



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **109042** (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**

|   |   |
|---|---|
| <b>(21)</b> Номер заявки: <b>а 2013 09212</b>                                     | <b>(72)</b> Винахідник(и):<br><b>Кударь Олександрій Іванович (UA)</b>   |
| <b>(22)</b> Дата подання заявки: <b>22.07.2013</b>                                | <b>(73)</b> Власник(и):<br><b>Кударь Олександрій Іванович,</b><br>пр. Б. Хмельницького, 26, кв. 23, м. Мелітополь, Запорізька обл., 72319 (UA)  |
| <b>(24)</b> Дата, з якої є чинними права на винахід: <b>10.07.2015</b>            | <b>(56)</b> Перелік документів, взятих до уваги експертизою:<br>Н.Ф. Данилевский, А.В. Борисенко. Заболевания пародонта. Киев. "Здоровье", 2000 г. стр. 332-338.<br>Безрукова А.П. Хирургическое лечение заболеваний пародонта. - Москва, Медицина. - 1978. - С. 94-95<br>Кударь А. И. Лечение хронического перфоративного межкорневого периодонтита многокорневого зуба. / Кударь А. И., Кударь М. А. // Стоматолог, № 2, 2003, С. 18-21. [Интернет-публикация] URL: (Знайдено 23.03.2015)<br><a href="http://www.provisor.com.ua/100matolog/archive/2003/2/art_10.htm">http://www.provisor.com.ua/100matolog/archive/2003/2/art_10.htm</a><br>UA 85501 C2, 26.01.2009<br>UA 95196 C2, 11.07.2011<br>UA 34065 U, 25.07.2008<br>UA 18936 U, 15.11.2006<br>RU 2343858 C1, 20.01.2009<br>SU 1225530 A, 23.04.1986 |
| <b>(41)</b> Публікація відомостей про заявку: <b>26.01.2015, Бюл.№ 2</b>          |   |
| <b>(46)</b> Публікація відомостей про видачу патенту: <b>10.07.2015, Бюл.№ 13</b> |   |

**(54) СПОСІБ ГІНГІВОПЛАСТИКИ ВТЯГНЕННЯ КАРМАНА У ФУРКАЦІЮ КОРОНКОВО ПЕРЕМІЩЕНИМ ЗГОРНУТИМ КЛАПТЕМ****(57) Реферат:**

Запропонований винахід належить до галузі медицини, а саме до стоматології, і стосується способу гінгівопластики втягнення кармана у фуркацію коронково переміщеним згорнутим клаптем.

**UA 109042 C2**



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

Неповне і повне втягнення кармана у фуркацію є одним з тяжких ускладнень пародонтиту, що виникають у хворих із середнім і тяжким ступенями тяжкості і є результатом остеолізісу кісткової тканини альвеолярного відростка і міжкореневої перетинки багатокорневих зубів.

Частіше при неповному втягненні кармана у фуркацію заново утворена порожнина заповнена міжкореневим сосочком. Втягнення частіше локалізується з вестибулярної, ніж з оральної сторони зуба. В протилежній від втягнення стороні зберігаються залишки міжкореневої перетинки. Остеолізіс перетинки і посилена рецесія ясен супроводжується утворенням відкритої тунельної порожнини - втягнення. Гігієнічні проблеми, пов'язані з цим явищем, сприяють загостренню пародонтиту.

Задачею гінгівопластики є ліквідація або зменшення оголення коренів зуба при рецесії ясен і атрофії гребеня альвеолярного відростка, покращення функціонального стану тканин пародонта.

На погляд ряду авторів вторинне приживлення ясен до кореня зуба відбувається за рахунок організації кров'яного згустку і утворення грануляційної тканини, що є умовою для кісткоутворення і занурювання волокон в новий цемент [1].

З'єднання ясен зі твердими тканинами зуба також інші автори називають колоїдними [2].

Тому при проведенні операції гінгівопластики необхідно постійно враховувати фактор присутності в ділянці втручання тканин, здатних до остеогенезу кісткових тканин, цементних клітин, а також сприяти створенню максимальних умов для вторинного прикріплення ясен: видалення проліферованого епітелію, патологічних грануляцій, кальцифікованих залишків, створення кров'яного згустку і захист його від інфікування.

Відомий спосіб операції гінгівопластики по Клячко і Толбрайх при лікуванні пародонтиту близький до запропонованого і прийнятий за прототип [3]. Цей спосіб передбачає знеболення тканин зубного ряду, видалення патологічних грануляцій і відкладень, проведення вздовж альвеолярного гребеня горизонтального розтину і двох вертикальних, відокремлення слизово-окісного клаптя до перехідної складки, відокремлення окістя горизонтальним розтином вздовж перехідної складки, коронкове переміщення слизово-окісного клаптя і його фіксацію в підтягнутому стані на яснах альвеолярного гребеня, накладання надлишку клаптя на шийки зубів і фіксацію їх в міжзубних проміжках.

Виконання гінгівопластики по описаному способу уможливорює тимчасове вестибулярне або оральне закриття втягнення кармана у фуркацію. Для повного заповнення міжкореневої порожнини потрібно виділити з ясен достатньо об'ємного слизового сосочка, здатного прикріпитись до місцевих твердих і м'яких тканин. Не відповідає цим вимогам також напрям вертикальних розтинів в прототипі.

В основу винаходу поставлена задача модернізації способу гінгівопластики, що уможливить щільне і об'ємне заповнення утвореним міжкореневим ясенним сосочком неповного і повного втягнення кармана у фуркацію і сприятиме його вторинному приживленню.

Поставлена задача вирішується тим, що спосіб передбачає знеболення тканин, оточуючих зуб, видалення патологічних грануляцій, конкрементів із внутрішніх поверхонь коренів багатокореневого зуба, проведення на яснах вздовж гребеня альвеолярного відростка двох вертикально орієнтованих розтинів, відокремлення слизово-окісного клаптя до перехідної складки, відокремлення при потребі додатковим горизонтальним розтином вище перехідної складки окістя, коронкової мобілізації і фіксації клаптя швами на рівні ясен альвеолярного гребеня.

Згідно з винаходом поставлена задача вирішується тим, що на зовнішній епітеліальній стороні вершини ясен альвеолярного гребеня і підфуркально проводять гінгівоабразію.

Також згідно з винаходом між коренів зубів приблизно на 2-2,5 мм нижче краю ясен виконують косий розтин до рівня альвеолярного гребеня і виділяють внутрішній слизовий клапоть та вершину зовнішнього слизового клаптя і, розпочинаючи орієнтовно із середини коренів зуба, проводять на яснах два збіжних розтини, що ближче до перехідної складки розбігаються і переходять в трапецієподібні, відокремлюють зовнішній слизовий клапоть з вершини в апікальну сторону, коронково переміщують його і фіксують в підтягнутому стані швами на яснах альвеолярного гребеня.

Також згідно з винаходом обгортають внутрішній слизовий клапоть слизовою поверхнею вершини зовнішнього слизового клаптя і прошивають три прошарки одночасно, утворюючи ясенний сосочок.

Також згідно з винаходом щільно укладають ясенний сосочок у фуркальне втягнення так, щоб його краї потрапили у внутрішні міжвалкові борозни коренів зубів і в підфуркальний купол.

Також згідно з винаходом додатково проводять горизонтальну іммобілізацію ясенного сосочка.

Згідно з винаходом по  $P_2$  зовнішній слизовий клапоть повністю утворюють двома збіжними розтинами до рівня перехідної складки і з'єднують їх горизонтальним розтином, відокремлюють його нижче лінії косого розтину, після вивертання клаптя коронково переміщують, обгортають підмурок клаптя епітеліальною стороною у три прошарки, іммобілізуємо.

Згідно з винаходом по  $P_3$  внутрішній слизовий клапоть не утворюємо, а підмурок вестибулярного слизового клаптя згортають у два прошарки.

Згідно з винаходом по  $P_4$  внутрішній слизовий клапоть не утворюємо, а вершину вестибулярного клаптя згортають слизовою стороною у два прошарки.

Згідно з винаходом по  $P_5$  вершину вестибулярного слизового клаптя епітеліальною стороною згортають у два прошарки.

Згідно з винаходом по  $P_6$  при повному втягненні кармана у фуркацію утворені вестибулярний і оральний ясенний сосочки багатокореневого зуба стикають підфуркально і горизонтально іммобілізують на оголених коренях з вестибулярної і оральної сторін зуба.

Таке виконання способу з ґрунтовним видаленням бляшки, відкладень із внутрішніх міжвалкових борозен, валків, підфуркального купола сприяє безускладненій течії ранового процесу і формуванню утвореного ясенного сосочка. Повне видалення патологічної грануляційної тканини, проліферованого епітелію з неповного фуркального втягнення кармана створює умови природного прикріплення утвореного ясенного сосочка безпосередньо до кістки збереженої міжкореневої перетинки, репродукції остеогенезу, вторинному прикріпленню ясен до поверхні коренів.

Таке виконання способу із попереднім проведенням гінгівоабрації в ділянці втручання на вершині зовнішньої поверхні неприкріплених і прикріплених ясен вестибулярного клаптя і підфуркально, а також на підмурку вестибулярного клаптя дозволяє деепітелізувати поверхню і створити її здатною до кровотечі. Згортання клаптів сприяє утворенню тромбів як внутрішньо-ясенного сосочка, так і на його зовнішній поверхні, що контактує з поверхнею коренів, і уможливорює вторинне приживлення.

Таке виконання косого розтину і відокремлення внутрішньо-слизового клаптя дозволяє використовувати клапоть як додаткову тканину для об'ємного і щільного заповнення міжкореневої порожнини. Горизонтальний розтин при неповному втягненні кармана у фуркацію не виконується.

Таке виконання способу з проведенням двох збіжних розтинів на вершині альвеолярного відростка, що переходять в трапецієподібні ближче до перехідної складки, відокремлення і утворення рухливого клаптя дозволяють згортати вершину клаптя у прошарки по формі трапеції, що відповідає формі входу в міжкореневий прозір з вестибулярної сторони. Лінії розтинів дозволяють при коронковому переміщенні клаптів співпадати їх краям з неущкодженими яснами і повністю закривати кістку альвеолярного відростка.

Додатковий фенестральний горизонтальний розтин біля перехідної складки збільшує мобільні властивості клаптя і його коронкове переміщення. Фіксація коронково переміщеного і підтягнутого слизового клаптя двома швами на яснах альвеолярного гребеня полегшує згортання вершини клаптя і утворення ясенного сосочка.

Обгортання внутрішньо-слизового клаптя "слизовою або епітеліальною поверхнею зовнішнього слизового клаптя і їх прошивання дозволяє утворити ясенний сосочок з трьох прошарків, збільшуючи об'єм утворення.

Згортання вестибулярного слизового клаптя слизовими або епітеліальними сторонами і їх прошивання дозволяє утворити ясенний сосочок з двох прошарків.

Щільному і об'ємному заповненню неповного втягнення кармана у фуркацію сприяють, починаючи із середини коренів зуба, відповідно виконані два збіжних розтини не по яснах внутрішніх поверхонь коренів, а по яснах зовнішніх поверхонь. Цей надлишок потрібен для щільного заповнення внутрішніх міжвалкових борозен і підфуркального купола.

Таке виконання способу з горизонтальною іммобілізацією утвореного ясенного сосочка дозволяє додатково утримувати ясенний сосочок у втягненні, сприяє постійному безпосередньому контакту поверхні утвореного ясенного сосочка і тромбу зі внутрішньою поверхнею коренів, перешкоджає інфікуванню тромбу, сприяє природному приживленню ясенного сосочка до збереженої оральної ділянки міжкореневої перетинки і вторинному прикріпленню до внутрішніх поверхонь коренів зуба.

Використання горизонтальної іммобілізації за допомогою постійного тиску гумового кільця і тиснучої пов'язки забезпечує постійний контакт поверхні ясенного сосочка із внутрішньою поверхнею коренів зуба навіть по мірі зменшення набряку ясенного сосочка. Таке виконання

способу по  $P_2$  і  $P_3$  формули з утворенням зовнішнього слизового клаптя з підмуром в ділянці перехідної складки двома збіжними розтинами після вивертання клаптя і його коронкового переміщення дозволяє згортати підмурок клаптя епітеліальною стороною у три чи два прошарки відповідно трапецієподібній формі входу в міжкореневий прозір. Після вивертання

5 клаптя оголена кістка альвеолярного відростка, але вкрита окістям і слизовим прошарком, здатна до пришвидшеного загоєння і епітелізації.

Таке виконання способу по  $P_4$  і  $P_5$  формули дозволяє лікарю в залежності від задачі і клінічної ситуації згортати вестибулярний слизовий клапоть епітеліальною чи слизовою

10 Таке виконання способу по  $P_1$ ,  $P_2$ ,  $P_3$ ,  $P_4$ ,  $P_5$  при повному втягненні кармана у фуркацію з проведенням горизонтального розтину по гребеню альвеолярного відростка для збільшення вершини вестибулярного і орального клаптів і підфуркальним стиканням утворених з них сосочків, уможливорює їх природне взаємоприживлення і подальшу організацію в загальний ясенний сосочок.

15 Окість і епітеліальні елементи, що потрапляють внутрішньо в утворений ясенний сосочок, підлягають петрифікації і гіалінізації, сприяють згрубілоості ясенного сосочка і утриманню його форми.

Термін "вестибулярний слизовий клапоть" застосовується в пунктах формули у випадках, коли не проводиться косий розтин і не утворюється внутрішній слизовий клапоть.

20 Термін "підмурок" застосовується у випадках зворотного коронкового переміщення і вивертання клаптя, коли фактичною його вершиною є протилежна від втягнення сторона, розташована в ділянці перехідної складки.

Термін "слизовий клапоть" (слизово-епітеліальний) не тотожний терміну "окісно-слизовий клапоть". Приживлення слизового клаптя до споріднених тканин, утворення вторинного

25 приживлення з поверхнею зуба десмоїдним з'єднанням переважає подібний процес з присутністю окістя.

Суть винаходу пояснюється кресленням, де на Фіг. 1 зображено неповне втягнення кармана у фуркацію при поперечному розпилі.

1. Підфуркальний купол.
2. Кісткова тканина альвеолярного відростка.
3. Прилеглі ясна.
4. Перехідна складка.
5. Втягнення кармана у фуркацію.
6. Збережена міжкоренева перетинка.

35 На Фіг. 2 - вигляд зуба з вестибулярної або оральної сторони.

На Фіг. 3 - зображена лінія косоного розтину.

На фіг. 4 - схема проведення двох збіжних розтинів, продовжених в трапецієподібні, і додаткового горизонтального розтину.

На Фіг. 5 - схема і розрахунок необхідних пропорцій при утворенні ясенного сосочка.

40 На Фіг. 6 - схема ділянок гінгівоабразії (А) (вершина клаптя) (1) і підмурок (2), підфуркально (3) і етап (В) - відокремлення внутрішнього слизового клаптя (1) від зовнішнього слизового клаптя (2).

На Фіг. 7 - етап відокремлення зовнішнього слизового клаптя від кістки і окісті та його коронкового переміщення і фіксації на яснах альвеолярного гребеня.

45 На Фіг. 8 - етап обгортання внутрішнього слизового клаптя зовнішнім слизовим клаптем з ушиванням ясенного сосочка.

На Фіг. 9 - етап горизонтальної іммобілізації ясенного сосочка гумовим кільцем і тиснучою пов'язкою (а) або смугою типу "Ribond" (б).

50 На Фіг. 10 - етап горизонтального розтину вище перехідної складки, коронкового переміщення і обгортання підмурком зовнішнього слизового клаптя у три прошарки по  $P_2$ .

На Фіг. 11 - етап переміщення вестибулярного слизового клаптя, згортання у два прошарки, ушивання по  $P_3$ .

На Фіг. 12 - етап переміщення вестибулярного слизового клаптя коронково, згортання слизовою стороною у два прошарки по  $P_4$ .

55 На Фіг. 13 - етап згортання вестибулярного слизового клаптя епітеліальною стороною по  $P_5$ .

На Фіг. 14 - комбінація різних варіантів гінгівопластики повного втягнення кармана у фуркацію (10 комбінацій).

60 Спосіб гінгівопластики неповного втягнення кармана у фуркацію виконується таким чином: візуально і за допомогою вимірювального зонда оцінюють клінічну ситуацію ділянки втручання, а саме: наявність і висоту вестибулярної стінки втягнення, глибину втягнення, розбіг коренів,

відстань від втягнення до перехідної складки або дня ротової порожнини з оральної сторони, а також відстань від підфуркального купола до міжкореневого сосочка. Від цих лінійних параметрів залежить вибір способу оперативного втручання. Проводять місцеве або провідникове знеболення тканин, що оточують зуб, видаляють з порожнини неповного чи повного втягнення патологічні грануляції, конкременти з внутрішніх поверхонь коренів зуба, промиваємо, дезінфікуємо. На вестибулярній поверхні альвеолярного відростка візуально планують лінії майбутніх розтинів. За допомогою алмазного фісурного бора на зовнішній епітеліальній поверхні вершини ясен і підфуркально, або на підмурку проводять гінгівоабразію до появи капілярної кровотечі. Між коренів зуба на 2-2,5 мм нижче краю ясен виконують косий розтин до рівня альвеолярного гребеня. Таким чином, відокремлена вестибулярна стінка втягнення зубоясенної кармана з прикріпленням до вершини альвеолярного гребеня є внутрішнім слизовим клаптом, а вершиною зовнішнього слизового клаптя є прилеглі прикріплені ясна вестибулярної поверхні альвеолярного відростка. Скальпелем, розпочинаючи орієнтовно зі середини коренів зуба в напрямі перехідної складки, проводять на яснах спочатку два збіжних розтини (вершина клаптя), а ближче до перехідної складки продовжують розтини в трапецієподібні. Відокремлюють апікально зовнішній слизовий клапоть з вершини до перехідної складки, коронково підтягують його і оцінюють загальну довжину з метою подвоєння його вершини і можливості укладання у втягнення. При недостатній довжині клаптя додатково горизонтальним фенестральним розтином вздовж перехідної складки послабляють утворений зовнішній слизовий клапоть для покращення його мобілізації. При достатній відстані до перехідної складки і глибокому втягненні кармана у фуркацію і наявності вестибулярної стінки втягнення переміщують коронково зовнішньо-слизовий клапоть і з двох боків на яснах вершини альвеолярного гребеня фіксують в підтягнутому стані клапоть двома швами. Обгортають внутрішній слизовий клапоть слизовою поверхнею зовнішнього слизового клаптя у три прошарки, прошиваємо, утворюючи таким чином, ясенний сосочок. Використовуючи тупий інструмент, укладають утворений ясенний сосочок у фуркальне втягнення так, щоб його краї надійно утримувались за валки міжвалкової борозни і валки підфуркального купола. Додатково проводять горизонтальну іммобілізацію, використовуючи для цього гумове кільце, що одягається нижче екватора коронки зуба. За вибором можливе використання для горизонтальної іммобілізації фотополімеризацію смужок типу "Ribond", краї якої фіксуються на оголених поверхнях коренів зубів. Призначають протизапальну терапію.

При обмеженій відстані до перехідної складки, глибокому втягненні кармана у фуркацію і високій вестибулярній стінці кармана ( $P_2$ ) проводять втручання таким чином: після гінгівоабразії косим розтином відокремлюють внутрішній слизовий клапоть. Тому що висота альвеолярного відростка замала, зовнішній слизовий клапоть повністю утворюють двома збіжними розтинами і з'єднують їх горизонтальним розтином вище перехідної складки. Частина клаптя, що відокремлена горизонтальним розтином і прилегла до перехідної складки, називається підмурком. Коронково відокремлюємо, розпочинаючи з підмурка, зовнішній слизовий клапоть нижче рівня косоного розтину. Утримуючи пінцетом клапоть, піднімають його, вивертаючи слизову поверхню, і обгортають внутрішній слизовий клапоть епітеліальною поверхнею зовнішнього клаптя у три прошарки. Фіксують затискачем і прошивають три прошарки, утворюючи ясенний сосочок, заповнюють ним втягнення, іммобілізуємо.

При обмеженій відстані до перехідної складки і низькій або відсутній вестибулярній стінці втягнення та неглибокому втягненні кармана у фуркацію ( $P_3$ ) втручання проводять таким чином: косий розтин не застосовують і внутрішній слизовий клапоть не утворюють, а утворюють вестибулярний клапоть збіжними розтинами, коронково переміщують його після вивертання, згортають епітеліальною стороною у два прошарки, прошиваємо, заповнюють ним втягнення слизовою стороною, іммобілізують.

При достатній відстані до перехідної складки, неглибокому втягненні і невеликій вестибулярній стінці втягнення ( $P_4$ ,  $P_5$ ) внутрішній слизовий клапоть не утворюємо, а вершину утвореного вестибулярного клаптя згортають слизовою або епітеліальною стороною у два прошарки, прошивають і вкладають у втягнення, іммобілізують.

При повному втягненні кармана у фуркацію ( $P_6$ ) також оцінюють відстань до перехідної складки, наявність вестибулярної стінки втягнення, об'єм підфуркально зруйнованих тканин. Так при значному руйнуванні і наявності вестибулярної стінки втягнення перевага надається способом утворення ясенного сосочка у три прошарки.

При невеликій підфуркальній руйнації повного втягнення кармана у фуркацію перевага надається способам утворення ясенного сосочка у два прошарки. Можливі і проміжні варіанти, наприклад, коли при значній руйнації підфуркальних тканин достатньо висока вестибулярна

стінка втягнення, а оральна стінка відсутня або замала. В таких випадках з вестибулярної сторони зуба проводять гінгівопластику у три прошарки, а з оральної - у два прошарки.

На Фіг. 14 схематично показані різні клінічні ситуації навколо повного втягнення кармана у фуркацію і способи гінгівопластики з оральної і вестибулярної сторін багатокореневого зуба (П<sub>1</sub>, П<sub>2</sub>, П<sub>3</sub>, П<sub>4</sub>, П<sub>5</sub>).

Після утворення ясенних сосочків з вестибулярної і оральної сторін зуба тупим інструментом щільно вкладають їх підфуркально у повне втягнення і контактну їх стикаємо. Горизонтальну іммобілізацію проводимо з двох сторін зуба підкоронково гумовим кільцем або смугою "Ribond". Для збереження утвореної форми ясенного сосочка і щільності його прилеглості до внутрішніх стінок втягнення використовуємо тиснучу пов'язку під гумове кільце. Тиснучі перемінні пов'язки мають вигляд циліндричного тіла з різним діаметром. Періодична їх заміна під гумовим кільцем проводиться по мірі зменшення набряку сосочка збільшенням діаметра пов'язки. Цим забезпечується постійний контакт утвореного ясенного сосочка з внутрішніми стінками коренів зуба у втягненні, сприяючи вторинному приживленню.

Джерела інформації:

1. Безрукова А.П. Хирургическое лечение заболеваний пародонта. Москва. "Медицина", 1978 г. стр. 94-95.
2. Курякина Н.В., Т.Ф. Кутепова. Заболевания пародонта. Москва. "Медицина", 2000 г. - С. 111.
3. Данилевский Н.Ф., Борисенко А.В. Заболевания пародонта. Киев. "Здоровье", 2000 г. - С. 332-333.
4. Золтан Я. Cicatrix optima. Операционная техника и условия оптимального заживления ран. Budapest, 1974 г.
5. Крекшина В.Е... Профилактика и лечение заболеваний пародонта. Ленинград. "Медицина", 1973 г. - С. 45-46.

#### ФОРМУЛА ВИНАХОДУ

1. Спосіб гінгівопластики втягнення кармана у фуркацію коронково переміщеним згорнутим клаптом, який передбачає знеболення тканин, оточуючих багатокореневий зуб, видалення патологічних грануляцій, відкладень з поверхні коренів, проведення по лінії вершини альвеолярного гребеня горизонтального і двох вертикальних розтинів, відокремлення слизово-окісного клаптя до перехідної складки і додатковим горизонтальним розтином вище перехідної складки відокремлення окістя; коронкову мобілізацію клаптя і фіксацію його швами в підтягнутому стані на яснах альвеолярного гребеня, накладання вершини клаптя з надлишком ясен на шийки зубів і фіксацію їх в міжзубних проміжках, який **відрізняється** тим, що на зовнішній епітеліальній поверхні вершини ясен вестибулярної сторони альвеолярного гребеня і підфуркально проводять гінгівоабразію, виконують косий розтин між коренів зубів приблизно на 2-2,5 мм нижче краю ясен до рівня альвеолярного гребеня і виділяють внутрішній слизовий клапоть та вершину зовнішнього слизового клаптя; розпочинаючи орієнтовно із середини коренів зуба, проводять на яснах спочатку два збіжних розтини, що на альвеолярному відростку ближче до перехідної складки розбігаються і переходять в трапецієподібні; відокремлюють зовнішній слизовий клапоть із вершини в апікальну сторону, коронково переміщують і в підтягнутому стані фіксують його швами на яснах альвеолярного гребеня; обгортають слизовою поверхнею вершини зовнішнього слизового клаптя внутрішній слизовий клапоть і прошивають три прошарки одночасно, утворюючи ясенний сосочок, щільно укладають його у фуркальне втягнення так, щоб краї ясенного сосочка потрапили у внутрішні міжвалкові борозни коренів зуба і в підфуркальний купол; додатково проводять горизонтальну іммобілізацію ясенного сосочка.

2. Спосіб за п. 2, який **відрізняється** тим, що зовнішній слизовий клапоть повністю утворюють двома збіжними розтинами до рівня перехідної складки і з'єднують їх горизонтальним розтином, відокремлюють клапоть нижче лінії косоного розтину, після вивертання коронково переміщують, обгортають підмурок клаптя епітеліальною стороною у три прошарки, іммобілізують.

3. Спосіб за п. 1 або 2, який **відрізняється** тим, що внутрішній слизовий клапоть не утворюється, а підмурок вестибулярного слизового клаптя згортають у два прошарки.

4. Спосіб за п. 1, який **відрізняється** тим, що внутрішній слизовий клапоть не утворюється, а вершину вестибулярного клаптя згортають слизовою стороною у два прошарки.

5. Спосіб за п. 4, який **відрізняється** тим, що вершину вестибулярного слизового клаптя згортають епітеліальною стороною у два прошарки.

6. Спосіб за будь-яким з пп. 1-5, який **відрізняється** тим, що при повному втягненні кармана у фуркацію утворені вестибулярний і оральний ясенний сосочки багатокореневого зуба підфуркально стикають і горизонтально іммобілізують на оголених коренях з вестибулярної і оральної сторін зуба.

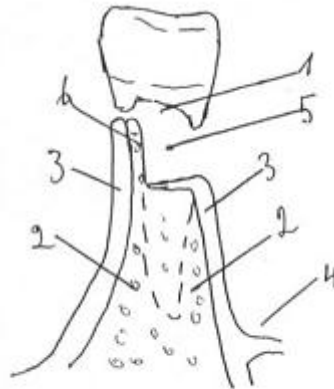


Fig. 1



Fig. 2

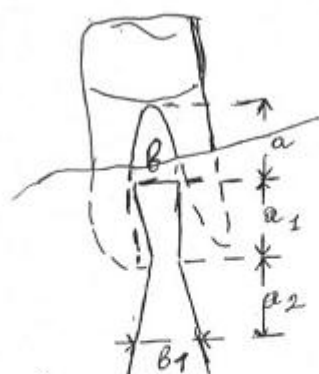


Fig. 3





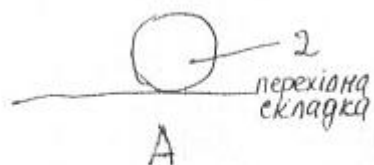
Фиг. 4



$$2a = a_1 + a_2, a_1 = a_2$$

$$b = b_1$$

Фиг. 5



Фиг. 6

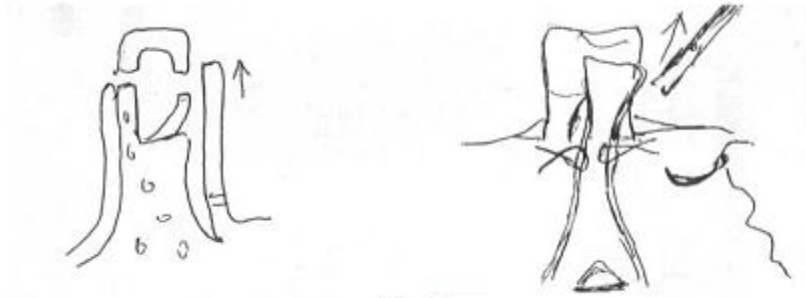


Fig. 7



Fig. 8

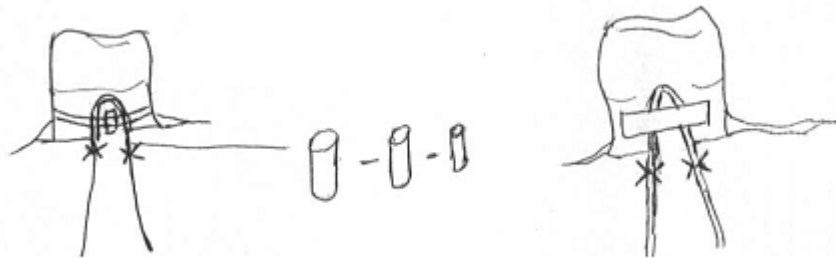


Fig. 9

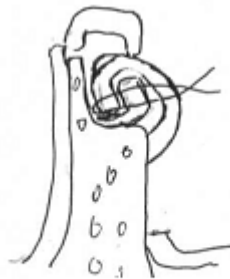


Fig. 10



Fig. 11



Fig. 12



Fig. 13

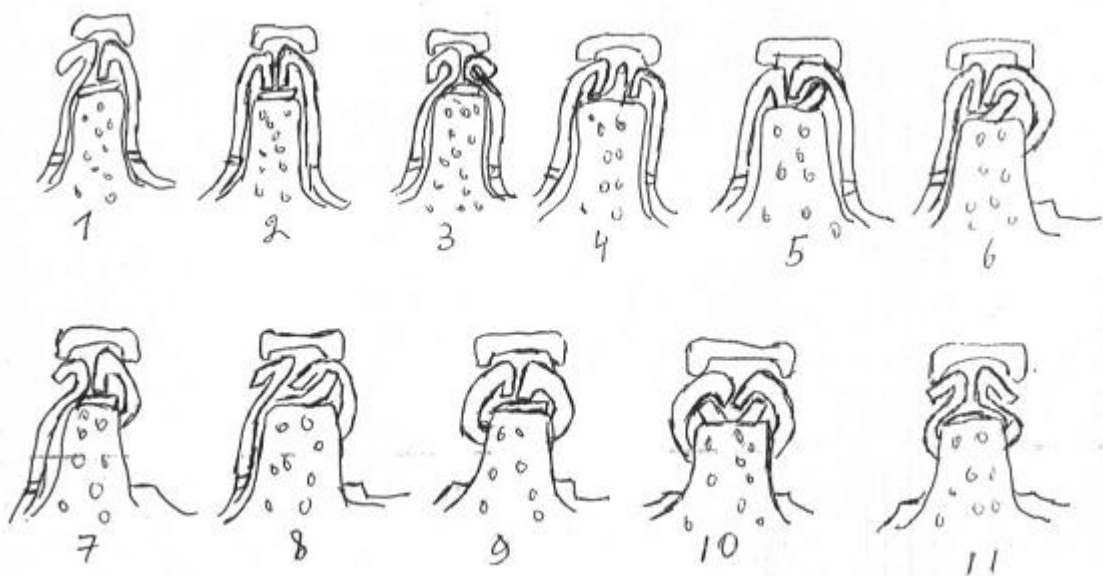
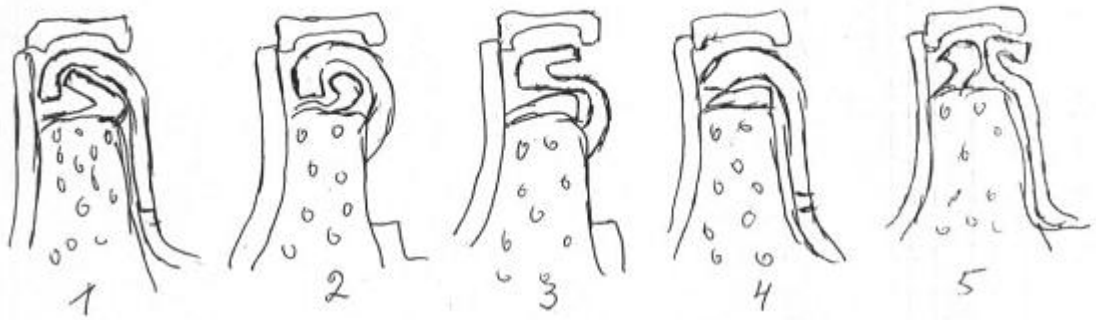


Fig. 14

*ГІНГІВОПЛАСТИКА ПОВНОГО ВТЯГНЕННЯ КИШЕНІ ПРИ ЗБЕРЕЖЕНІЙ  
СЛИЗОВІЙ ОРАЛЬНІЙ СТІНЦІ*



---

Комп'ютерна верстка М. Мацело

---

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