

Общество с ограниченной ответственностью

«СТОМАТОЛОГИЯ»

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Московская область, г. Мытищи, Олимпийский проспект, строение 2, д. 29, офис 9А, тел.: 8-495-407-06-67 8-916-586-15-06

ИНН 5029132270 КПП 502901001 ОГРН 1095029010075 01.12.2009 г.

**ЛИСТ ИНФОРМИРОВАННОГО ДОБРОВОЛЬНОГО** **СОГЛАСИЯ ПАЦИЕНТА НА ПРОВЕДЕНИЕ** **ЭНДОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ** **КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ ЗУБА(ОВ)**

В соответствии со статьей 20 Федерального закона от 21.11.2011 года №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является информированное добровольное согласие гражданина или его законного представителя. Данное **информированное добровольное согласие пациента (законного представителя пациента) на проведение эндодонтического лечения корневых каналов зуба,** является Приложением к медицинской карте стоматологического больного

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(указывается полностью Ф.И.О. пациента, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*в случае несовершеннолетнего пациента еще и Ф.И.О. его законного представителя)*

ЦЕЛЬЮ ЭНДОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ ЯВЛЯЕТСЯ СОХРАНЕНИЕ ЗУБА, В АЛЬТЕРНАТИВНОМ СЛУЧАЕ ЗУБ ПОДЛЕЖИТ УДАЛЕНИЮ. **Принимая во внимание, что (заполняется лечащим врачом):**

Коронковая часть зуба/зубов № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* разрушена (кариес ¨, травма ¨ )
* неудачно восстановлена с помощью: пломб ¨, штифтов ¨, коронок ¨.
* пломбы, коронки пришли в негодность

В костной ткани выявлены признаки воспаления, разрушения и инфицирования канала зуба/зубов №\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

так как в некоторых случаях заболевание может

протекать бессимптомно.

* около верхушки корня
* вокруг корня
* в самом корне

Корневые каналы, ранее леченого

зуба/зубов № \_\_\_\_\_\_\_, заполнены не полностью ¨.

Нервная ткань зуба/зубов № \_\_\_\_\_\_\_\_\_

* травмирована, повреждена
* воспалена
* погибла

Поврежденный(-ые) зуб(ы) можно сохранить с помощью стоматологических процедур. В данном случае необходимо лечение корневых каналов зуба. Лечение каналов зуба может состоять из нескольких посещений и варьируется в зависимости от конкретного случая.

Для планирования лечения необходимо предварительно сделать рентгеновские снимки. Безболезненность лечения обеспечивается с помощью анестетиков. Повреждённые коронки аккуратно разделяются на несколько частей и снимаются с зуба. Повреждённые пломбы и размягчённый кариесом дентин в большинстве случаев удаляются различными способами. Недостающие части зуба иногда требуется восстановить с помощью пломбировочных материалов. Чтобы слюна не попадала изо рта в полость зуба и зуб оставался сухим, может использоваться платок из латекса, который позволяет оставить на поверхности только зуб и защищает каналы от попадания слюны.

Если полость зуба не вскрыта, то ее необходимо открыть с помощью бормашины. Часто в зубе находится несколько корневых каналов, частично взаимосвязанных или изогнутых в разной степени. Чтобы найти и проверить их, иногда используются специальные лупы или микроскопы. Чтобы запломбировать канал до верхушки корня, необходимо точно определить длину каждого канала с помощью рентгеновских снимков или других цифровых технологий.

Повреждённая ткань и/или старый пломбировочный материал удаляются из корневого канала зуба. Бактерии и иные патогенные среды вымываются специальными растворами и/или устраняются иными способами. Каналы зуба расширяются изнутри, очищаются, им придается необходимая форма для качественного пломбирования. Для этого используются специальные инструменты, которые называются - эндофайлы. Если старый пломбировочный материал не удается удалить и пройти весь канал полностью, и присутствуют клинические и/или рентгенологические признаки воспаления – зуб будет рекомендовано удалить.

В процессе подготовки каналов зуба, внутрь зуба может быть помещено лекарство и на зуб наносится временная антибактериальная изоляция (временная пломба) до следующего приёма.

Если в процессе или после лечения возникнут боли и по истечении более чем недели симптомы не исчезнут, то лечение необходимо повторить и положить другое лекарство. Если симптомы больше не появляются, то из каналов корня зуба лекарство удаляется, каналы высушиваются и плотно пломбируются. В большинстве случаев для пломбировки корневых каналов зуба используется гуттаперча – специальный прорезиненный материал. Чтобы пломбирование было плотным и герметичным используется цемент. С помощью рентгеновских снимков проверяется, полностью ли запломбирован канал. Для обеспечения антибактериальной защиты зуба используют прочный адгезивный пломбировочный материал. Сразу после пломбировки каналов, следует уменьшить высоту зуба, вывести его из прикуса. Если зуб ранее был покрыт коронкой, то необходимо установить новую, чтобы полностью закрыть зуб. В некоторых случаях может потребоваться удалить небольшое количество кости вокруг зуба. В некоторых случаях эндодонтическое лечение необходимо сочетать с **апектомией** – удаление верхушки корня, после чего кость должна восстановиться. Иногда для крепления коронки необходимо установить штифт, восстанавливающий коронковую часть зуба. После пломбирования корневых каналов зуба необходимо на протяжении многих месяцев и лет делать рентгеновские снимки, чтобы проверять состояние челюстной кости вокруг корня зуба. Если болевые симптомы исчезли, и рентгеновские снимки не показывают никаких изменений, то лечение прошло успешно.

**Успех эндодонтического лечения зависит от нескольких факторов:**

* проводилось ли экстренное лечение или плановое, при бессимптомном течении поражения нерва, в начале лечение, шансы на успех выше;
* в процессе лечения, при исследовании, могут быть выявлены трещины в корне
* зуба и перфорации, что также снижает шансы на успех;
* нервная ткань зуба была живая или некротизирована;
* первичное лечение или повторное
* размер поражения костной ткани в области верхушки или вокруг корня, чем больше поражение, тем хуже прогноз;
* в большинстве случаев удачного первичного лечения живого зуба –
* успех составляет 90-95%;
* лечение и перелечивание инфицированных зубов от 60 -80% в зависимости от сложности случая

Также пациент должен понимать, что без качественной реставрации после эндодонтического лечения и хорошей гигиены возрастают шансы неудачи, потому что бактерии проникают в систему каналов и инфицируют зуб, а затем кость.

**Наряду с предложенной процедурой лечения корневых каналов зуба всегда существует альтернатива удаления зуба**. Эти альтернативные методы лечения имеют свои преимущества и недостатки по сравнению с предложенным лечением каналов корней зуба.

**Удаление зуба** – это более быстрая, простая и безопасная процедура в сравнении с лечением каналов корней зуба. Все существующие причины воспаления полностью устраняются. Тем не менее, в этом случае зуб уже никогда не вернуть, и костная ткань начинает атрофироваться. Соседние зубы могут наклониться, зубы на противоположной челюсти выдвинуться в сторону дефекта, поэтому часто требуется последующая установка имплантата. Как и другие стоматологические или медицинские процедуры, лечение корневых каналов зубов связано с определёнными рисками, и может сопровождаться **побочными эффектами или осложнениями**.

*Наиболее часто встречающиеся симптомы:* **дискомфорт или легкая боль** в течение нескольких часов или дней после лечения, при накусывании на зуб или в месте проведения анестезии (устраняется приемом противовоспалительных препаратов и анальгетиков).

*Иногда возникающие осложнения*

**недостаточное воздействие анестетика**, боль во время лечения;

дополнительные, необнаруженные, незалеченные корневые каналы зуба, в виду сложной анатомии зуба;

повреждение ткани верхушки корня зуба;

изменение цвета, потемнение зуба с запломбированным корнем;

поломка инструментов в канале зуба во время лечения;краткосрочный отек или нагноения, возникающие сразу же или через какое-то время после лечения;

попадание пломбировочного материала за верхушку корня зуба;

выход за пределы корня антисептических растворов и возникновения болевых ощущений;

перфорации в зубе, созданные во время препарирования, подготовки и попыток удаления старого пломбировочного материала и сломанных фрагментов эндодонтических инструментов из каналов зуба, в виду сложной анатомии корневой системы.

**постоянное или регулярное проявление симптомов боли, возникновение припухлости, воспаления на контрольных рентгеновских снимках – признаки воспаления и неудачного лечения.**

*Редко встречающиеся симптомы:* **аллергическая реакция** на использованные материалы.

Помимо вышеописанных рисков, могут существовать и иные риски, не упомянутые здесь.

В Вашем случае возможны следующие специфические риски: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Для достижения положительного результата лечения необходимо соблюдать следующие рекомендации:**

Не забудьте проинформировать нас о своей истории болезни и имеющейся аллергической реакции. Настоящим Вы информируете нас о следующих своих заболеваниях и аллергических реакциях

Необходимо регулярно делать рентгеновские снимки, чтобы проверять состояние челюстной кости вокруг зуба.

В случае появления дискомфорта, боли или каких-либо вопросов незамедлительно обратитесь к Вашему лечащему врачу.

Если временная или постоянная пломба или коронка стала менее устойчивой, сразу же обратитесь к Вашему лечащему врачу

Как и здоровые натуральные зубы, запломбированные зубы не должны подвергаться избыточной нагрузке, поэтому не рекомендуется жевать кости, откусывать твёрдые вещества, открывать зубами крышки бутылок и т.д.

Обязательным условием сохранения результатов данного лечения является строгое соблюдение правил ежедневной гигиены полости рта с применением средств и методов, предписанных врачом стоматологом. И регулярное, не реже двух раз в год (если не оговорены другие сроки) посещение врача-гигиениста стоматологического для проведения процедуры профессиональной гигиены полости рта.

**Последствия отказа от лечения (**В случае отказа от предложенного и альтернативных методов лечения возможны следующие риски**):**

незапломбированный зуб без живого нерва может стать причиной неприятного запаха изо рта;

организм может оказаться неспособным побороть развитие бактерий внутри зуба, что может привести к разрушению зуба изнутри;

зубы с сильным воспалением или мертвой пульпой, а также неполностью запломбированные корневые каналы могут быть поражены изнутри патогенными бактериями, они могут стать постоянным очагом воспаления и, как результат, на верхушке корня зуба может возникнуть разряжение костной ткани (периодонтит);

патогенные бактерии на зубах и внутри зубов могут также оказать негативное воздействие на жизненно важные органы и спровоцировать развитие диабета, заболеваний сердца, выкидыш и т.д.

**СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА:**

Я прочитал(а) и понял(а) информацию, содержащуюся в информационной и документальной форме, в которой отражены основные сведения, полученные входе информационной консультации.

Во время консультации у меня была возможность задать все интересующие меня вопросы, например, о специфических рисках, возможных осложнениях и альтернативных методах лечения. Лечащий врач дал полные и исчерпывающие ответы на мои вопросы.

Я проинформирован(а), что я могу отозвать свое согласие на данную процедуру в любое до начала лечения.

Мне было дано достаточно времени для принятия решения; мне больше не требуется дополнительное время для обдумывания решения.

**Настоящим я даю свое согласие на проведение предложенной(-ого/-ых) процедур(ы)/метода(ов) лечения. Я даю согласие на анестезию, изменение или продление лечения в случае необходимости, а также на повторное и последующие хирургические вмешательства.**

Я также был(а) проинформирован(а) о необходимости регулярно посещать стоматолога и делать профессиональную чистку зубов (минимум два раза в год, желательно три раза в год).

Ни я, ни мои ближайшие родственники, ни люди, представляющие мои интересы, не будут предъявлять финансовых или юридических претензий в отношении того, что перечислено в данном документе. Ксерокопия этого документа несет за собой такую же юридическую силу, как и оригинал. Я полностью ознакомился с документом, мне все понятно, я согласен со всеми положениями данного документа и подтверждаю это своей подписью:

Пациент \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

М.П.

Дата «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_\_ г.