

**Приложение к информированному добровольному согласию  
на проведение медицинских манипуляций (исследований, процедур, иных вмешательств), касающееся  
хирургического лечения косоглазия.**

Я, \_\_\_\_\_ Тестов Тест Тестович  
(Фамилия, Имя, Отчество пациента (законного представителя пациента))

соглашаюсь на проведение мне (представляемому)

\_\_\_\_\_ (Фамилия, Имя, Отчество, дата рождения представляемого)

операции по поводу лечения косоглазия.

**Косоглазие** — это нарушение положения глаз, при котором выявляется отклонение одного или обоих глаз поочередно при взгляде прямо. При симметричном положении глаз изображения предметов попадают на центральные области каждого глаза. В кортикальных отделах зрительного анализатора происходит их слияние в единое бинокулярное изображение. При косоглазии слияние не происходит и центральная нервная система, чтобы защититься от двоения, исключает изображение, получаемое косящим глазом. При длительном существовании такого состояния развивается амблиопия (снижение остроты зрения неорганической природы постоянно косящего глаза).

При косоглазии обычно способность нормально видеть сохраняет только тот глаз, который является ведущим по зрению.

Глаз, отклоненный в сторону, видит со временем все хуже и хуже, его зрительные функции подавляются.

**Лечение косоглазия может включать в себя:**

- оптическую коррекцию (очки, мягкие контактные линзы);
- повышение остроты зрения обоих глаз (лечение амблиопии) при помощи окклюзии и аппаратных процедур; ортоптическое и диплоптическое лечение (развитие бинокулярного и стереоскопического зрения);
- хирургическое лечение;
- закрепление достигнутых монокулярных и бинокулярных функций.

Хирургия является этапом (компонентом) лечения косоглазия.

Оперативное вмешательство направлено на то, чтобы усилить или ослабить мышцы, двигающие глазное яблоко. Результат, который планируется достигнуть в ходе оперативного лечения: правильная позиция глаз; создание условий для возможного формирования бинокулярного и стереоскопического зрения.

Однако нет гарантий, что результат будет достигнут.

Я предупрежден(а) о том, что может потребоваться несколько этапов хирургического лечения.

**Противопоказания для хирургического лечения:**

- острый и обострение хронического воспалительного процесса глаза и его придаточного аппарата;
- острые инфекционные заболевания любой этиологии, включая наличие очагов инфекции полости рта, ЛОР-органов и пиодермии;
- врожденные и приобретенные пороки развития центральной нервной системы, сопровождающиеся нарушением функций ЦНС, включая наличие судорожного синдрома в анамнезе, эпилепсии, повышенного внутричерепного давления, предшествующие операции шунтирования желудочковой системы ЦНС;
- патология сердечно-сосудистой системы (врожденные и приобретенные пороки сердца) со значимым нарушением гемодинамики;
- болезни крови, сопровождающиеся нарушением системы гемостаза, включая гемофилию, тромбофилию, тромбоцитопеническую пурпуру, анемию различного генеза;
- сахарный диабет;
- состояние после любой вакцинации сроком до 1 месяца;
- наличие гипотрофии и паратрофии 3 степени.

**Возможные осложнения.**

Не все вероятные осложнения перечислены в данном документе, но приведенные ниже являются примером рисков, связанных с операцией и анестезиологическим пособием по поводу косоглазия: послеоперационная тошнота и рвота, кратковременная гипертермия и озноб, инфекции, снижение остроты зрения, стойкая диплопия, субконъюнктивальные кровоизлияния, значительное нарушение подвижности оперированной мышцы, гипо- или гиперэффект.

Я уведомлен(а) о том, что нельзя исключить возможность операционных и послеоперационных осложнений, в том числе связанных с факторами риска общих заболеваний: сахарный диабет, ревматизм, гипертоническая болезнь, психоневрологическая патология, иммунологические, гематологические, аллергические и иные заболевания.

Я подтверждаю, что мне была предоставлена возможность задать все интересующие меня вопросы, касающиеся содержания настоящего документа. Я получил(а) на них исчерпывающие ответы.

Содержание настоящего документа мною прочитано, разъяснено врачом и полностью мне понятно.

Подпись Пациента/  
законного представителя пациента \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Тестов Т.Т.  
Фамилия (полностью), И.О.

Подпись Врача \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_   
Фамилия (полностью), И.О.

Дата «08» марта 2026 г.