

Osseodensification

МЕТОДИКА НЕМЕДЛЕННОЙ ДЕНТОАЛЬВЕОЛЯРНОЙ РЕКОНСТРУКЦИИ (IDR) I



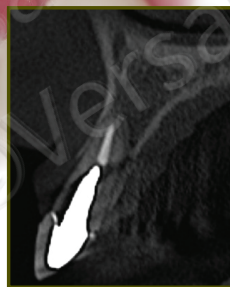
Протокол I по методике IDR

Обзор: Показан в случаях с некачественными мягкими тканями вследствие перелома и инфекции в постэкстракционных лунках в сочетании с сильной потерей костной ткани. Протокол IDR I представляет новый взгляд на управление этими поврежденными лунками с помощью безлоскутной хирургии простым способом, основанным на биологической реакции.

- УДАЛИТЕ ПОВРЕЖДЕННЫЙ ЗУБ, ГРАНУЛЯЦИОННУЮ ТКАНЬ И ОСТАТОК ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА.
- ИСПОЛЬЗУЙТЕ БОРЫ DENSAN В РЕЖИМЕ OD (ВРАЩЕНИЕ ПРОТИВ ЧАСОВОЙ СТРЕЛКИ) ДЛЯ ПОДГОТОВКИ МЕСТА УСТАНОВКИ ИМПЛАНТАТА И ДЕНСИФИКАЦИИ КОСТНОГО ЛОЖА.
- ЗАКРЕПИТЕ ИМПЛАНТАТ В НЕБНОЙ СТЕНКЕ.
- СОБЕРИТЕ И ПЕРЕФОРМИРУЙТЕ КОРТИКАЛЬНО-ГУБЧАТЫЙ ТРАНСПЛАНТАТ И ИЗМЕЛЬЧЕННУЮ КОСТЬ ИЗ БУГРА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ. ВВЕДИТЕ И СТАБИЛИЗИРУЙТЕ КОРТИКАЛЬНО-ГУБЧАТЫЙ И ИЗМЕЛЬЧЕННЫЙ КОСТНЫЙ МАТЕРИАЛ В ЩЁЧНОЙ ЧАСТИ ПРИНИМАЮЩЕГО ЛОЖА.
- УСТАНОВИТЕ ИЗГОТОВЛЕННЫЙ ВРЕМЕННЫЙ ПРОТЕЗ С ВИНТОВОЙ ФИКСАЦИЕЙ И АДЕКВАТНЫМ ПРОФИЛЕМ ПРОРЕЗЫВАНИЯ. (ЦЕМЕНТИРУЕМЫЕ КОРОНКИ НЕ ДОЛЖНЫ ИСПОЛЬЗОВАТЬСЯ)
- ОБЕСПЕЧЬТЕ ЗАЖИВЛЕНИЕ В ТЕЧЕНИЕ НЕ МЕНЕЕ 4 МЕСЯЦЕВ И УСТАНОВИТЕ ОКОНЧАТЕЛЬНУЮ КЕРАМИЧЕСКУЮ КОРОНКУ С ВИНТОВОЙ ФИКСАЦИЕЙ.



На КЛКТ-изображении виден перелом и потеря щёчной стенки.



Шаг 1

Шаг 1:

Удалите поврежденный зуб с помощью малоинвазивной процедуры. Полностью удалите грануляционную ткань и остатки тканей пародонта, аккуратно используя технику кюретажа в лунке. Полная потеря щёчной стенки может быть обычной и очевидной.

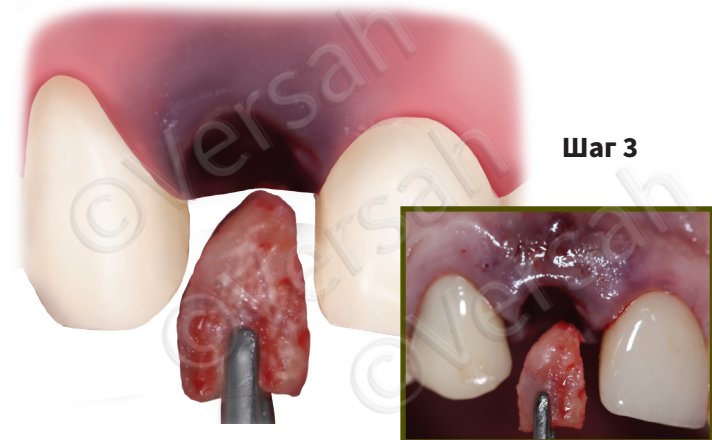
Шаг 2:

Используйте боры Densah® для подготовки места установки имплантата. Начните с пилотного сверла Densah® и сверлите по часовой стрелке на глубину, соответствующую планируемой длине имплантата. В зависимости от типа и диаметра имплантата используйте более широкие боры Densah®, соответствующие протоколу сверления для имплантационной системы.* Начав с самого маленького бора Densah®, проведите боры Densah® в режиме OD (против часовой стрелки, со скоростью 800-1500 об/мин с обильной ирригацией).

*versahinternational.com/clinical-versahility/implant-system-protocols/

Шаг 2

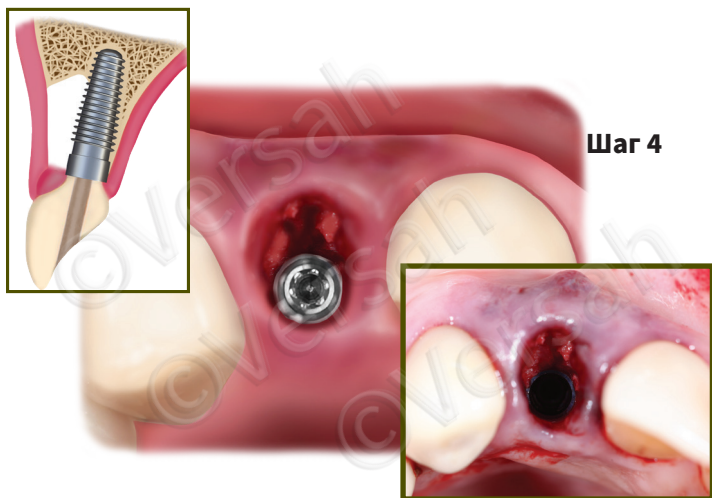




Шаг 3

Шаг 3:

Подготовьте кортико-губчатый трансплантат и частицы аутогенной кости из бугра верхней челюсти с помощью долота IDR (набор IDR). Измените форму трансплантата в соответствии с конфигурацией дефекта. Установите и стабилизируйте сформированный кортикально-губчатый трансплантат, надежно закрепив его в щёчной части принимающего ложа образом, чтобы губчатая часть кортико-губчатого трансплантата была обращена к имплантату.



Шаг 4

Шаг 4:

Закрепите имплантат на нёбной стенке в 3-D положении. Утрамбуйте частицы аутогенной кости для полного заполнения промежутка между основной частью кортико-губчатого трансплантата и имплантатом. Толщина кости 3 мм является желаемой целью реконструкции щёчной части.

Шаг 5:

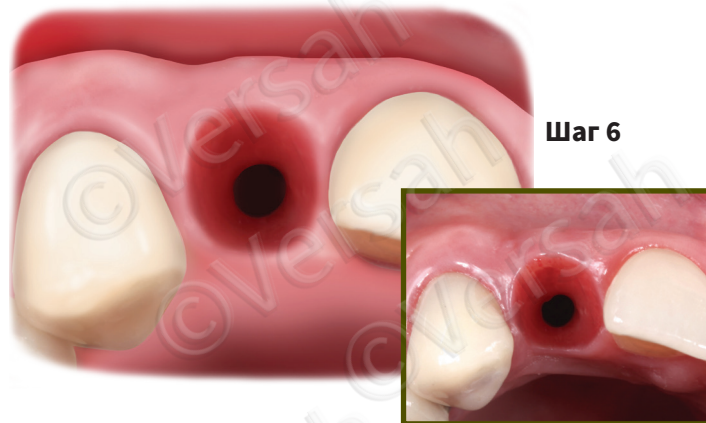
Установите изготовленный временный протез с винтовой фиксацией и адекватным профилем прорезывания.

Шаг 6:

Для того чтобы мягкие ткани приобрели стабильный объем и достаточную толщину, необходимо не менее 4 месяцев заживления. **Рекомендуется окончательный протез с винтовой фиксацией.** Наблюдается сохранение анатомического контура мягких тканей.



Шаг 5



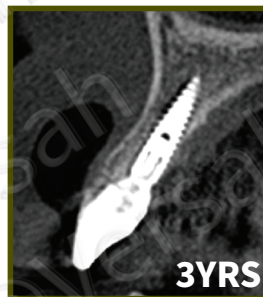
Шаг 6



3 MOS



3 YRS



3 YRS

Клиническое наблюдение показывает стабильность мягких тканей в отношении десневого края и сосочков. Снимок СВСТ через 3 года подчеркивает стабильность щёчной стенки по толщине и высоте.

Пример предоставлен доктором Жозе Карлосом да Розой