



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **108777** (13) **C2**
(51) МПК (2015.01)
A61B 17/00
A61C 5/02 (2006.01)

ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИ

(12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА ВІНАХІД

(21) Номер заявки: а 2013 09198	(72) Винахідник(и): Кударь Олександрій Іванович (UA)
(22) Дата подання заявки: 22.07.2013	(73) Власник(и): Кударь Олександрій Іванович, пр. Б. Хмельницького, 26, кв. 23, м. Мелітополь, Запорізька обл., 72319 (UA)
(24) Дата, з якої є чинними права на винахід: 10.06.2015	(56) Перелік документів, взятих до уваги експертизою: Евдокимов А.И., Васильев Г.Л. Хирургическая стоматология. М. - Медицина. - 1964. - стр. 88. Н.Ф. Данилевский, А.В. Борисенко. Заболевания пародонта. Киев. "Здоровье", 2000 г. стр. 332-338. Исмагулова С.К. Хирургические методы лечения заболеваний пародонта (Обзор литературы) //Здоровье и болезнь. – 2012. – С. 39 - 42 Безрукова А. П. Хирургическое лечение заболеваний пародонта //Медицина. – 1987. С. 94-103 UA 100085 C2, 12.11.2012 RU 2205605 C1, 10.06.2003 RU 2261674 C2, 10.10.2005 RU 2246275 C1, 20.02.2005 RU 2343858 C1, 20.01.2009 RU 2181568 C1, 27.04.2002
(41) Публікація відомостей про заявку: 26.01.2015, Бюл.№ 2	
(46) Публікація відомостей про видачу патенту: 10.06.2015, Бюл.№ 11	

(54) СПОСІБ ГІНГІВОПЛАСТИКИ ПІСЛЯЕКСТРАКЦІЙНОЇ ЗАГЛИБИНИ

(57) Реферат:

Запропонований винахід належить до галузі медицини, а саме стоматології. Спосіб за винаходом полягає в тому, що при наявності післяекстракційної заглибини або щілини, відповідними горизонтальними розтинами і з'єднуючим вертикальним утворюють два бокових прямокутних і один коронковий клапті, розділяють їх на внутрішні окісно-слизові і зовнішні слизово-епітеліальні частини, шляхом переміщення внутрішніх окісно-слизових частин накладають їх у два чи три прошарки, зменшують глибину заглибини, особливо в ділянці альвеолярного гребня. При глибокій і вузькій заглибині-щілині утворюють остеогенетичний клапоть, вводять трансплантат в заглибину. Попередньо утвореним клаптем закривають трансплантат і ушивають рану.

UA 108777 C2

Запропонований винахід належить до галузі медицини, а саме до стоматології.

Післяекстраційна заглибина в кістці альвеолярного відростка є результатом патофізіологічного процесу, що супроводжується змінами навколо лунки видаленого зуба. Відомо, що будь-яке втручання на кістці альвеоли призводить до зменшення її об'єму. Розсмоктування кістки після екстракції зуба відбувається як по висоті, так і поперечнику, і досягає зменшення загального об'єму альвеолярного відростка приблизно на третину в ділянці втручання [1].

При травматичному втручанні післяекстракційна заглибина значно збільшена і максимальна її глибина виявляється в ділянці альвеолярного гребеня. Досить часто заглибина в цьому місці переходить на оральну сторону, посилюючи косметичний дефект. Закриття беззубого фрагменту штучним зубом зумовлює його виготовлення видовженої форми або емітувати заглибину штучними яснами відповідного кольору.

Інколи після травматично проведеної операції видалення зуба післяекстракційна заглибина буває глибокою і вузькою, виходячи на оральну сторону, і виглядає щілиною. Такі ускладнення відновлюються різними трансплантатами [2].

На основі клінічних проявлень можна так класифікувати післяекстракційні дефекти: 1) заглибини вестибулярної сторони, які не потребують втручання; 2) заглибини вестибулярної сторони, що потребують зменшення їх глибини, особливо в ділянці вершини альвеолярного гребеня; 3) щілини вестибулярної і оральної сторони.

Для зменшення чи ліквідації заглибин застосовують метод гінгівопластики.

Задля посилення остеотропної функції клаптів також використовують остеогенетичні окісно-слизово-епітеліальні клапті з присутністю шматочків кортикальної пластинки [3].

Відповідно виконана операція гінгівопластики після екстракційної заглибини місцевими тканинами компенсує дефіцит тканини в заглибині, особливо найбільшого дефекту в ділянці альвеолярного гребеня.

Відомий спосіб гінгівопластики по Kalmi, який передбачає знеболення тканин альвеолярного відростка, проведення горизонтального розтину ясен вздовж вершини альвеолярного гребеня і другого горизонтального розтину ясен в ділянці перехідної складки, проведення між ними з'єднуючого вертикального розтину, відокремлення двох бокових окісно-слизово-епітеліальних прямокутних клаптів і коронкове їх переміщення до зубів, ушивання клаптів з яснами протилежної оральної сторони.

Спосіб близький до запропонованого і прийнятий за прототип [4].

Коронково переміщені два бокових окісно-слизово-епітеліальні клапті здатні закрити вершину альвеолярного гребеня і шийки зубів, але навіть часткової компенсації післяекстракційної заглибини не відбувається. А оголена після переміщення клаптів кістка альвеолярного відростка загоюється вторинним натягінням.

В основу винаходу поставлена задача модернізації способу гінгівопластики по Kalmi, що дозволить зменшити глибину післяекстракційної заглибини по всій її площині, особливо в ділянці альвеолярного гребеня.

Поставлена задача вирішується тим, що спосіб передбачає знеболення тканин альвеолярного відростка, проведення двох горизонтальних розтинів ясен вздовж вершини альвеолярного гребеня і в ділянці перехідної складки і з'єднуючого їх вертикального розтину, відокремлення двох бокових окісно-слизово-епітеліальних клаптів прямокутної форми.

Згідно з винаходом поставлена задача вирішується тим, що вертикальний з'єднуючий розтин в ділянці альвеолярного гребеня роздвоюється, утворюючи після відокремлення коронковий окісно-слизово-епітеліальний клапоть трикутної форми.

Згідно з винаходом поставлена задача вирішується також тим, що бокові клапті розділяють на окісно-слизову і слизово-епітеліальну частини, взаємно переміщують їх і накладають у два прошарки з повним перекриттям їх країв, і ушивають, проводять порівняння країв зовнішніх слизово-епітеліальних частин бокових клаптів з краями накладеного коронкового клаптя і ушивають рану.

Також згідно з винаходом за п. 2 формули поставлена задача вирішується тим, що від лінії горизонтального розтину вздовж альвеолярного гребеня в напрямі підмура альвеолярного відростка оральної сторони двома розбіжними розтинами розтинають і відокремлюють коронковий окісно-слизово-епітеліальний клапоть, розділяють його на внутрішню окісно-слизову і зовнішню слизово-епітеліальну частини, апікально переміщують внутрішню окісно-слизову частину коронкового клаптя і накладають її у три прошарки зі взаємно переміщеними внутрішніми окісно-слизовими частинами бокових клаптів, прошивають, проводять порівняння країв зовнішніх слизово-епітеліальних частин бокових прямокутних і коронкового клаптів, ушивають рану.

Також згідно винаходу за п. 1 і п.2 формули поставлена задача вирішується тим, що при глибокій і вузькій післяекстракційній щілині кістки альвеолярного відростка два бокові прямокутні клапти і коронковий клапоть оральної сторони відокремлюють разом зі шматочками кортикальної пластинки, утворюючи остеогенетичні окісно-слизово-епітеліальний клапоть, укладають в післяекстракційну щілину трансплантат на декортиковану кістку альвеолярного гребеня, пристосовують його і ушивають рану.

Таке виконання способу з виконанням двох горизонтальних і з'єднуючого вертикального розтинів дозволяє після відокремлення утворювати бокові окісно-слизово-епітеліальні клапти на ніжці, здатні до взаємного переміщення.

Таке виконання способу з проведенням вертикального з'єднуючого розтину, що роздвоюється в ділянці альвеолярного гребеня, дозволяє в самому глибокому і зруйнованому атрофією місці післяекстракційної заглибини відокремлювати і утворювати коронковий окісно-слизово-епітеліальний клапоть трикутної форми на ніжці. Підмур утвореного коронкового клаптя знаходиться в одній площині з лінією горизонтального розтину, проведеного вздовж вершини альвеолярного гребеня.

Таке виконання способу з розділенням бокових клаптів на окісно-слизові і слизово-епітеліальні частини дозволяє взаємно переміщувати внутрішні окісно-слизові частини і накладати їх у два прошарки по всій площині після-екстракційної заглибини і цим забезпечувати поновлення попередньої товщини слизової оболонки прикріплених ясен. Повне перекриття країв окісно-слизових частин бокових клаптів, особливо в ділянці альвеолярного гребеня, забезпечує закриття кісти альвеолярного гребеня окістя бокових клаптів. Ушивання окісно-слизових частин унеможливорює їх розходження при виконанні подальших маніпуляцій. При необхідності збільшення мобілізаційних можливостей окісно-слизових частин бокових клаптів виконуємо вертикальні розтини біля їх підмурів.

Таке виконання способу з порівнянням слизово-епітеліальних частин бокових клаптів у випадку надлишку слизової тканини дозволяє видаляти зайву частину і забезпечувати відповідне співпадіння країв клаптів. Накладання слизово-епітеліальних частин бокових клаптів на подвоєні окісно-слизові частини забезпечує зменшення глибини післяекстракційної заглибини по всій її площині на одну слизово-епітеліальну частину бокового клаптя.

Таке виконання способу з порівнянням країв коронкового клаптя із краями бокових клаптів і їх ушивання сприяє безускладненому процесу загоєння рани. Накладання цільного коронкового окісно-слизового клаптя на подвоєні окісно-слизові частини бокових клаптів забезпечує зменшення післяекстракційної заглибини у самому глибокому місці вершини альвеолярного гребеня.

Таке виконання із зменшенням глибини післяекстракційної заглибини особливо в ділянці вершини альвеолярного гребеня, буде достатнім і не викличе потреби у виготовленні штучних зубів видовженої форми або зубів з кольоровою імітацією штучних ясен.

Таке виконання способу за п. 2 формули дозволяє використовувати тканини оральної сторони альвеолярного відростка для утворення коронкового клаптя. Форма утвореного розбіжними розтинами коронкового клаптя відповідає формі післяекстракційної заглибини. Зменшення заглибини, особливо в ділянці вершини альвеолярного гребеня, досягається за рахунок мобілізованої і апікально переміщеної окісно-слизової частини коронкового клаптя і укладанням її з внутрішніми частинами бокових клаптів у три прошарки.

Таке виконання способу за п. 3 формули при глибокій і вузькій післяекстракційній щілині в кістці альвеолярного гребеня дозволяє застосовувати принципи остеопластики з утворенням остеогенетичного окісно-слизово-епітеліального клаптя і кісткового трансплантату, що сприяє підновленню кісткової тканини в вузькій щілині. Утворення остеогенетичного клаптя уможливорює проростання кісткових клітин зі шматочків кістки бокових і коронкового клаптів у трансплантат, а також прискорення остеотропного процесу з декортицированих ділянок альвеолярного відростка.

Таке виконання способу за п.3 формули з утворенням остеогенетичних окісно-слизово-епітеліальних бокових і коронкового клаптів дозволяє проводити втручання без розділення їх на внутрішню і зовнішню частини по схемі розтинів відповідно P_1 і P_2 формули. Заповнення трансплантатом післяопераційної щілини (P_3) і глибокої заглибини (P_2) уможливорює зменшення їх глибини більш ніж на 50 % в післяопераційному періоді.

Таким чином виконання способу за п. 1 формули зменшує заглибину саме з вестибулярної сторони альвеолярного відростка (гребеня) за рахунок одного додаткового прошарку (окісно-слизова частина бокового клаптя) на 25 %, а в ділянці найглибшої частини заглибини вершини гребеня ще на 25 % за рахунок не розділеного коронкового клаптя, і в підсумку - на 50 %.

Виконання способу по П₃ (по схемі зовнішніх розтинів за п. 1 і п. 2 формули) без розділення клаптів з використанням трансплантату уможливорює зменшення глибокої заглибини і щілини не тільки з вестибулярної сторони альвеолярного відростка (гребеня), але і зменшити дефект оральної сторони і вершини альвеолярного гребеня більш ніж на 50 %.

5 Суть винаходу пояснюється кресленням, де:

на Фіг. 1 зображена утворена післяекстракційна заглибина і схема стану тканин.

на Фіг. 2 - схема ліній розтину на альвеолярному відростку вестибулярної сторони.

на Фіг. 3 - етап відокремлення і утворення двох бокових і коронкового клаптів.

10 на Фіг. 4 - етап розділення бокових клаптів на внутрішні окісно-слизові і зовнішні слизово-епітеліальні частини.

на Фіг. 5 - етап накладання внутрішніх окісно-слизових частин бокових клаптів у два прошарки з перекриттям їх країв над заглибиною.

на Фіг. 6 - етап накладання зовнішніх слизово-епітеліальних частин бокових клаптів і їх ушивання.

15 на Фіг. 7 - етап накладання коронкового трикутного окісно-слизово-епітеліального клаптя з ушиванням рани.

на Фіг. 8 - схема розтинів за п. 2 формули з утворенням коронкового окісно-слизово-епітеліального клаптя оральної сторони.

20 на Фіг. 9 - етап відокремлення двох бокових окісно-слизово-епітеліальних клаптів прямокутної форми і коронкового клаптя трапецієподібної форми оральної сторони.

На Фіг. 10 - етап розділення бокових і коронкового клаптів на внутрішні окісно-слизові і внутрішні слизово-епітеліальні частини. Стрілка вказує апікальний напрям мобілізації внутрішньої частини коронкового клаптя.

25 На Фіг. 11 - схема укладання і прошивання внутрішніх слизово-епітеліальних частин у три прошарки.

На Фіг. 12 - схема накладання швів за п. 2 формули.

На Фіг. 13 - схема влаштування трансплантату в заглибині при утворенні остеогенетичних окісно-слизово-епітеліальних клаптів згідно п. 3 формули за схемою зовнішніх розтинів згідно п. 1 і п. 2 формули.

30 Спосіб гінгіопластики післяекстракційної заглибини виконується таким чином: проводимо знеболення тканин альвеолярного відростка в ділянці втручання. По вершині альвеолярного гребеня вздовж заглибини і в міжзубних проміжках проводимо скальпелем горизонтальний розтин. Другий горизонтальний розтин проводимо нижче перехідної складки паралельно першому розтину. Розпочинаючи з лінії другого горизонтального розтину і середини післяекстракційної заглибини, проводимо вертикальний з'єднуючий розтин так, що в ділянці 35 початку альвеолярного гребеня роздвоюємо розтин в боки в напрямі шийок ближніх зубів. Відшаровуємо два бокових прямокутних і один коронковий трикутної форми окісно-слизово-епітеліальні клапті. Бокові клапті скальпелем розділяємо до підмура і утворюємо дві внутрішні окісно-слизові і дві зовнішні слизово-епітеліальні частини. Мобілізуємо внутрішні частини, при 40 необхідності виконуємо біля їх підмурів вертикальні розтини до кістки. Обережно, не травматично пінцетом взаємно переміщуємо внутрішні окісно-слизові клапті і накладаємо їх у два прошарки так, щоб краї клаптів максимально перекривали один одного, особливо в ділянці альвеолярного гребеня, де заглибина найглибша. Ушиваємо два прошарки. Накладаємо коронковий клапоть і зовнішні бокові слизово-епітеліальні клапті на рану і, при необхідності, 45 ножицями порівнюємо їх краї і ушиваємо рану.

Виконання за п. 2 способу проводиться таким чином: по всій довжині заглибини з'єднуючий вертикальний розтин проводиться без його роздвоєння в ділянці альвеолярного гребеня. Гінгіопластику бокових клаптів проводимо відповідно п. 1 способу. Потім скальпелем від лінії горизонтального розтину вздовж вершин альвеолярного гребеня, розпочинаючи від країв 50 заглибини в напрямі підмура альвеолярного відростка оральної сторони проводимо два розбіжні розтини. Распатором відокремлюємо в апікальну сторону коронковий окісно-слизово-епітеліальний клапоть. Утримуємо нетравматичним пінцетом утворений клапоть і розділяємо його на внутрішню окісно-слизову і зовнішню слизово-епітеліальну частини. Переміщуємо апікально внутрішню окісно-слизову частину коронкового клаптя, підкладаємо і ушиваємо її із 55 взаємно переміщеними і накладеними одна на одну внутрішніми окісно-слизовими частинами бокових клаптів. При необхідності збільшення довжини внутрішньої окісно-слизової частини коронкового клаптя проводимо горизонтальний послаблюючий розтин в ділянці його підмура. Подальші маніпуляції виконуємо згідно п. 1 способу.

60 Виконання по п. 3 способу проводимо відповідно схемі розтинів за п. 1 і п. 2. Відмінність полягає в тому, що при глибокій і вузькій заглибині-щілині кістки альвеолярного гребеня два

бокові прямокутні і коронковий клапті відокремлюємо долотом разом зі шматочками кортикальної пластинки як з бокових поверхонь щілини, так зі прилеглих до щілини ділянок альвеолярного відростка. Таким чином утворюємо остеогенетичні окісно-слизово-епітеліальні клапті. Прилаштовуємо по формі щілини трансплантат (ліофінізована кістка), укладаємо в післяекстракційну щілину. Пристосовуємо і накладаємо остеогенетичні бокові окісно-слизово-епітеліальні і коронковий клапті на трансплантат. Ушиваємо рану.

Джерела інформації:

1. Евдокимов А.И., Васильев Г.Л. Хирургическая стоматология. М. - Медицина. - 1964. - С. 88.

2. Данилевский Н.Ф., Борисенко А.В. Заболевания пародонта. Киев "Здоровье", 2000 г. - стр. 337-338.

2. Ertle J. Parodontopathies. Munchen. 1947.

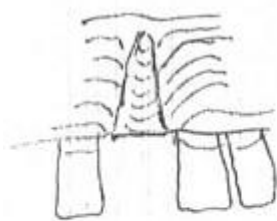
3. Kalmi J. Moscor M. Coranov O.J. Parodontology. 1949. № 3. p. 53.

ФОРМУЛА ВИНАХОДУ

1. Спосіб гінгівопластики післяекстракційної заглибини, що передбачає знеболення тканин альвеолярного відростка, проведення двох горизонтальних розтинів ясен вздовж вершини альвеолярного гребеня і в ділянці перехідної складки, з'єднуючого їх вертикального розтину, відокремлення двох бокових окісно-слизово-епітеліальних клаптів прямокутної форми зі коронковим переміщенням до зубів і ушивання з яснами протилежної сторони, який **відрізняється** тим, що вертикальний з'єднуючий розтин в ділянці альвеолярного гребеня роздвоюють, утворюючи після відокремлення коронковий окісно-слизово-епітеліальний клапоть трикутної форми, а бокові клапті розділяють на внутрішні окісно-слизові і зовнішні слизово-епітеліальні частини; взаємно переміщують внутрішні окісно-слизові частини бокових клаптів і накладають у два прошарки з повним перекриттям їх країв і ушивають, проводять порівняння країв зовнішніх слизово-епітеліальних частин бокових клаптів зі краями накладеного коронкового клаптя і ушивають рану.

2. Спосіб за п. 1, який **відрізняється** тим, що від лінії горизонтального розтину вздовж альвеолярного гребеня в напрямі підмуру альвеолярного відростка оральної сторони двома розбіжними розтинами розтинають і відокремлюють коронковий окісно-слизово-епітеліальний клапоть, розділяють його на внутрішню окісно-слизову і зовнішню слизово-епітеліальну частини, апікально переміщують внутрішню окісно-слизову частину коронкового клаптя і накладають її у три прошарки зі взаємно переміщеними внутрішніми окісно-слизовими частинами бокових клаптів, прошивають, проводять порівняння країв зовнішніх слизово-епітеліальних частин бокових прямокутних клаптів і коронкового клаптя, ушивають рану.

3. Спосіб за будь-яким з пп. 1, 2, який **відрізняється** тим, що при глибокій і вузькій післяекстракційній щілині кістки альвеолярного відростка два бокові прямокутні клапті і коронковий клапоть оральної сторони відокремлюють разом зі шматочками кортикальної пластинки, утворюючи остеогенетичні окісно-слизово-епітеліальні клапті, пристосовують трансплантат до декортикованої кістки альвеолярного відростка і ушивають рану.



Фиг. 1

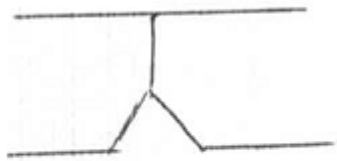


Fig. 2

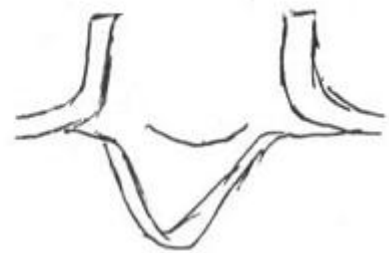
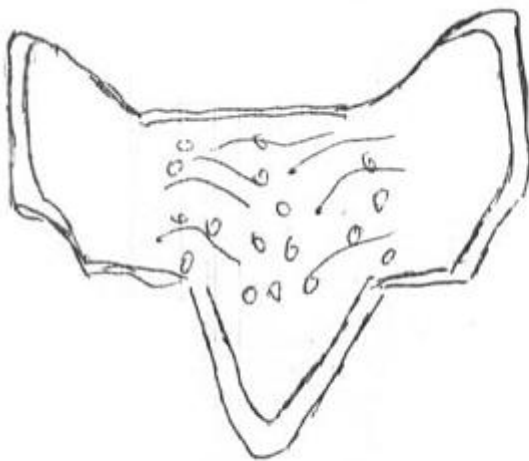


Fig. 3

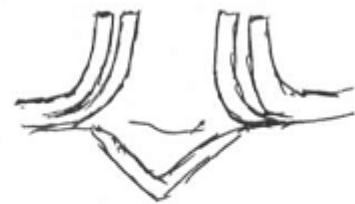
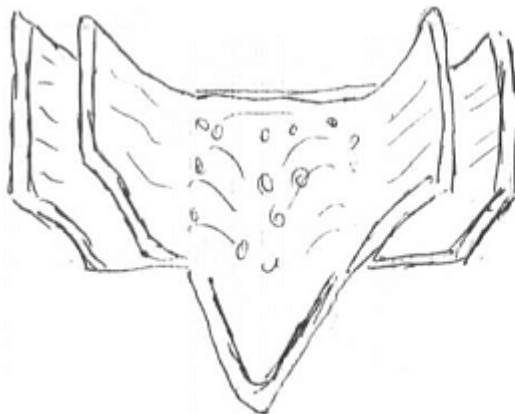
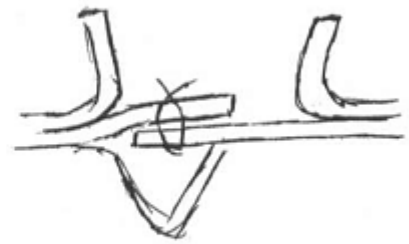
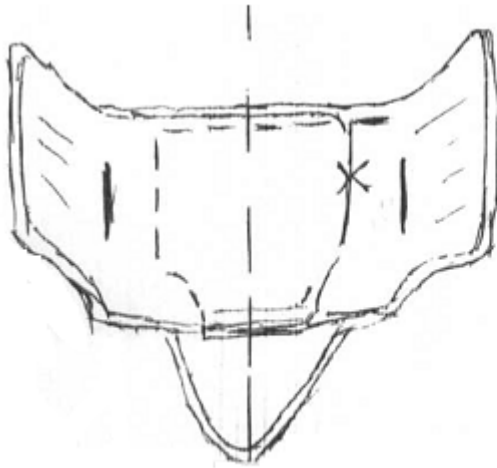
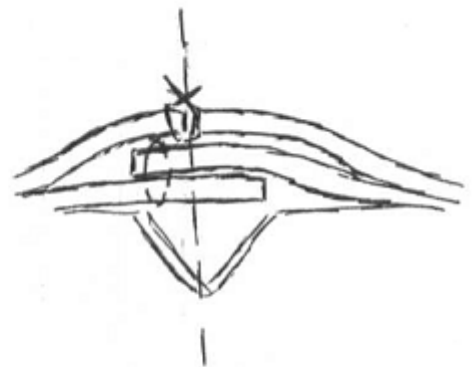
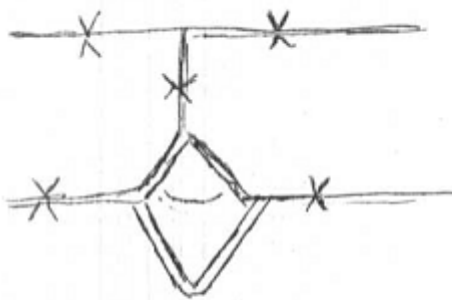


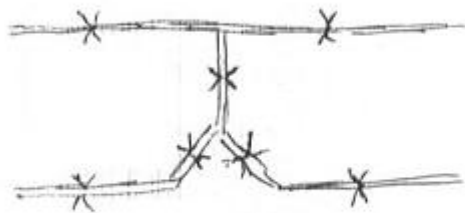
Fig. 4



Фиг. 5



Фиг. 6



Фиг. 7

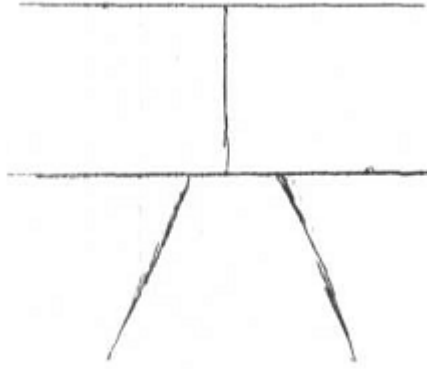


Fig. 8

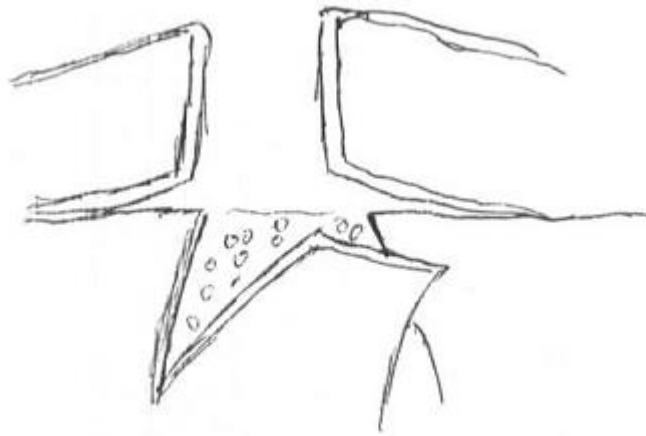


Fig. 9

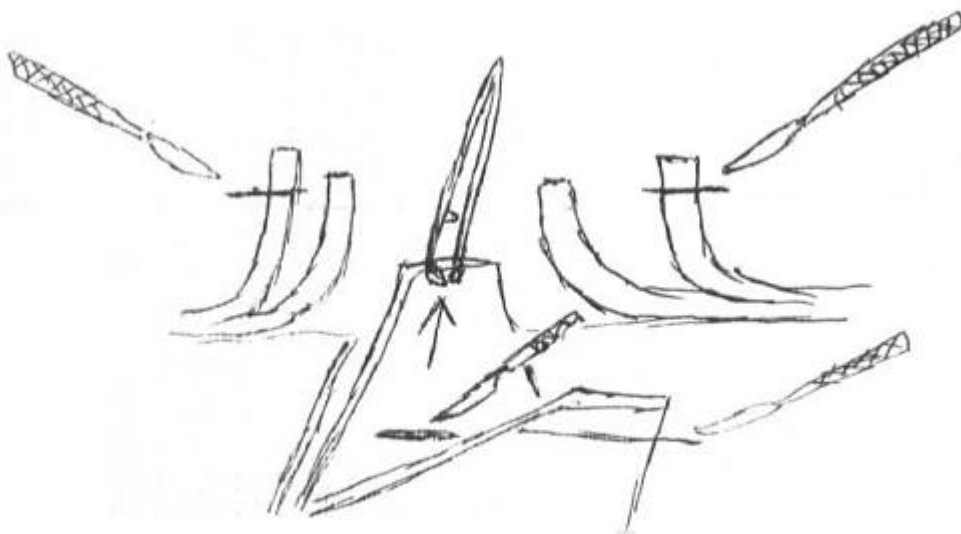
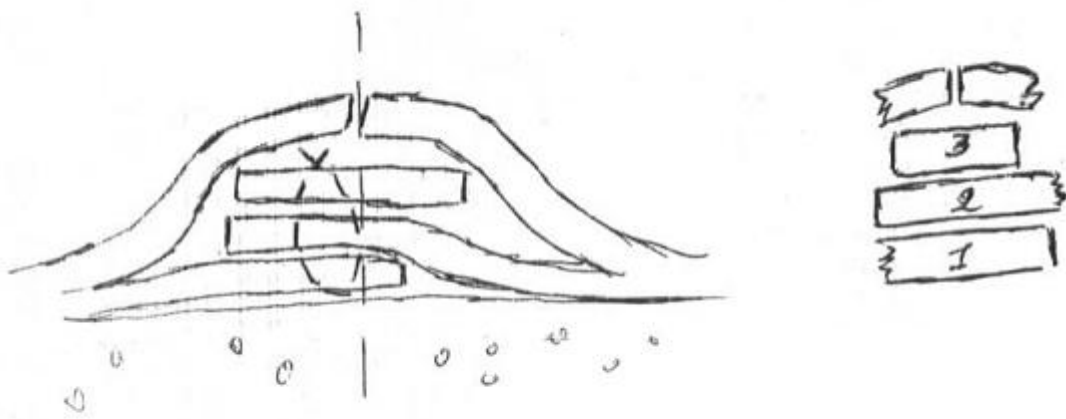
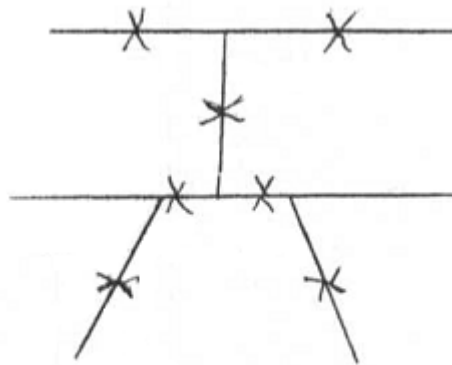


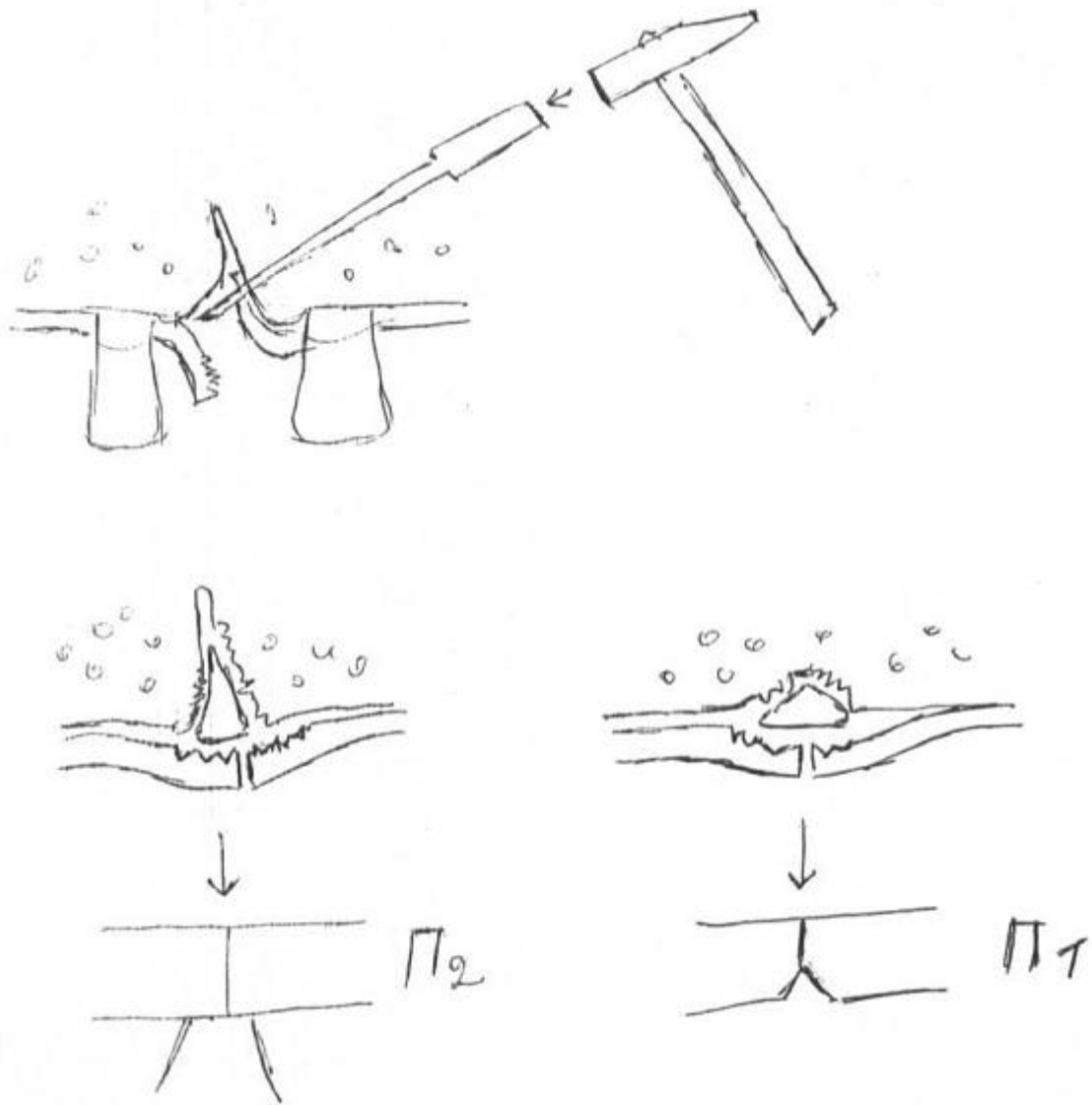
Fig. 10



Фиг. 11



Фиг. 12



Фіг. 13

Комп'ютерна верстка А. Крулевський

Державна служба інтелектуальної власності України, вул. Василя Липківського, 45, м. Київ, МСП, 03680, Україна

ДП "Український інститут інтелектуальної власності", вул. Глазунова, 1, м. Київ – 42, 01601