



ВИДЫ И МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ В ООО «СТОМИОН», ИХ РИСКИ И ПОСЛЕДСТВИЯ

Профессиональная гигиена полости рта – это комплекс процедур, направленных на оздоровление органов и тканей полости рта и профилактику возникновения и прогрессирования стоматологических заболеваний. Во время процедуры с поверхности зубов удаляется то, что невозможно удалить, проводя ежедневную индивидуальную гигиену в домашних условиях: плотный зубной налет, пигментированный налет, зубные камни.

Цель медицинской манипуляции: профилактика заболеваний зубов и тканей пародонта.

Этапы профессиональной гигиены:

1. Очищение зубов (снятие мягкого и твердого налета) специальными щеточками, зубной нитью и пастой. При необходимости применяется аппаратное очищение.
2. Полирование эмали зубов.
3. Нанесение специального минерального геля для укрепления эмали.
4. Обучение индивидуальной гигиене полости рта.

Возможные осложнения: отсутствуют.

Возможные дискомфортные состояния: Ощущения пациента зависят от индивидуальной чувствительности организма. Как правило, процедура безболезненна и не требует обезболивания. Неприятные ощущения могут быть вызваны необходимостью установки ретрактора, применением пылесоса и слюноотсоса (рвотный рефлекс, пересушивание), легким покалыванием слизистой. Иногда после гигиены возможна болевая реакция на холодные раздражители и дискомфорт при чистке зубов в домашних условиях щеткой с пастой. Эти ощущения проходят через 1-2 дня.

Если у пациента имеется повышенная чувствительность зубов, обусловленная оголением корней, то по желанию пациента процедуру профессиональной гигиены полости рта можно проводить под местной анестезией. Возможными осложнениями анестезии являются отек мягких тканей, кровоизлияние в месте укола, снижение внимания, аллергические реакции.

Прогнозы: снижение микробной нагрузки, восстановление естественного цвета зубов.

Реминерализующая терапия – это лечебно-восстановительная методика, способствующая приведению в норму минерального состава зубной эмали, проводится с целью профилактики кариеса и лечения очаговой деминерализации зубов, повышения устойчивости зубов к кариесу.

Основными структурными элементами зубов являются кальций и фосфор, на долю которых в среднем приходится 57 % массы здоровой эмали зуба. Именно поэтому реминерализацию зубов проводят с применением составов, содержащих кальций и фосфор. Для повышения эффективности ремтерапии сочетают с применением фторидсодержащих препаратов (фтор участвует в формировании зубов и костей).

Процедура проведения:

1. Проводится профессиональная гигиена полости рта для удаления всех зубных отложений, поскольку реминерализующие средства должны вступать в контакт с непосредственно эмалью.
2. После профессиональной гигиены на зубы специальной щеточкой наносится назначенный врачом препарат. Аппликации, как правило, проводятся в течение 2-3 сеансов 1-2 раза в год.

Возможные дискомфортные состояния: попадание небольшого количества препарата со слюной в желудочно-кишечный тракт, необходимость не разговаривать в течение времени, пока капля находится в полости рта.

Возможные осложнения: разжевывание капли и попадание отдельных ее элементов в желудочно-кишечный тракт.

Прогнозы: проведение реминерализации 1-2 раза в год способствует снижению интенсивности прироста кариеса зубов на 36-40 %.

Результатом **терапевтического лечения** является устранение воспалительного процесса в каналах зуба и восстановление целостности твердых тканей зуба при помощи пломбировочных материалов. Последствиями отказа от данного лечения могут быть: инфекционные осложнения, прогрессирование кариозного процесса и переход его в запущенную стадию с поражением пульпы зуба и окружающей кости, близлежащих клетчаточных пространств, перелом зуба при отказе от покрытия зуба коронкой или накладкой после проведенного эндодотического лечения, прогрессирование зубоальвеолярных деформаций, дальнейшее снижение эффективности жевания, ухудшение эстетики, нарушение функции речи, прогрессирование заболеваний пародонта, быстрая утрата оставшихся зубов, заболевание жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава, общесоматические заболевания желудочно-кишечного тракта, нейропатология, появление либо нарастание болевых ощущений; образование кисты; потеря зуба, а также системные проявления заболеваний зубов и полости рта. Меня также ознакомили с возможными альтернативными вариантами лечения, которые в моем случае будут иметь меньший клинический успех.

Альтернативными методами лечения являются: удаление пораженного зуба (зубов); отсутствие лечения как такового, хирургическое вмешательство (апикальная хирургия).

Возможные осложнения, которые могут произойти во время лечения: высокий процент успешности проведения терапевтического лечения (более 80%) не исключает определенный процент (5-10%) неудач, что может потребовать: повторной установки пломбы, перелечивания корневых каналов в будущем, периапикальной хирургии (резекции) и даже удаление зуба.

Во время **лечения корневых каналов** возможна поломка эндоинструмента, что может повлечь за собой невозможность его удаления из корневого канала, либо эндоинструмент может перфорировать стенку корня, а также выведение пломбировочного материала в периапикальные ткани (это возможно при широком(их) корневом(ых) канале(ах) и периапикальном процессе верхушке(ек) корня(ей)). Такие осложнения могут стать причиной неудачи эндодонтического лечения и повлечь за собой удаление зуба.

При лечении инфицированных и ранее леченных корневых каналов процент успеха эндодонтического лечения значительно снижается (до 60%), что связано: со случаями, если каналы ранее были пломбированы в другой клинике твердеющими препаратами, резорцин-формалиновым методом, в каналах имеются сломанные эндоинструменты, металлические и стекловолоконные штифты и вкладки, тогда часто невозможно удалить старую корневую пломбу и пройти канал на всю длину; с ситуацией, если уже имеются перфорации корней и стенок зуба, ступеньки и ложные каналы; с сильной кальцификацией корневых каналов, что повышает вероятность возникновения различных осложнений (перфораций, поломки эндоинструментов). При лечении искривленных корневых каналов также имеется более высокий процент поломки эндоинструментов, перфораций и переломов корня.

При лечении **ранее леченных корневых** каналов визуализированный при рентгенологическом исследовании, выведенный за верхушку корневых каналов пломбировочный материал и/или эндоинструментарий, может являться причиной воспалительного процесса в периапикальных тканях зуба. Сложные клинические ситуации могут повлиять на конечный результат эндодонтической терапии и стать причиной удаления зуба.

Если возникает необходимость лечения корневых каналов зуба, покрытого одиночной коронкой, либо являющегося опорой несъемного или съемного протеза, то при создании доступа к корневым каналам данного зуба и его изоляции коффердамом может произойти повреждение ортопедической конструкции (например, перелом коронки), либо может возникнуть необходимость снятия всей ортопедической конструкции (при этом также возможно ее необратимое повреждение). Также при попытке снять ортопедическую конструкцию или извлечь из канала штифт или вкладку может произойти перелом самого зуба, что может привести к его удалению.

Установка пломбы на депульпированный зуб не является конечным этапом его лечения. Существует необходимость обязательного восстановления постоянной пломбой или вкладкой коронковой части зуба после проведения эндодонтического лечения в течение 2 недель и необходимость покрытия депульпированного зуба постоянной ортопедической конструкцией (вкладкой или коронкой) в строки до 1 месяца после постоянной пломбировки корневых каналов; в противном случае лечение может потерпеть неудачу ввиду перелома и удаления зуба либо потребовать повторного перелечивания корневых каналов за счет Пациента. В случае нарушения этих рекомендаций Исполнитель за результаты лечения депульпированного зуба ответственности не несет. Есть необходимость рентгенологического контроля качества лечения как в процессе лечения, так и после него согласно рекомендациям врача и графику контрольных осмотров.

Необходимость строго следовать этапам лечения, важность соблюдения рекомендаций по срокам лечения, а также необходимо полное восстановление целостности зубных рядов с помощью ортопедических конструкций. Хотя предложенное лечение поможет сохранить стоматологическое здоровье, оно является вмешательством в биологический организм и как любая медицинская операция не может иметь стопроцентной гарантии на успех даже при идеальном выполнении всех клинических этапов. Через какое-то время, которое зависит от индивидуальной скорости протекания инволютивных процессов, возникает необходимость коррекции либо переделки корневых и коронковых пломб.

Для терапевтического лечения проводится процедура механического препарирования (снятия слоя измененных твердых тканей), которая является необратимой. Не всегда возможно поставить точный диагноз (кариес или пульпит) и спланировать соответствующее лечение. Для лечения зубов с глубокими и обширными полостями даже после постановки постоянной пломбы может потребоваться депульпирование зуба и лечение (перелечивание ранее пломбированных) корневых каналов в нем, и что присутствие такой рекомендации врача в предварительном плане лечения нужно для получения наилучшего результата лечения. Также наиболее предпочтительным для здоровья и лучшего долгосрочного прогноза является сохранение жизнеспособности пульпы. В случае сохранения жизнеспособности пульпы зуба с ранее имевшейся в нем кариозной полостью или глубоком клиновидном дефекте, стираемости, существует риск воспаления пульпы зуба и (или) развития воспалительного процесса в тканях вокруг корня зуба как в процессе, так и после постановки постоянной пломбы. В этом случае за дополнительную плату, согласно действующему Прейскуранту, будет проведено лечение корневых каналов опорного зуба наиболее рациональным и безопасным способом. Коррекция корневых и коронковых пломб (необходимые для индивидуализации и получения наилучшего результата), шлифовка готовых пломб по прикусу, неполное их совпадение по цвету, форме и прозрачности с соседними зубами и искусственными конструкциями и при различном освещении являются конструктивной особенностью данной медицинской услуги и не относятся к существенным недостаткам оказанных услуг.

При **острой боли** результатом эндодонтического лечения является устранение острого воспалительного процесса в корневых каналах и/или периапикальных тканях зуба. Последствиями отказа от данного лечения могут быть: инфекционные осложнения, прогрессирование воспалительного процесса и переход его в запущенную стадию с поражением кости, близлежащих клетчаточных пространств; прогрессирование зубоальвеолярных деформаций; дальнейшее снижение эффективности жевания; ухудшение эстетики; нарушение функции речи; прогрессирование заболеваний пародонта; быстрая утрата оставшихся зубов; заболевание жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава; общесоматические заболевания желудочно-кишечного тракта; нейропатология; появление либо нарастание болевых ощущений; образование кисты; потеря зуба, а также системные проявления заболеваний зубов и полости рта.

Возможные осложнения, которые могут произойти во время эндодонтического лечения: во время лечения корневых каналов возможна поломка эндоинструмента, что может повлечь за собой невозможность его удаления из корневого канала, либо эндоинструмент может перфорировать стенку корня, а также выведение пломбирочного материала в периапикальные ткани (это возможно при широком(их) корневом(ых) канале(ах) и периапикальном процессе верхушке(ок) корня(ей)). Такие осложнения могут стать причиной неудачи эндодонтического лечения и повлечь за собой удаление зуба.

Последствия отказа от хирургического лечения могут быть: прогрессирование заболевания, развитие инфекционных осложнений, появление болевых ощущений, а также обострение системных заболеваний организма. Основных преимуществ и риске хирургического лечения, включая вероятность осложнений: основные осложнения оперативного лечения обусловлены в первую очередь анатомо-физиологическими особенностями организма. Хирургическое лечение в области верхней челюсти проводится при непосредственной близости к верхнечелюстной (гайморовой) пазухе. При перфорации дна пазухи носа возможно воспалительное осложнение в этой области. При хирургическом вмешательстве в области нижней челюсти при непосредственной близости зоны вмешательства к нижнечелюстному каналу возможно онемение языка, губ, подбородка, тканей нижней челюсти. Осложнения оперативного лечения также могут быть обусловлены наличием уже имеющегося хронического либо острого патологического процесса челюстно-лицевой области.

Длительное заживление послеоперационной раны, ее возможное инфицирование, наличие после удаления зуба острых краев лунки, частичное или полное расхождение швов, образование послеоперационных рубцов считаются особенностями проведения хирургических вмешательств и не являются существенными недостатками оказанных медицинских услуг. При надлежащем выполнении медицинского вмешательства в редких случаях возникают нижеперечисленные осложнения: болевые ощущения в течение послеоперационного периода; припухлость мягких тканей; повышение температуры тела и наличие общих симптомов интоксикации; ограничение открывания рта и увеличение лимфатических узлов. Возможны альтернативные способы лечения, их преимущества и недостатки. В ряде конкретных случаев хирургическое вмешательство является единственным способом лечения.

Послеоперационный, восстановительный процесс строго индивидуален по длительности и характеру лечения, и дискомфорт послеоперационного состояния может сохраняться 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 оперативного лечения, направленного на пластическое замещение костного дефекта. Вследствие оперативного лечения возможно возникновение онемения в области оперативного вмешательства, формирование рубца.

Существует необходимость применения местной инъекционной анестезии с целью обезболивания медицинских манипуляций. Без анестезии хирургическое вмешательство не может производиться. 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 в зависимости от вида анестетика и индивидуальной восприимчивости организма и проявляется в виде временной потери чувствительности в области обезболивания. Применение анестезии может привести к аллергическим реакциям организма на медикаментозные препараты, шоку, травматизации нервных окончаний и другими осложнениями. Введение анестетика проводится при помощи иглы, что травмирует мягкие ткани и может вызвать образование внутреннего кровотечения и гематомы, отека десны в области инъекции, ограничение открывания рта, которые могут сохраняться в течение нескольких дней и дольше.

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. Необходимо проинформировать лечащего врача обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам и лекарственным средствам в прошлом и об аллергии в настоящее время, а также о всех имеющихся заболеваниях.

При лечении инфицированных и ранее леченных корневых каналов процент успеха эндодонтического лечения значительно снижается (до 60%), что связано: со случаями, если каналы ранее были пломбированы в другой клинике твердеющими препаратами, резорцин-формалиновым методом, в каналах имеются сломанные эндоинструменты, металлические и стекловолоконные штифты и вкладки, тогда часто невозможно удалить старую корневую пломбу и пройти канал на всю длину; с ситуацией, если уже имеются перфорации корней и стенок зуба, ступеньки и ложные каналы; с сильной кальцификацией корневых каналов, что повышает вероятность возникновения различных осложнений (перфораций, поломок эндоинструментов). При лечении искривленных корневых каналов также имеется более высокий процент поломок эндоинструментов, перфораций и переломов корня.

При лечении ранее леченных корневых каналов, визуализированный при рентгенологическом исследовании выведенный за верхушку корневых каналов пломбировочный материал и/или эндоинструментарий может являться причиной воспалительного процесса в периапикальных тканях зуба. Все эти сложные клинические ситуации могут повлиять на конечный результат эндодонтической терапии и стать причиной удаления зуба.

Если возникает необходимость лечения корневых каналов зуба, покрытого одиночной коронкой либо являющегося опорой несъемного или съемного протеза, то при создании доступа к корневым каналам данного зуба и его изоляции коффердамом может произойти повреждение ортопедической конструкции (например, перелом коронки) либо может возникнуть необходимость снятия всей ортопедической конструкции (при этом также возможно ее необратимое повреждение). Также при попытке снять ортопедическую конструкцию или извлечь из канала штифт или вкладку может произойти перелом самого зуба, что может привести к его удалению.

Если возникает необходимость в оперативном хирургическом лечении, то причинный(ые) зуб/зубы покрытый(ые) одиночной(ыми) коронкой(ами) либо являющийся(иеся) опорой(ами) несъемного или съемного протеза, то при создании доступа может возникнуть необходимость снятия как всей ортопедической конструкции, так и ее отдельной единицы путем сепарации ортопедической конструкции с последующим изготовлением временной ортопедической конструкции.

Установка пломбы на депульпированный зуб не является конечным этапом его лечения, существует необходимость обязательного восстановления постоянной пломбой или вкладкой коронковой части зуба после проведения эндодонтического лечения в течение 2 недель и необходимость покрытия депульпированного зуба постоянной ортопедической конструкцией (вкладкой или коронкой) в сроки до 1 месяца после постоянной пломбировки корневых каналов; в противном случае лечение может потерпеть неудачу ввиду перелома и удаления зуба либо потребовать повторного перелечивания корневых каналов за счет Пациента. В случае нарушения этих рекомендаций Исполнитель за результаты лечения депульпированного зуба ответственности не несет.

Существует необходимость рентгенологического исследования челюстей до лечения, во время лечения и при проведении периодических контрольных осмотров. При отказе от рентгенологического обследования врач не сможет провести качественное гарантированное лечение и исключить осложнения после лечения. При проведении рентгеновского обследования соблюдаются необходимые меры радиационной безопасности и предоставляются индивидуальные средства защиты.

Терапевтические виниры – это пломбирование передней поверхности зубов композитным светоотверждаемым материалом. Изготавливаются виниры следующим образом: под анестезией производится шлифовка эмали на передней поверхности зуба, медикаментозная обработка поверхности, протравливание эмали кислотой для её обезжиривания и лучшей адгезии (прилипания) пломбировочного материала винира. Затем врач-стоматолог послойно наносит пломбировочный материал, комбинируя различные цвета. Каждый слой при этом засвечивается полимеризационной лампой. Терапевтическая реставрация зуба виниром проводится за одно посещение.

Реставрация зуба при помощи винира является сложной процедурой, поскольку очень сложно повторить цвет, форму, структуру поверхности и индивидуальные особенности фронтального зуба при помощи композитного материала.

К возможным альтернативным вариантам лечения относится в том числе протезирование зубов.

Необходимо применение обезболивания (местной инъекционной анестезии) с целью обезболивания медицинских манипуляций. Местная анестезия проводится в области выполняемой манипуляции и предусматривает одну или несколько инъекций (уколов) с использованием одноразовых игл и карпул. Длительность эффекта может варьироваться от 15 мин до нескольких часов в зависимости от вида анестетика и индивидуальной восприимчивости организма и проявляется в потере чувствительности в области обезболивания и временном ощущении припухлости.

Применение анестезии может привести в редких случаях к аллергическим реакциям организма на медикаментозные препараты, шоку, травматизации нервных окончаний и другим осложнениям. Введение раствора проводится при помощи иглы, что травмирует мягкие ткани и может вызвать образование внутреннего кровотечения и гематомы, отечность десны в области инъекции, ограничение открывания рта, которые могут сохраняться в течение нескольких дней и дольше.

Обезболивание затруднено при выраженном стрессе, в области существующего воспаления, в области моляров нижней челюсти, после употребления алкогольных или наркотических веществ.

Отбеливание является не медицинской, а косметической процедурой, не содержит в себе никакого лечебного эффекта, не ведет к улучшению состояния здоровья зубов и полости рта, не имеет медицинских показаний к применению и выполняется по желанию пациента при отсутствии противопоказаний. Не более чем за 2 недели перед проведением отбеливания зубов обязательно нужно провести профессиональную гигиену зубов у стоматолога.

Существуют следующие методы отбеливания: клиническое, домашнее, смешанное.

Пациенту необходимо получить подробные объяснения по поводу состояния зубов и полости рта. При проведении лечебных манипуляций по отбеливанию зубов существует определенная степень риска:

- после проведения сеансов отбеливания есть риск не достигнуть необходимого результата, то есть отбеливающий эффект будет незначительным или может отсутствовать полностью. Отсутствие

эффекта от отбеливания не освобождает пациента от оплаты, поскольку все выполнено согласно медицинскому протоколу, а подобный результат относится к непрогнозируемым индивидуальным особенностям организма пациента.

- достигнутый результат может очень быстро исчезнуть, то есть зубы могут снова вернуться к первоначальному цвету
- возможно повышение чувствительности зубов в течение первых дней после отбеливания, то есть появится болезненность при действии горячего, холодного, кислого, сладкого. Эти ощущения обычно проходят в течение нескольких дней.
- возможно появление болезненности десневого края, а также видимые незначительные его изменения и повреждения: шероховатость, покраснение, побледнение
- после отбеливания возможен риск возникновения значительного цветового различия между собственными тканями зуба и пломбами, а также протезами, которые имеются в полости рта. Это происходит в силу того, что отбеливающие системы не оказывают какого-либо воздействия на пломбировочные материалы и зубные протезы. Искусственные конструкции в полости рта после проведения отбеливания для соответствия их цвета цвету отбеленных зубов возможно придется переделать для уменьшения цветовых различий, что может повлечь дополнительные финансовые расходы.

Есть альтернативные методы лечения, направленные на осветление зубов: изготовление прямых композитных реставраций, изготовление не прямых композитных керамических реставраций, протезирования зубов.

Отбеливание не проводится лицам до 18 лет, а также при проведении ортодонтического лечения.

При наличии кариозных полостей в области фронтальной группы зубов и премоляров на верхней и (или) нижней челюсти, перед отбеливанием необходимо произвести герметизацию дефектов тканей зуба, используя временные пломбировочные материалы. При наличии неадекватного краевого прилегания пломбы к тканям зуба дефекты необходимо устранить.

Реставрацию или реконструкцию дефектов твердых тканей зубов, подвергшихся отбеливанию, рекомендуется проводить через 7 и более дней, так как в процессе депигментации твердых тканей зуба создаются условия, снижающие адгезивную способность современных композитных материалов. Определение цвета облицовки ортопедических конструкций рекомендуется проводить не ранее, чем через 2 дня после проведения отбеливания зубов. Отбеливание не проводится лицам до 18 лет, а также при проведении ортодонтического лечения.

Для достижения желаемого результата эта процедура может быть выполнена в один-два визита или больше посещений в зависимости от индивидуальных особенностей зубов. Каждое посещение будет занимать от часа до полутора часов. При проведении клинического отбеливания более чем в одно посещение, перерыв между процедурами может составлять от одной до двух недель. Если проходит более двух недель, результаты могут быть менее значительными, т.е. эффективность процедуры будет потеряна.

В случае изначальной повышенной чувствительности зубов необходимо проведение процедуры по снижению чувствительности до и после отбеливания.

При курении и употреблении продуктов, содержащих красящие вещества (в том числе чай и кофе), а также при недостаточном соблюдении гигиены полости рта, возрастает риск потемнения зубов. Поэтому, начиная лечебные манипуляции по отбеливанию, необходимо исключить эти продукты и привычки, скорректировать свой образ жизни и не реже одного раза в полгода приходить на прием к врачу для прохождения контрольного осмотра.

После проведения отбеливания в 70-90% случаев в течение 2-х недель происходит потемнение зубов примерно на 0,5 - 1 тон. По данным зарубежных и российских стоматологов, отбеленные зубы могут сохранять достигнутый цвет в течение 6 месяцев - 5 лет.

Результат отбеливания, даже при соблюдении всех правил, предсказать очень трудно.

Необходимо проинформировать лечащего врача обо всех неприятных ощущениях, возникающих при проведении процедур отбеливания.

Правила поведения пациента после проведения процедуры отбеливания зубов:

1. в течение следующих 48 часов необходимо исключить употребление таких красящих продуктов как: кола, красное вино, соевый соус, кофе или чай, табак, горчица, ягоды, красные соусы, свекла;
2. в течение следующих 48 часов необходимо исключить употребление фруктов (особенно citrusовых), а также фруктовых соков и газированных напитков, поскольку это может стать причиной повышенной чувствительности;
3. в течение двух недель с момента окончания последней процедуры отбеливания не употреблять кофе, крепкий черный чай, красное вино и иные красящие продукты, а также исключить курение, чтобы предотвратить вероятность появления на эмали зубов пятен;
4. при использовании системы домашнего отбеливания зубов, прозрачную диету необходимо соблюдать на протяжении всего периода отбеливания и плюс 48 часов после окончания курса процедур.

Ожидаемый результат лечения не гарантирован, однако, гарантировано проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, применение им качественных материалов и инструментов с соблюдением соответствующих методик и правил санитарно-эпидемиологического режима.

Для контроля качества проведенной процедуры необходимо приходить на контрольные осмотры в назначенное время.

После проведения процедуры отбеливания рекомендуется отказаться от курения и чрезмерного употребления кофе и других продуктов, содержащих красящие вещества.

Только во время оперативного вмешательства может быть окончательно определен объем операции (его расширение или отказ от запланированного объема). **Лечение абсцесса полости рта** заключается в его хирургическом вскрытии и последующем дренировании (выведении гнойного содержимого абсцесса). Если абсцесс большого размера, то устанавливается дренаж, что обеспечивает отток гноя. Швы накладываются по усмотрению лечащего врача.

Последствия отказа от хирургического лечения могут быть: прогрессирование заболевания, развитие инфекционных осложнений, появление болевых ощущений, а также обострение системных заболеваний организма.

Основные осложнения оперативного лечения обусловлены в первую очередь анатомо-физиологическими особенностями организма. Хирургическое лечение в области верхней челюсти проводится при непосредственной близости к верхнечелюстной (гайморовой) пазухе. При перфорации дна пазухи носа возможно воспалительное осложнение в этой области. При хирургическом вмешательстве в области нижней челюсти, при непосредственной близости зоны вмешательства к нижнечелюстному каналу возможно онемение языка, губ, подбородка, тканей нижней челюсти. 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.

При надлежащем выполнении медицинского вмешательства в редких случаях возникают нижеперечисленные осложнения:

- Возможность болевых ощущений в течение послеоперационного периода;
- Возможность сохранения припухлости мягких тканей;
- Повышение температуры и наличие общих симптомов интоксикации;
- Ограничение открывания рта, увеличение лимфатических узлов;
- После операции вскрытия и дренирования абсцесса полости рта возможны такие осложнения как рецидив абсцесса и кровотечение.

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 послеоперационного дефекта непрогнозируемо и может привести к необходимости последующего этапа оперативного лечения. Вследствие оперативного лечения возможно возникновение онемения в области оперативного вмешательства, формирование рубца.

Существует необходимость применения местной инъекционной анестезии с целью обезболивания медицинских манипуляций. Без анестезии хирургическое вмешательство не может производиться. 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 в зависимости от вида анестетика и индивидуальной восприимчивости организма и проявляется в виде временной потери чувствительности в области обезболивания.

Основные осложнения **одномоментной имплантации** обусловлены анатомо-физиологическими особенностями организма. Удаление зуба верхней челюсти проводится в непосредственной близости к верхнечелюстной (гайморовой) пазухе. При перфорации дна пазухи носа возможно воспалительное осложнение в этой области. При хирургическом вмешательстве в области нижней челюсти при непосредственной близости зоны вмешательства к нижнечелюстному каналу возможно онемение языка, губ, подбородка, тканей нижней челюсти, развитие послеоперационных отеков и кровотечений.

Осложнения оперативного лечения также могут быть обусловлены наличием уже имеющегося хронического или острого патологического процесса челюстно-лицевой области, также могут включать в себя в редких случаях временное ограниченное открывание рта, повреждение имеющихся зубов, переломы кости верхней и нижней челюсти.

В ряде конкретных случаев удаление зуба является единственным способом лечения.

Операция будет проводиться под местным обезболиванием. Во время операции в костную ткань челюсти внедряются имплантаты и(или) мембраны, винты, пины, мягкотканые (ауто- или ксено- мягкотканые трансплантаты) и костно-пластические материалы (животного, синтетического, аутологичного происхождения), и накладываются швы. Операция проводится по общепринятой методике с использованием сертифицированных стоматологических материалов. После операции через определенный период времени, необходимый для интеграции имплантатов, изготавливаются и устанавливаются зубные протезы с опорой на имплантаты. Имплантаты будут выполнять функцию опоры для зубного протеза самостоятельно или в сочетании с собственными зубами.

Только во время оперативного вмешательства может быть окончательно определен объем операции (его расширение или отказ от запланированного объема), поэтому есть вероятность возможного увеличения стоимости при увеличении объема операции. При невозможности установки имплантатов из-за состояния костной ткани операция может быть прекращена либо проведена подготовка места для установки имплантатов путем мягкотканой пластики или аугментации кости (синус-лифтинг, расщепление гребня, пересадка костных блоков) либо выполнены прочие манипуляции согласно решению врача. Имплантаты в этом случае могут быть установлены как одномоментно, так и отсрочено после формирования мягких и костных тканей в сроки,

рекомендованные лечащим врачом. Мягкотканная и костная пластика являются отдельными от установки имплантатов услугами и требуют дополнительной оплаты по прайсу Исполнителя на момент оказания услуги. В процессе лечения с применением имплантатов может потребоваться несколько операций по костной и мягкотканной пластике, необходимых для получения наилучшего клинического и эстетического результата лечения.

Во время и после операции в редких случаях могут возникнуть нижеперечисленные осложнения:

- болевые ощущения в течение послеоперационного периода;
- воспаление тканей вокруг имплантатов, что потребует дополнительного лечения и может привести к удалению имплантатов;
- припухлость, отек, болевые ощущения, кровотечения;
- инфицирование раны, прилегающих тканей или сосудистой системы в случае осложнений, не соблюдения предписанных врачом назначений, рекомендаций и правил гигиены;
- общее недомогание, гипертермия, увеличение лимфатических узлов, онемение губы, языка, щеки, подбородка, зубов;
- в крайне редких случаях при аномальном расположении зуба - повреждение имеющихся зубов, переломы кости верхней и нижней челюсти;
- перфорация верхнечелюстного синуса, в связи с чем лечащим врачом будет принято решение о продолжении или прекращении оперативного вмешательства.

Точную продолжительность этих побочных ощущений и осложнений невозможно прогнозировать, и в крайне редких случаях они могут быть необратимыми.

Понимая сущность предложенного лечения и сложность биологического организма человека невозможно гарантировать 100% достижение результата лечения и что ожидаемый результат может отличаться от полученного в результате вмешательства. Возможны случаи неблагоприятного исхода операции в виде неприживления имплантата, мягкотканного трансплантата и костно-пластического материала. При неблагоприятном исходе операции (удаление или отторжение имплантата), явившимся следствием индивидуальной реакции организма на проведенное вмешательство и не связанном с нарушением Исполнителем общепринятых правил и методик оказания соответствующих услуг, Исполнитель за такие осложнения ответственности не несет.

Курение, приём алкоголя, наркотиков, наличие и обострение имеющихся и вновь возникших заболеваний, полученные острые травмы, снижают успех лечения. Необходимо выполнять рекомендации врача по приёму лекарственных препаратов в до и послеоперационном периоде, по уходу за полостью рта, отказу от вредных привычек, изменению режима и характера питания, регулярно приходить на контрольные осмотры (по графику, оговоренному с врачом и записанному в амбулаторной карте стоматологического больного).

Необходимо информировать врача обо всех случаях аллергии в прошлом и настоящее время, незамедлительно сообщать лечащему врачу обо всех изменениях здоровья.

Существует необходимость применения местной инъекционной анестезии с целью обезболивания медицинских манипуляций. Без анестезии хирургическое вмешательство производиться не может. 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 потере чувствительности в области обезболивания.

Перелом центрального винта – это осложнение, характеризующееся механическим повреждением винта, фиксирующего абатмент к имплантату. Перелом центрального винта и/или абатмента возникает как следствие перегрузки конструкции в сборе (имплантат-абатмент-винт).

Метод лечения перелома центрального винта и/или абатмента, заключается в удалении оставшегося фрагмента винта и /или абатмента, возможно с дальнейшим изготовлением новой ортопедической конструкции. Альтернативным методом лечения является: удаление имплантата.

При извлечении фрагмента и /или абатмента положительный результат не гарантирован, однако гарантировано проведение лечение специалистом соответствующей квалификации, использование им только разрешенных к применению в РФ медицинских изделий и лекарственных препаратов, соблюдение санитарно-гигиенического и противоэпидемического режимов.

Часто возникают препятствия для извлечения фрагмента винта и/или абатмента, которые не позволяют выполнить все манипуляции в полном объеме, иногда такие препятствия создают риск перфорации стенки имплантата и повреждения шахты или внутренней резьбы имплантата. Подобными препятствиями могут быть: заклинивание фрагмента винта или абатмента в имплантате, имплантат неизвестной фирмы, неправильно позиционированный имплантат. Что в свою очередь может привести к удалению имплантата.

Ни врач, проводящий извлечение фрагмента винта и/или абатмента, ни клиника не предоставляют никаких гарантий на положительный результат данной медицинской услуги, так как данный метод лечения не имеет высокого процента клинического успеха (не более 30%) и является всего лишь попыткой сохранения имплантата. Данный метод лечения не может иметь стопроцентной гарантии на успех.

Возможные последствия и осложнения после проведенного медицинского вмешательства:

- повреждение шахты имплантата;
- повреждение внутренней резьбы имплантата;
- перфорация стенки имплантата.

Ввиду специфики медицинской деятельности невозможно предоставить гарантии, что в области этого имплантата не будет повторного повреждения имплантата в сборе абатмент-винт, даже при успешном завершении лечения. Необходимо точно и тщательно выполнять рекомендации врача во время и после проведенного лечения.

Операция **по пластике альвеолярного гребня (отростка), синус-лифтинг** проводится под местным обезболиванием. Во время операции в костную ткань челюсти внедряются костно-пластические материалы (животного, синтетического, аутологичного происхождения) и(или) мембраны, винты, пины и накладываются швы. Операция проводится по общепринятой методике с использованием сертифицированных стоматологических материалов.

Только во время оперативного вмешательства может быть окончательно определен объем операции (его расширение или отказ от запланированного объема), поэтому возможно увеличение стоимости при увеличении объема операции. В процессе лечения с применением костно-пластических материалов может потребоваться несколько операций по костной пластике, необходимых для получения наилучшего клинического и эстетического результата лечения.

Во время и после операции в редких случаях могут произойти нижеперечисленные осложнения:

- воспаление тканей в области проведенной операции, что требует дополнительного лечения и может привести к удалению костно-пластического материала;
 - припухлость, отек, болевые ощущения, кровотечения;
 - инфицирование раны, прилегающих тканей или сосудистой системы в случае осложнений, не соблюдения предписанных врачом назначений, рекомендаций и правил гигиены;
 - общее недомогание, гипертония, увеличение лимфатических узлов.
- перфорация верхнечелюстного синуса, в связи с чем лечащим врачом будет принято решение о продолжении или прекращении оперативного вмешательства.

В случае перфорации верхнечелюстного синуса операция может быть окончена и проведена повторно через 2 месяца.

Точную продолжительность этих побочных ощущений и осложнений невозможно прогнозировать, и в крайне редких случаях они могут быть необратимыми;

Понимая сущность предложенного лечения и сложность биологического организма человека, невозможно гарантировать 100% достижение результата лечения, ожидаемый результат может отличаться от полученного в результате вмешательства. В связи с этим, возможны случаи неблагоприятного исхода операции в виде неприживания костно-пластического материала. При неблагоприятном исходе операции (удаление или отторжение костно-пластического материала), явившимся следствием индивидуальной реакции организма на проведенное вмешательство и не связанном с нарушением Исполнителем общепринятых правил и методик оказания соответствующих услуг, Исполнитель за такие осложнения ответственности не несет.

Курение, приём алкоголя, наркотиков, наличие и обострение имеющихся и вновь возникших заболеваний, полученные острые травмы, снижают успех лечения. Необходимо выполнять рекомендации врача по приёму лекарственных препаратов в до- и послеоперационном периоде, уходу за полостью рта, отказу от вредных привычек, изменению режима и характера питания, регулярно приходить на контрольные осмотры (по графику, оговоренному с врачом и записанному в амбулаторной карте стоматологического больного).

Существует необходимость применения местной инъекционной анестезии с целью обезболивания медицинских манипуляций. Без анестезии хирургическое вмешательство производиться не может. 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 в зависимости от вида анестетика и индивидуальной восприимчивости организма. Эффект местной анестезии проявляется в виде временной потере чувствительности в области обезболивания.

Применение анестезии может привести к аллергическим реакциям организма на медицинские препараты, шоку, травматизации нервных окончаний и другими осложнениями.

Введение раствора проводится при помощи иглы, что травмирует мягкие ткани и может вызвать образование внутреннего кровотечения и гематомы, онемение и отечность десны в области инъекции, ограничение открывания рта, которые могут сохраняться в течение нескольких дней и дольше.

Обезболивание затруднено при выраженном стрессе, в области существующего воспаления, в области моляров нижней челюсти, после употребления алкогольных или наркотических веществ. Я осведомлен(а) о возможных осложнениях во время приема анальгетиков и антибиотиков.

Необходимо рентгенологическое исследование челюстей до лечения, во время лечения и при проведении периодических контрольных осмотров.

При отказе от рентген-обследования в виде трехмерной компьютерной томографии врач не сможет провести качественное лечение и исключить осложнения после лечения.

В случае возникновения осложнений и которые возникли вследствие естественных изменений организма, связанных со случаями аллергии или индивидуальной реакции организма на вмешательство, стоимость повторного лечения взимается на общих основаниях в полном объеме.

Длительное заживление послеоперационной раны, ее возможное инфицирование, частичное или полное расхождение швов, вымывание элементов костно-замещающих материалов из раны, прорезывание частей фиксирующих винтов, пинов и мембран, образование послеоперационных рубцов, визуализация отдельных единичных частиц костно-пластического материала при рентген-обследовании в верхнечелюстом

синусе, неприживление или рассасывание костно-пластического материала считаются особенностями проведения хирургических вмешательств и не являются существенными недостатками оказанных медицинских услуг.

Операция **установки ортодонтического винта** проводится под местным обезболиванием. Во время операции в костную ткань челюсти внедряются ортодонтические имплантаты. Операция проводится по общепринятой методике с использованием сертифицированных стоматологических материалов.

Только во время оперативного вмешательства может быть окончательно определен объем операции (его расширение или отказ от запланированного объема), поэтому вероятно возможное увеличение стоимости при увеличении объема операции. При невозможности установки ортодонтических имплантатов из-за состояния костной ткани операция будет прекращена. Ортодонтические имплантаты в этом случае могут быть установлены отсрочено после изготовления навигационных хирургических шаблонов в сроки, рекомендованные лечащим врачом. Изготовление навигационных хирургических шаблонов являются отдельными от установки ортодонтических имплантатов услугами и требуют дополнительной оплаты по прайсу Исполнителя на момент оказания услуги.

Количество, локализация установки ортодонтических имплантатов определено лечащим врачом стоматологом-ортодонтом и заблаговременно с пациентом согласовывается.

В редких случаях во время и после операции могут произойти нижеперечисленные осложнения:

- воспаление тканей вокруг ортодонтических имплантатов, что потребует дополнительного лечения и может привести к удалению имплантатов;
- припухлость, отек, болевые ощущения, кровотечения;
- инфицирование раны, прилегающих тканей или сосудистой системы в случае осложнений, не соблюдения предписанных врачом назначений, рекомендаций и правил гигиены;
- общее недомогание, гипертермия, онемение губы, языка, щеки, подбородка, зубов;
- дезинтеграция ортодонтических имплантатов как в ближайшее, так и в отсроченное время.

Точную продолжительность этих побочных ощущений и осложнений невозможно прогнозировать, и в крайне редких случаях они могут быть необратимыми.

Понимая сущность предложенного лечения и сложность биологического организма человека, невозможно гарантировать 100% достижение результата лечения, ожидаемый результат может отличаться от полученного в результате вмешательства. В связи с этим, возможны случаи неблагоприятного исхода операции в виде неприживления ортодонтических имплантатов. При неблагоприятном исходе операции (удаление или отторжение ортодонтического имплантата), явившимся следствием индивидуальной реакции организма на проведенное вмешательство и не связанном с нарушением Исполнителем общепринятых правил и методик оказания соответствующих услуг, Исполнитель за такие осложнения ответственности не несет.

Операция по **пластическому закрытию рецессий** проводится под местным обезболиванием. Во время операции в область рецессий внедряются ауто- или ксено- мягкотканые трансплантаты, в случае необходимости проводится коррекция формы корня и накладываются швы. Операция проводится по общепринятой методике с использованием сертифицированных стоматологических материалов.

Забор мягкотканых трансплантатов будет проводиться из донорской зоны (зона твёрдого неба, бугра верхней челюсти, адентии, ретромоллярной ямки), которая определяется непосредственно во время операции лечащим врачом. Объем и количество мягкотканых трансплантатов также определяется лечащим врачом во время операции.

Только во время оперативного вмешательства может быть окончательно определен объем операции (его расширение или отказ от запланированного объема), поэтому возможно увеличение стоимости при увеличении объема операции. В процессе лечения может потребоваться несколько операций по мягкотканой пластике, необходимых для получения наилучшего клинического и эстетического результата лечения.

Во время и после операции в редких случаях могут возникнуть нижеперечисленные осложнения:

- воспаление тканей в области проведенной операции, донорской зоны, что потребует дополнительного лечения;
- припухлость, отек, болевые ощущения, кровотечения;
- инфицирование раны, прилегающих тканей или сосудистой системы в случае осложнений, не соблюдения предписанных врачом назначений, рекомендаций и правил гигиены;
- общее недомогание, гипертермия, увеличение лимфатических узлов.

Точную продолжительность этих побочных ощущений и осложнений невозможно прогнозировать, и в крайне редких случаях они могут быть необратимыми;

Понимая сущность предложенного лечения и сложность биологического организма человека, невозможно гарантировать 100% достижение результата лечения, ожидаемый результат может отличаться от полученного в результате вмешательства. В связи с этим вышеперечисленные осложнения могут привести к неприживлению и(или) отторжению пересаженных мягкотканых трансплантатов, что может повлечь за собой повторное оперативное вмешательство или коррекцию. При неблагоприятном исходе операции (неприживление и(или) отторжение мягкотканного ауто-трансплантата), явившимся следствием индивидуальной реакции организма на проведенное вмешательство и не связанном с нарушением Исполнителем общепринятых

правил и методик оказания соответствующих услуг, Исполнитель за такие осложнения ответственности не несет.

Курение, приём алкоголя, наркотиков, наличие и обострение имеющихся и вновь возникших заболеваний, полученные острые травмы, снижают успех лечения. Необходимо выполнять рекомендации врача по приёму лекарственных препаратов в до- и послеоперационном периоде, по уходу за полостью рта, отказу от вредных привычек, изменению режима и характера питания, регулярно приходить на контрольные осмотры (по графику, оговоренному с врачом и записанному в амбулаторной карте стоматологического больного).

При **иссечении новообразования мягких тканей** имеется риск невозможности полного его иссечения, не исключена вероятность формирования рубца, поражения здоровых прилегающих тканей, рецидива образования с необходимостью повторного проведения процедуры, а также озлокачествления новообразования.

Только во время оперативного вмешательства может быть окончательно определен объем операции (его расширение или отказ от запланированного объема).

Последствиями отказа от хирургического лечения могут быть: прогрессирование заболевания, развитие инфекционных осложнений, появление болевых ощущений, обострение системных заболеваний организма, а также озлокачествление новообразования.

Основные осложнения оперативного лечения обусловлены в первую очередь анатомо-физиологическими особенностями моего организма. Хирургическое лечение в области верхней челюсти проводится при непосредственной близости к верхнечелюстной (гайморовой) пазухе. При перфорации дна пазухи носа возможно воспалительное осложнение в этой области. При хирургическом вмешательстве в области нижней челюсти при непосредственной близости зоны вмешательства к нижнечелюстному каналу возможно онемение языка, губ, подбородка, тканей нижней челюсти.

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.

При надлежащем выполнении медицинского вмешательства в редких случаях возникают нижеперечисленные осложнения:

- возникновение болевых ощущений в течение послеоперационного периода;
- сохранение припухлости мягких тканей;
- повышение температуры тела и наличие общих симптомов интоксикации;
- увеличение лимфатических узлов.

Послеоперационный, восстановительный процесс строго индивидуален по длительности и характеру лечения, дискомфорт послеоперационного состояния может сохраняться 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 оперативного лечения, направленного на пластическое замещение костного дефекта. Вследствие оперативного лечения возможно возникновение онемения в области оперативного вмешательства, формирование рубца.

Возможно расширение объема оперативного вмешательства и изменения в процессе операции по показаниям.

Пародонтологическое лечение имеет своей целью устранение очагов инфекции в полости рта с целью продления срока службы зубов, оздоровления полости рта и всего организма. В ходе лечения могут быть использованы:

- консервативные методы (полировка зубов, медикаментозная обработка, снятие зубных отложений, закрытый кюретаж зубодесневых карманов),
- хирургические методы (открытый кюретаж зубодесневых карманов - лоскутная операция, наращивание костной ткани, пластика десны),
- ортодонтические и ортопедические методы (шинирование, протезирование).

Последствиями отказа от данного лечения могут быть: прогрессирование заболевания, развитие инфекционных осложнений, появление либо нарастание болевых ощущений; потеря зуба(ов), а также системные проявления заболевания.

Альтернативой данного лечения являются: удаление пораженного зуба (зубов), отказ от лечения как такового.

Возможные осложнения, которые могут произойти во время лечения и при проведении хирургической операции на пародонте, в т.ч.:

- возможности болевых ощущений в течение послеоперационного периода;
- возможности сохранения припухлости мягких тканей;
- возможности расхождения швов в послеоперационном периоде;
- повышения температуры тела и наличие симптомов интоксикации;
- ограничения открывания рта, увеличение лимфатических узлов;
- обнажения шеек зубов и изменение рельефа десневого края;
- увеличение подвижности зубов;
- повышение чувствительности зубов.

Хотя пародонтологическое лечение и гигиена полости рта имеет высокий процент клинического успеха, тем не менее, она является биологической процедурой и поэтому не может иметь стопроцентной гарантии на успех.

Необходимо применение местной инъекционной анестезии с целью обезболивания медицинских манипуляций. Местная анестезия проводится в области выполняемой манипуляции и предусматривает одну или несколько инъекций (уколов) с использованием одноразовых игл и карпул. Длительность эффекта может варьироваться от 15 мин до нескольких часов в зависимости от вида анестетика и индивидуальной восприимчивости организма и проявляется в потере чувствительности в области обезболивания и временном ощущении припухлости.

Применение анестезии может привести к аллергическим реакциям организма на медикаментозные препараты, шоку, травматизации нервных окончаний и другим осложнениям. Введение раствора проводится при помощи иглы, что травмирует мягкие ткани и может вызвать образование внутреннего кровотечения и гематомы, отечность десны в области инъекции, ограничение открывания рта, которые могут сохраняться в течение нескольких дней и дольше.

В течение 24 часов после операции необходимо соблюдать полный покой: не работать и не управлять автомобилем, не жевать и не разговаривать.

Операция на пародонте проводится с целью сохранения зубов, которые в случае прогрессирования пародонтита придется удалить. Необходимо ознакомиться с планом проведения подготовительных мероприятий перед началом лечения.

Основной причиной заболевания пародонта является ослабление защитных сил организма за счет хронических заболеваний, поэтому необходимо выявлять и лечить эти заболевания. В противном случае вероятность успешного пародонтологического лечения будет значительно ниже.

Основной задачей пародонтологического лечения является удаление микроорганизмов с воспаленных тканей в зубном налете, зубном камне, в поддесневых карманах, в остатках пищи под зубными протезами (мостами) и нависающими краями пломб. Лечение не приведет к результату, если после лечебных манипуляций в клинике не поддерживать гигиену дома специальными средствами. Так как зубодесневые карманы плохо доступны для домашней гигиены, необходимо приходить в клинику для их обработки. В случае, если приходить на профилактический осмотр реже, чем 1 раз в 3-6 месяцев (по рекомендации врача), в зубодесневых карманах снова возникает воспаление и лечение придется назначить заново. После снятия зубных отложений может появиться повышенная чувствительность зубов.

Санация полости рта, устранение нависающих краев пломб и коронок необходимы для исключения застревания пищи между зубами и как следствие развития воспаления. Полноценное протезирование позволит разгрузить ослабленные зубы и правильно перераспределить жевательную нагрузку. При несоблюдении этого условия произойдет утрата зубов из-за их перегрузки.

Одним из этапов комплексного лечения пародонтита является хирургическое лечение, которое имеет своей целью устранение очагов инфекции в полости рта с целью продления срока службы зубов, оздоровления полости рта и всего организма.

В ходе лечения могут быть использованы:

- консервативные методы (полировка зубов, медикаментозная обработка, снятие зубных отложений, закрытый кюретаж зубодесневых карманов);
- хирургические методы (открытый кюретаж зубодесневых карманов, лоскутная операция, наращивание костной ткани, пластика десны).

Открытый кюретаж отличается от закрытого тем, что при **открытом кюретаже** участок десны разрезается и отслаивается, чтобы можно было произвести более **глубокий кюретаж**. В завершение процедуры **кюретажа** в карманы наносятся остеогенные препараты для дальнейшей стимуляции роста костной ткани (возмещение потерянной костной субстанции), после чего десна ушивается.

Хирургическое лечение заболеваний пародонта в отличие от терапевтического лечения позволяет полностью удалить зубные отложения из глубоких пародонтальных карманов и удалить грануляционную ткань, которой заместилась рассосавшаяся кость.

Операции по восстановлению костной ткани проводят только после стабилизации воспалительного процесса. Только в том случае, когда пациент соблюдает гигиену полости рта, не пропускает профилактическую обработку зубодесневых карманов, возникает уверенность в стабилизации процесса.

После проведения восстановительной операции возможны следующие осложнения:

- повышенная чувствительность зубов;
- отторжение костного трансплантата;
- большее оголение шеек и корней зубов;
- увеличение подвижности зубов с последующим их удалением.

Причиной осложнений может стать неудовлетворительная гигиена полости рта и снижение сопротивляемости организма.

Существует вероятность того, что во время осуществления плана лечения, выяснится необходимость в частичном или полном изменении плана лечения. Могут потребоваться дополнительные врачебные процедуры, которые невозможно достоверно и в полной мере предвидеть заранее. В связи с этим, продолжительность лечения может изменяться.

Последствиями отказа от данного лечения могут быть: прогрессирование заболевания пародонта, развитие кариеса зубов и его осложнений, появление либо нарастание болевых ощущений; потеря зуба(ов), а также системные проявления заболевания.

Необходимо применение местной инъекционной анестезии с целью обезболивания медицинских манипуляций. Без анестезии хирургическое вмешательство не может производиться. Местная анестезия проводится в области выполняемой манипуляции и предусматривает одну или несколько инъекций (уколов) с использованием одноразовых игл и карпул. Длительность эффекта может варьироваться от 15 минут до нескольких часов в зависимости от вида анестетика и индивидуальной восприимчивости организма и проявляется в потере чувствительности в области обезболивания и временном ощущении припухлости.

Необходимо рентгенологическое исследование челюстей до лечения, во время лечения и при проведении периодических контрольных осмотров.

При отказе от рентгенологического обследования врач не сможет провести качественное гарантированное лечение и исключить осложнения после лечения.

Перед **ортодонтическим лечением** пациента знакомят с наиболее рациональным планом проведения диагностических и подготовительных мероприятий.

Во время и после лечения могут возникнуть различные осложнения, способные повлиять на план лечения, сроки и исход лечения, в частности такие как: кариес вокруг брекетов, отклеивание брекетов, обострения заболеваний пародонта, травмирование губ, десен и слизистой оболочки полости рта конструктивными ортодонтическими элементами, поломки ортодонтических аппаратов и их составных частей, рецидивы аномалии или деформации отдельных зубов или зубных рядов после снятия системы, аллергические реакции, подвижность зубов, боли в зубах и деснах, дисфункции височно-нижнечелюстных суставов и жевательных мышц.

Это лечение является вмешательством в биологический организм, в котором все процессы протекают индивидуально, и как любая медицинская операция не может иметь стопроцентной гарантии на успех, даже при идеальном выполнении всех этапов. Поэтому иногда возможны отклонения от утвержденного плана лечения в виде внеплановых манипуляций и (или) изменения срока лечения.

Есть необходимость регулярных осмотров у доктора в течение лечения и по окончании лечения при пользовании ретенционным аппаратом.

Велико значение гигиены полости рта. При ортодонтическом лечении необходимо выполнять все назначения, включая использования ирригатора и специальных ортодонтических щеток, рекомендованных врачом.

Ожидаемый результат может не совпадать с действительным результатом после проведения ортодонтического лечения и точно предсказать его невозможно.

Ортодонтическое лечение не исключает других стоматологических манипуляций по удалению, лечению и протезированию зубов. Мероприятия по лечению и протезированию зубов могут быть обязательными для достижения необходимого положительного результата комплексного лечения стоматологической патологии в процессе ортодонтического лечения и после него.

Невозможно точно устанавливать сроки выполнения работ ввиду непредсказуемой реакции организма человека на проведение медицинского вмешательства и возможной необходимости изменения или коррекции первоначального плана лечения в процессе выполнения работ.

Отклеивание брекетов, коррекция съемных ортодонтических аппаратов, раздражение слизистой оболочки полости рта от конструктивных элементов аппаратов, являются конструктивной особенностью стоматологических конструкций и оказываемых ортодонтических услуг, и не относятся к существенным недостаткам оказанных услуг.

При лечении с применением ортодонтической системы, возможно обострение заболеваний пародонта (гингивит, пародонтит, пародонтоз). Необходимо проводить комплексное лечение у врача-ортодонта и врача-пародонтолога.

Результатом **протезирования** является установка искусственных зубов вместо разрушенных или утраченных для обеспечения жевания пищи и эстетики. Мы знакомим своих пациентов с планом проведения подготовительных мероприятий перед началом протезирования и с наиболее рациональным планом протезирования, также с возможными альтернативными и более дешевыми вариантами протезирования, которые могут иметь меньший клинический успех (длительность службы протеза; эстетические, гигиенические, функциональные качества протеза; профилактика заболеваний пародонта и дальнейшее разрушение жевательного органа, рецидивы деструктивных процессов в зубах и тканях челюсти). Последствиями отказа от протезирования могут быть: прогрессирование кариозного процесса и переход его в запущенную стадию с поражением окружающей кости, перелом зуба при отказе от покрытия зуба коронкой или накладкой после проведенного эндодонтического лечения, вторичные деформации зубных рядов, снижение эффективности жевания, ухудшение эстетики, нарушение функции речи, прогрессирование заболеваний пародонта, быстрая утрата оставшихся зубов, повышенная стираемость зубов, заболевание жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава, а также общесоматические заболевания желудочно-кишечного тракта, нейромышечная патология.

Необходимо строго следовать этапам протезирования, важно соблюдать рекомендации по срокам лечения, а также необходимо полное восстановление целостности зубных рядов. Хотя предложенное протезирование сохраняет стоматологическое здоровье, протезирование является 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. Через какое-то время, которое зависит от индивидуальной скорости протекания инволютивных процессов, возникает необходимость коррекции либо переделки ортопедической конструкции. Многократные примерки и коррекции протезов в процессе и после их изготовления (необходимые для индивидуализации и получения наилучшего результата протезирования), раскручивание фиксирующей ортопедической конструкции на имплантатах винта, нарушение фиксации постоянных и временных конструкций, шлифовка готовых протезов по прикусу, являются конструктивной особенностью ортопедических конструкций, и не относятся к существенным недостаткам оказанных услуг. Бывает необходима платная перебазировка съемных протезов в процессе их эксплуатации не реже 1 раза в 6 месяцев.

В искусственной ортопедической конструкции, бывают присущие ей вероятные эстетические и функциональные конструктивные особенности использования (ретенция пищи, наличие шахт для доступа к винтам, наличие видимых элементов фиксации съемных протезов и металлических частей коронок), возможны неудобства при пользовании протезом (отсутствие разделения между спаянными коронками в составе мостовидных конструкций и чувствительности к сжатию зубов, изменение всех видов чувствительности при перекусывании частями протеза слизистой оболочки полости рта, необходимость применения гелей для лучшей фиксации съемных протезов, неудобство жевания и изменение дикции). Появление симптомов гальванизма и аллергии на компоненты материалов после сдачи ортопедической конструкции не является гарантийным случаем, поскольку подобное осложнение предсказать до начала лечения невозможно, и оно не является следствием неправильных действий врача, в этом случае переделка ортопедических конструкций с целью устранения явлений гальванизма и аллергии осуществляется платно согласно прайсу Исполнителя.

Для покрытия зубов ортопедическими конструкциями проводится процедура их механического препарирования (снятия слоя твердых тканей) которая является необратимой. Для восстановления зубов (зубных рядов) искусственными ортопедическими конструкциями может потребоваться депульпирование опорного зуба и лечение (перелечивание ранее пломбированных) корневых каналов в нем, присутствие такой рекомендации в предварительном плане лечения важно для получения наилучшего результата лечения. Также наиболее предпочтительным для здоровья и долгосрочного прогноза является покрытие зубов искусственными ортопедическими конструкциями без предварительного депульпирования опорных зубов. В случае сохранения жизнеспособности пульпы опорного зуба существует риск воспаления пульпы зуба или развитие воспалительного процесса в тканях вокруг корня опорного зуба как в процессе, так и после покрытия зуба ортопедической конструкцией. В этом случае за дополнительную плату согласно прайсу проводится лечение корневых каналов опорного зуба наиболее рациональным и безопасным способом – прямо через установленную ортопедическую конструкцию либо после ее снятия, что может потребовать необходимость повторного изготовления ортопедической конструкции и повторной ее оплаты.

При наличии патологии височно-нижнечелюстных суставов и других психомиофункциональных расстройств могут возникнуть осложнения в виде затрудненной адаптации к протезам, чувство тошноты, нарушение функции речи, жевания, глотания, поломки протеза. Наличие индивидуальных особенностей организма, не позволяющих пациенту полностью адаптироваться к качественно изготовленным ортопедическим конструкциям (например, повышенный рвотный рефлекс), гарантийным случаем не являются.

Итоговый результат протезирования может отличаться от ожидаемого и искусственные протезы зубов эстетически могут отличаться по форме, цвету и прозрачности от своих зубов и других искусственных конструкций. Есть риск, связанный с применением анестезии и медицинских препаратов, которые могут вызвать нарушение сознания и дыхания, дисфункцию мышц, судороги, сердцебиение, коллапс, повышение АД, отек и воспаление в месте инъекции, отек Квинке, анафилактический шок, аллергию, крапивницу, кровотечение, гематому, некроз тканей, потерю чувствительности языка, губ, неба, кожи лица и шеи. Высокий процент успешности проведения ортопедического лечения (более 80%) не исключает определенный процент (5-10%) неудач ортопедического лечения, что может потребовать проведение коррекции или полной переделки ортопедической конструкции.

Пациент даёт разрешение привлекать для оказания стоматологических услуг любого медицинского работника, участие которого в лечении будет необходимо. Невозможно точно устанавливать сроки выполнения работ ввиду непредсказуемой реакции организма человека на проведение медицинского вмешательства и возможную необходимость изменения или коррекции первоначального плана протезирования в процессе оказания медицинских услуг.

Последствиями отказа от протезирования могут быть: перелом зуба, при отказе от покрытия зуба коронкой или вкладкой после проведенного эндодонтического лечения, прогрессирование зубоальвеолярных деформаций, дальнейшее снижение эффективности жевания, ухудшение эстетики, нарушение функции речи, прогрессирование заболевания пародонта, быстрая утрата зубов остаточного прикуса, заболевание жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава, а так же общесоматические заболевания желудочно-кишечного тракта, нейропатология.

При протезировании есть необходимость обтачивания зубов (препарирования эмали тонким слоем) для установки коронок или виниров на опорные зубы.

Иногда для опоры протеза необходимо провести депульпирование (удаление нервов, при этом зуб становится неживым, но успешно выполняет функцию опоры протеза) и пломбирование корней зубов.

Необходимо строго следовать этапам протезирования и соблюдать сроки, которые необходимо выдерживать прежде, чем перейти к следующему этапу, чтобы уменьшить вероятность переделки протеза.

В зубочелюстной системе с возрастом происходят изменения, ослабляющие структуру зуба и его соединение с подлежащими тканями челюсти. При отсутствии зубов нагрузка на оставшиеся зубы существенно возрастает, и это может приводить к их разрушению. Поэтому необходимо выполнять все рекомендации по гигиеническому уходу за зубами и протезами, а так же приходить на контрольные осмотры в соответствии с рекомендациями врача.

В качестве опоры для зубных протезов могут быть использованы только здоровые или качественно протезированные (пролеченные) зубы и ткани пародонта.

Если пациент настаивает на использовании в качестве опоры протеза зубов с некачественными пломбированными корневыми каналами, с очагами деструкции в области верхушки корня, с заболеванием пародонта и другими отклонениями от нормы (которые не удалось устранить в процессе лечения), то возрастает риск обострения заболевания зуба и ухудшения его состояния, что может привести к удалению зуба и зубного протеза. Настаивая на вышеуказанном, пациент берёт на себя риск возникновения осложнений в опорных зубах и соглашается с уменьшением или отсутствием гарантийного срока на протезирование.

В период проведения манипуляций в полости рта, анестезии, обработки зубов, снятие оттисков, корректировке прикуса возможна индивидуальная аллергическая реакция, непереносимость отдельных материалов и лекарственных препаратов, опемение языка, губ, чувство жжения, болезненность, дискомфорт, нарушение функции глотания, жевания и речи.

Во время эксплуатации надлежащим образом изготовленных и установленных протезов (особенно при пережевывании и откусывании с силой), есть вероятность возникновения переломов протезов, трещин и отколов облицовочного материала, изменение цвета, стирание зубов антагонистов, возникновение участков повышенной окклюзии, обострение хронических процессов в опорных зубах и др.

При наличии патологии височно-нижнечелюстных суставов и других психомиофункциональных расстройств могут возникнуть осложнения в виде затрудненной адаптации к протезам, чувство тошноты, нарушение функции речи, жевания, глотания, поломок протеза.

Нет гарантии совпадения ожидаемого пациентом результата с полученным результатом и, при установленном в гарантийном сроке на каждый из видов протезов, невозможно гарантировать безупречное состояние опорных зубов под протезом.

При **съёмном протезировании** протезы зубов не фиксируются постоянно в полости рта, возможность извлечения (снятия) протеза из ротовой полости и его нахождение вне ротовой полости может приводить к повреждению протеза, требует специального ухода за протезом (указывается дополнительно в Памятке).

При использовании съёмных протезов возможны дискомфортные ощущения в ротовой полости, привыкание к которым требует времени и, при необходимости, процедур коррекции.

В случае изготовления **бюгельного протеза** на телескопической фиксации с использованием вторичных телескопических колпачков, необходимо производить платную замену вторичных гальванических колпачков в связи со снижением качества фиксации из-за физического износа фрикционных частей. Такую замену необходимо производить один раз в 2 года в том случае, если первичная (несъёмная) часть изготовлена из сплавов драгоценных металлов. В случае изготовления первичного колпачка из неблагородных сплавов, которые отличаются повышенной твердостью, физический износ гальванического колпачка происходит быстрее.

При протезировании с использованием бюгельного протеза на опорных зубах видны фиксирующие элементы (замки).

Окклюзионная шина используется для определения оптимального положения челюстей и закрепления данного положения. Принцип использования окклюзионной шины заключается в предотвращении смыкания мнгой зубов в привычном максимальном межбугорковом положении и переводе нижней челюсти в новое положение с созданием нового мышечного и суставного баланса. Это съёмное лабораторно изготовленное приспособление из пластмассы или иного полимерного материала, воспроизводящее окклюзионную поверхность зубов, которое пациент носит временно с целью изменения окклюзионных контактов зубов и функционального расположения нижней челюсти. Окклюзионная шина может быть изготовлена как на верхнюю, так и на нижнюю челюсти. Основным материалом для окклюзионных шин является пластмасса горячей либо холодной полимеризации, но могут применяться и иные материалы.

В лечении могут использоваться разные виды окклюзионных шин, в том числе:

- **Релаксационные**
Требуются в комплексном лечении патологических состояний, связанных с нейромышечными расстройствами, снижая активность жевательной мускулатуры. Релаксационная шина может использоваться вместе с брекетами или отдельно.
- **Декомпрессионные**
Используются для разгрузки ВНЧС, устранения сдавления структур ВНЧС.
- **Стабилизирующие**
Нужны при нестабильном положении нижней челюсти. Помогают вернуть челюсти в нормальное положение и создать правильный контакт между зубами обоих зубных рядов.
- **Антеризирующие**
Устанавливают нижнюю челюсть в переднее положение.

Окклюзионная шина за счет специального оформления жевательной поверхности способствует расслаблению жевательной мускулатуры и дает возможность суставным головкам занять правильное физиологическое положение в суставных ямках. Для достижения целей лечения необходимо носить окклюзионную шину 24 часа в сутки, в том числе ночью.

Срок лечения с использованием окклюзионной шины, как правило, составляет от 1 до 12 месяцев. Для контроля проведенной шинотерапии могут быть рекомендованы повторные диагностические исследования. Однако, по показаниям, срок может быть увеличен. Заранее невозможно указать точную длительность ношения окклюзионной шины ввиду непредсказуемой реакции организма на проведение медицинского вмешательства и возможной необходимости изменения или коррекции первоначального плана лечения в процессе лечения. Выбор окклюзионной шины, методов лечения, а также необходимых этапов и сроков лечения делает врач и согласовывает с пациентом в предварительном плане лечения.

Существуют негативные последствия, которые могут наступить в случае отказа: дальнейшее усугубление нарушений прикуса; перегрузка отдельных зубов с их неконтролируемым перемещением и разрушением, прогрессирующее стираемость зубов; появление (усугубление) лицевой асимметрии; появление дисфункции височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС); избыточное перемещение, излишняя подвижность зубов, усиление зубоальвеолярных деформаций; заболевания пародонта; опускание десны (оголение шейки зубов); частичное рассасывание верхушек корней зубов; появление болей, дискомфорта и иные неблагоприятные последствия.

Необходимо строго следовать рекомендациям, чтобы достигнуть ожидаемых результатов лечения и избежать возможных осложнений: перед контрольным посещением врача шина должна находиться в полости рта как минимум в течение 30 минут; на период, когда пациент не пользуется шиной, она должна храниться в специальной емкости, рекомендованной врачом; для очистки шины от зубного налета необходимо периодически помещать ее в специальный раствор или чистить зубной щеткой с пастой. В течение всего периода лечения окклюзионную поверхность шины, возможно, потребуется несколько раз корректировать - шлифовать или наглаивать, используя быстротвердеющую пластмассу. Это требуется для реализации лечебного воздействия шины. Для того, чтобы врач мог постоянно контролировать положение шины и ход лечения необходимо выполнять все рекомендации и предписания врача, особенно в части своевременных и регулярных визитов на назначенный прием, соблюдать тщательную гигиену полости рта.

Лечение с использованием окклюзионной шины является вмешательством в биологический организм и не может иметь стопроцентной гарантии на успех, даже при идеальном выполнении всех клинических и технологических этапов. В ряде случаев после лечения с использованием окклюзионной шиной симптомы не пропадают или даже усиливаются. Это является признаком того, что причина заболевания выходит за рамки нарушения функции жевательных мышц и ВНЧС. Среди возможных пусковых механизмов заболеваний ВНЧС и (или) жевательных мышц (или заболеваний, сходных по симптоматике) могут быть эндокринные нарушения, системные заболевания соединительной ткани, инфекционные заболевания суставов, аутоиммунные полиартриты, травмы, заболевания позвоночника, невриты лицевого и тройничного нервов, заболевания уха, заболевания сосудов головы и шеи, психосоматические, психиатрические состояния и другое. В случае отсутствия эффекта от предложенного лечения и (или) при усугублении клинической картины возможно приостановление ортодонтического воздействия до момента проведения комплексного обследования и лечения в специализированных медицинских учреждениях. Предложенное лечение может не привести к исчезновению симптомов и признаков дисфункции ВНЧС и (или) парафункции жевательных мышц.

Возможными осложнениями лечения на разных его этапах вследствие ряда причин, независящих от Исполнителя являются: поломка шины и/или попадание ее частей в дыхательные пути и/или желудочно-кишечный тракт – вследствие нарушений рекомендаций врача, режима использования аппарата; частичная или полная потеря достигнутого результата – вследствие невыполнения рекомендаций врача, режима ношения, несвоевременного обращения к врачу при поломке шины; нарушения эмали зубов (появление пятен, кариеса, повышение чувствительности зубов); воспаление десны (кровоточивость, отечность) – вследствие плохой гигиены полости рта, снижения иммунитета или изменения гормонального фона; избыточное перемещение, излишняя подвижность зубов, усиление зубоальвеолярных деформаций – вследствие несвоевременной явки к врачу, отказа от рекомендованного плана лечения или заболеваний пародонта; контактная аллергия; очаговая деминерализация тканей зуба, откол эмали, травматический периодонтит, травмы и гиперпластические изменения слизистой оболочки, обострения дисфункции височно-нижнечелюстного сустава, рецидив аномалии. Общее состояние, возраст, пол и использование медикаментов также может оказывать влияние на сроки и результаты лечения.

Любой аппарат — это инородное тело в полости рта и требует привыкания. В это время может происходить нарушение речи, глотания, жевания; временная сухость во рту или повышенное слюноотечение; иногда встречаются болевые ощущения и повышенная чувствительность эмали зубов. По окончании лечения может понадобиться лечение кариозных поражений, протезирование ортопедическими конструкциями. Указанные выше осложнения и состояния не являются следствием некачественно предоставленной медицинской услуги, а обусловлены особенностями организма и иными обстоятельствами, не зависящими от Исполнителя.

Противопоказания: патология иммунной системы (системная красная волчанка, тяжелые инфекции и т.п.) и иные состояния, препятствующие проведению медицинского вмешательства.

Необходимо честно указать лечащему врачу всю информацию, касающуюся здоровья: перенесенные операции, заболевания, беременность, принимаемые лекарственные средства, аллергические реакции и т.п.

Ожидаемым результатом лечения является достижение оптимального положения челюстей и закрепления данного положения при использовании ортодонтических и аппаратов - с целью улучшения функции височно-нижнечелюстных суставов (ВНЧС) и всего комплекса жевательной мускулатуры. Эстетическая оценка результатов лечения, связанная с изменением во внешнем виде, субъективна, поэтому чисто эстетическая неудовлетворенность результатом лечения не может быть основанием для предъявления претензий. Дисфункция височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) является многофакторным хроническим заболеванием и вылечить ее полностью невозможно.

Есть вероятность, что потребуются проведение повторной диагностики для определения плана лечения после завершения лечения с использованием окклюзионной шины.

Необходимо посещать регулярные осмотры у лечащего врача в течение лечения не реже 1 раза в 2-3 недели. Высоко значение гигиены полости рта- необходимо проводить процедуры профессиональной гигиены у стоматологического гигиениста не реже шести раз в год.

ВРЕМЯ РАБОТЫ:

ежедневно с 9.00 до 21.00

stomionclinic.ru

stomionclinic@gmail.com