

«УТВЕРЖДАЮ»
Генеральный директор
ООО «ИНТЕГРА ДЕНТАЛ»

Д.З.Захаров



Инструкция пользователя
изделия медицинского назначения

**«Имплантаты стоматологические с принадлежностями A.B. Dental Devices и
инструменты стоматологические для установки дентальных имплантатов
A.B. Dental Devices, в наборах и отдельных упаковках»**

Хирургический протокол

Осмотр полости рта и планирование лечения

Произведите осмотр и планирование лечения обычным способом.

Будьте уверены, что в большинстве случаев уникальные характеристики имплантатов A.B. Dental Devices снижают необходимость дополнительных хирургических процедур по увеличению объема и качества кости перед установкой имплантата даже в компромиссных ситуациях. По показаниям выбранные имплантаты можно с гарантированным успехом фиксировать даже в незначительных количествах кости. Аугментация при этом может производиться одновременно с установкой имплантатов, так как в любом случае обеспечивается главное условие положительного прогноза в образовании остеоинтегративной связи - абсолютная первичная и, соответственно, последующая фиксация фикстуры.

Качество кости

Традиционно плотная компактная кость обеспечивает изначально необходимые условия для первичной устойчивости имплантата, в то время как губчатая кость обладает меньшей ретенцией и вследствие этого такая кость нужна в большем количестве для начальной стабилизации. Наряду с этим помните и о том, что васкуляризация, так необходимая для достижения остеоинтеграции, намного более выражена именно в трабекулярной кости. Компактные же участки кровоснабжаются менее щедро. Потому и рассчитывать на качественную интеграцию в этих отделах необходимо в меньшей степени.

Количество кости

Количество необходимой для ретенции имплантата костной ткани может быть различным в различных участках челюстей. Для минимальной ретенции стандартных имплантатов достаточно несколько миллиметров кости высокого качества. В ситуациях, когда возникают сомнения относительно возможности приемлемой стабилизации, необходимо увеличить количество костной ткани перед установкой имплантата. Это требует дополнительных хирургических процедур - различных аугментационных техник, как правило, продлевающих общее время лечения на несколько месяцев. Уникальный дизайн спирального имплантата (I5/I7/I10) обеспечивает закрепление и стабилизацию имплантата

даже в 1-2 мм сохранившейся кости в любом отделе челюсти. Остаточный тонкий слой интактной кортикальной или трабекулярной кости может быть использован для надёжной фиксации имплантата за счёт средней или апикальной его трети, как при непосредственной имплантации, или за счёт шейки имплантата, как в ситуации при поднятии дна гайморовой пазухи любым из известных способов.

Активный апекс имплантата достаточно «агрессивен» для того, чтобы позволить хирургу менять угол ввода фикстуры непосредственно во время инсталляции. Эта возможность облегчает проникновение в окружающую костную ткань, делая процесс установки имплантата полностью контролируемым и обеспечивая, таким образом, закрепление в альвеоле только что удаленного зуба.

Серия спиральных имплантатов - I5/I7/I10

I5- конический имплантат с внутренним шестигранием и уникальным дизайном обеспечивает быстрое и атравматичное введение и превосходную первичную фиксацию.

I7- широкий одноэтапный имплантат обеспечивает быстрое и атравматичное введение и превосходную первичную фиксацию.

I10- трапецевидный имплантат с внутренним шестигранием и уникальным дизайном обеспечивает быстрое и атравматичное введение и превосходную первичную фиксацию.

После обнажения поверхности кости следует определить место установки импланта и высверлить направляющее отверстие с помощью нашего бора с круглой головкой, который доходит до кортикальной кости на уровне шейки под головкой бора. Не пытайтесь сверлить глубже с помощью круглого бора. Используя направляющее отверстие, продолжайте сверлить фрезами с цветной маркировкой до тех пор, пока не будет достигнута необходимая глубина ложа. Цветная маркировка позволяет определить диаметр фрезы. Почти все виды сверления (за исключением всех имплантов серии I6, I5 - 3.75 и I7 - 3.75) должны начинаться с 2 мм. По мере продвижения вглубь, диаметр фрез постепенно возрастает, что позволяет избежать травмирования окружающих костных структур. Глубина ложа должна определяться длиной каждого конкретного импланта. Она маркируется поперечными линиями-метками. Это позволяет правильно и надежно установить имплант в кости таким образом, что его конец находится вровень с альвеолярным гребнем.

ПРОТОКОЛ I2

Окончательный диаметр ложа должен быть на 0.5 меньше диаметра импланта. Например, для установки импланта с диаметром 3.75 мм диаметр последней фрезы должен быть 3.2 мм. В таблице 1 указаны диаметры последних фрез, имеющих цветовую маркировку для каждого импланта.

ПРОТОКОЛ 16, 16Б

Желательно использовать коническую фрезу до тех пор, пока необходимая линия заглубления не достигнет альвеолярного гребня.

В тех случаях, когда конических фрез в наличии нет, можно использовать обычную фрезу диаметром 2 мм, но она должна продвигаться лишь до тех пор, пока необходимая линия заглубления не достигнет альвеолярного гребня.

ПРОТОКОЛ 15, 17

Нижняя часть 17 идентична 15. Поэтому для них предусмотрена одна и та же инструкция.

Оптимальное коническое ложе под конический имплант можно подготовить с помощью соответствующей конической фрезы.

Все фрезы, за исключением последней обычной, используются по очереди до тех пор, пока необходимая линия заглубления не достигнет альвеолярного гребня. Последняя обычная фреза осторожно доводится лишь до глубины 2,00 мм.

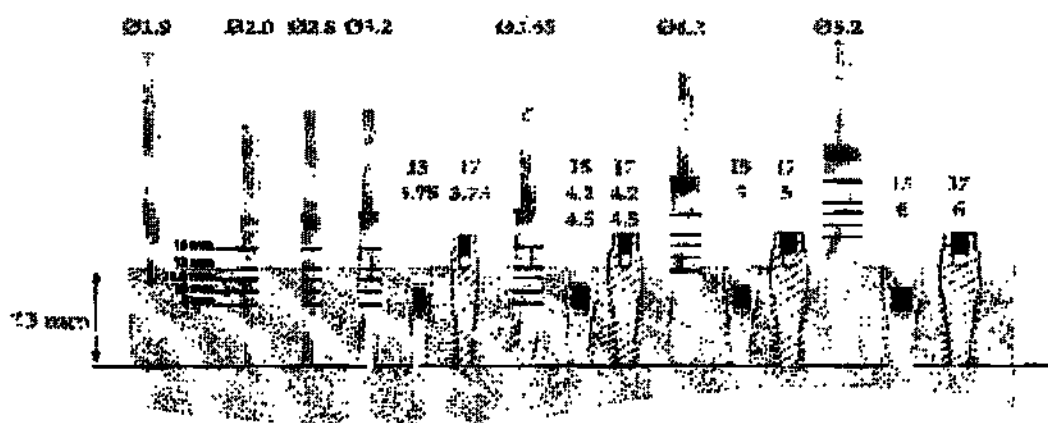
Протоколы подготовки сужающегося ложа под различные импланты приводятся в таблице 2.

ТАБЛИЦА 2					
I5, I7	3.75	4.2	4.5	5	6
Предшествующие обычные фрезы.	Ø2	Ø2 Ø2.5	Ø2 Ø2.5	Ø2 Ø2.5	Ø2 Ø2.6
Коническая фреза (ТДС)	Ø3.2	Ø3.2	Ø3.2	Ø3.2	Ø4
Финишная обычная фреза	-	Ø3.65	Ø3.65	Ø4.2	Ø5.2

Более эффективный метод сверления предусматривает применение конических фрез. Мы настоятельно рекомендуем своим клиентам приобретать конические фрезы. Коническая фреза любого диаметра обеспечит подготовку ложа под любой имплант того же диаметра!

В тех случаях, когда конических фрез в наличии нет, возможно добиться необходимого сужения с помощью повторного сверления двумя несколько большими фрезами, проходящими лишь на частичную глубину. Первая фреза, несколько большая размером, чем та, которая достигнет необходимой глубины ложа под имплант, высверливает 2/3 общей глубины. Вторая фреза, несколько больше первой, высверливает лишь 1/3 общей глубины и тем самым создает коническое сужающееся отверстие. Протоколы подготовки сужающегося ложа под различные импланты приводятся в таблице 2.

ТАБЛИЦА 3		Оригинальная конструктивность свертиката для обеспечения оптимальной посадки имплантата				
I5, I7		3.75	4.2	4.5	5	6
		Ø2	Ø2.8	Ø2.8	Ø3.2	Ø3.65
		Ø2.8	Ø3.2	Ø3.2	Ø3.65	Ø4.2
		Ø3.2	Ø3.65	Ø3.65	Ø4.2	Ø5.2



Оригинальная форма тела имплантата и комбинированная резьба наделяют его исключительными возможностями. Ему свойственны такие характеристики, как самонарезание, самовкручивание и выраженная конденсация окружающей кости. Всё это позволяет с успехом использовать данный имплантат в «мягких» костных типах и в

проблемных клинических ситуациях, иногда даже без предварительной подготовки костного ложа, как это предусматривает классический хирургический протокол.

Имплантат обеспечивает абсолютный контроль во время его введения и бескомпромиссную первичную фиксацию даже в 1-2 мм кости, то есть в тех условиях, когда использование имплантатов других типов непредсказуемо или вообще бесперспективно.

Малая величина диаметра тела имплантата в апикальной трети способствует минимальной потере костной ткани из-за отсутствия травмы кортикального слоя.

Расположение и направление введения имплантата можно изменять даже во время установки, не травмируя при этом прилегающие ткани. Достоинства и преимущества этого типа имплантатов обоснованы, очевидны и неоспоримы. Особенно это чувствуют имплантологи при сложных клинических ситуациях в минимальном количестве костной ткани или в костных объемах низкой плотности. Даже в этих условиях достигается превосходная фиксация: непосредственная (после удаления) имплантация, «тонкое» дно верхнечелюстной пазухи, имплантация в области бугров верхней челюсти и проч. Наличие в арсенале хирурга такого имплантата позволяет отказываться от многих прогностически сомнительных дополнительных процедур по аугментации кости.

Таким образом, спиральный имплантат логично обосновывает свою лидирующую позицию среди аналогов, предназначенных для непосредственной имплантации и немедленной нагрузки.

Для создания костного ложа имплантата в 1 - 2 типе кости используются стандартные сверла и стандартная процедура сверления, а в 3 - 4 типах кости сверление производится сверлами, диаметр которых на 1 - 3 порядка меньше, чем устанавливаемый имплантат. Т.е, если нужно установить имплантат диаметром 4,2мм, последнее используемое сверло диаметром 2,8мм или 3,2мм, а не 3,65мм, как при классическом сверлении. В данной ситуации имплантат сам себе формирует ложе и уплотняет костную ткань, создавая хорошую первичную фиксацию (действует по принципу остеотомов). В некоторых случаях, при преобладании губчатой кости, нет необходимости использования сверл, делается небольшое углубление при помощи турбинного бора под охлаждением и после этого вводится имплантат (нет необходимости использования физиодиспенсера и костных сверл).

Можно установить спиральный имплантат, даже если в подготовленном ложе имплантата нет крови или кровяного сгустка. Обычно, такие случаи встречаются после препарирования костного ложа имплантата в передних отделах нижней челюсти. По классической методике имплантации имплантат не устанавливается, так как может произойти отторжение имплантата из-за отсутствия крови - основного компонента для реализации остеointеграции. Рана зашивается, а затем имплантацию проводят через 6 - 8 недель в области того же костного ложа. Для введения имплантата, проводят препарирование костного ложа имплантата по классической методике и вводят имплантат, вокруг которого имеется большое свободное биологическое пространство, которое в течение 24 часов, за счёт нанесенной травмы кости, при препарировании под имплантат, заполняется кровью.

Первичная фиксация будет получена за счёт крылышек шага резьбы.

Показания:

Особенностью применения серии спиральных имплантатов является возможность их использования во всех типах кости, в том числе и «проблемных», для всех видов хирургических предписаний, предполагающих непосредственную имплантацию и немедленную функцию.

Диаметр подготавливаемого костного ложа.

Уникальные характеристики взаимоотношения «резьба-тело» имплантата позволяют устанавливать его в ложе намного меньшего диаметра. Важно помнить о необходимости коррекции алгоритма сверления в зависимости от типа кости.

Глубина сверления

Функции самонарезания и самовкручивания всегда позволяют доктору более уверенно вводить имплантат в заведомо компромиссные по глубине области.

Данная возможность очень важна в ситуациях, когда непосредственная близость важных анатомических структур не допускает агрессивных манипуляций во время сверления. Это касается таких зон, как кость над нижнечелюстным каналом, в котором проходит одноимённый сосудисто-нервный пучок, резцовый канал, открывающийся отверстием достаточно большого диаметра, костное дно верхнечелюстных пазух и, наконец, дно

полости носа. Особенно эти способности имплантата незаменимы и в «мягких» костных типах, когда необходима максимальная конденсация ткани вокруг тела фикстуры.

Особенности характеристик спирального имплантата

При непосредственной близости анатомических структур можно подготовить укороченное ложе, а далее, во время ввода имплантата, использовать функцию самосверления для его установки на необходимую глубину.

Подготовка ложа имплантата

Ложе для установки имплантата подготавливается последовательно с использованием сверл повышающего диаметра, начиная с минимального - 2 мм, имеющих насечки, обозначающие глубину погружения.

В случаях, когда режущая способность сверла уменьшается, необходимо его заменить на новое. Ни в коем случае нельзя пользоваться затупившимися сверлами. Препарирование костной ткани производится с обильным омыванием и охлаждением физиологическим раствором, контакт сверла с костью кратковременен, усилия прерывисты.

Выбор сверла

Хирургические сверла производятся двух длин и семи диаметров. Сверла изготавливаются из хирургического титана и рассчитаны на внутреннюю ирригацию. Тефлоновое кольцо в центральном канале каждого сверла обеспечивает легкий и беспрепятственный ввод ирригационного наконечника и облегчает механическую очистку. Кроме насечек, все сверла имеют цветовую кодовую маркировку для быстрого распознавания во время работы.

На корпусе сверла имеется также кодировка длины.

Длина рабочей части сверла не включает величину трехгранного режущего края, равной 1 мм. Таким образом, реальная глубина сверления на 1 мм больше.

это очень важно учитывать в тех клинических ситуациях, когда сверление производится в непосредственной близости к анатомическим структурам, таким как нижнечелюстной канал или костное дно верхнечелюстной пазухи (когда нет показаний к его

перфорированию). Специально для этих показаний выпускаются хирургические сверла с прямой режущей поверхностью.

Хирургические боры (фрезы) для «кернения» кортикальной пластинки не входят в набор. Вы можете использовать любую фрезу или бор по собственному усмотрению. Следует иметь в виду, что скорость вращения режущего инструмента не должна превышать 1 500 об/мин. Сверление должно осуществляться с постоянной обильной подачей охлаждающего раствора.

Имплантаты I6/I6b

Имплантаты I6/I6b

Диаметр: 2,4.3.3,3мм

Длина: 10.11.5.13.16 мм

Последовательность сверления для всех типов кости

<u>I6/I6b</u> 2,4 мм	сверло d1.8 мм	
<u>I6/I6b</u> 3 мм	сверло d1.8 мм	сверло d2 мм
<u>I6/I6b</u> 3.2 мм	сверло d1.8 мм	сверло d2 мм

Примечание: Диаметр имплантата характеризует его корональную треть (в апикальном отделе диаметр меньше в два раза).

Имплантаты **I6/I6b** представляют собой монолитную конструкцию, включающую аббатмент. Эти имплантаты используются во всех типах кости в качестве временных или постоянных имплантатов. Особенность их использования заключается в приспособляемости к ситуационной задаче, когда необходимо дополнительное распределение нагрузки. Относительно малый диаметр позволяет устанавливать их между имплантатами стандартных размеров, для того чтобы избежать повышенной нагрузки на них.

Диаметр: 2,4мм

Длина: 10мм, 11,5мм 13мм, 16мм

Последовательность сверления для всех типов кости

<u>I6/I6b</u> 2.4 мм	сверло d1.8 мм	сверло d2 мм
-----------------------------	----------------	--------------

I6/I6b 2.4 мм	сверло d1.8 мм	сверло d2 мм
---------------	----------------	--------------

Примечание: Имплантаты Arrow Press вводятся в кость при помощи специального ключа T3I6. Рабочая часть ключа полая (обеспечивает поглощение монолитного абатмента квадратного сечения), головка предусматривает использование трещоточного ключа. Для имплантата **I6b** необходимо использовать ключ T3I6B.

Благодаря уникальному дизайну, есть возможность вводить имплантат в отпрепарированное ложе меньшего диаметра, чем обычно, максимально сохраняя, таким образом, количество костной ткани и активизируя такую функцию имплантата, как конденсация окружающей кости, постоянно увеличивающаяся к апексу. В результате, фиксация и устойчивость имплантата значительно потенцируется. При этом нет необходимости в использовании дополнительных хирургических инструментов для конденсации кости, таких как, например, остеотомов.

Следует отметить, что в случае большой сопротивляемости во время введения имплантата при вводе (более 50 Нсм), например, в зонах с плотной кортикальной и трабекулярной костью, можно использовать сверла большего диаметра, нежели рекомендованные, но обычно при этом нет необходимости сверлить на всю длину.

Если вы чувствуете сильное сопротивление при вводе имплантата, рекомендуется применение техники «два шага вперед - один назад», то есть использовать самонарезающую способность имплантата.

Важно: не имеет никакого практического смысла полное извлечение имплантата из формируемой им резьбовой нарезки внутри отпрепарированного ложа, так как отсутствует гарантия «попадания» вновь в уже нарезанную резьбу, а это в свою очередь значительно ухудшает стабилизацию фикстуры и ухудшает, таким образом, успех интеграции.

Упаковка имплантата

Имплантаты поставляются в двойной герметичной упаковке. Под прозрачным покрытием находится имплантат и покрывной винт. На прозрачной пленке стоит маркировка с типом имплантата, его диаметр и длина, на торце тубы с имплантатом находится и соответствующая типоразмеру цветовая кодировка.

Наклейка на упаковке содержит всю информацию об имплантате. В упаковке находятся две этикетки (наклейки) с бар-кодом продукта.

Откройте упаковку и положите её прозрачной частью вниз на стерильную поверхность операционного стола. Если вы готовы приступить к установке имплантата, извлеките фикстуру из соответствующего отделения упаковки и, используя водитель имплантата (поставляется вместе с имплантатом), первично закрепите её в отпрепарированном ложе (либо вводите мануально столько, сколько это возможно или сколько Вы посчитаете нужным). Избегайте контакта имплантата со слизистой оболочкой полости рта, языком и щекой.

Водитель имплантата Ia

Ia - это уникальный многофункциональный водитель, входящий в комплект поставки всех типов имплантатов A.B.DENTAL DEVICES. Представляет собой оригинальную модульную конструкцию. Одним концом он крепится к имплантату при помощи цапгового крепления, обеспечивая отличную эргономику, на другом - расположены два шестиугольных штатива (внешний - 6,35 мм и внутренний - 2,5 мм). это обуславливает следующие преимущества:

Процесс введения имплантата с таким водителем намного проще, легче и быстрее. Благодаря отсутствию крепежного винта, нет необходимости использовать ключи для отсоединения водителя от имплантата.

Рабочая часть водителя имеет шестигранный сердечник, что даст возможность использования с ним любого из ключей T - 2,4 мм. это во многих случаях предотвращает травмирование трещоточным ключом языка, губ и пр.

Нет необходимости использовать отвертку для отсоединения имплантата от водителя.

Отсоединение происходит путем его мануального извлечения на любом из этапов введения фикстуры.

После этого во внутренний шестигранник имплантата рекомендуется вставить любой из ключей для окончательной доводки (2,4 мм) и продолжать введение с их помощью.

Введение имплантата

Начните введение имплантата в отпрепарированное ложе ручным усилием.

Как только вы почувствуете сопротивление, используйте соответствующие ключи или хирургическую отвертку.

Если близость соседних зубов не позволяет вводить имплантат при помощи водителя, вы можете в любой момент извлечь его из имплантата и продолжить введение с помощью ключей для окончательной доводки (2.4 мм). Эти ключи имеют три длины и используются с трещоточным реверсивным ключом или отверткой (шестиугольной 6.35 мм) или динамометрическим ключом (10-40 Нсм) с квадратной головкой 4.0 мм.

В качестве альтернативы Вы можете использовать угловой наконечник с соответствующим ключом на 2.4 мм для моторизированной установки имплантата с помощью физиодиспенсера.

Важно! Необходимо установить соответствующую программу, предполагающую низкую скорость (до 50 об/мин) с обильной подачей раствора и максимальную величину крутящего момента (50 Нсм). В большинстве современных физиодиспенсеров предустановлены подобные программы.

Внимание!

Не применяйте излишнее мануальное (аппаратно не контролируемое) усилие при введении имплантата трещоточным ключом или отверткой, т.к. это может вызвать слишком сильную компрессию кости и привести к некрозу (особенно компактной кости) и общей неудаче в прогнозе имплантации.

Если вы чувствуете значительное сопротивление кости при вводе имплантата, примените технику «два шага вперед - один назад», используя функцию самонарезания имплантата. Иногда рекомендуется и вовсе извлечь имплантат и подготовить большее по диаметру ложе или выбрать иной тип имплантата.

Установка покрывного винта

Производится при двухэтапной (классической) схеме имплантации. Извлеките покрывной винт из пластикового контейнера (на дне упаковки каждого имплантата) при помощи соответствующего шестигранного ключа на 1.25 мм или аналогичного ему для углового наконечника.

Установите покрывной винт в имплантат и фиксируйте не более, чем ручным усилием.

Одноэтапная имплантация.

При минимально достаточной фиксации имплантата (30 Нсм) и востребованности одноэтапной процедуры вместо покрывного винта устанавливается формирователь десны (трансингингивальный абатмент) либо один из видов стандартных абатментов (в зависимости от клинической задачи - немедленной нагрузки, например).

Специальные хирургические протоколы

Самонарезание

Функция самонарезания резьбы позволяет вводить имплантат в отпрепарированное ложе меньшей глубины и диаметра.

Данная функция очень важна в клинических ситуациях, когда хирург работает в непосредственной близости к таким анатомическим структурам как, например, нижнечелюстной канал, резцовый канал, дно верхнечелюстной пазухи или дно полости носа. Подобная техника рекомендована и при работе в мягких костных типах, когда необходимо добиться максимального проявления конденсирующей способности имплантата.

Приготовьте ложе глубиной 6-8 мм, введите имплантат на эту длину и продолжайте введение.

Имплантат сам войдет на окончательную глубину, соответствующую собственной длине.

Важно! Подобная тактика предполагает очень четкое знание доктором нормальной анатомии и различных алгоритмов имплантологических техник, ориентированных на различные типы кости.

Не следует рассчитывать на функцию самосверления и самонарезания в ситуациях, где приходится применять усилие для введения имплантата более 50 Нсм (плотные типы кости).

Непосредственная имплантация

Уникальный дизайн спирального имплантата позволяет фиксировать его абсолютно надёжно даже в минимальных количествах кости. Достаточно всего двух миллиметров

апикальной трети длины имплантата, погружённых в лунку только что удалённого зуба, чтобы обеспечить безусловную неподвижность всей фикстуре. Взаимоотношение тела имплантата и витков резьбы, её вариабельность, функциональность и подобная остеотомам функция конденсации позволяют значительно минимизировать травму кости при введении имплантата и обеспечивают прекрасные фиксационные характеристики, необходимые для надлежащей стабилизации имплантата. При условии достижения абсолютной первичной фиксации, аугментация недостающего количества кости в альвеоле удалённого зуба может осуществляться одновременно с имплантацией.

Закрытое и открытое поднятие дна верхнечелюстной пазухи

Как говорилось выше, свойства имплантата обеспечивают ему прекрасную фиксацию в традиционно минимальных количествах кости. Эта особенность позволяет абсолютно надёжно стабилизировать имплантат в «экстремальных» 1-2 мм сохранившейся высоты кости при манипуляциях в гайморовой пазухе. Возможность первично фиксировать имплантат в неблагоприятных костных условиях позволяет производить имплантацию костного графта одновременно с установкой фикстуры, значительно сокращая при этом общий срок ожидания окончания лечения. Таким образом, отпадает необходимость в предварительной аугментации кости перед собственно имплантацией. В тех клинических ситуациях, когда имплантолог имеет дело с необходимостью вмешательства в пазухи верхней челюсти, преимущества спиральных имплантатов приобретают первостепенное значение.

Непосредственная имплантация. Проблема эстетики

Достижение высокого эстетического результата имплантации во фронтальных отделах челюстей является очень сложной задачей. Очень часто положительный прогноз случаен или, по крайней мере, непредсказуем. Буккальная кортикальная пластинка, как правило, ущербна, обычно она очень тонка, а зачастую и вовсе полностью отсутствует, в то время как толщина подлежащей кости и анатомия мягких тканей вокруг шейки имплантата требуют, по меньшей мере, 1.5 мм буккальной кости для достижения оптимальной косметики и здоровья.

Стандартные имплантаты очень сложно фиксировать в лунке удалённого зуба, они имеют обыкновение «соскальзывать» в места с низким сопротивлением на дне альвеолы и для достижения желаемых результатов необходимо значительно аугментировать кость перед

установкой имплантата. Иногда существует необходимость нескольких процедур по наращиванию кости для достижения надежных результатов.

Спиральный имплантат значительно упрощает весь этот процесс, предоставляя врачу возможность надежной фиксации в минимальных количествах кости, оставляя при этом достаточно места для увеличения толщины костной ткани в буккальном сегменте альвеолы. В результате качественный буккальный слой обеспечит надлежащее прилегание слизистой оболочки к краю будущей реставрации и, соответственно, желаемую эстетику.

Таким образом, и удаление зуба, и установка имплантата, и аугментация кости, и даже немедленная нагрузка могут производиться в одно посещение с превосходным эстетическим результатом.

Технология:

1. Зуб удален, альвеола обрабатывается обычным способом.
2. В запланированном месте перфорируется кортикальная пластинка альвеолы.
3. Используйте ключ для окончательной доводки имплантата под любым углом, необходимым для начала первичного вкручивания.
4. После закрепления апекса имплантата (2-3 витка резьбы) продолжайте его введение, постоянно меняя направление введения до получения необходимой ангуляции. Самонарезающая способность имплантата и функция конденсации окружающей кости позволяют полностью контролировать подобную тактику.
5. Установите формирователь десны при отсроченной нагрузке или стандартный абатмент для планируемой немедленной функции.
6. Внесите костный графт для заполнения несоответствий между формами имплантата и альвеолы (иногда показано введение графта до введения имплантата).

Отличительные особенности спиральных имплантатов. Полностью контролируемое и управляемое введение.

Благодаря уникальному дизайну направление введения спирального имплантата может быть регулируемым и изменяемым. Эта способность открывает новые возможности применения этого типа имплантата там, где стандартные имплантаты бессильны.

Имплантаты A.B.DENTAL DEVICES

Инструкция пользователю

Хирургический набор

Хирургический бокс **A.B.DENTAL DEVICES** состоит из собственно бокса и крышки. Дно бокса перфорировано, что предполагает автоклавирувание.. Внутри бокса располагается лоток для хирургических принадлежностей. При помощи двух штативов по краям лотка его можно извлечь, поставить на рабочую поверхность, использовать, а затем снова поместить в бокс. Поверхность лотка оснащена силиконовыми держателями для хирургических инструментов. Цифровые маркировки под каждым силиконовым держателем обозначают хирургические инструменты, для которых они предназначены. В правом углу бокса находятся 6 (шесть) свободных держателей для дополнительных инструментов, используемых в соответствии с индивидуальными навыками врача. В левом углу расположен мини-лоток для использованных инструментов или других деталей (по усмотрению доктора).

Протокол

Установите имплантат на уровне альвеолярного гребня. *Примечание:* Зарегистрировать в истории болезни угол будущей супраструктуры для последующего использования (P3/P4-15/25/30/45).

Предупреждение

Используя систему имплантации **A.B.DENTAL DEVICES** и следуя всем инструкциям фирмы-производителя, пользователь, тем не менее, несет полную ответственность за свои действия, которые должны быть, в том числе, обусловлены обязательными нормами и требованиями, принятыми в его государстве.

Гарантия A.B.DENTAL DEVICES

Компания **A.B.DENTAL DEVICES** стремится к постоянному совершенствованию своей продукции и поэтому сохраняет за собой право изменения дизайна, модификации продукции или техники использования, изменения цен, норм и условий без предварительного предупреждения.

Гарантия: **A.B.DENTAL DEVICES** не предоставляет никакой иной гарантии, кроме гарантии по отсутствию дефектов материалов, из которых изготавливается продукция, и дефектов вследствие ошибок производства. Эта гарантия распространяется только непосредственно на покупателя. В случае обнаружения дефекта, предварительно проинформируйте компанию **A.B.DENTAL DEVICES** в письменном виде, перед оформлением возврата.

A.B.DENTAL DEVICES по своему усмотрению осуществит ремонт, замену или возврат средств за дефектную продукцию.

Покупатель несет ответственность за использование данной продукции, как отдельно, так и в совокупности с продукцией другого производителя. **A.B.DENTAL DEVICES** настоятельно рекомендует пройти дополнительное обучение по работе с имплантатами и строго придерживаться инструкций по использованию.

Общее

Все имплантаты A.B. Dental Devices изготавливаются из титанового сплава Ti-6AL-4VELI.CG Bar-01875 Dia в соответствии со стандартом IFASYH 3698.