**ООО «Авторская стоматология Терновых»**

**Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство:**

**аутотрансплантацию постоянного зуба.**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. пациента)

"\_\_\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г. рождения, добровольно обращаюсь в клинику Исполнителя для проведения стоматологического лечения и даю информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство – **процедуру аутотрансплантации постоянного зуба.**

Я получил информацию о том, что аутотрансплантация постоянного зуба - это хирургический метод замещения дефекта зубного ряда, при котором собственный постоянный зуб-донор депульпируется, перемещается на место другого зуба после его удаления, и после интеграции в кости покрывается постоянной искусственной коронкой. Данный метод является альтернативой замещению дефектов зубного ряда с помощью традиционной дентальной имплантации.

Методика лечения:

В качестве зуба-донора для замещения отсутствующих или удаляемых первых или вторых постоянных моляров на верхней и нижней челюсти чаще всего используют третьи постоянные моляры (8-е зубы, зубы «мурости»), но могут быть и другие варианты аутотрансплантации зубов иной групповой принадлежности в зависимости от плана лечения и медицинских показаний.

Аутотрансплантация возможна как в свежую лунку-реципиент сразу после удаления замещаемого зуба, так и в искусственно подготовленную по шаблону лунку, когда замещаемый зуб отсутствует давно. Согласно исследованиям, не было обнаружено различий при аутотрансплантации в свежую или искусственную лунку. Метод выбирает врач в каждом случае индивидуально. Параллельно с процедурой аутотрансплантации или после нее за дополнительную плату по медицинским показаниям может проводиться костная и/или мягкотканная пластика в области трансплантируемого и соседних зубов.

Для и выбора и оценки зуба-донора для проведения аутотрансплантации проводят внутриротовое сканирование и рентгенологическое исследование – конусно-лучевую компьютерную томографию челюстей (КЛКТ). По результатам сканирования и чтения результатов КЛКТ врачом делается окончательный выбор зуба-донора. Далее проводится изготовление цифрового клона выбранного зуба-донора из полимерного биоматериала с использованием 3Д-принтера.

Для проведения манипуляций по аутотрансплантации применяется местное и общее обезболивание. Проводится атравматичное удаление зуба, требующего замещения. На место удаленного зуба в лунку для позиционирования помещается напечатанный на 3Д-принтере клон зуба-донора, проводится примерка и коррекция лунки и кости для правильной фиксации зуба-донора.

После предварительной эндодонтической подготовки каналов выбранного зуба-донора (удаление пульпы, постоянная пломбировка каналов) зуб-донор удаляется атравматичным способом и помещается в предварительно подготовленную с помощью шаблона лунку удаленного зуба.

Проводится фиксация зуба-донора в лунке к соседним зубам с помощью временного ретейнера, он выводится из прикуса. Шинирование зубов, трансплантированных в правильном положении, считается лучшим способом обеспечить комфорт и улучшение функционирования. Шина накладывается на боковые поверхности зубов, чтобы предотвратить помехи окклюзии. Проводится итоговый контроль положения зуба в прикусе, визуально и рентгенологически.

В редких случаях уже в процессе операции врач может отказаться от аутотрансплантации зуба по медицинским причинам (несоответствие формы лунки-реципиента форме корней зуба, перелом корня или коронковой части зуба-донора в процессе удаления, невозможность качественной эндодонтической подготовки корневых каналов зуба-донора до верхушек, перелом альвеолярного отростка или перегородки в лунке) и т.п. противопоказания и осложнения.

Практически всегда после аутотрансплантации зуба назначается общая антибиотикотерапия, обезболивающие, антисептические и другие лекарственные препараты.

Примерное время интеграции в кости челюсти зуба-донора, позволяющее провести его протезирование с помощью искусственной коронки, составляет около 6 месяцев.

В течение последующих месяцев или лет после интеграции зуба-донора в челюсти возможна резорбция окружающей зуб кости и рецессия десны. По показаниям резорбция и рецессия корректируется с помощью техник восстановления костной ткани и лоскутных операций в полости рта за дополнительную плату.

При несоответствии коронковой части трансплантированного зуба параметрам прикуса, функции и эстетик на этот зуб после завершения периода интеграции в челюсти (в период от 6 месяцев) изготавливается искусственная ортопедическая конструкция, которая оплачивается дополнительно по прайсу клиники.

Рентген-исследования, в том числе КЛКТ, не входят в процедуру аутотрансплантации зуба и оплачиваются дополнительно. Эндодонтическое лечение не входит в процедуру аутотрансплантации зуба и оплачивается дополнительно в зависимости от анатомии и количества корневых каналов зуба-донора.

Рекомендации для пациентов после операции аутотрансплантации зуба:

- Избегайте участия в контактных видах спорта и экстремальных играх в течение всего периода интеграции зуба-донора в кости.

- Мягкая диета в течение 2 недель. После снятия шины – обычное функционирование как можно быстрее.

- Чистка зубной щеткой с мягкой щетиной после каждого приема пищи до этапа снятия швов.

- Используйте раствор Хлоргексидина 0.1% для полосканий и ротовых ванночек дважды в день в течение недели после операции.

- Временная шина может под действием жевательных нагрузок расфиксироваться или треснуть. В случае нарушения целостности или расфиксации шины - не принимать пищу, не оказывать механического воздействия на зуб-донор и как можно быстрее обратиться к врачу для восстановления целостности шинирующей конструкции. Нарушение этой рекомендации может привести к осложнению – потере фиксации зуба-донора в лунке, развитие воспалительного процесса, травме (вывиху) зуба и последующему удалению.

- Обязательное динамическое наблюдение у стоматолога согласно назначенному графику визитов.

- Клинический и рентгенологический контроль за трансплантированным зубом должен осуществляться непосредственно после установки, через 2 недели, 3 месяца, 6 месяцев, перед постоянным протезированием, через 1 год и затем – не реже 1 раза в год.

Исходы и прогнозы:

Благоприятный исход 80%:

Зуб асимптоматичен, подвижность в норме. Нет признаков резорбции или апикального воспаления.

Неблагоприятный исход 20%:

Зуб симптоматичен, увеличенная подвижность. Рентгенологические признаки резорбции (воспалительной, связанной с развитием инфекции). Самопроизвольное удаление зуба из лунки. Отсутствие интеграции с тканями кости и периодонта. Развитие инфекционных осложнений, (периодонтит, абсцесс, флегмона, свищевой ход). Перелом корня или коронковой части зуба. Наружная резорбция корня зуба. Локальный пародонтит, десневой карман с нарушением целостности круговой связки зуба и резорбцией кости.

Возможно развитие анкилоза (полной утраты подвижности) трансплантированного зуба.

Потеря трансплантированного зуба.

Если трансплантированный зуб в случае неблагоприятного исхода удаляется, возможными вариантами лечения являются: дентальная имплантация, мостовидный протез, съемный протез. Решения о тактике лечения при неблагоприятном исходе принимаются лечащим врачом и согласовываются с пациентом.

Подтверждаю, что в доступной форме мне были разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи (компенсация, стабилизация, осложнения, развитие сопутствующих заболеваний).

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 ФЗ N323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ". Я добровольно отказываюсь от предложенного врачом в качестве альтернативы проведения замещения дефекта зубного ряда методом дентальной имплантации в пользу метода аутотрансплантации зуба.

Я понимаю необходимость информирования лечащего врача обо всех случаях аллергии, о наличии всех имеющихся у меня заболеваний, травм и ранее выполненных операций. Мне названы и со мной согласованы технологии (методы) и материалы, которые будут использоваться в процессе лечения, а также сроки проведения лечения. Я даю разрешение проводить осмотры, рентгенологические и инструментальные исследования, делать оттиски, фотографии, видеосъемку, инъекции лекарственных препаратов, другие медицинские вмешательства, которые будут необходимы для обеспечения качества и безопасности лечения. Я имел возможность задавать все интересующие меня вопросы и получил на них понятные и исчерпывающие ответы. Мне было разъяснено значение нумерации зубов и всех медицинских терминов и сокращений, упомянутых в данном документе.

Я понимаю, что в случае возникновения осложнений, не связанных с дефектами оказания медицинской помощи, о которых я уведомлен в Информированном добровольном согласии, которые возникли вследствие естественных изменений моего организма или внешних причин, а также в следствии нарушения рекомендаций лечащего врача, стоимость повторного лечения взимается на общих основаниях в полном объеме. Понимая сущность предложенного лечения и уникальность собственного организма, я понимаю, что положительный результат лечения не может быть гарантирован, однако мне гарантировано проведение лечения специалистом соответст­вующей квалификации, применение разрешенных в РФ материалов и инструментов с соблюдением соответст­вующих стандартов и протоколов лечения. Я уведомлен(а), что появление симптомов аллергии на компоненты материалов, о которых врачу и пациенту не было известно до начала лечения, не является гарантийным случаем, поскольку подобное осложнение предсказать до начала лечения невозможно и оно не является следствием неправильных действий врача. В этом случае переделка, удаление или замена стоматологических конструкций с целью устранения аллергии осуществляется платно по прайсу Исполнителя.

Я разрешаю сообщать информацию о моем лечении следующим лицам:

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

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

(подпись) (Ф.И.О. медицинского работника)

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

(подпись) (Ф.И.О. пациента)

"\_\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_\_ г.