухи, отслаивании слизистой пазухи, введение биопластических материалов и их фиксация различными методами (остеокодукторы, остеоиндукторы или моя костная ткань), установки барьерной мембраны и ушивание раны. Для забора собственной костной ткани необходимы дополнительные разрезы в полости рта и забор костных блоков или стружки с нижней или верхней челюсти. Имплантаты могут быть установлены одновременно с проведением операции наращивания кости в области пазухи, или альвеолярного отростка нижней челюсти, однако такая возможность существует не всегда и оценивается врачом в процессе операции.

Хирургия не является точной наукой, все осложнения не могут быть спрогнозированы и перечислены. Кроме того, хирург не может гарантировать 100% наращивания костной ткани в области верхнечелюстной пазухи или альвеолярного отростка, либо его части, равно, как и на нижней челюсти.

Допустимо уточнение диагноза в процессе лечения. В ряде случаев окончательный диагноз можно установить только в процессе операции.

Объём и сроки плана лечения могут измениться и будут зависеть от индивидуальных особенностей организма пациента и клинической картины во время проведения лечения и после лечения.

Возможные последствия на этапах и после лечения, а именно; под влиянием анестезии, а именно: отёк мягких тканей, кровоизлияние в месте инъекции, аллергические реакции, обморок, коллапс, анафилактический шок.

Возможные последствия приёма анальгетиков и антибиотиков (при их назначении): аллергические реакции, нарушение состава кишечной микрофлоры.

В процессе операции – кровотечение, натяжение уголков рта, трещины в углах рта, нарушение целостности слизистой гайморовой пазухи, что может привести к необходимости отказаться от продолжения или выполнения операции.

После операции возможны дискомфорт, отёк, заложенность носа, а также болезненность.

Не смотря на асептику и антисептику в процессе операции и после нее возможны: инфицирование раны и верхнечелюстной пазухи, болезненность, кровоточивость из раны в полости рта и из носа, гематома мягких тканей, временное или постоянное онемение дёсен, зубов верхней челюсти и нёба, 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, усугубление патологии ВНЧС при её наличии, развитие воспаления, присоединение инфекции, в том числе гноеродной флоры, образование свища, а также необходимость необходимость в проведении дополнительной операции.

Обязательно выполнять все рекомендации врача до и после операции:

- Принимать назначенные лекарственные средства.
- Не проводить работу, связанную с физическими нагрузками в течение срока, определённого врачом.
- Не принимать алкоголя и наркотических средств.
- Соблюдать гигиену полости рта, а также, являться на профилактический осмотр 1 раз в 1,5 месяца в первые 6 мес. после операции, 1 раз в 3 месяца, в последующие 6 месяцев, 1 раз в год в дальнейшем и в индивидуальные сроки, установленные врачом.

Курение препятствует процессам заживления раны, и может вызвать отторжение остеопластического материала, привести к отрицательному результату операции и еще более усугубить первоначальную клиническую ситуацию.

Гарантийный срок на проведенную операцию по костной пластике не предоставляется.

Клиника гарантирует проведение операции квалифицированным специалистом, использование стерильного оборудования и инструментария и материалов, сертифицированных на территории РФ.

• Хирургия не является точной наукой, в настоящей форме документа не могут быть перечислены все осложнения, которые могут возникнуть при проведении данной процедуры. Кроме того, хирург не может гарантировать 100% наращивания костной ткани в области верхнечелюстной пазухи или альвеолярного отростка (части).

• Клиника не несет ответственности за результат операции в случае курения пациента, несоблюдения назначений и рекомендаций доктора, неявки на контрольные осмотры, несоблюдения гигиены полости рта и рекомендаций по проведению процедур профессиональной гигиены полости рта, не предоставления (полностью или частично) данных о состоянии здоровья (перенесенные и сопутствующие заболевания).

Необходимые условия для достижения положительного результата лечения:

-точное соблюдение и выполнение пациентом всех предписаний и рекомендаций врача,

-последовательное выполнение пациентом всех этапов и сроков стоматологического лечения, рекомендованных врачом.