

bicon[®]
DENTAL IMPLANTS



SHORT[®]
IMPLANTS



ХИРУРГИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ





bicon[®]
DENTAL IMPLANTS

 **SHORT**[®]
IMPLANTS

 **NARROW**[™]
IMPLANTS

MAX 2.5[™]
MAXILLARY ANTERIOR IMPLANTS

SynthoGraft
Pure Phase Beta-Tricalcium Phosphate

 **TRINIA**[™]

ХИРУРГИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ

Содержание

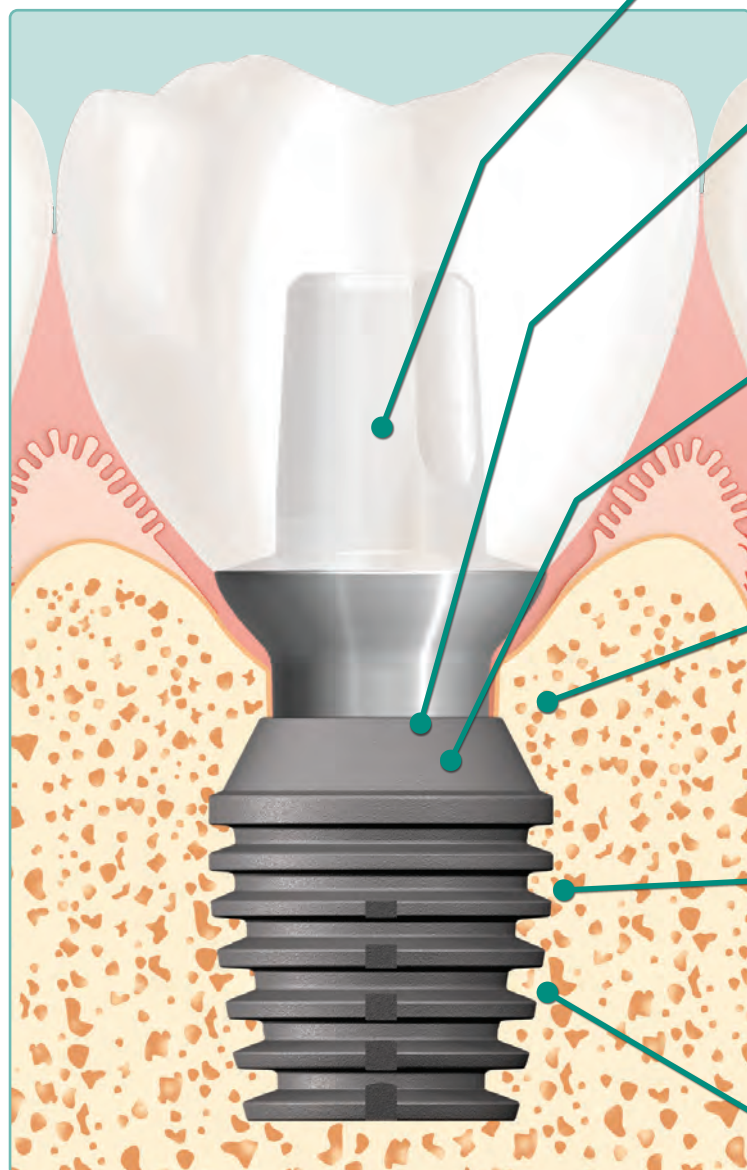
ОСОБЕННОСТИ ДИЗАЙНА BICON	1–2
ПЛАНИРОВАНИЕ ЛЕЧЕНИЯ	3–8
Анатомические области	3
Нижняя и верхняя челюсть	4
Классификация типов костной ткани	5
Выбор размера имплантата	6
Хирургические шаблоны	7–8
ИНСТРУМЕНТЫ	9–18
Базовый хирургический набор	9–10
Расширенный хирургический набор	11
Стартовый хирургический набор	12
Наборы для навигационной имплантации	12
Ортопедический набор	3–14
Пилотные боры	15
Лопастные машинные фрезы	16
Ручные фрезы	17
Взаимозаменяемость инструментов с резьбой	18
ГЛАВНОЕ ОБ ИМПЛАНТАТАХ	19–20
Упаковка имплантата	19
Извлечение имплантата из упаковки	20
Введение имплантата в ложе	20
МЕТОДИКИ	21–29
Двухэтапная методика имплантации	21–23
Снятие оттиска с уровня имплантата	24
Одноэтапная методика имплантации	25–26
Двухэтапная имплантация по навигационному шаблону	27–28
Одномоментная установка имплантата	29
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ	30
Формирование ложа при скошенной форме альвеолярного гребня	30
Пилотное сверление в области удаленного зуба во фронтальном отделе верхней челюсти	30

ДИЗАЙН ИМПЛАНТОВ BICON разработан в 1985 году в рамках проекта, нацеленного на поиск способа эффективно восстанавливать зубной ряд, а не изучать остеоинтеграцию.

Bicon - **конструктивно отличается** от других систем имплантатов.

Уникальная форма, геометрия и хирургический протокол расширяют клинические возможности системы и показывают устойчивые долгосрочные результаты.

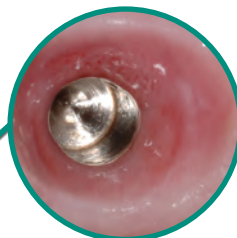
Дизайн Bicon остается неизменным с 1985 года и он действительно прошел испытание временем.



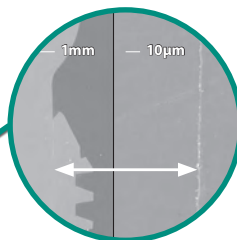
Сканируемые формователи десны позволяют изготовить протетическую конструкцию, пока имплантат остеоинтегрируется.



1,5° конусное соединение без винтовой фиксации позволяет позиционировать абатмент на 360°, цементировать коронки экстраорально и делать CAD/CAM реставрации с превосходной эстетикой. Благодаря отсутствию винтов конструкция проще в обслуживании.



Благодаря 1,5° конусному соединению имплантаты устанавливаются субкостально, без риска бактериального обсеменения, как у имплантатов с винтовым соединением и внутренней резьбой. Обратите внимание на отсутствие воспаления тканей после извлечения абатмента, прослужившего 10 лет.



1,5° конусное соединение обеспечивает герметичность на границе соединения имплантата и абатмента, предотвращая микробные микроподтекания, которые могут привести к воспалению тканей вокруг имплантата.



Скошенное плечо и субкостальная установка обеспечивают больше места для формирования костной ткани над плечом имплантата, достаточно узкий профиль прорезывания и поддержку межзубных сосочков.



Благодаря форме плато на 30% увеличивается площадь поверхности имплантата по сравнению с винтовыми имплантатами такого же диаметра и длины. Между плато формируется костная мозоль, которая трансформируется в костную ткань с системой гаверсовых каналов, благодаря чему мы можем применять более короткие имплантаты.



Формирование ложа на малых оборотах без ирригации удобнее и для клинициста, и для пациента и позволяет эффективно собирать аутогенную костную ткань при препарировании.

ДИЗАЙН ИМПЛАНТАТОВ VICON

VICON ПРЕДЛАГАЕТ ПРОВЕРЕННЫЕ ВРЕМЕНЕМ РЕШЕНИЯ

ДИЗАЙН



- плато
- скошенное плечо
- узкий профиль прорезывания
- 1,5° конусное соединение
- отсутствие винтов
- цельные абатменты
- полусферическое основание

ПРОТОКОЛЫ

- препарирование на малых оборотах
- сбор аутогенной костной стружки
- субкрестальная установка имплантата
- позиционирование абатмента на 360°
- простые методики
- сканируемые формователи десны



ВОЗМОЖНОСТИ

- без подсадок костной ткани
- гаверсова кость
- короткие имплантаты
- поддержка межзубных сосочков
- отсутствует воспаление
- цементирование вне полости рта
- изготовление протеза в период интеграции имплантата



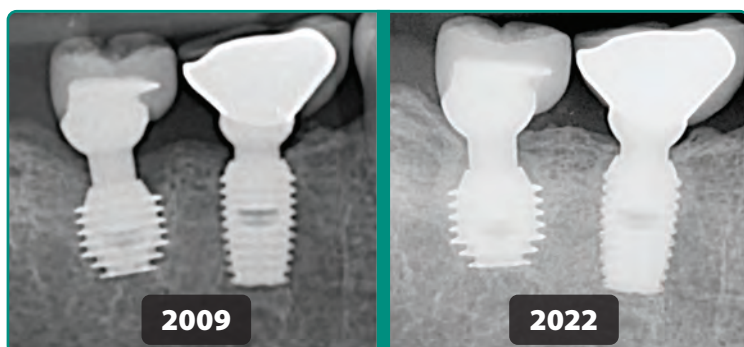
РЕЗУЛЬТАТЫ

- прирост костной ткани
- превосходная эстетика
- нравится пациентам
- снижение затрат
- проще в обслуживании
- меньше посещений
- экономия времени
- больше реферальных пациентов

"Vicon - превосходная система. Простота и снижение затрат порадовало и нас, и наших пациентов. В клинике стало больше реферальных пациентов, и, в целом, мы стали ставить значительно больше имплантатов."

Robert S. Johnson | Челюстно-лицевой хирург • St. Petersburg, FL • 2009

РЕАЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ С ИМПЛАНТАТАМИ VICON



С имплантатами Vicon костная ткань часто ПРИРАСТАЕТ, в то время, как вокруг имплантатов с винтовым соединением нередко наблюдается убыль костной ткани.



Скошенное плечо имплантата Vicon обеспечивает достаточно места для костной ткани, которая поддерживает межзубные сосочки, таким образом обеспечивая эстетику десны.

ИЗБРАННЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Cheng, Y-C., Ewers, R., Morgan, K., Hirayama, M., Murcko, L., Morgan, J., Edmara, T., Bergamo, P., Bonfante, E., *Antiresorptive Therapy and Dental Implant Survival: An up to 20-Year Retrospective Cohort Study in Women*, Clinical Oral Investigations, August 2022

Urdaneta, R.A., Daher, S., Leary, J., Emanuel, K., Chuang, S.K., *The Survival of Ultrashort Locking-Taper Implants*, Int J Oral Maxillofac Implants, 2012 May/June; 27(3):644-654

Urdaneta, R.A., Daher, S., Leary, J., Emanuel, K., Chuang, S.K., Tovar, L.A., *Factors Associated with Crestal Bone Gain on Single-Tooth Locking-Taper Implants: The Effect of NSAIDs*, Int J Oral Maxillofac Implants, 2011 September/October; 26(5):1063-1078

Birdi, H., Schulte, J., Kovacs, A., Weed, M., Chuang, SK, *Crown-to-Implant Ratios of Short-Length Implants*, J Oral Implantol, 2010; 36(6):425-433

Urdaneta, R., Rodriguez, S., McNeil, C., Weed, M., and Chuang, S., *The Effect of Increased Crown-to-Implant Ratio on Single-Tooth Locking-Taper Implants*, Int J Oral Maxillofac Implants, 2010 July/August; 25(4):729-743

Venuleo, C., Chuang, S.K., Weed, M., Dibart, S., *Long Term Bone Level Stability on SHORT® Implants: A Radiographic Follow up Study*, Indian Journal of Maxillofacial and Oral Surgery, 2008 September; 7(3):340-345.

Schulte, J., Flores, A., and Weed, M., *Crown-to-Implant Ratios of Single Tooth Implant-Supported Restorations*, J Prosthet Dent, 2007 July; 98(1):1-5

Gentile, M., Chuang, S.K., and Dodson, T., *Survival Estimates and Risk Factors for Failure with 6.0 x 5.7mm Implants*, Int J Oral Maxillofac Implants, 2005 November/December; 20(6):930-937

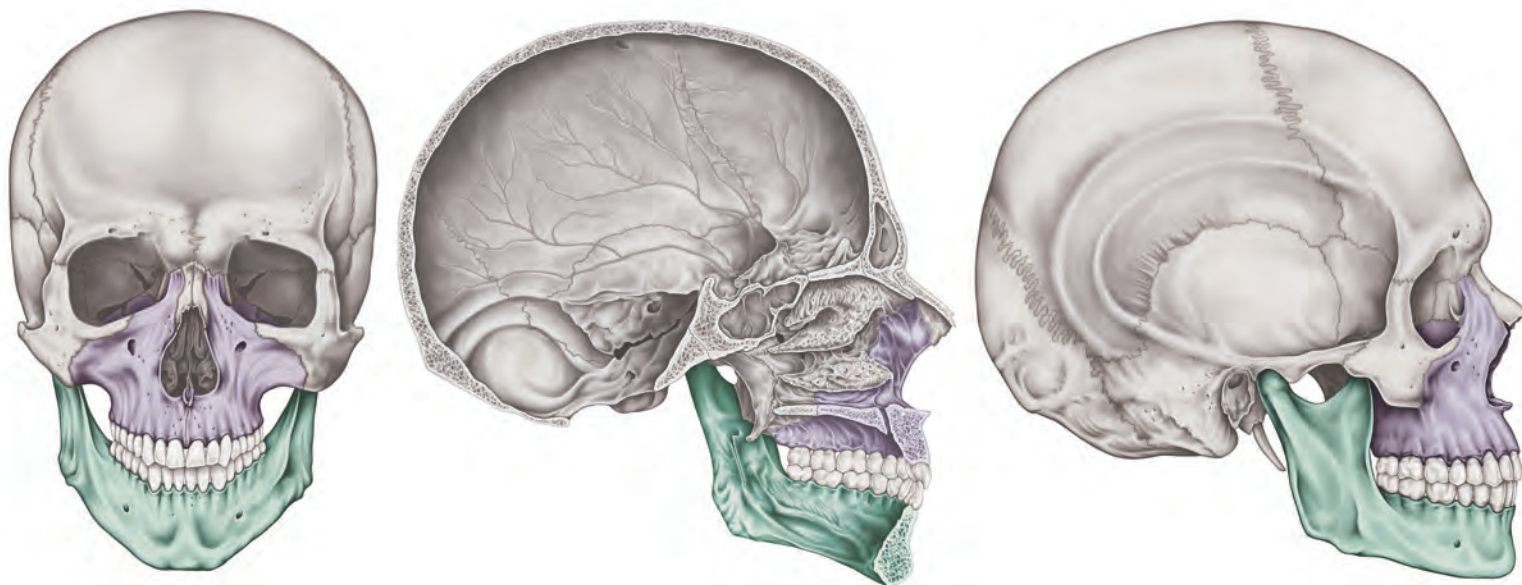
Bozkaya, D., Müftü, S., and Muftu, A., *Evaluation of Load Transfer Characteristics of Five Different Implant Systems in Compact Bone at Different Load Levels by Finite Element Analysis*, J Prosthet Dent, 2004 December; 92(6):523-530



THE BICON SHORT IMPLANT

A THIRTY-YEAR PERSPECTIVE

ISBN: 978-0-86715-781-9



Имплантологическое лечение - это ортопедическое лечение с хирургической составляющей:

Перед субкрестальной установкой имплантата необходимо учесть анатомические ограничения, положение и траекторию устанавливаемого имплантата, и функциональные и эстетические требования к будущей протетической конструкции.

Поэтому для клинициста крайне важно не только практическое знание анатомии полости рта, но и точное определение анатомических областей и индивидуальных особенностей каждого отдельного пациента с помощью данных рентгенографии и КЛКТ и клинического наблюдения.

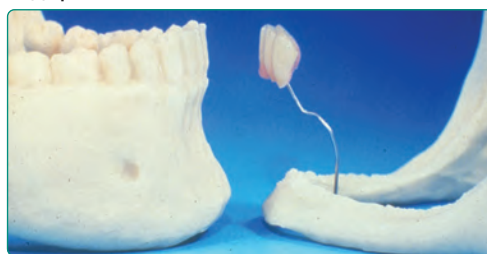
До любого оперативного вмешательства важно определить следующие анатомические области и индивидуальные особенности пациента:

Анатомические области:

- Размер и форма альвеолярного отростка и нёбного свода
- Дно и перегородки верхнечелюстных пазух
- Размер и форма резцового отверстия
- Положение нижнеальвеолярного и подбородочного нервов
- Челюстно-подъязычная борозда и поднижнечелюстная ямка
- Подъязычная ямка и подъязычная артерия

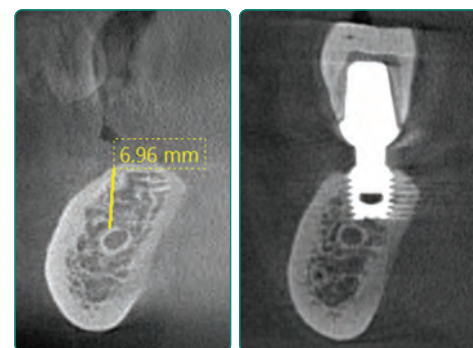
Индивидуальные особенности:

- Высота межжюкклюзионного промежутка в состоянии покоя
- Дефекты зубного ряда
- Анатомическое соотношение между нижней и верхней челюстью (класс I, класс II, класс III)
- Патология или резорбция костной ткани
- Качество и объем слизистой
- Медицинский анамнез и состояние здоровья



Примечание: соотношение предполагаемой протетической конструкции о костной ткани, которая будет ее поддерживать.

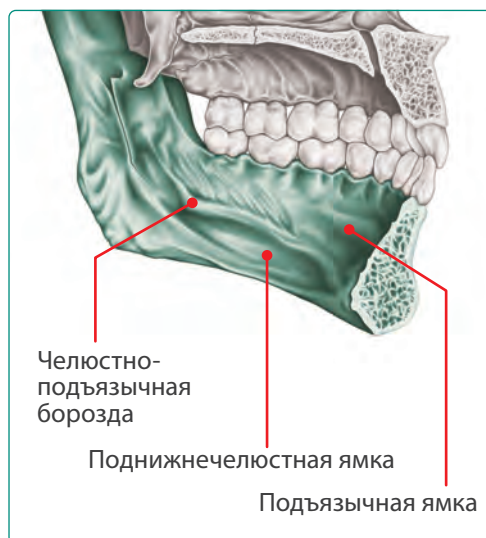
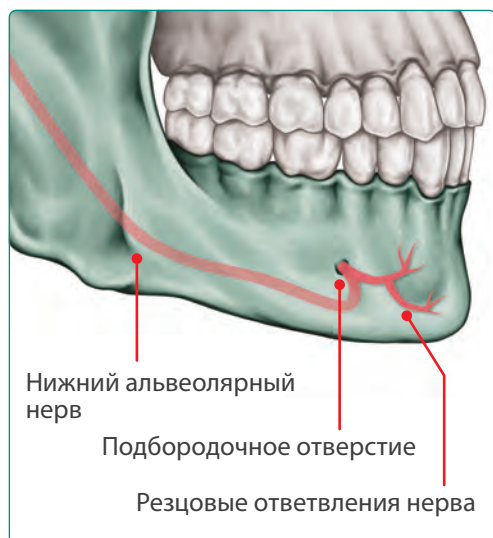
- Проведите осмотр пациента с закрытым ртом, чтобы убедиться, что достаточно межжюкклюзионного пространства для выбранной протетической конструкции.
- Для улучшения доступа к области вмешательства может быть рекомендовано проведение френэктомии или альвеолектомии.
- Сделайте рентгенографический снимок области вмешательства с захватом гайморовой пазухи, носовой перегородки или нижнего альвеолярного нерва.
- Хотя обычно в этом нет необходимости, конусно-лучевая компьютерная томография (КЛКТ) может оказаться полезной при определении возможности установки имплантата, особенно при минимальном объеме костной ткани и/или беспокойстве по поводу точного расположения анатомических структур.



Конусно-лучевая компьютерная томография (КЛКТ)

ПЛАНИРОВАНИЕ ЛЕЧЕНИЯ НИЖНЯЯ И ВЕРХНЯЯ ЧЕЛЮСТЬ

Проблемные анатомические области на нижней челюсти

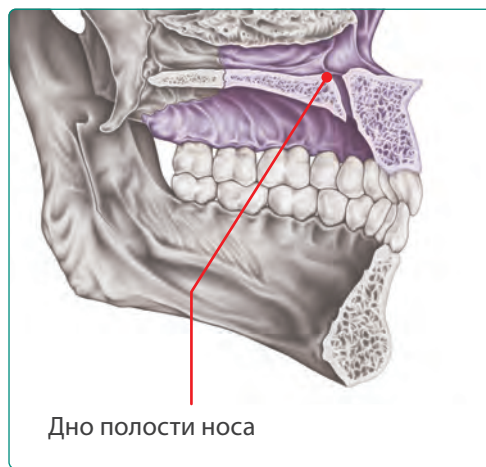
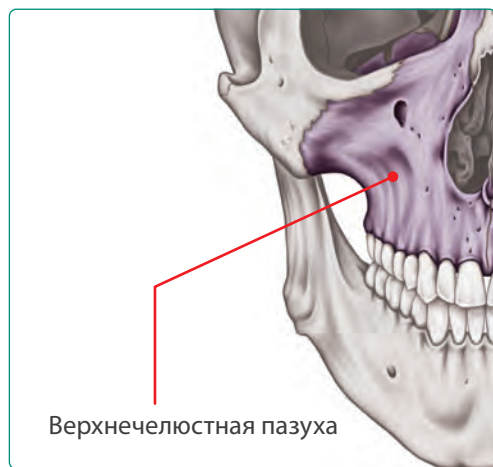


С осторожностью необходимо работать в области премоляров нижней челюсти, где нижний альвеолярный нерв часто смещен коронарно и можно травмировать его и подбородочное отверстие.

С осторожностью необходимо работать в области поднижнечелюстной ямки, которая находится под челюстно-подъязычной бороздой и с особой осторожностью - во фронтальном отделе нижней челюсти в подъязычной области, где выходит подъязычная артерия. Непреднамеренных повреждений можно избежать, направляя пилотное сверло и фрезы вестибулярно и контролируя эту область при сверлении нажатием пальца.

Как правило, между нижнечелюстным каналом и нижней точкой ложа имплантата нужно оставлять 2 мм костной ткани.

Проблемные анатомические области на верхней челюсти



На верхней челюсти необходимо точно определять расположение верхнечелюстной пазухи, дна полости носа и резцового отверстия, чтобы случайно не травмировать их фрезой или имплантатом.



ТИП КОСТНОЙ ТКАНИ

ОПИСАНИЕ

ОСТЕОИНТЕГРАЦИЯ



I ТИП

ПЛОТНАЯ КОРТИКАЛЬНАЯ
 Желобок фрезы 3,5 мм заполнен минимально насыщенной кровью костной стружкой

**МИНИМУМ
4 МЕСЯЦА**



II ТИП

**ПОРИСТАЯ КОРТИКАЛЬНАЯ
И ПЛОТНАЯ ГУБЧАТАЯ**
 Желобок фрезы 3,5 мм заполнен насыщенной кровью костной стружкой

**МИНИМУМ
3 МЕСЯЦА**



III ТИП

**ПОРИСТАЯ КОРТИКАЛЬНАЯ
И РЫХЛАЯ ГУБЧАТАЯ**
 Желобок фрезы 3,5 мм частично заполнен насыщенной кровью костной стружкой

**МИНИМУМ
3 МЕСЯЦА**



IV ТИП

РЫХЛАЯ ГУБЧАТАЯ
 желобок фрезы 3,5 мм почти не заполнен костной стружкой

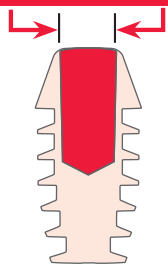
**МИНИМУМ
4-5 МЕСЯЦЕВ**

ГРАФТ

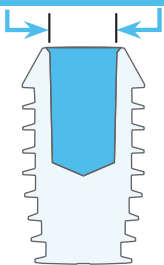
СИНТЕТИЧЕСКИЙ
 неорганический материал, такой как SynthoGraft® (бета трикальций фосфат)

ПЛАНИРОВАНИЕ ЛЕЧЕНИЯ ВЫБОР РАЗМЕРА ИМПЛАНТАТА

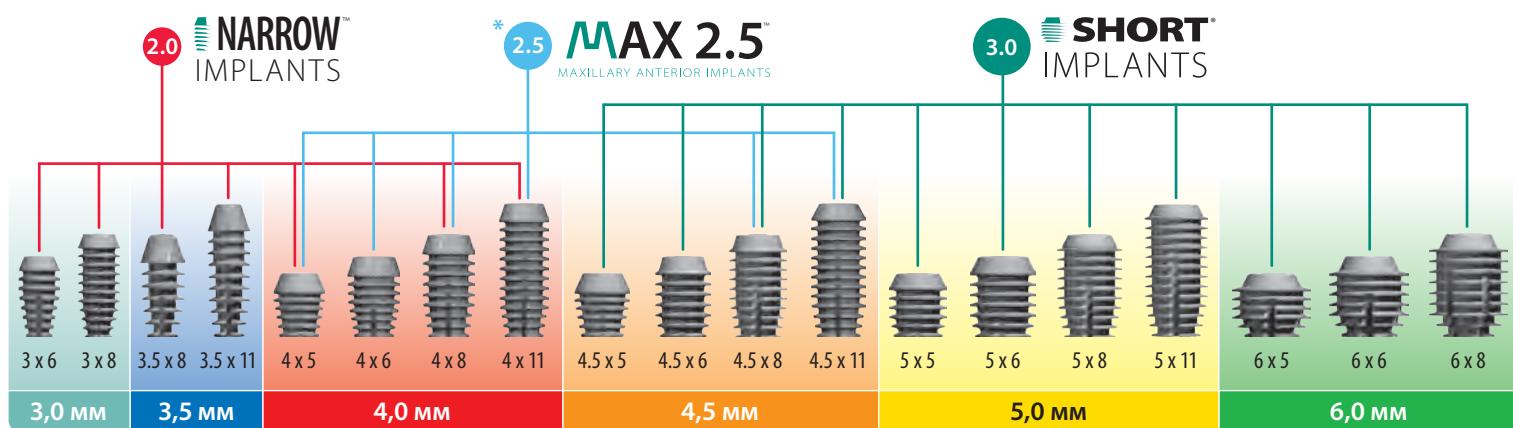
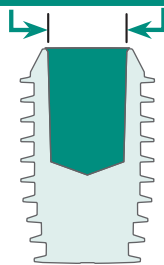
Соединение 2,0 мм



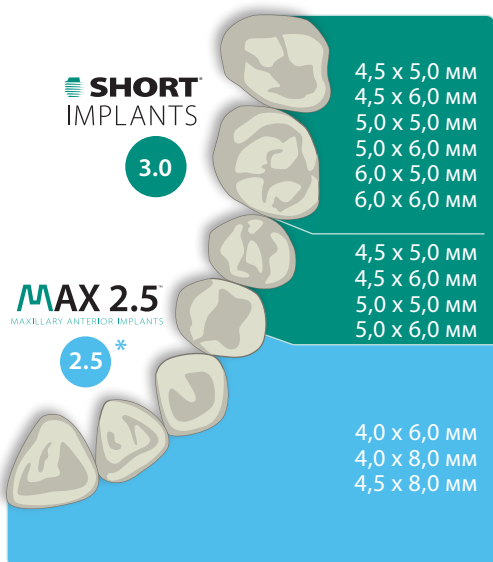
Соединение 2,5 мм



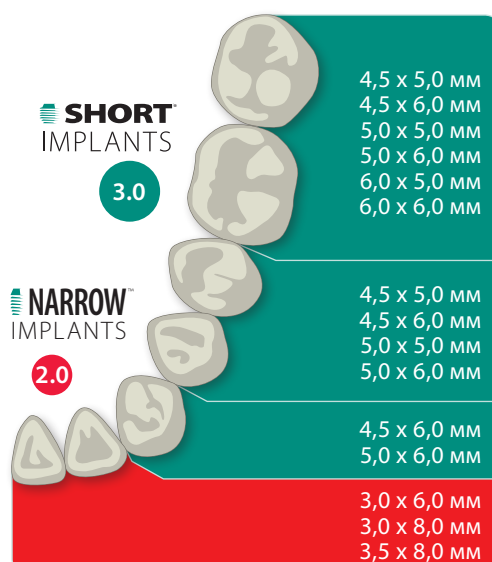
Соединение 3,0 мм



ВЕРХНЯЯ ЧЕЛЮСТЬ



НИЖНЯЯ ЧЕЛЮСТЬ



РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ВЫБОРУ РАЗМЕРА

В таблице представлены рекомендации по подбору имплантата. Главными критериями выбора имплантата являются состояние пациента и клинические условия.

Как правило, лучше использовать короткий имплантат длиной 5,0 мм, чем более длинный, чтобы заглубить его на 2–3 мм ниже края альвеолярного гребня.

Ширину альвеолярной кости можно оценить с помощью КЛКТ, пародонтологического зонда или штангенциркуля. Для долгосрочного благоприятного прогноза желательно, чтобы вокруг имплантата был 1 мм костной ткани.

ПРИМЕЧАНИЕ: имплантаты с соединением 2,5 мм были разработаны исключительно для одиночных реставраций в переднем отделе верхней челюсти. Не рекомендуется применять имплантаты с соединением 2,5 мм для других видов реставраций, в том числе сплинтов на верхней челюсти, съемных и условно-съемных протезов.

Из-за усиленной ретенции абатменты с соединением 2,5 мм может быть сложно извлекать из имплантатов, установленных в боковых отделах.

При установке имплантатов в переднем отделе верхней челюсти, учитывайте возможность проведения костнопластических процедур или расщепления альвеолярного гребня.

ПРИМЕЧАНИЕ: имплантаты диаметром 3,0 и 3,5 мм обычно применяются во фронтальном отделе нижней челюсти. Не рекомендуется устанавливать их во фронтальном отделе верхней челюсти и в области жевательных зубов.

Рекомендуется оставлять вокруг имплантата минимум 1 мм костной ткани. Таким образом, для комфортной установки имплантата диаметром 3,5 мм нужен костный гребень шириной 5,5 мм, либо необходимо проводить дополнительные процедуры по расщеплению гребня или подсадке костной ткани.

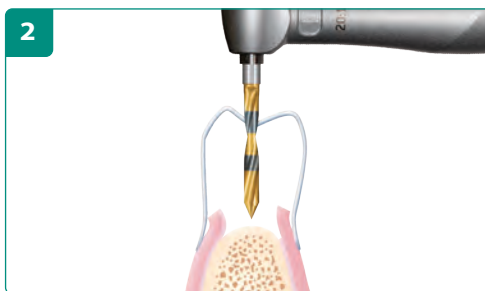
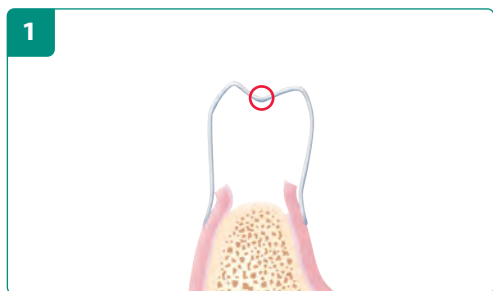
ХИРУРГИЧЕСКИЕ ШАБЛОНЫ

Имплантологическое лечение - это ортопедическое лечение с хирургической составляющей. Точность позиционирования имплантата требует понимания плана протезирования. Хирургический шаблон помогает позиционировать имплантат в костной ткани таким образом, чтобы в последующем абатмент располагался строго по центру предполагаемого зуба. Для изготовления шаблона для установки нескольких имплантатов обычно необходимы диагностические модели с восковой моделировкой зубов.

Хотя окончательная траектория движения пилотного бора зависит от места установки имплантата и наличия костной ткани, клиницист должен стремиться не отклоняться от идеальной позиции реставрации больше, чем на 10°.

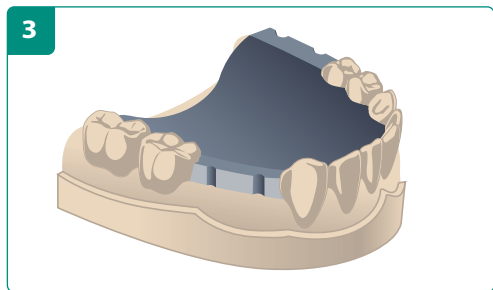
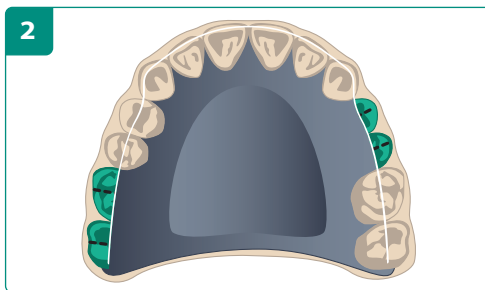
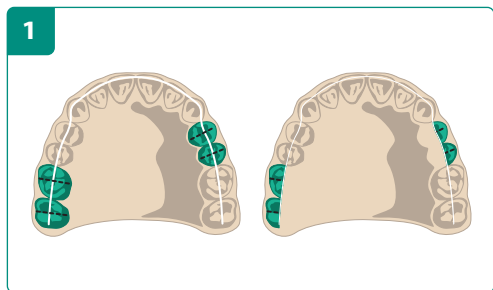
Простой способ правильно позиционировать пилотное сверло при установке одиночных имплантатов - ориентироваться на соседние зубы. Расположите пилотное сверло в середине отсутствующего зуба и параллельно соседним зубам. Важно избежать смещения сверла и до начала сверления оценить положение сверла с обеих сторон от пациента.

Вакуумформованная каппа



Введение пилотного бора через отверстие перфорированное в центре зуба в вакуумформованной каппе облегчает правильное позиционирование при установке нескольких имплантатов.

Шаблон на гипсовой модели



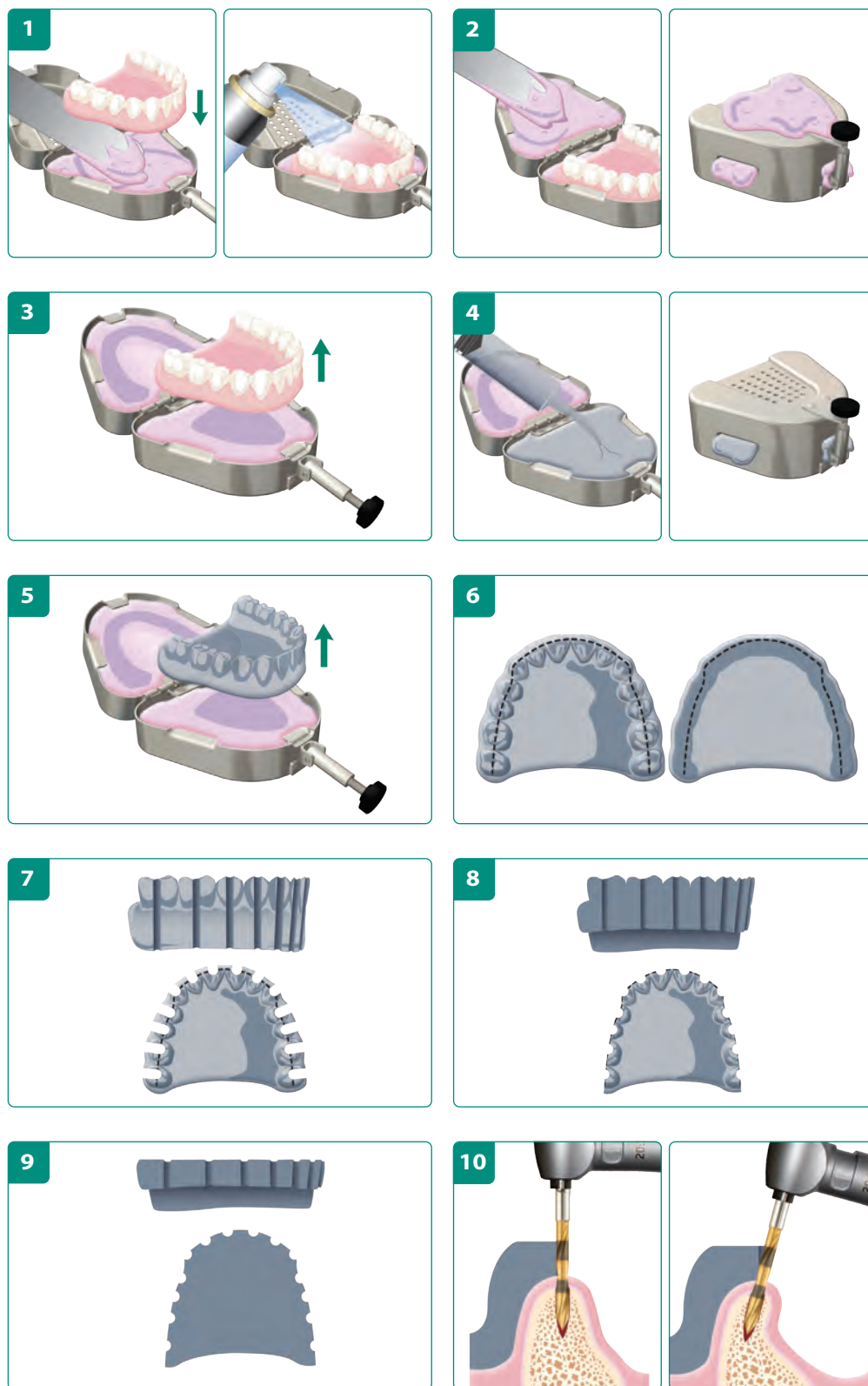
СЕКРЕТЫ УСПЕХА

- Траектория пилотного сверления совпадает с траекторией имплантата и траекторией прямого абатмента.
- Сформированное ложе должно, насколько это возможно, проходить по центру предполагаемого зуба.
- Правильное мезио-дистальное положение пилотного отверстия важнее, чем небольшое смещение от оси траектории.
- Шаблон необходимо фиксировать на соседних зубах, альвеолярном гребне, нёбе или с помощью винтов.

1. После снятия оттисков изготавливают диагностическую модель с восковым моделированием коронок зубов. На модели изготавливают тонкую вакуумформованную каппу. Для каппы используется тот же материал, что и при амбулаторном изготовлении временных реставраций.
2. В центре окклюзионной поверхности или по центру режущего края каппу перфорируют. По возможности, вакуумформованную каппу обрезают, сохраняя хотя бы один зуб с дистальной стороны и три - четыре зуба с мезиальной стороны.

1. На дублирующей гипсовой модели (изготовленной после моделирования wax-up) проводится линия, проходящая через режущие края резцов и середину окклюзионной поверхности моляров и премоляров. По центру каждого зуба, который будет восстановлен, проводится линия, перпендикулярная первой. Коронки зубов, подлежащих восстановлению, наполовину срезают с язычной стороны.
 2. На нёбной поверхности модели адаптируется акриловая пластмасса; край пластмассы доходит до центральной ямки или режущего края зубов, подлежащих восстановлению.
 3. Напротив середины коронки каждого зуба, подлежащего восстановлению, в пластмассе пропиливается желобок глубиной 2,5 мм.
- A. ОПЦИЯ: В качестве альтернативы, отсканируйте протез или гипсовую модель, переведя ее в цифровой формат, и изготовьте шаблон с помощью CAD/CAM, отфрезеровав или напечатав его на 3D-принтере.

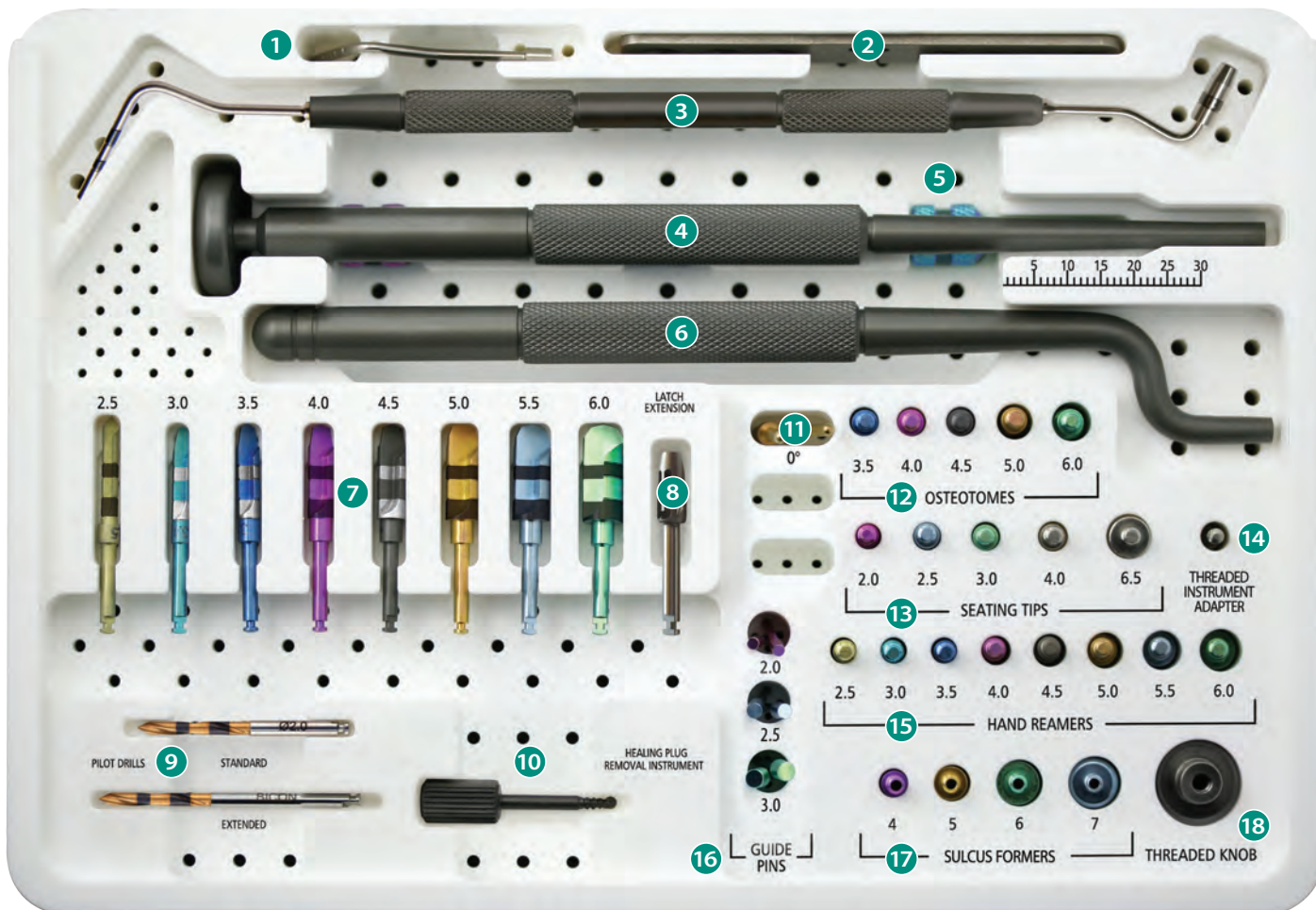
Шаблон на основе съемного протеза



При отсутствии большого количества зубов шаблон изготавливается с помощью имеющегося съемного протеза. При изготовлении шаблона щечной поверхности придают наклон от режущего края или центральной ямки зубов, подлежащих восстановлению, в направлении альвеолярного гребня. На дублирующем протезе это будет выражено значительной вогнутостью поверхности, прилегающей к альвеолярному гребню.

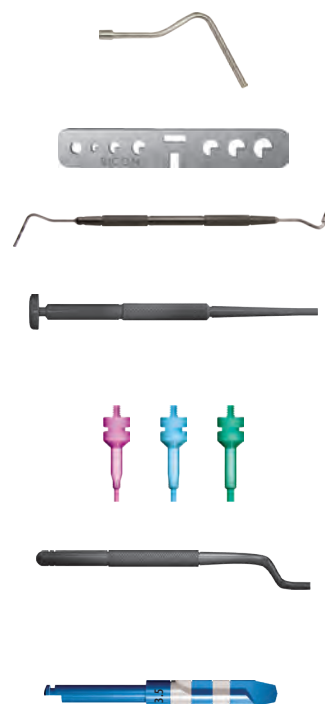
1. Протез погружают в альгинатную массу и наносят разделительный слой.
2. Вторую половину дубликатора заполняют альгинатной массой, закрывают и позволяют альгинатной массе затвердеть.
3. Дубликатор открывают и извлекают протез.
4. Альгинатный слепок заполняют акриловой пластмассой.
5. Дубликатор открывают и извлекают дублирующий протез.
6. Проводят линию через середину каждого зуба, на обратной стороне проводят линию по наиболее вогнутому месту.
7. Эти линии соединяют желобками шириной 2,5 мм, проходящими через середину коронки каждого зуба.
8. С щечной стороны пластмассу срезают, чтобы плоскость соединяла центр каждого зуба и наиболее вогнутый участок нижней стороны дублирующего протеза.
9. Режущие края укорачивают, чтобы не мешать движению наконечника.
10. Шаблон определяет мезиодистальное позиционирование. Окончательный щечноязычный наклон определяется наличием костной ткани.

ПРИМЕЧАНИЕ: В качестве альтернативы, отсканируйте протез и изготовьте шаблон с помощью CAD/CAM, отфрезеровав или напечатав его на 3D-принтере. См. пример на стр. 7, шаг А.



СТАНДАРТНЫЙ ХИРУРГИЧЕСКИЙ НАБОР (260-101-098)

- 1 Глубиномер плеча абатмента**
Предназначен для подбора высоты абатмента. Используется с двухсторонним держателем.
- 2 Ключ для снятия насадок**
Используется для снятия ручных фрез, остеотомов, долот и костных расширителей с прямого или изогнутого держателя с резьбовым соединением.
- 3 Глубиномер ложа имплантата**
Служит для измерения глубины остеотомии.
- 4 Прямой держатель с резьбовым соединением**
Используется со всеми инструментами с резьбой. К ним относятся ручные фрезы, десневые римеры, имплантоводы, мукотомы, остеотомы, долота, костные расширители и насадки для установки имплантатов..
- 5 Имплантоводы**
Используются с прямым держателем или круглым держателем с резьбовым соединением, служат для введения или извлечения имплантатов, если этого требует клиническая ситуация. Прежде, чем врач начнет использовать данный инструмент, важно, чтобы он усвоил, как высвобождать имплантат из захвата.
- 6 Изогнутый держатель с резьбовым соединением**
Используется с насадками для установки имплантатов и абатментов в ситуациях, когда прямой доступ затруднен.
- 7 Лопастные фрезы**
Служат для формирования ложа имплантата без ирригации. Препарирование выполняется на максимальной скорости 50 об/мин. Маркировка нанесена на уровне 6, 8, 11 и 14 мм. Доступны в удлиненном варианте для определенных клинических ситуаций.



8 Удлинитель лопастных фрез

Удлинитель лопастных фрез позволяет увеличить длину фрезы, чтобы облегчить доступ, если головка наконечника упирается в соседние зубы. Если фреза вошла в удлинитель не полностью, она может застрять или будет необратимо повреждена.

9 Пилотные боры

Применяются для выполнения первичной (пилотной) остеотомии на скорости 1 100 об/мин. и для определения траектории дальнейшего препарирования. Доступны в двух вариантах длины. Насечками отмечена длина 6, 8, 11 и 14 мм.

10 Инструмент для извлечения заглушки

Используется для извлечения заглушки из имплантата на стадии раскрытия имплантата.

11 Штифты для параллельного сверления

Помогают правильно позиционировать пилотное отверстие, а впоследствии и имплантат в кости. При установке нескольких имплантатов, штифт можно установить в первое пилотное отверстие и ориентироваться на него при формировании следующих пилотных отверстий.

12 Остеотомы

Фиксируются на прямой или изогнутый держатель с резьбой. Используются для препарирования костного ложа, особенно при закрытом синус-лифтинге и расщеплении гребня.

13 Насадки для установки/фиксации имплантата/абатмента

Фиксируются на прямой или изогнутый держатель с резьбовым соединением, используются для установки имплантата и фиксации абатмента. При установке имплантата очень важно, чтобы насадка плотно входила в шахту имплантата.

14 Переходник для инструментов с резьбовым соединением

Переходник позволяет использовать ручные фрезы и десневые римеры с угловым наконечником.

15 Ручные фрезы

Фиксируются на прямой держатель с резьбовым соединением, используются для ручного формирования ложа имплантата. Возможно использование с угловым наконечником через адаптер.

16 Направляющие штифты

Используются как направляющие для десневых римеров. Доступны в трех диаметрах, соответствующих диаметрам внутреннего соединения имплантатов Vison. Можно использовать для проверки траектории и остеоинтеграции имплантата.

17 Десневые римеры

Используются для удаления излишков костной и мягкой ткани над имплантатом, которые могут препятствовать установке и фиксации абатмента. Используются в сочетании с направляющими штифтами описанными в п.16. Диаметр инструмента должен соответствовать диаметру предполагаемого абатмента.

18 Круглый держатель с резьбовым соединением

Используется со всеми инструментами с резьбой (десневые римеры, имплантоводы, мукотомы, ручные фрезы) при ограниченном доступе к области вмешательства.

Хирургический молоток (нет на изображении набора)

Используется для пристукивания с необходимой силой для фиксации абатмента в шахте имплантата или имплантата в ложе. Молоток также используется с другими инструментами, такими как костные расширители или долота.

Силиконовая чашечка (нет на изображении набора)

Для хранения собранной аутогенной стружки и синтетического материала для костной пластики.

Ножницы для обрезания заглушки (нет на изображении набора)

С помощью инструмента заглушка маркируется интраорально на уровне костной ткани и обрезается либо в полости рта, либо экстраорально.



Стандартный



Удлиненный



2,0 мм

2,5 мм

3,0 мм

4,0 мм

6,5 мм



ПРИМЕЧАНИЕ: максимальная температура стерилизации лотка для инструментов - 134° С.



РАСШИРЕННЫЙ ХИРУРГИЧЕСКИЙ НАБОР (260-101-095)

В расширенный набор входят все инструменты из стандартного хирургического набора, плюс:

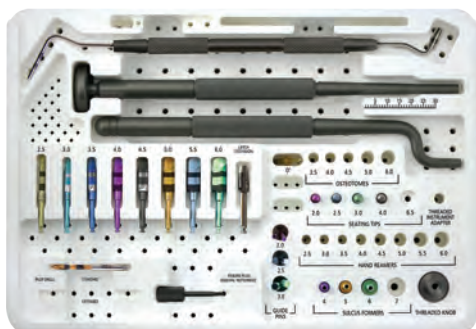
- 1** Глубиномер плеча абатмента с двухсторонним держателем инструмента
Помогает подобрать правильную высоту абатмента.
- 2** Силиконовая чашечка
Для хранения собранной аутогенной стружки и синтетического материала для костной пластики.
- 3** Костные расширители
Фиксируются на держатели с резьбовым соединением. Используются для препарирования костного ложа, особенно при проведении закрытого сиунслифтинга и расщепления гребня.
- 4** Долота
Фиксируются на держатели с резьбовым соединением. Используются для препарирования костного ложа при расщеплении гребня.
- 5** Удлиненные лопастные фрезы
Облегчают доступ в ситуациях, когда соседние зубы мешают наконечнику, позволяя отказаться от применения удлинителя фрез. Маркировка нанесена на уровне 6, 8, 11 и 14 мм.



ПРИМЕЧАНИЕ: максимальная температура стерилизации лотка для инструментов - 134° С.

СТАРТОВЫЙ ХИРУРГИЧЕСКИЙ НАБОР И НАВИГАЦИОННЫЕ НАБОРЫ

СТАРТОВЫЙ ХИРУРГИЧЕСКИЙ НАБОР (260-101-057)

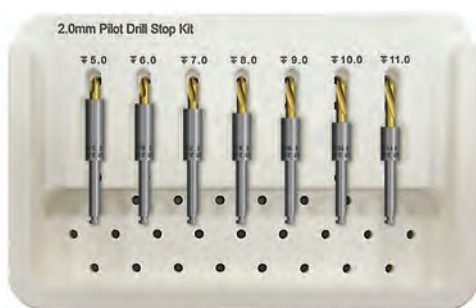


В стартовый набор НЕ входят следующие инструменты из стандартного хирургического набора:

- Глубиномер плеча абатмента
- Ключ для снятия насадок
- Имплантоводы
- Удлиненный пилотный бор
- Остеотомы
- Насадка для фиксации абатмента 6,5 мм
- Адаптер для инструментов с резьбой
- Ручные фрезы
- Десневые римеры 7 серии
- Ножницы для обрезания заглушки

Навигационные

ПИЛОТНЫЕ БОРЫ С ОГРАНИЧИТЕЛЕМ (260-101-099)



При подходящей анатомии набор пилотных боров диаметром 2,0 мм с ограничителем на определенной длине позволяет как опытным, так и начинающим клиницистам уверенно выполнять пилотное сверление на точную глубину. Боры изготовлены из нержавеющей стали (кончик покрыт нитридом титана), доступны с семью уровнями ограничителя в диапазоне 5 - 11 мм.

НАВИГАЦИОННЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ НАБОРЫ И НАВИГАЦИОННЫЕ ВТУЛКИ

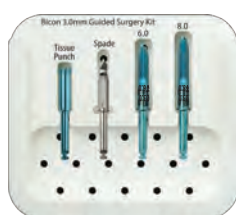
Предназначены для установки имплантатов по навигационному шаблону, изготовленному по технологии CAD/CAM. Шаблон должен быть оснащен титановой навигационной втулкой. Обратите внимание, что при недостаточном объеме костной ткани имплантация по навигационному шаблону может быть нецелесообразна. В таких ситуациях лучше использовать шаблон под пилотное сверление, который позволит провести расширение альвеолярного гребня или закрытый синус-лифтинг.



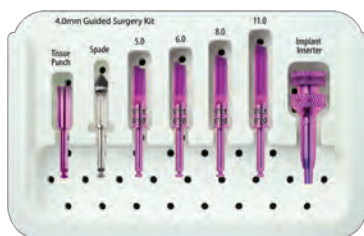
Набор навигационных пилотных боров 2,0 мм
260-101-820



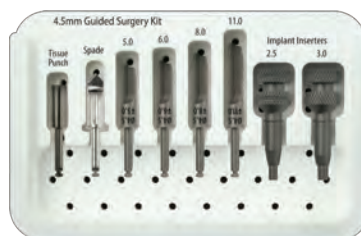
Навигационные втулки (поставляются отдельно)



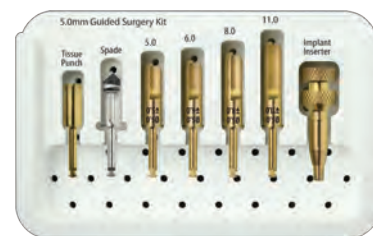
Навигационный набор для имплантатов диаметром 3,0 мм
260-101-830



Навигационный набор для имплантатов диаметром 4,0 мм
260-101-840



Навигационный набор для имплантатов диаметром 4,5 мм
260-101-845



Навигационный набор для имплантатов диаметром 5,0 мм
260-101-850



ОРТОПЕДИЧЕСКИЙ НАБОР (260-101-096)

- 1** **Держатель инструментов**
С одной стороны инструмента резьбовое соединение для фиксации абатмента 2,0 мм и 2,5 мм. На другой стороне держателя - конусное соединение 3,0 мм для фиксации абатмента 3,0 мм и глубиномера плеча абатмента.
- 2** **Глубиномер плеча абатмента**
Помогает подобрать правильную высоту абатмента. Вставляется в держатель инструментов со стороны конусного соединения.
- 3** **Прямой держатель с резьбовым соединением**
Используется со всеми инструментами с резьбой. К ним относятся ручные фрезы, десневые римеры, имплантоводы, мукотомы, остеотомы, долота, костные расширители и насадки для установки имплантатов.
- 4** **Изогнутый держатель с резьбовым соединением**
Используется с насадками для установки имплантатов и абатментов в ситуациях, когда прямой доступ затруднен.
- 5** **Инструмент для извлечения заглушки**
Используется для извлечения заглушки из имплантата на втором этапе на стадии раскрытия имплантата.
- 6** **Насадка для установки имплантата 2,0 мм/углового абатмента**
Используется с прямым или изогнутым держателем с резьбовым соединением для правильной фиксации имплантата или абатмента.



7 Стандартная насадка для фиксации абатмента

Используется с прямым или изогнутым держателем с резьбовым соединением для правильной фиксации абатмента.



8 Большая насадка для фиксации абатмента

Используется с прямым или изогнутым держателем с резьбовым соединением для правильной фиксации абатмента.



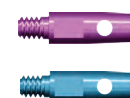
9 Насадка для фиксации коронки

Используется с прямым или изогнутым держателем с резьбовым соединением и накусочным шаблоном из термопластмассы. Помогает активировать коронки цементированные экстраорально с учетом длинной оси имплантата.



10 Насадки для фиксации абатмента при фрезеровке

Фиксируются на держатель инструментов для зажима штифта абатмента с соединением 2,0 и 2,5 мм для удобства препарирования. Сквозные отверстия в насадках облегчают извлечение абатмента из инструмента.



11 Направляющие штифты

Используются как направляющие для десневых римеров. Доступны в трех диаметрах, соответствующих диаметрам внутреннего соединения имплантатов Vicon. Можно использовать для проверки траектории и остеоинтеграции имплантата.



12 Десневые римеры

Используются для удаления частиц костной и мягких тканей, окружающих имплантат, которые могут препятствовать введению и фиксации абатмента. Используется в сочетании с направляющими штифтами описанными в п.11 выше. Диаметр инструмента должен соответствовать диаметру предполагаемого абатмента.



13 Круглый держатель с резьбовым соединением

Используется со всеми инструментами с резьбой (десневые римеры, имплантоводы, мукотомы, ручные фрезы) при ограниченном доступе к области вмешательства.



Хирургический молоток (нет на изображении набора)

Используется для пристукивания с необходимой силой для фиксации абатмента в шахте имплантата или имплантата в ложе. Молоток также используется с другими инструментами, такими как костные расширители или долота.



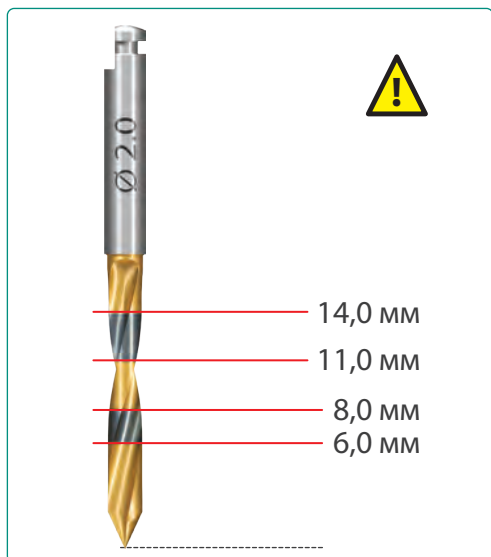
Щипцы для переноса абатмента (нет на изображении набора)

Используются для переноса абатментов и других компонентов в полость рта.



ПРИМЕЧАНИЕ: максимальная температура стерилизации лотка для инструментов - 134° C.

Маркировка пилотного бора



ВАЖНО: ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ ПИЛОТНОГО БОРА УБЕДИТЕСЬ, ЧТО ЗНАЕТЕ КАКАЯ ГЛУБИНА ВВЕДЕНИЯ ОТМЕЧЕНА МАРКИРОВКОЙ.

НЕ ДОПУСТИМЫ СОМНЕНИЯ В ВЫСОТЕ ПЕРВОЙ НАСЕЧКИ НА ПИЛОТНОМ БОРЕ.

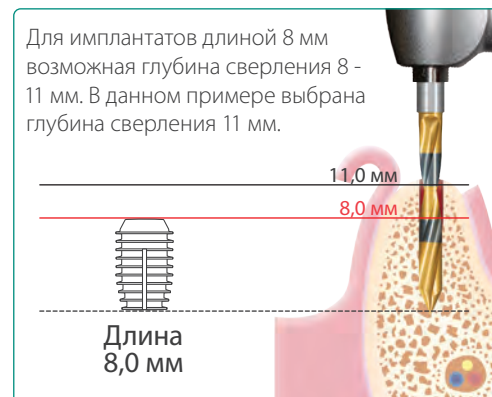
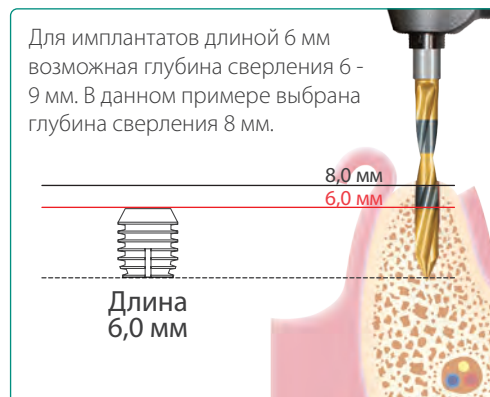
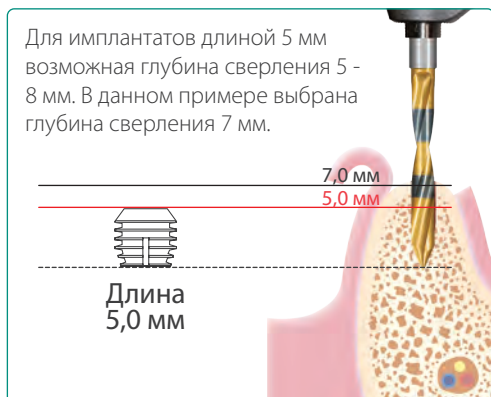
Глубина сверления

После подтверждения траектории пилотного сверления продолжайте введение пилотного бора до необходимой глубины. Глубина установки имплантатов Bicon варьируется в зависимости от анатомии. При идеальных условиях рекомендовано заглублять имплантат Bicon на 2 - 3 мм субкрестально.

Для получения оптимального эстетического результата во фронтальном отделе устанавливайте имплантат на 5,0 мм ниже уровня десны с вестибулярной стороны.

В некоторых анатомически сложных областях имплантаты можно устанавливать на уровне гребня.

При одномоментной установке имплантата после удаления зуба учитывайте прикраевую резорбцию и заглубляйте имплантат на 4 - 5 мм ниже уровня гребня.



Виды пилотных боров и показания к применению

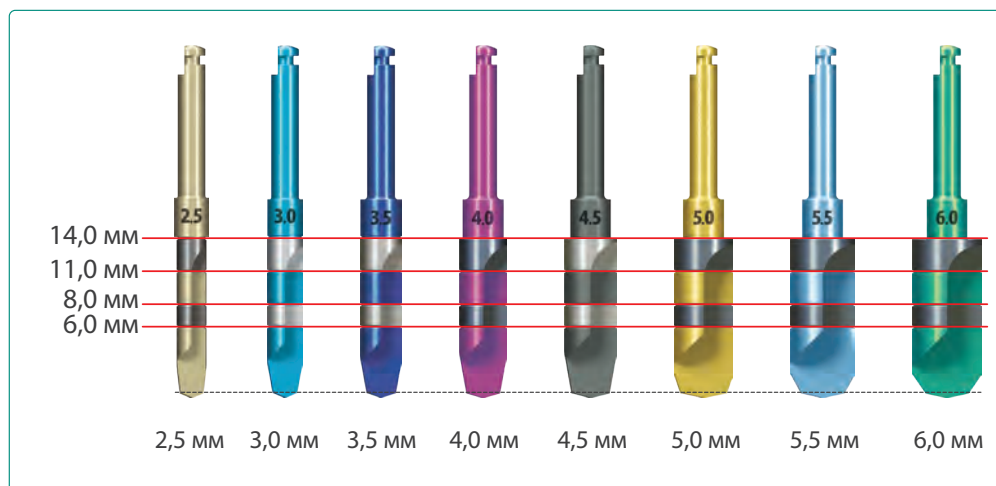


Стандартный пилотный бор: применяется для большинства случаев.

Удлиненный пилотный бор: облегчает доступ в ситуациях, когда соседние зубы мешают движению наконечника, позволяет отказаться от использования удлинителя лопастных фрез.

Пилотный бор с ограничителем: в клинических ситуациях с подходящей анатомией, например, при плоском и ровном гребне. Повышает уровень точности при первичной перфорации.

Маркировка лопастных фрез



После пилотного сверления ложе последовательно формируется лопастными фрезами от диаметра 2,5 мм до диаметра устанавливаемого имплантата. Лопастные фрезы имеют цветовую кодировку в соответствии с диаметром и маркированы на уровне 6, 8, 11 и 14 мм. **До начала применения важно изучить и запомнить на какой длине маркированы лопастные фрезы. Не допустимы сомнения в высоте первой насечки на фрезе.** Перепроверьте себя, измерив фрезу, если не уверены на какой высоте находится первая маркировка.

ПРИМЕЧАНИЕ: у лопастных фрез нережущий кончик конической формы. Они расширяют ложе имплантата не изменяя его глубину.

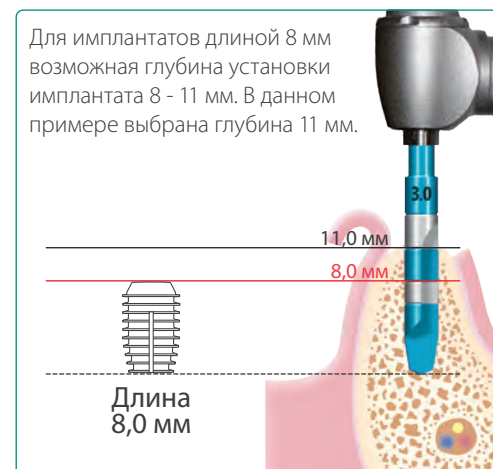
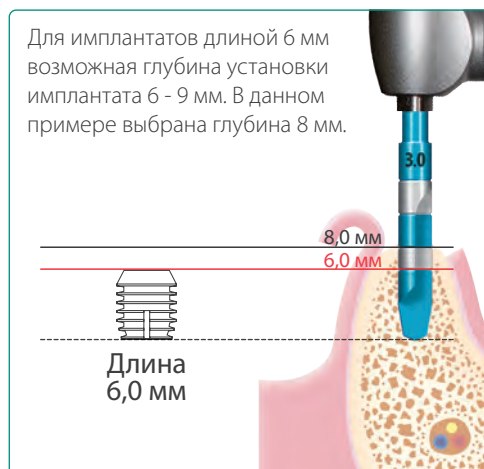
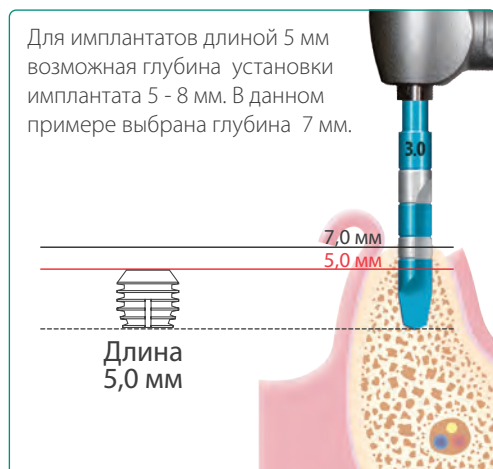
Глубина введения лопастных фрез

После пилотного сверления формирование ложа происходит на заданной глубине. Глубина установки имплантатов Viscon варьируется в зависимости от анатомии. При идеальных условиях рекомендовано заглублять имплантат Viscon на 2 - 3 мм субкрестально.

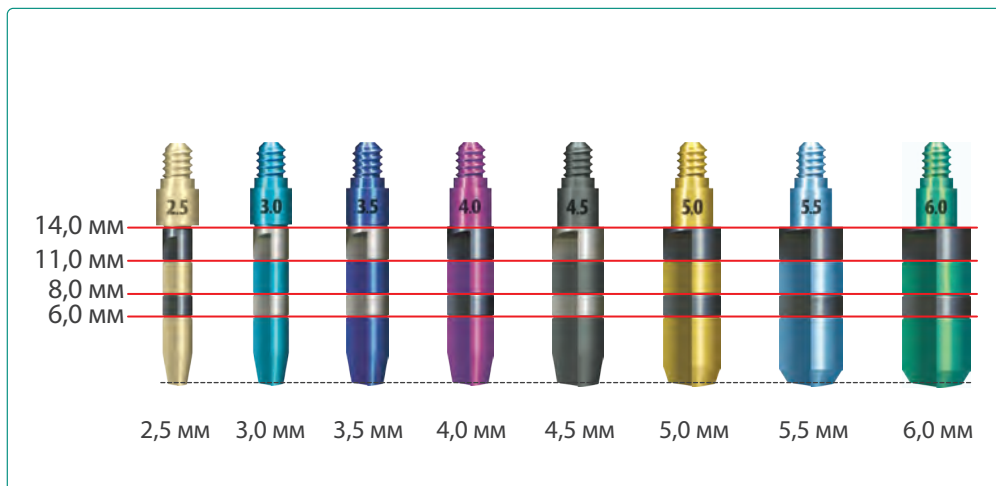
Для получения оптимального эстетического результата во фронтальном отделе устанавливайте имплантат на 5 мм ниже уровня десны с вестибулярной стороны.

В некоторых анатомически сложных областях имплантаты можно устанавливать на уровне гребня.

При одномоментной установке имплантата после удаления зуба учитывайте прикраевую резорбцию и устанавливайте имплантат на 4 - 5 мм ниже уровня гребня.

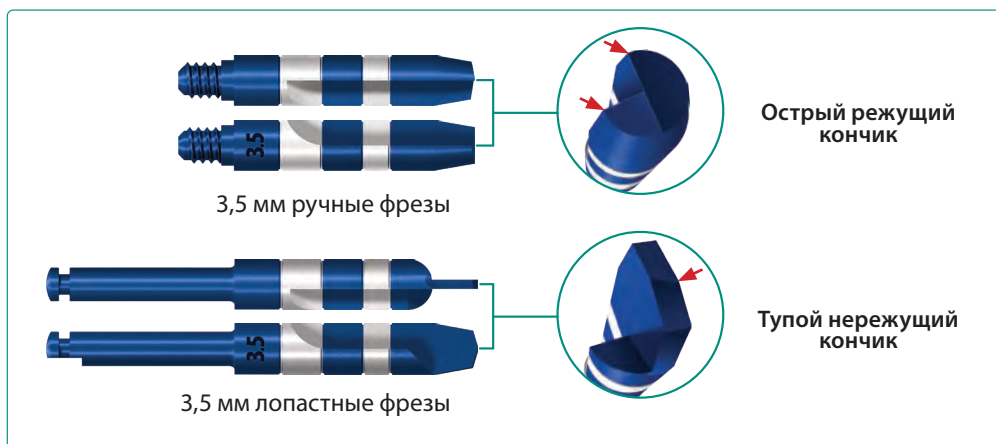


Маркировка ручных фрез



После пилотного сверления ложе последовательно формируется ручными фрезами от диаметра 2,5 мм до диаметра устанавливаемого имплантата. Ручные фрезы имеют цветовую кодировку в соответствии с диаметром и маркированы на уровне 6, 8, 11 и 14 мм. **До начала применения важно изучить и запомнить на какой длине маркированы ручные фрезы. Не допускаются сомнения в высоте первой насечки на фрезе.** Перепроверьте себя, измерив фрезу, если не уверены на какой высоте находится **первая** маркировка.

Сравнение ручных фрез с лопастными фрезами



ПРИМЕЧАНИЕ: у ручных фрез острый режущий кончик, они могут как расширять ложе, так и менять глубину погружения. У лопастных фрез конический нережущий кончик и они только расширяют ложе, не меняя его глубину.

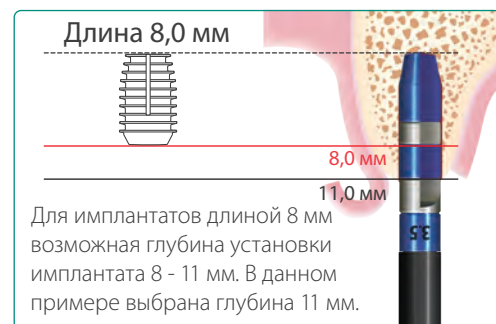
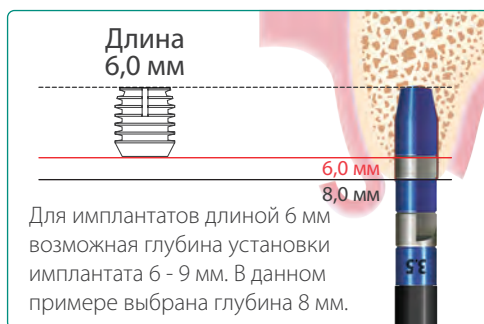
Ручные фрезы обеспечивают повышенный контроль при формировании остео-томии в сложных клинических условиях, таких как тонкая вестибулярная кость или минимальное расстояние между формируемым ложем и соседними зубами или имплантатами. Также ручные фрезы неocenимы при работе в свежей лунке во фронтальном отделе верхней челюсти, где с их помощью можно работать с нёбным смещением, сохраняя тонкую щечную стенку.

Глубина введения ручных фрез

После пилотного сверления формирование ложа происходит на заданной глубине. Глубина установки имплантатов Bicon варьируется в зависимости от анатомии. При идеальных условиях рекомендовано заглублять имплантат Bicon на 2 - 3 мм субкостально. Для получения оптимального эстетического результата во фронтальном отделе устанавливайте имплантат на 5,0 мм ниже уровня десны с вестибулярной стороны.

В некоторых анатомически сложных областях имплантаты можно устанавливать на уровне гребня.

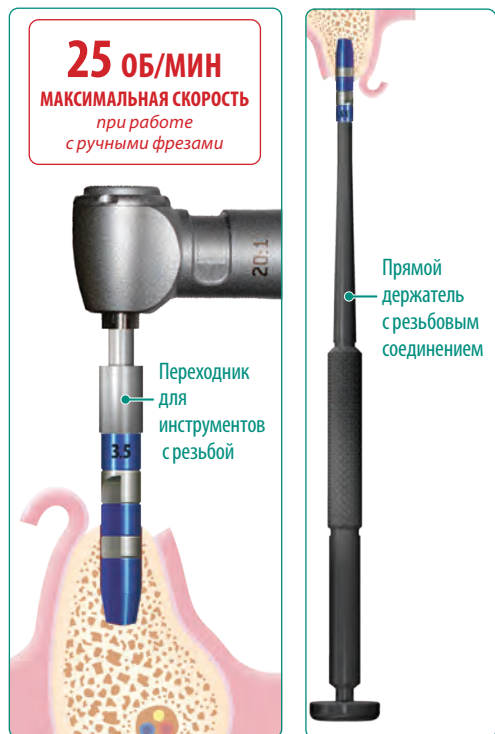
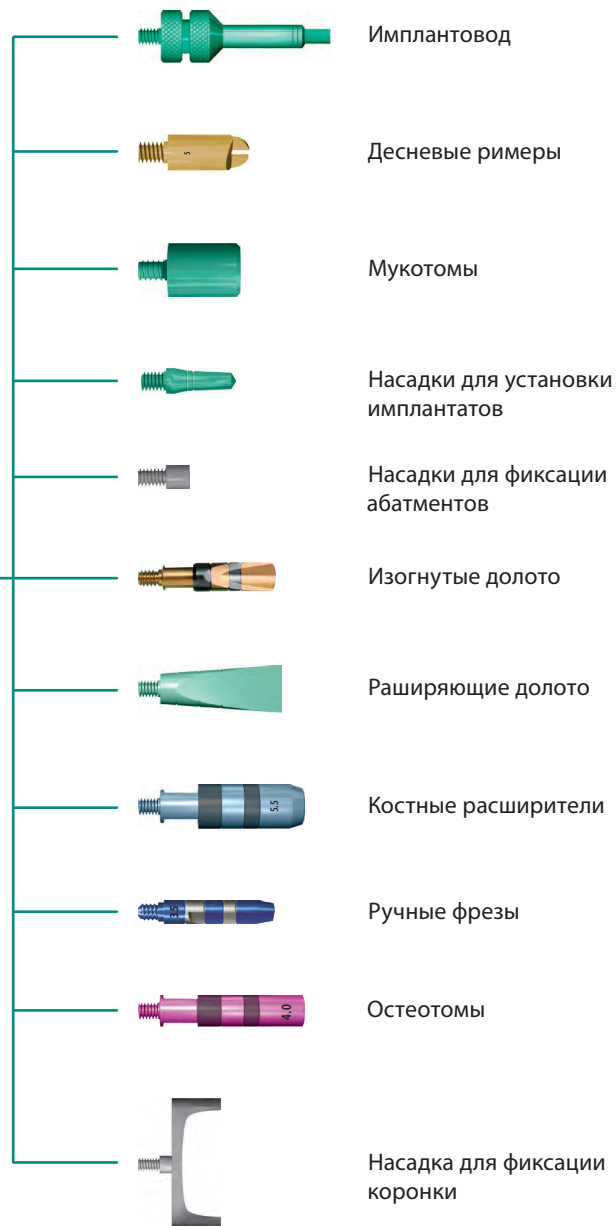
При одномоментной установке имплантата после удаления зуба учитывайте прикраевую резорбцию и устанавливайте имплантат на 4 - 5 мм ниже уровня гребня.



ИНСТРУМЕНТЫ С РЕЗЬБОЙ

Взаимозаменяемость инструментов с резьбой

Держатели Viscon с резьбовым соединением совместимы с инструментами с резьбой. Прямой держатель с резьбовым соединением применяется со всеми инструментами с резьбой, изогнутый и круглый держатели - с некоторыми из них.



ПРИМЕР ВЗАИМОЗАМЕНЯЕМОСТИ: если клиницист принимает решение использовать ручную фрезу, есть разные варианты в зависимости от клинической ситуации и предпочтений.

На нижней челюсти возможно применение ручной фрезы через переходник с наконечником. ПРИМЕЧАНИЕ: для данного метода максимальная скорость препарирования - 25 об/мин.

На верхней челюсти ручная фреза используется в сборе с прямым держателем с резьбовым соединением.

Ключевая информация на упаковке



ЛИЦЕВАЯ СТОРОНА

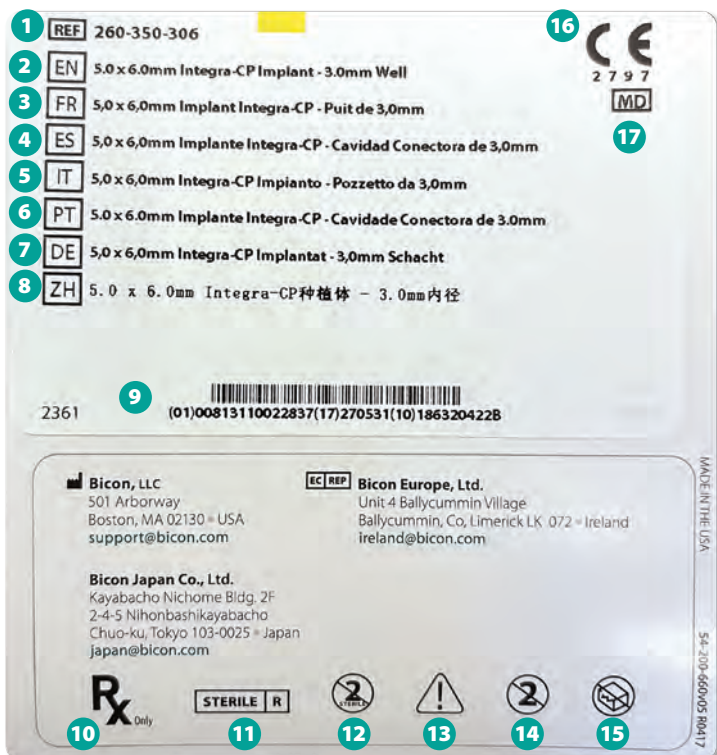
- 1 QR code (содержит артикул и лот)
- 2 Артикул
- 3 Лот
- 4 Описание на английском языке
- 5 Срок годности



ВНУТРЕННЯЯ СТЕРИЛЬНАЯ БЛИСТЕРНАЯ УПАКОВКА

- 1 Артикул
- 2 Не использовать, если целостность упаковки нарушена
- 3 Описание на английском языке
- 4 Лот
- 5 Дата производства
- 6 Срок годности

ПРИМЕЧАНИЕ: вклейте этикетку в карту пациента.



ОБОРОТНАЯ СТОРОНА

- 1 Артикул
- 2 Описание на английском языке
- 3 Описание на французском языке
- 4 Описание на испанском языке
- 5 Описание на итальянском языке
- 6 Описание на португальском языке
- 7 Описание на немецком языке
- 8 Описание на китайском языке
- 9 Штрих-код (номер GTIN*, срок годности и лот)
- 10 Только по назначению врача
- 11 Изделие поставляется в стерильной упаковке
- 12 Не подлежит повторной стерилизации
- 13 Внимание: ознакомьтесь с вложенной информацией
- 14 Одноразовое применение
- 15 Не использовать, если целостность упаковки нарушена
- 16 Европейская маркировка CE
- 17 Медицинское изделие

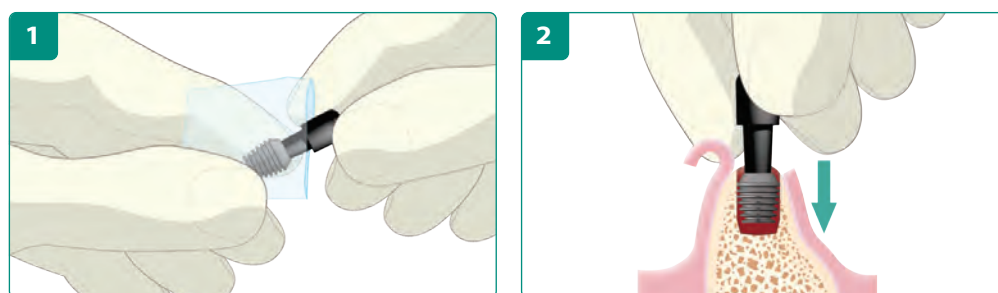
*Global Trade Item Number - глобальный номер товарной продукции в единой международной базе товаров GS1

Извлечение имплантата из упаковки



1. Все манипуляции проводятся в стерильных перчатках. Ассистент извлекает стерильную блистерную упаковку Tyvek® из картонной, аккуратно вскрывает блистер и позволяет имплантату в стерильном полиэтиленовом пакетике свободно упасть на стерильный лоток. Не загрязняйте полиэтиленовый пакетик. Этикетку вклейте в карту пациента.
2. Вскройте внутренний стерильный пакетик стерильными ножницами.

Перенос имплантата в ложе с помощью заглушки



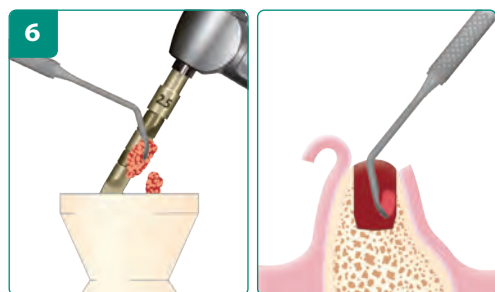
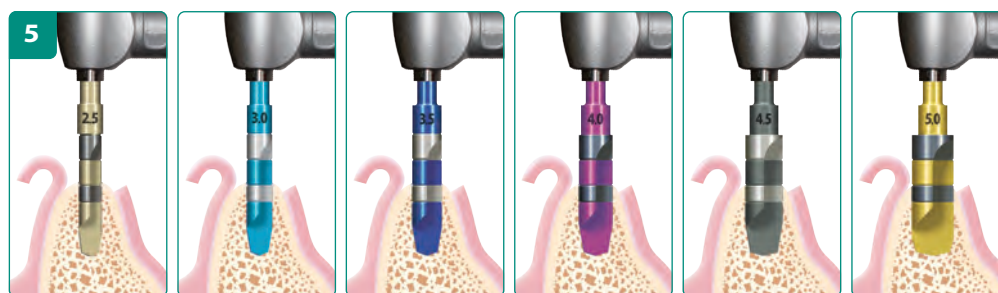
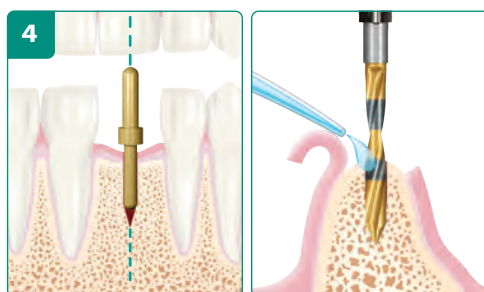
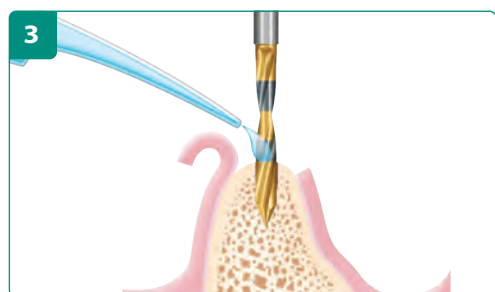
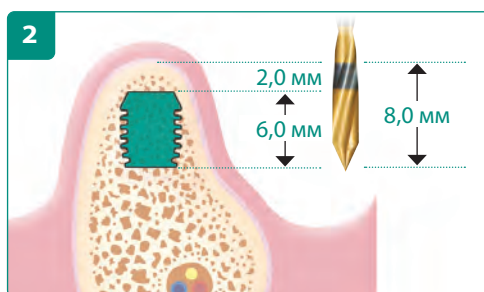
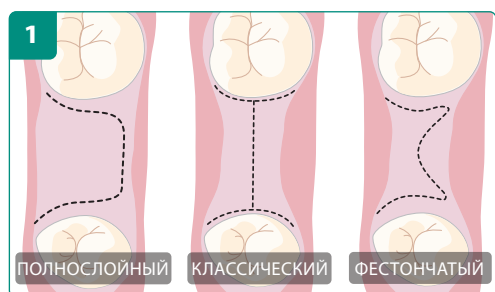
1. Безопаснее держать имплантат в стерильных перчатках через полиэтиленовый пакетик.
2. Извлеките имплантат из пакетика, держа его за заглушку, и введите в ложе на всю глубину.

Перенос имплантата в ложе с помощью имплантовода



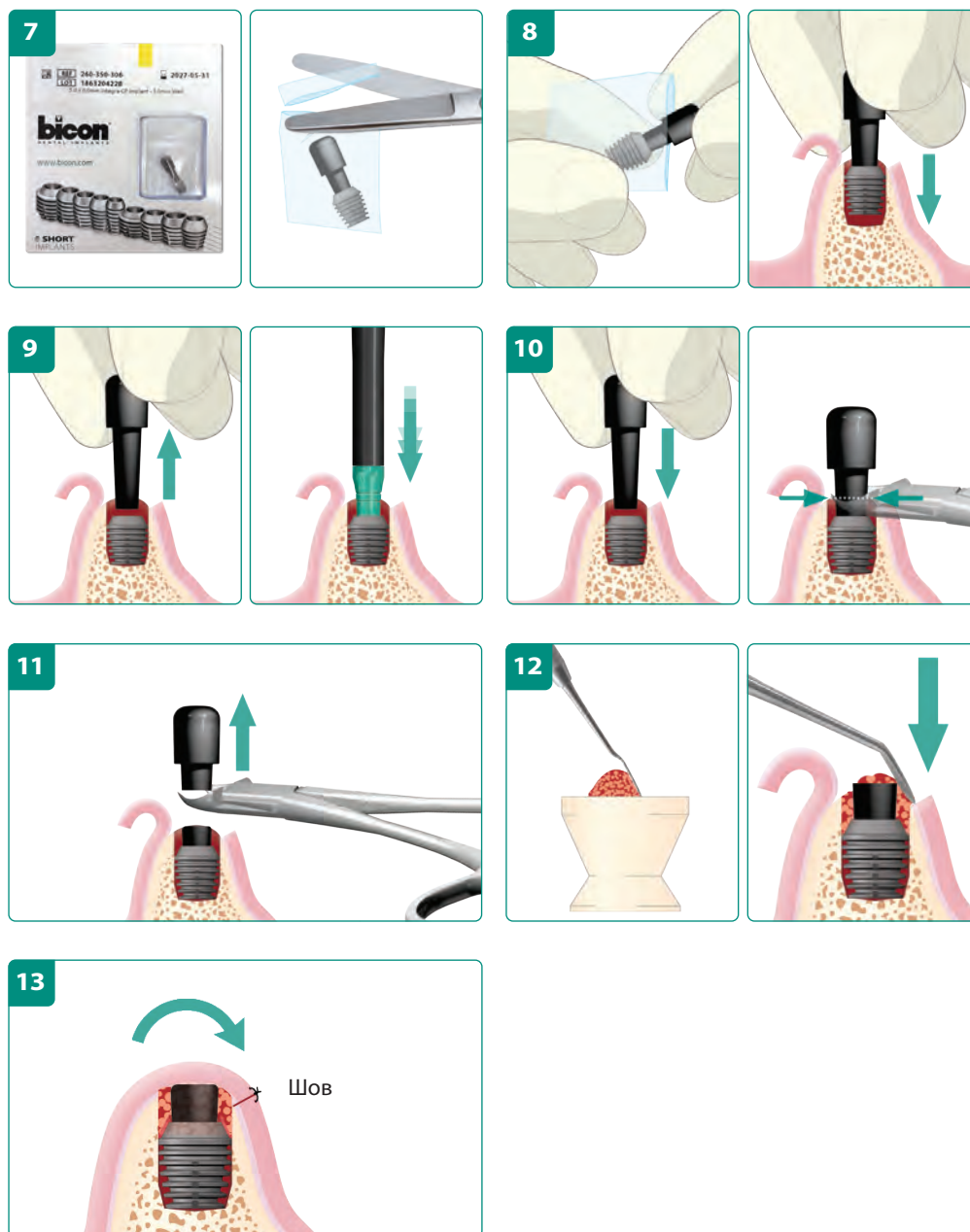
1. Имплантат можно переносить в ложе с помощью имплантовода. Перед использованием имплантовода убедитесь, что вы ознакомились с тем, как имплантат крепится к инструменту и как расклинивается после введения в ложе.
2. Держите верхнюю часть ручки имплантовода и поворачивайте нижнюю часть ручки против часовой стрелки. Наружный цилиндр имплантовода аккуратно опустится вниз, сталкивая имплантат с поршня.

Одиночный зуб » подготовка ложа и установка имплантата • 5,0 x 6,0 мм SHORT® Implant



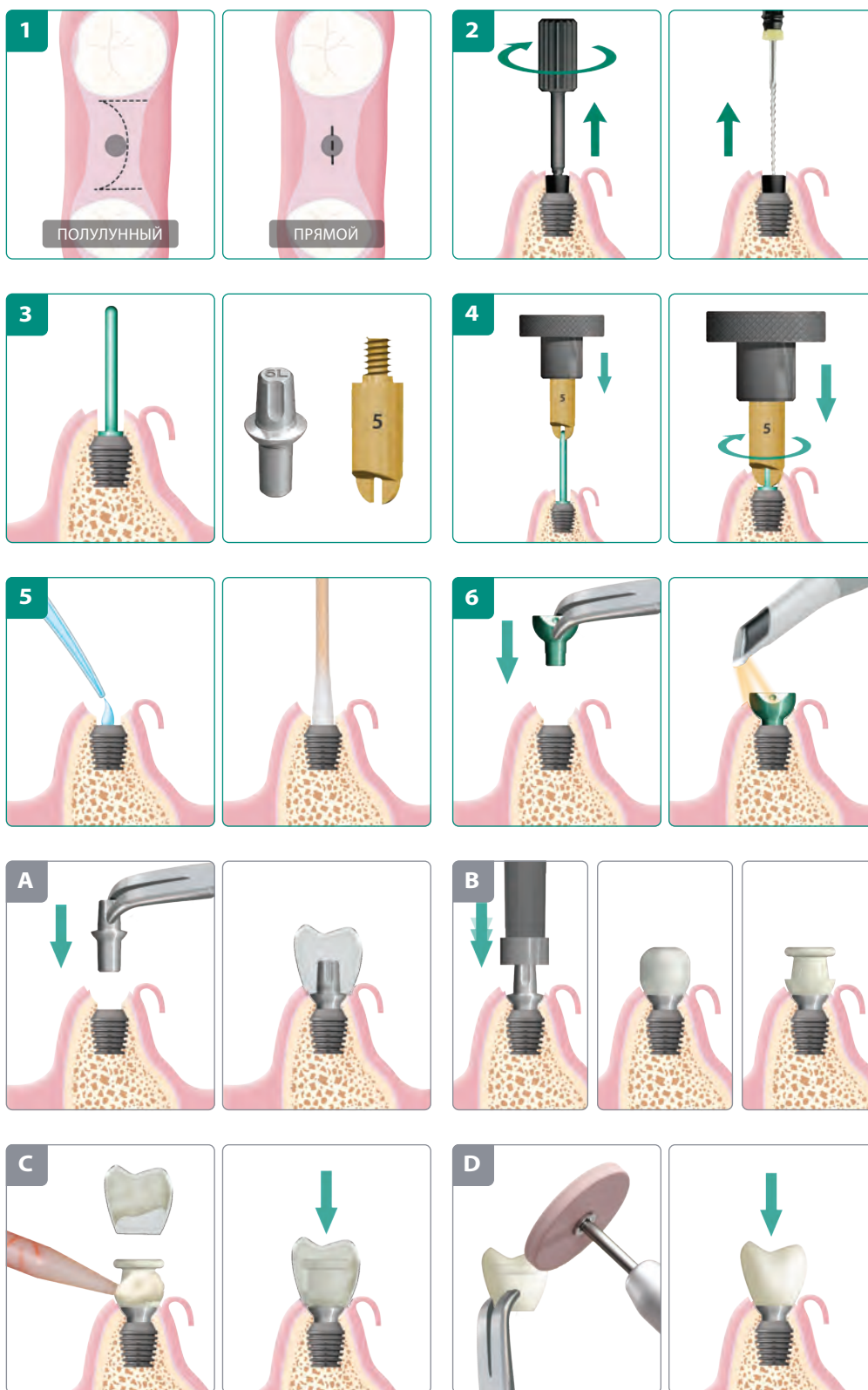
- 1.** При двухэтапной хирургической технике отслоите полнослойный, классический или фестончатый тип лоскута в зависимости от клинических предпочтений.
- 2.** ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ ПИЛОТНОГО БОРА УБЕДИТЕСЬ, ЧТО ЗНАЕТЕ РАССТОЯНИЕ, ОТМЕЧЕННОЕ МАРКИРОВКОЙ! Устанавливайте имплантат на 2-3 мм ниже уровня гребня. В примере показана установка имплантата 5,0 x 6,0 мм на глубину 8 мм.
- 3.** Сформируйте пилотное отверстие бором 2,0 мм на скорости 1100 об/мин с ирригацией. Независимо от длины имплантата первое сверление выполняется на глубину 6 мм.
- 4.** Используйте штифты для параллельного сверления, чтобы проверить траекторию пилотного отверстия, которая должна соответствовать зубу-антагонисту. Затем, при необходимости, закончите формирование пилотной остеотомии на 2-3 мм глубже выбранной длины имплантата. В примере сформирована пилотная остеотомия глубиной 8 мм.
- 5.** Последовательно расширьте ложе с помощью фрез от меньшего диаметра к большему **без ирригации**, на скорости 50 об/мин. В примере устанавливают имплантат 5,0 x 6,0 мм, поэтому последней используется фреза 5,0 мм.
- 6.** По мере расширения ложа, собирайте аутогенную кость из лопастей фрез и из лунки. Собранную кость складывайте в силиконовую чашку и прикрывайте влажной марлей для дальнейшего использования на шаге 12.

Одиночный зуб » подготовка ложа и установка имплантата • 5,0 x 6,0 мм SHORT® Implant (продолжение)



- 7.** Ассистент в стерильных перчатках извлекает стерильную блистерную упаковку Tuvek® из картонной, аккуратно вскрывает блистер и позволяет имплантату в стерильном полиэтиленовом пакетике свободно упасть на стерильный лоток. Не загрязняйте полиэтиленовый пакетик. Этикетку вклейте в карту пациента. Полиэтиленовый пакетик вскрывайте стерильными ножницами.
- 8.** Безопаснее держать имплантат через полиэтиленовый пакетик в стерильных перчатках. Извлеките имплантат из пакетика, держа его за заглушку, и введите в ложе на всю глубину. Другие способы переноса имплантата в ложе описаны на стр. 20.
- 9.** В плотной костной ткани бывает необходимо пристукнуть имплантат для полной посадки в ложе. Для этого извлеките заглушку, возьмите насадку для фиксации имплантата соответствующего диаметра в сборе с прямым держателем и аккуратно пристукните имплантат до полной посадки в ложе.
- 10.** Вставьте заглушку и отметьте на ней уровень костного гребня с помощью ножниц для обрезания заглушки.
- 11.** Обрежьте заглушку по маркировке, это можно сделать как в полости рта, так и экстраорально. Обрезая заглушку экстраорально, клиницист может убрать все острые углы, которые могут раздражать мягкие ткани. Перенесите обрезанную заглушку в имплантат с помощью зонда.
- 12.** Уложите костную стружку, собранную на шаге 6 на плечо имплантата, для этого удобно использовать штопфер-гладилку Woodson или похожий инструмент.
- 13.** Ушейте и, в зависимости от типа костной ткани, подождите 3-4 месяца до завершения процесса остеоинтеграции. Подробнее о типах костной ткани - на стр. 5.

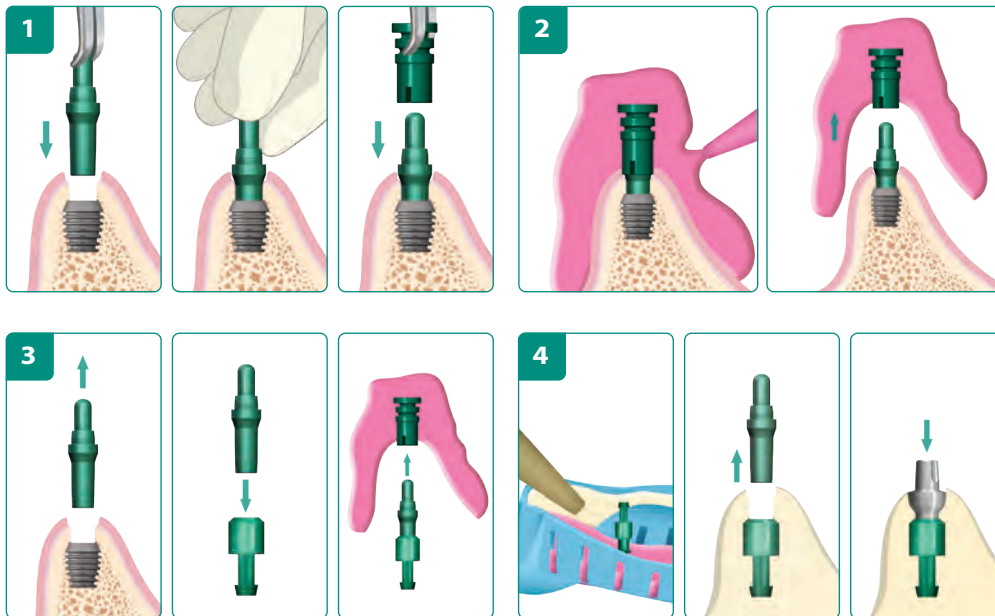
Одиночный зуб » раскрытие имплантата и установка абатмента • 5,0 x 6,0 мм SHORT® Implant



1. При раскрытии имплантата в эстетически значимых зонах рекомендуется использовать полулунный разрез. В других областях можно использовать разные формы лоскута.
2. Извлеките заглушку при помощи специального инструмента. В качестве альтернативы можно использовать скалер или эндодонтический файл.
3. Осторожно введите в имплантат направляющий штифт соответствующего диаметра и проверьте направление и интеграцию имплантата. Возьмите десневой ример по диаметру соответствующий сферическому основанию выбранного абатмента.
4. Удалите излишки костной ткани с помощью десневого римера, который вводится по направляющему штифту с апикальным нажимом. Десневой ример может крепиться к круглому держателю, прямому держателю или к наконечнику через переходник для инструментов с резьбой.
5. Промойте шахту имплантата водой, извлекая костные частицы. Хорошо просушите шахту ватным аппликатором.
6. Установите сканируемый формирователь десны подходящего размера с нужным диаметром соединения и отсканируйте его.
 - A. ОПЦИЯ: установите выбранный абатмент, зафиксировав его легким нажатием пальца. Проверьте с помощью вакуумформованной чашки правильное положение абатмента и активируйте соединение.
 - B. Для полной активации соединения 3 раза пристукните абатмент, прилагая усилие по длинной оси штифта абатмента. Наденьте на абатмент колпачок для формирования десны, при необходимости ушейте лоскут вокруг. **Если вы делаете временную коронку**, наденьте на абатмент колпачок для временных реставраций, при необходимости, подрежьте его и переходите к следующему шагу.
 - C. Нанесите материал для временной реставрации на колпачок и в вакуумформованную чашку. Поместите чашку, заполненную материалом в полость рта, чтобы сформировать временный протез.
 - D. После полимеризации извлеките чашку, отполируйте временную конструкцию и установите ее в полость рта для формирования десневой бороздки. При необходимости, ушейте лоскут. После полного заживления мягких тканей снимите оттиск.

СНЯТИЕ ОТТИСКА С УРОВНЯ ИМПЛАНТАТА

Традиционный оттиск с уровня имплантата

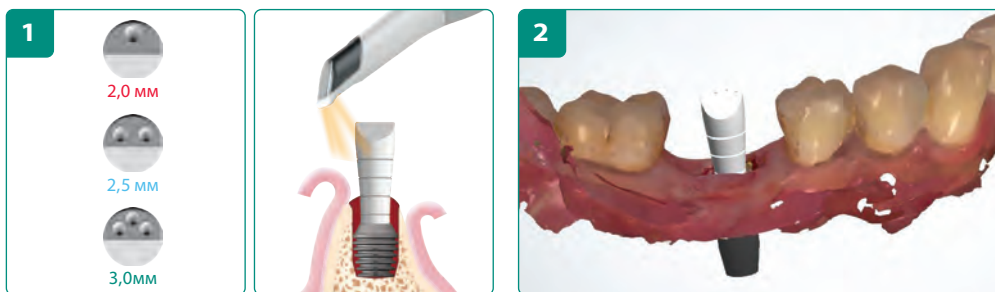


Обратите внимание на цветовую кодировку компонентов для снятия оттиска:

- 2.0 Соединение 2,0 мм
- 2.5 Соединение 2,5 мм
- 3.0 Соединение 3,0 мм

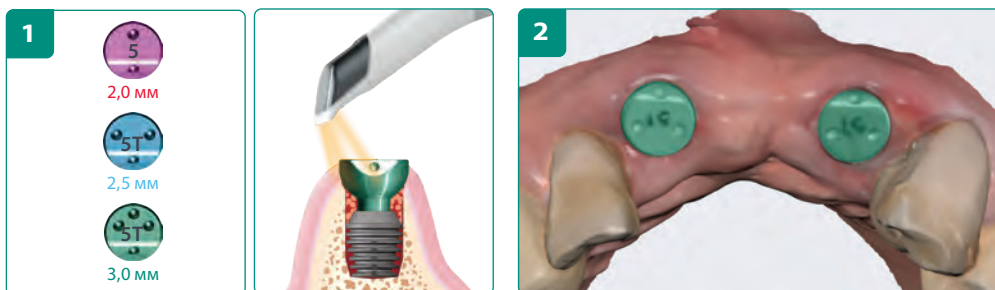
1. Вставьте титановый слепочный трансфер соответствующего диаметра в шахту имплантата, используйте только давление пальца. Защелкните на трансфере пластиковый слепочный колпачок того же цвета.
2. Нанесите слепочный материал вокруг пластикового слепочного колпачка, снимите оттиск. После того, как материал отвердеет, извлеките ложку из полости рта, пластиковый колпачок должен остаться в слепке. Если при извлечении ложки вы сместили штифт или извлекли его вместе с колпачком, слепок нужно переснять, иначе положение имплантата будет передано с ошибкой.
3. Извлеките титановый штифт из шахты имплантата и вставьте в титановый аналог имплантата соответствующего размера. Вставьте получившийся модуль в слепок для отлития гипсовой модели.
4. В лаборатории техник отливает модель с мягкими тканями и подбирает абатмент для постоянной конструкции. Важно выбирать абатмент самого широкого диаметра для обеспечения оптимальной поддержки межзубных сосочков, но не зажимать их.

Цифровой оттиск с уровня имплантата с трансферами для цифрового сканирования



1. Установите трансфер для цифрового сканирования соответствующего диаметра в имплантат и отсканируйте. Точки на окклюзионной поверхности трансфера обозначают диаметр соединения имплантата/абатмента.
2. Для моделирования и изготовления конструкции используйте программное обеспечение CAD/CAM по вашему выбору.

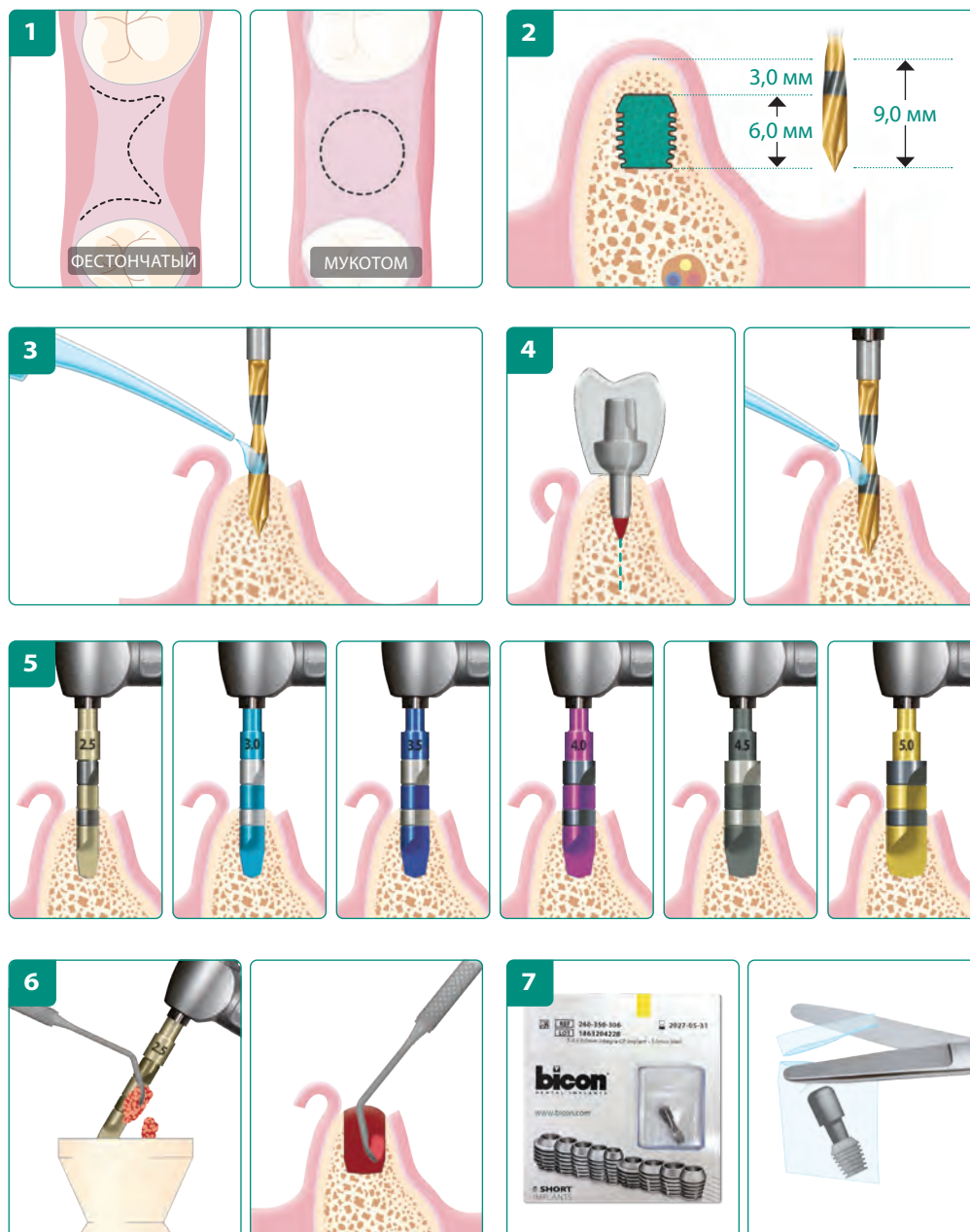
Цифровой оттиск с уровня имплантата со сканируемыми формирователями десны



1. Установите сканируемый формирователь десны, соответствующий соединению имплантата и диаметру будущего постоянного абатмента, отсканируйте. Точками на окклюзионной поверхности обозначен диаметр соединения имплантата, а лазерная маркировка обозначает диаметр и высоту формирователя.
2. Для моделирования и изготовления конструкции используйте программное обеспечение CAD/CAM по вашему выбору.

ПРИМЕЧАНИЕ: снятие оттиска с уровня абатмента описано в ортопедическом руководстве.

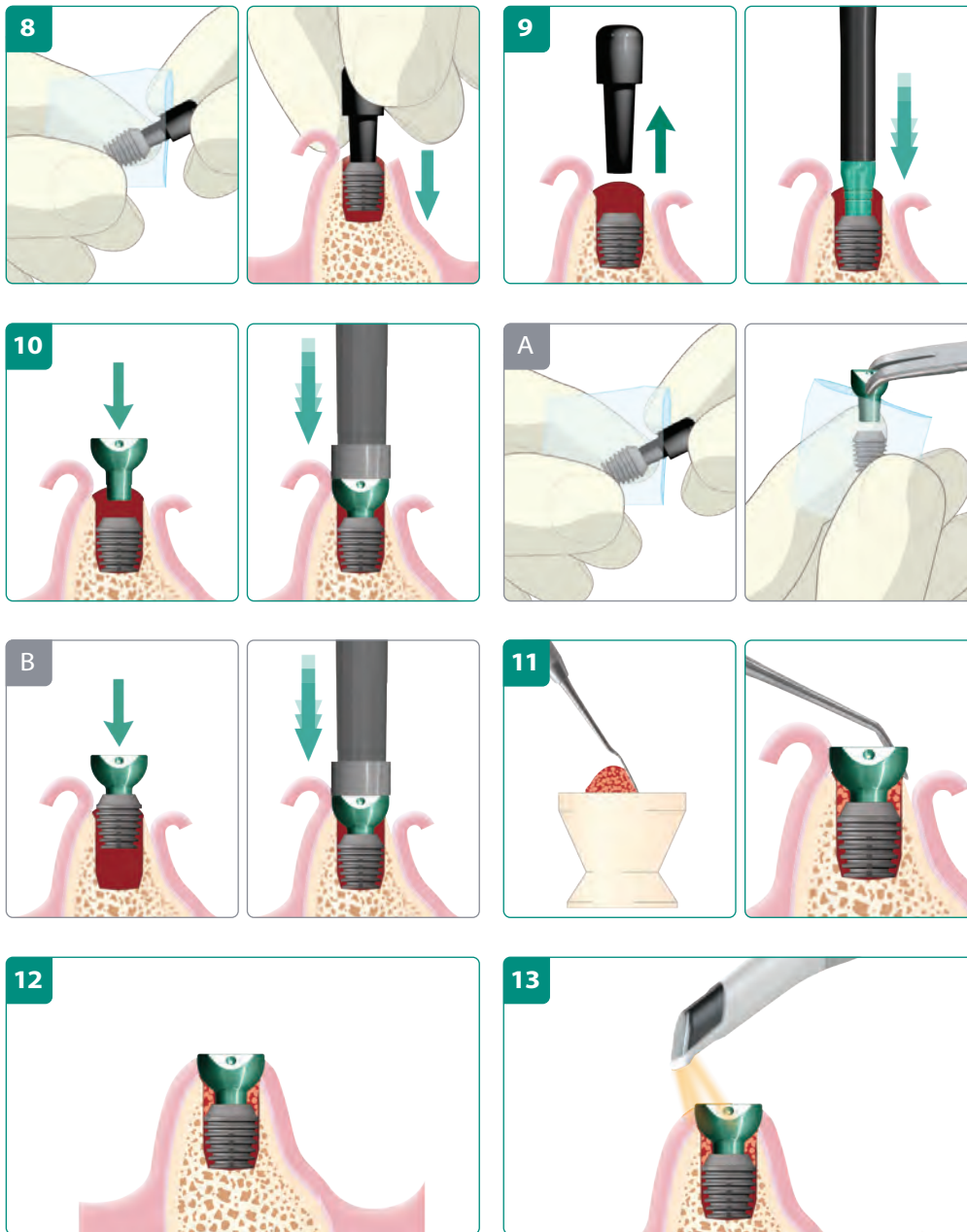
Одиночный зуб » подготовка ложа и установка имплантата и формирователя • 5,0 x 6,0 мм SHORT® Implant



1. При одноэтапной хирургической технике, если вы устанавливаете имплантат не в лунку после удаления, отслоите фестончатый лоскут или воспользуйтесь мукотомом.
2. ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ ПИЛОТНОГО БОРА УБЕДИТЕСЬ, ЧТО ЗНАЕТЕ РАССТОЯНИЕ, ОТМЕЧЕННОЕ МАРКИРОВКОЙ! Устанавливайте имплантат на 3 мм ниже уровня гребня. В примере показана установка имплантата 5,0 x 6,0 мм на глубину 9 мм.
3. Сформируйте пилотное отверстие бором 2,0 мм на скорости 1100 об/мин с ирригацией. Независимо от длины имплантата первое сверление выполняется на глубину 6 мм.
4. Используйте абатмент со штифтом 2,0 мм, чтобы проверить траекторию пилотного отверстия и посадку каппы. Затем закончите формирование пилотной остеотомии на 3 мм глубже выбранной длины имплантата. В примере сформирована пилотная остеотомия глубиной 9 мм.
5. Последовательно расширьте ложе с помощью фрез от меньшего диаметра к большему без ирригации, на скорости 50 об/мин. В примере устанавливается имплантат 5,0 x 6,0 мм, поэтому последней используется фреза 5,0 мм.
6. По мере расширения ложа, собирайте аутогенную кость из лопастей фрез и из лунки. Собранную кость складывайте в силиконовую чашку и прикрывайте влажной марлей для дальнейшего использования на шаге 11.
7. Ассистент в стерильных перчатках извлекает стерильную блистерную упаковку Тувек® из картонной, аккуратно вскрывает блистер и позволяет имплантату в стерильном полиэтиленовом пакетике свободно упасть на стерильный лоток. Не загрязняйте полиэтиленовый пакетик. Этикетку вклейте в карту пациента. Полиэтиленовый пакетик вскройте стерильными ножницами.

(продолжение)

Одиночный зуб » подготовка ложа и установка имплантата и формирователя • 5,0 x 6,0 мм SHORT® Implant



8. Безопаснее держать имплантат через полиэтиленовый пакетик в стерильных перчатках. Извлеките имплантат из пакетика, держа его за заглушку, и введите в ложе на всю глубину. Другие способы переноса имплантата в ложе описаны на стр. 20.
9. В плотной костной ткани бывает необходимо пристукнуть имплантат для полной посадки в ложе. Для этого извлеките заглушку, возьмите насадку для фиксации имплантата соответствующего диаметра с сборе с прямым держателем и аккуратно пристукните имплантат до полной посадки в ложе.
10. Установите сканируемый формирователь десны подходящего размера. Слегка пристукните его для активации конусного соединения. Переходите к шагу 11.
 - A. ОПЦИЯ: в качестве альтернативы шагам 8 – 10 извлеките черную заглушку из имплантата и замените ее подходящим по размеру сканируемым формирователем десны.
 - B. Установите имплантат в сборе с формирователем десны в ложе. Слегка пристукните формирователь для активации конусного соединения. Многие клиницисты предпочитают укладывать собранную аутогенную стружку или PRF (обогащенную фибрином плазму) между плечом имплантата и основанием абатмента до введения имплантата в ложе.
11. Уложите костную стружку, собранную на шаге 6 сверху на плечо имплантата, для этого удобно использовать штопфер-гладилку Woodson или похожий инструмент.
12. При необходимости уберите излишки тканей. Подождите 3-4 месяца до завершения процесса остеоинтеграции, формирователь десны можно извлекать после остеоинтеграции имплантата.
13. Вы можете снять цифровой скан с формирователя десны сразу после его установки или в любой другой момент в период остеоинтеграции имплантата, переходя к изготовлению финальной конструкции, таким образом, экономя свое время и время пациента.

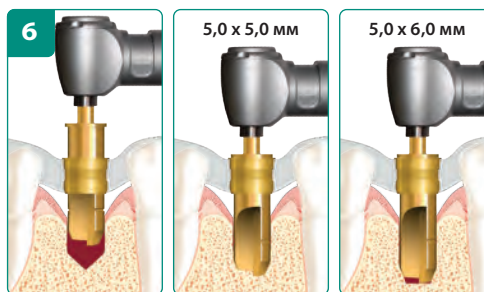
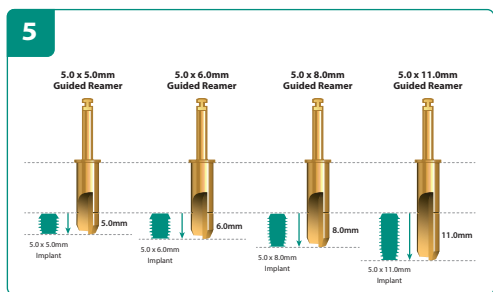
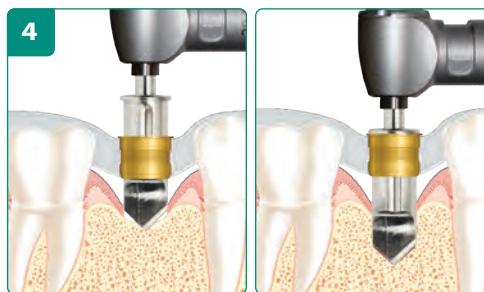
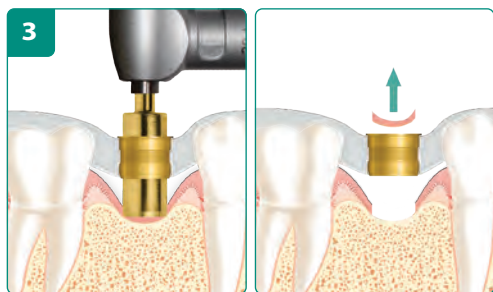
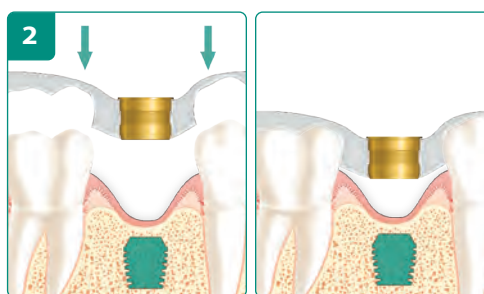
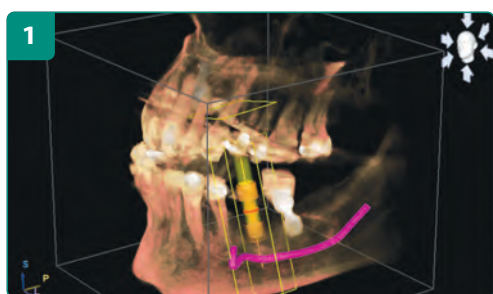
НАВИГАЦИОННАЯ ХИРУРГИЯ

Импантация по навигационному шаблону - эффективная хирургическая методика для клинических ситуаций с достаточным объемом костной ткани, особенно для начинающих клиницистов.

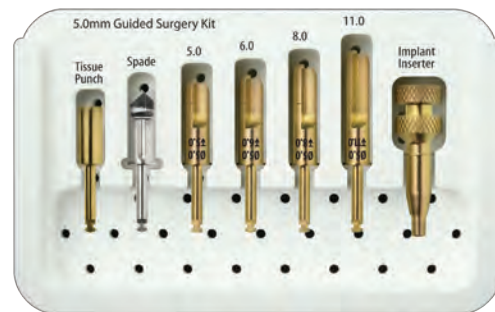
Важно стабильно зафиксировать хирургический навигационный шаблон, созданный на основе данных КЛКТ, на оставшихся зубах, например, винтами к кости челюсти.

Многие опытные клиницисты предпочитают использовать хирургические шаблоны на основе КЛКТ только под пилотное сверление, особенно при минимальном объеме костной ткани. Это дает возможность применить широкий набор методик, являющихся визитными карточками хирургического протокола Bicon, таких как расширение костного гребня, закрытый синус-лифтинг и препарирование ручными фрезами.

Одиночный зуб » подготовка ложа с навигационным шаблоном и установка имплантата • 5,0 x 6,0 мм SHORT® Implant



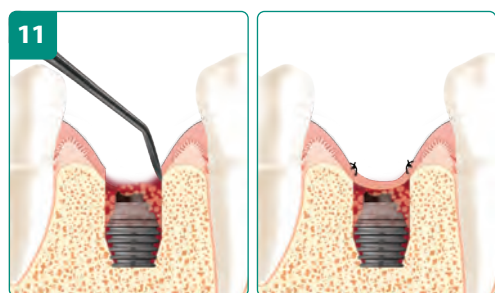
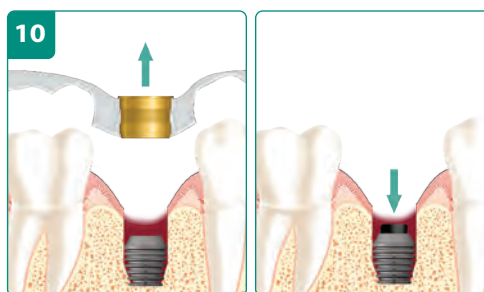
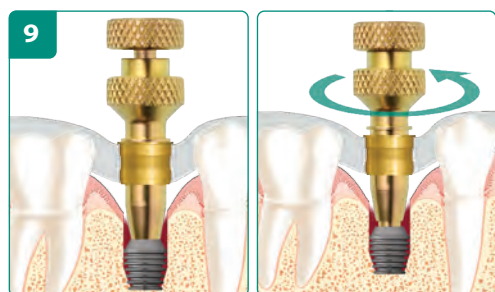
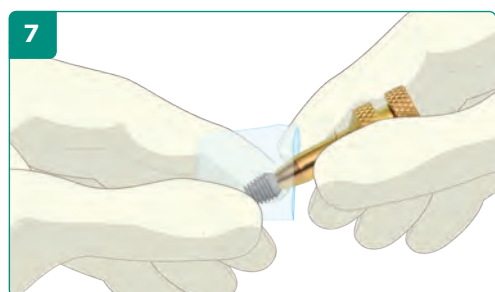
Набор для навигационной хирургии 5,0 мм



1. Выберите в библиотеке нужный размер имплантата Bicon и позиционируйте его на КЛКТ параллельно соседним зубам, чтобы при протезировании использовать прямой абатмент. Смоделируйте шаблон и отправьте файл в лабораторию для изготовления.
2. Разместите шаблон с опорой на соседние зубы и убедитесь, что он правильно сел и стабильно зафиксирован. Обратите внимание на предполагаемое положение имплантата и на втулку с цветовой кодировкой для диаметра 5,0 мм, вклеенную в шаблон.
3. С помощью мукотома отслоите лоскут и сохраните его во влажной среде для закрытия ложа после установки имплантата. В качестве альтернативы, можно мукотомом наметить область остеотомии и отслоить привычный лоскут скальпелем.
4. Сформируйте пилотную остеотомию навигационным пилотным бором на скорости 400 об/мин без охлаждения. Бор вводится в ложе до контакта с втулкой.
5. Для углубления ложа последовательно используйте навигационные фрезы до достижения запланированной длины имплантата.
6. Для установки имплантата размером 5,0 x 6,0 мм начните с навигационной фрезы 5,0 x 5,0 мм и закончите навигационной фрезой 5,0 x 6,0 мм. Препарируйте на скорости 50 об/мин, собирая аутогенную костную стружку из лопастей фрез.
7. Откройте стерильную упаковку

(продолжение)

Одиночный зуб » подготовка ложа с навигационным шаблоном и установка имплантата • 5,0 x 6,0 мм SHORT® Implant



имплантата, вставьте имплантовод в имплантат и проверните нижнюю часть рукоятки, пока она не встанет вровень с имплантатом.

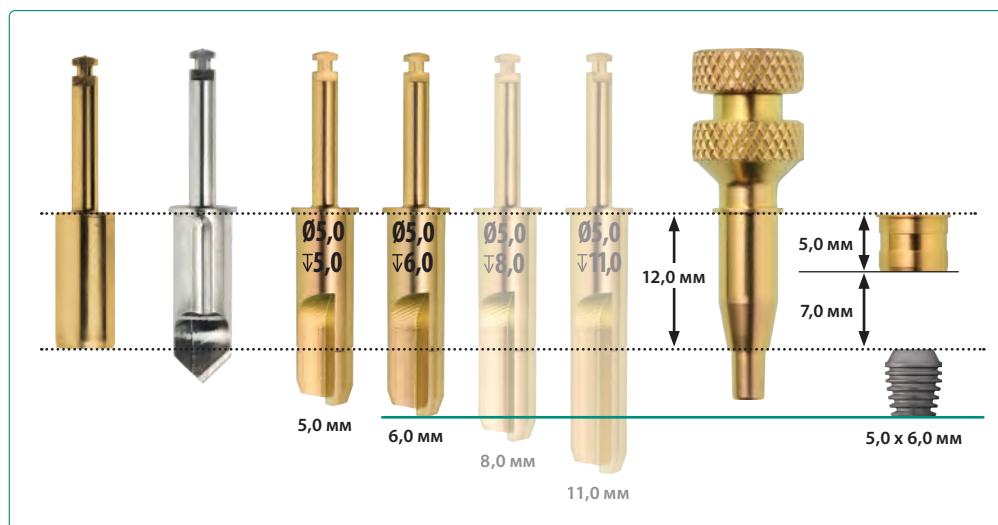
8. Убедитесь, что нижняя часть рукоятки имплантовода встала вровень с имплантатом.

9. С помощью имплантовода введите имплантат через шаблон в ложе и проверните нижнюю часть рукоятки имплантовода, чтобы отсоединить имплантат.

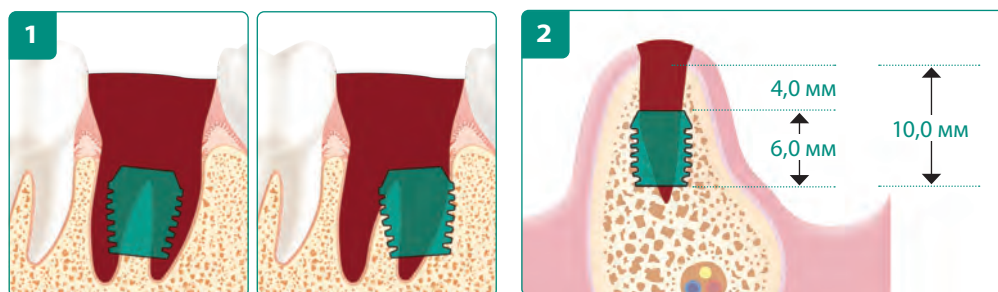
10. Снимите шаблон и вставьте в имплантат обрезанную заглушку.

11. С помощью штопфера-гладилки аккуратно уложите на плечо имплантата собранную аутогенную кость (шаг 6). Укройте лоскутом или собранной мукотомом слизистой (этап 3) и ушейте. Подождите минимум 3–4 месяца до завершения процесса остеоинтеграции.

Последовательность инструментов для установки имплантата 5,0 x 6,0 мм

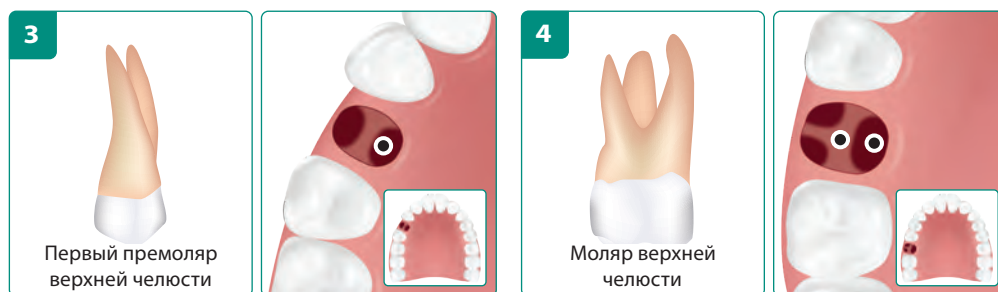


Одиночный зуб» подготовка ложа и установка имплантата • 5,0 x 6,0 мм SHORT® Implant



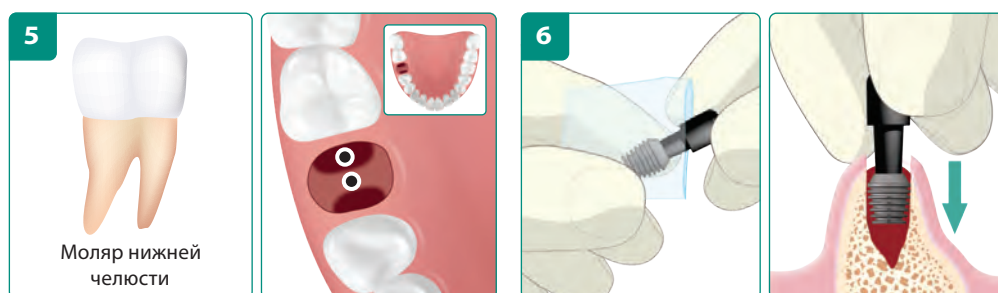
Одномоментная установка имплантата Bicon в лунку после удаления по одноэтапной методике - практичный и успешный протокол имплантации. Тем не менее, для начинающих клиницистов перед применением данного протокола необходимо освоить нюансы установки имплантатов Bicon в область фуркации.

Опытные клиницисты используют разные методики, но следующие рекомендации будут полезны всем:



Первый премоляр верхней челюсти

Моляр верхней челюсти



Моляр нижней челюсти



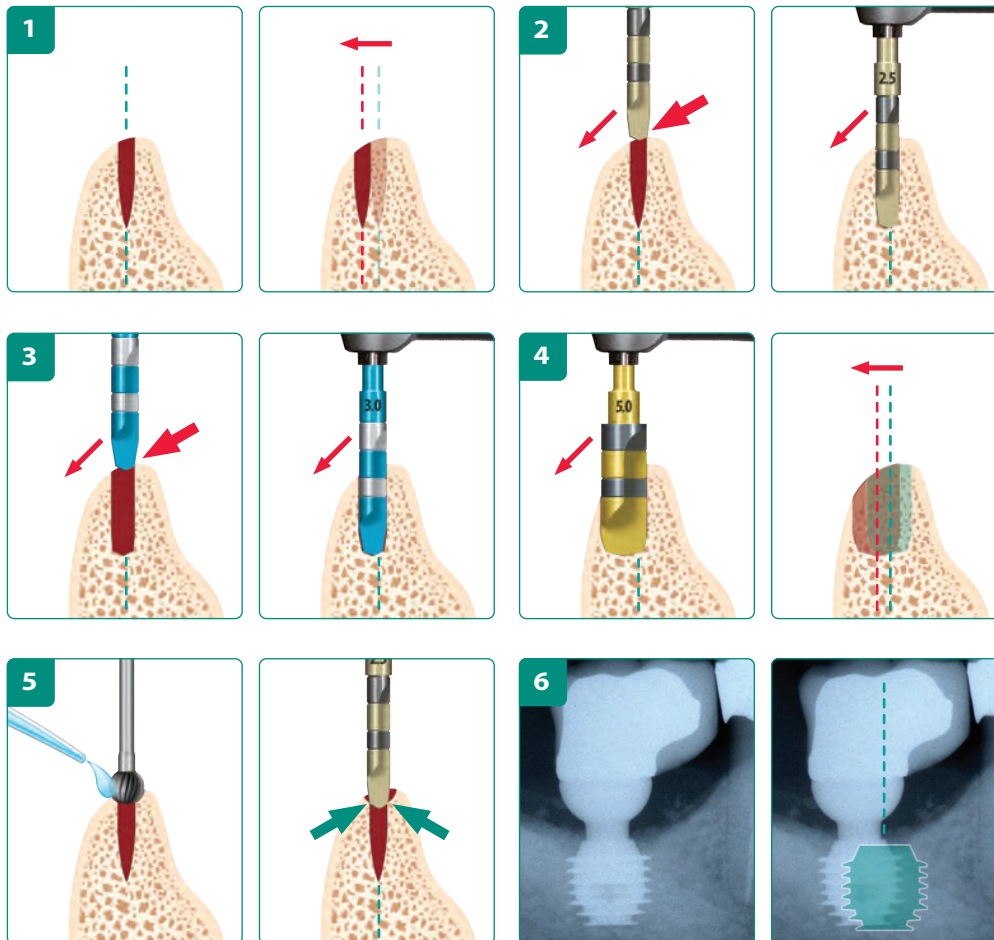
Коллагеновая губка

1. При установке имплантата в область фуркации именно анатомия доступной костной ткани определяет следует ли имплантат ставить в перегородку или в лунку корня.
2. Заглубляйте имплантат на 4-5 мм ниже гребня, учитывая процесс резорбции.
3. При работе в области первого премоляра на верхней челюсти устанавливайте имплантат в нёбную лунку по одноэтапному или двухэтапному протоколу.
4. При работе с молярами верхней челюсти устанавливайте имплантат в перегородку в область трифуркации или в нёбный корень по одноэтапному или двухэтапному протоколу. Используйте ручные фрезы или остеотомы для центрирования траектории имплантата.
5. При работе с молярами нижней челюсти, устанавливайте имплантат в перегородку в область бифуркации или в дистальный корень по одноэтапному или двухэтапному протоколу. Используйте ручные фрезы или остеотомы для центрирования траектории имплантата.
6. Протокол установки имплантата в ложе описан на стр. 20. Обрежьте заглушку на нужном уровне, как описано в шагах 9 - 10 на стр. 22.
7. Уложите собранную аутогенную стружку или SynthoGraft® на имплантат.
8. Закройте лунку коллагеновой губкой или PRF (обогащенной фибрином плазмой). Некоторые клиницисты предпочитают использовать для закрытия полнослойный лоскут, сканируемый формирователь десны или формирователь для синус-лифтинга.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

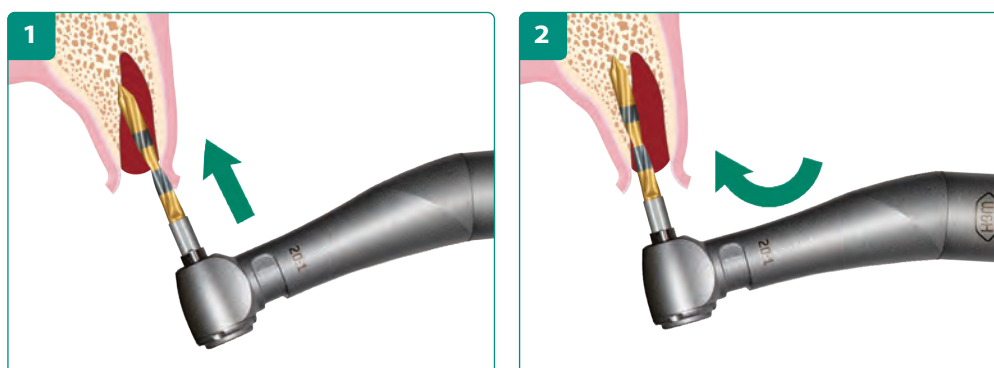
Формирование ложа при скошенной форме альвеолярного гребня

При формировании ложа в альвеолярном отростке скошенной формы фреза может случайно сместиться ниже запланированного уровня, чаще всего смещение происходит в щечном или дистальном направлении. Кроме того, фрезы могут отклоняться при работе в более плотной костной ткани, которая обычно локализуется в щечном направлении от области нёбной/язычной кости.



1. Пилотное сверление нужно выполнять в центре области отсутствующего зуба, обычно на одной линии с зубом-антагонистом. Чтобы избежать смещения, посмотрите на пилотное сверло с двух сторон от пациента. Неудачное положение остеотомии впоследствии может привести к необходимости использовать угловой абатмент, к неправильному прикусу или изготовлению реставрации с нависающим краем.
2. Поскольку фрезы имеют конический кончик, при контакте с костью по более высокому краю они могут случайно сместить ложе в ту сторону, где уровень кости вокруг лунки ниже.
3. Это смещение в сторону низкого края может усугубляться с каждой последующей фрезой.
4. В случае, если тенденция сохранится до последней фрезы, сформированное ложе будет смещено от центра пилотного сверления.
5. Во избежание подобных ситуаций используйте шаровидный бор диаметром 4,0 мм. Осторожно и аккуратно на большой скорости сформируйте шаровидным бором коническое углубление в устье пилотного отверстия. Эта «воронка» улучшит контакт фрезы с костью по всей окружности лунки и направит фрезу точно по центру пилотного отверстия.
6. На прошлых изображениях был обозначен язычно-щечный сдвиг, но сдвиг может быть и в мезиально-дистальном направлении. На примере изображена коронка с мезиальным нависающим краем и отмечено предполагавшееся положение имплантата.

Пилотное сверление в области удаленного зуба во фронтальном отделе верхней челюсти



1. Сначала введите пилотное сверло до контакта с небной стенкой на высоте 3 – 4 мм от верхушки лунки удаленного зуба. Сверло вводится под углом от 25° до 45° в зависимости от клинической ситуации.
2. Сразу после контакта пилотного бора с костью измените траекторию введения бора, выведя ее параллельно соседним зубам и в направлении предполагаемой реставрации.



WORLD HEADQUARTERS

501 Arborway
Boston, MA 02130 USA

Официальный представитель в России -
компания ТС Дентал

■ +7 495 921 35 06

■ www.bicon.ru ■ www.tsdental.ru

bicon[®]
DENTAL IMPLANTS