



Информированное добровольное согласие на эндодонтическое лечение корневых каналов зубов ¹

Этот документ свидетельствует о том, что мне в соответствии со ст. 32 Основ законодательства «Об охране здоровья граждан» сообщена вся необходимая информация о предстоящем моем лечении и что я согласен (согласна) с названными мне условиями проведения лечения. Данный документ является необходимым предварительным условием (разрешением) начала медицинского вмешательства.

Эндодонтическое («внутризубное») лечение корневых каналов зуба представляет собой последовательность стоматологических манипуляций, проводимых под рентгенологическим (или радиовизиографическим) и электрометрическим контролем, направленных на устранение инфицированных размягченных тканей зуба, удаление нерва, очищение и расширение корневого канала с последующей его пломбировкой, восстановлением коронковой части зуба с помощью реставрационных материалов. Необходимость эндодонтического лечения обусловлена наличием у пациента пульпита, периодонтита, иных поражений корневой системы зуба, а также может быть этапом подготовки зубов к протезированию - депульпированию по ортопедическим показаниям. Лечение может проводиться с предварительным наложением девитализирующего или другого медикаментозного средства на определенный период времени, назначенный лечащим врачом.

Эндодонтическое лечение корневых каналов зуба является эффективной альтернативой удалению зуба и имеет конечной целью сохранение зуба и предупреждение последствий, могущих возникнуть при невыполнении лечения. В случае сложной анатомической формы корневых каналов (искривление, непроходимость) эндодонтическое лечение является вариантом выбора, альтернативой которого является удаление зуба.

Эндодонтическое лечение является этапным, проводится в несколько посещений. Первоначально осуществляется механическая подготовка, в том числе расширение, очистка стенок канала с целью полного удаления распавшейся корневой пульпы с мельчайшими отростками и слоя инфицированного дентина, удаление нерва. После снятия воспаления показано антисептическое лечение тканей вокруг зуба, посредством заложения лекарства в зуб и постановки временной пломбы. После купирования в периодонте воспалительного процесса производится окончательная пломбировка каналов зуба. Одновременно показано консервативное лечение антибактериальными и противовоспалительными средствами.

Учитывая, что эндодонтическое лечение затрагивает состояние корневой системы зуба, в процессе лечения может возникнуть невозможность прохождения всей системы каналов зуба вследствие ее индивидуального анатомического строения или патологических изменений.

Эндодонтическое лечение зуба может дополняться, при сильном повреждении большей его части, восстановлением зуба с его укреплением стекловолоконными штифтами, протезированием коронкой, а также необходимостью удаления гранулемы или кисты челюсти.

В случае невозможности удаления гранулем, невозможности дренирования полости, аномального строения корневого канала при проведении комбинированного терапевтического воздействия необходимо проведение верхушечной резекции корня зуба либо удаление пораженного зуба. После купирования воспалительного процесса в кости решается вопрос о протезировании или имплантации зуба.

В ходе эндодонтического лечения, а также после проведенного лечения возможны следующие осложнения, не являющиеся дефектами оказания медицинской услуги: ощущение дискомфорта в области стоматологического вмешательства; неприятные ощущения при жевании в области пролеченного зуба, продолжающиеся от нескольких часов до нескольких дней; появление болевых ощущений, в том числе при накусывании, а также возникновение болевых ощущений различной степени выраженности после повторного эндодонтического лечения вследствие инфицирования внутренних структур зуба, для устранения которых может потребоваться курс лечения антибиотиком; отечность мягких тканей лица или десны в области пролеченного зуба, которые могут сохраняться в течение нескольких дней и дольше, что также может потребовать дополнительного лечения (консервативного лечения, местного хирургического вмешательства); тризм (ограниченное открывание рта), продолжающийся от

¹ Примечание: если Пациент не достиг возраста 15 лет, согласие на медицинское вмешательство подписывает его законный представитель

нескольких дней и дольше; выход лечебной или пломбировочной субстанции за пределы верхушки корня; продольная трещина корня зуба; перфорация корневого канала, возникшая при распломбировке ранее пролеченного канала зуба или лечении патологически изменённого канала зуба, что может потребовать дополнительной хирургической коррекции или привести к преждевременной утрате зуба (удалению); преждевременная утрата зуба вследствие прогрессирующего заболевания пародонта. В процессе эндодонтического лечения возможны также переломы инструментов, которые могут быть как оставлены в канале по усмотрению лечащего врача-стоматолога, так и удалены из корневого канала хирургическим путём. Указанный стоматологический инструмент может также повлечь перфорацию стенки корня зуба, что обуславливает необходимость удаления зуба; кроме того, возможны иные осложнения, обусловленные индивидуальными особенностями организма, в том числе строением корневого канала.

При эндодонтическом лечении зубов, покрытых одиночными коронками либо являющихся опорой несъемного или съемного протеза, может потребоваться снятие всей ортопедической конструкции и последующее повторное протезирование.

Лечение корневых каналов может потребовать от одного до шести месяцев и более, в течение которых необходимы регулярные визиты к врачу-стоматологу для проведения контрольных рентгенографических исследований, получения рекомендаций врача, проведения лечения; при этом повторный осмотр должен состояться не позднее 3-6 месяцев после окончания лечения с целью оценки результатов лечения корневых каналов.

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

В ходе лечения корневых каналов зуба может потребоваться повторное лечение, хирургическое вмешательство в области верхушки корня или удаление зуба; в случае отсроченных осложнений может быть проведена зубосохраняющая операция резекции верхушки корня. После лечения корневых каналов возможно установление в пролеченный зуб коронки (вкладки).

Эндодонтическое лечение корневых каналов проводится под местной 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 вещества (сыпь, отёк мягких тканей, анафилактический шок), токсическая реакция на обезболивающее вещество (тошнота, головокружение, кратковременная потеря сознания, нарушение координации).

В случае отказа пациента от эндодонтического лечения корневых каналов зуба возможными нежелательными последствиями могут явиться дальнейшее развитие стоматологической патологии, приводящее к невозможности восстановления зуба, появление ноющей боли в зубе, усиливающейся при накусывании, повышение чувствительности зуба, появление ощущения «выросшего зуба», неприятного запаха изо рта, припухлости десен, губ или щек, появление отека и покраснения десны, появление подвижности зуба, увеличение и болезненность подчелюстных лимфатических узлов, повышение температуры тела, развитие одонтогенного периостита (воспаления надкостницы), остеомиелита челюсти, гнойных воспалений мягких тканей лица и шеи, образование в области зуба и десны кист и гранулем, появление свищевых ходов, рассасывание кости вокруг пораженного корня зуба, воспаление верхушки корня зуба, развитие иных патологий зубочелюстной системы, удаление зуба, развитие иных заболеваний органов и систем.

Я подтверждаю свое согласие на эндодонтическое лечение корневых каналов на предложенных условиях, о чем расписываюсь собственноручно. Мною заданы все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и получены исчерпывающие ответы и разъяснения на них.

Подпись пациента: _____ / _____ /
(подпись пациента) (расшифровка подписи)

* Являясь законным представителем Пациента-ребенка, я подтверждаю свое согласие на эндодонтическое лечение корневых каналов на предложенных условиях, о чем расписываюсь собственноручно.

Подпись представителя: _____ / _____ /
(подпись представителя) (расшифровка подписи)

Дата « ____ » _____ 20 ____ г.