



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **109565** (13) **C2**
(51) МПК (2015.01)
A61B 17/00
A61C 7/00

ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИ

(12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА ВІНАХІД**(21)** Номер заявки: **а 2013 09197****(22)** Дата подання
заявки: **22.07.2013****(24)** Дата, з якої є
чинними
права на
винахід: **10.09.2015****(41)** Публікація
відомостей
про заявку: **26.01.2015,**
Бюл.№ 2**(46)** Публікація
відомостей
про видачу
патенту: **10.09.2015,**
Бюл.№ 17**(72)** Винахідник(и):
Кударь Олександрій Іванович (UA)**(73)** Власник(и):
Кударь Олександрій Іванович,
пр. Б. Хмельницького, 26, кв. 23, м. Мелітополь, Запорізька
обл., 72319 (UA)**(56)** Перелік документів, взятих до уваги експертизою:
Крекшина В.Е. Профилактика и лечение пародонтоза. -
Ленинград, Медицина. - 1973. - С. 45-46
Безрукова А.П. Хирургическое лечение заболеваний
пародонта. - Москва, Медицина. - 1978. - С. 94-95
UA 85501 C2, 26.01.2009
UA 95196 C2, 11.07.2011
UA 34065 U, 25.07.2008
UA 18936 U, 15.11.2006
RU 2343858 C1, 20.01.2009
SU 1225530 A, 23.04.1986
Данилевский Н.Ф., Борисенко А.В. Заболевания пародонта. К.:
"Здоровье."- 2000 С. 329-340..
Кударь А. И. Лечение хронического перфоративного
межкорневого периодонтита многокорневого зуба. /А.И.
Кударь, М.А. Кударь. // Стоматолог.- № 2. - 2003. - С. 18-21.
[Інтернет-публікація] URL: (Знайдено 23.03.2015)
http://www.provisor.com.ua/100matolog/archive/2003/2/art_10.htm**(54) СПОСІБ ГІНГІВОПЛАСТИКИ ПОВНОГО ВТЯГНЕННЯ КАРМАНА У ФУРКАЦІЮ
БАГАТОКОРЕНЕВОГО ЗУБА КОРОНКОВО ПЕРЕМІЩЕНИМ, РОЗДІЛЕНИМ І ПІДФУРКАЛЬНО
КОРОНКОВО СПРЯМОВАНИМ КЛАПТЕМ****(57)** Реферат:

Запропонований винахід стосується способу гінгівопластики повного втягнення кармана у
фуркацію багатокореневого зуба коронково переміщеним, розділеним і підфуркально коронково
спрямованим клаптем.

UA 109565 C2

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

Повне втягнення кармана у фуркацію є одним з тяжких ускладнень пародонтиту, що виникають у хворих із тяжким ступенем тягаря і є результатом остеолілізу кісткової тканини альвеолярного відростка і міжкореневої перетинки багатокорневих зубів.

При повному втягненні в міжкореновому прозорі в вестибулооральному напрямі повністю відсутня вершина міжкореневої перетинки або значна її частина. Навіть міжкореневий сосочок не в змозі повністю заповнити втягнення. Збільшенню накрізної міжкореневої порожнини сприяє і ясенева рецесія, яка також посилюється частими загостреннями місцевих пародонтальних тканин. Варіантом повного втягнення кармана у фуркацію є також клінічна ситуація, коли, наприклад, вестибулярна слизиста стінка втягнення і міжкоренева перетинка зруйновані запаленням, але оральна слизиста стінка збережена і має природне прикріплення до шийки багатокореневого зуба.

Метою 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 коренів зуба відбувається за рахунок організації кров'яного згустка і утворення грануляційної тканини, що є умовою для кісткоутворення і занурення волокон у новий цемент [1]. З'єднання ясен із твердими тканинами зуба інші автори називають також келоїдним [2]. Тому при проведенні операції гінгівопластики необхідно постійно враховувати фактор присутності в ділянці втручання тканин, здатних до остеогенезу (кісткова тканина, цементні клітини і інші), а також сприяти максимальному створенню умов для вторинного прикріплення ясен: видалення проліферованого епітелію, патологічних грануляцій, кальцифікованих залишків, утворення кров'яного згустка і захист його від інфікування.

Відомий спосіб радикальної операції гінгівопластики при лікуванні пародонтита близький до запропонованого і прийнятий за прототип [3]. Цей спосіб передбачає знеболення тканин, оточуючих зуб, видалення з патологічних зубо-ясенних карманів патологічних грануляцій, відкладень з поверхонь коренів; проведення горизонтального розтину по вершині альвеолярного гребеня і двох вертикальних апікально спрямованих розтинів до рівня перехідної складки з відокремленням окісно-слизово-епітеліального клаптя, додаткового горизонтального розтину вище перехідної складки і відокремленням окістя, коронкової іммобілізації і фіксації клаптя в підтягнутому стані двома швами на яснах альвеолярного гребеня, накладання вершини клаптя з надлишком ясен на шийки зубів і ушивання клаптя в міжзубних проміжках.

Виконання гінгівопластики по описаному способу уможливорює тимчасове вестибулярне або оральне закриття втягнення кармана у фуркацію, але повного і щільного заповнення міжкореневої порожнини не відбувається. Для заповнення втягнення потрібне утворення з місцевих ясен достатньо об'ємного ясенного сосочка, здатного до вторинного прикріплення з місцевими м'якими і твердими тканинами. Також не відповідає цим вимогам і напрям вертикальних розтинів.

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

Поставлена задача вирішується тим, що спосіб передбачає знеболення тканин, оточуючих багатокореневий зуб, видалення зі втягнення патологічних грануляцій, проліферованого епітелію, кальцинованих відкладень зі внутрішніх поверхонь зуба, проведення по лінії вершини альвеолярного гребеня між коренів зуба підфуркально горизонтального розтину, розділення міжкореневих ясен і відшарування їх в оральну і вестибулярну сторони, проведення на яснах альвеолярного відростка з обох сторін від коренів зуба двох розтинів, вертикально спрямованих в бік перехідної складки, з відокремленням клаптів. При необхідності додаткової мобілізації проводимо другий горизонтальний розтин вище перехідної складки з відокремленням окістя, коронково переміщуємо клапті і фіксуємо їх в підтягнутому стані на яснах альвеолярного гребеня двома швами на оральній і вестибулярній сторонах від зуба.

Згідно з винаходом і з п. 1, поставлена задача вирішується тим, що на зовнішній епітеліальній поверхні вершини ясен вестибулярної і оральної сторін альвеолярного гребеня проводимо гінгівабразію.

Згідно з винаходом, поставлена задача вирішується тим, що на яснах вздовж коренів зуба і в напрямі перехідної складки і дна ротової порожнини проводимо два розбіжних розтини, апікально відокремлюємо і утворюємо вестибулярний і оральний трапецієподібні окісно-слизисто-епітеліальні клапті, коронково їх переміщуємо і фіксуємо в підтягнутому стані на яснах альвеолярного гребеня.

Також згідно з винаходом, вершину клаптів розділяємо на зовнішні слизисто-епітеліальні і внутрішні слизово-окісні частини, вводимо внутрішні слизисто-окісні частини у повне втягнення кармана у фуркацію і накладаємо їх на кістку міжкореневої перетинки у два прошарки, а зовнішні слизисто-епітеліальні частини клаптя стуляємо слизовими поверхнями, підфуркально ушиваємо і утворюємо ясенний сосочок, який підфуркально коронково спрямовуємо вертикальною іммобілізацією.

Після виконання підфуркального горизонтального розтину і відшарування частини клаптів поставлена задача згідно з винаходом за п. 2 вирішується тим, що косим розтином ясен між коренів зубів, приблизно на 2-2,5 мм нижче краю ясен, утворюємо внутрішні вестибулярний і оральний окісно-слизисто-епітеліальні клапті, апікально відокремлюємо зовнішні вестибулярний і оральний слизисто-епітеліальні клапті, коронково переміщуємо і фіксуємо; внутрішні окісно-слизисто-епітеліальні клапті обох сторін підфуркально накладаємо на кістку міжкореневої перетинки у два прошарки, а зовнішні слизисто-епітеліальні клапті стуляємо слизовими поверхнями, підфуркально ушиваємо, утворюючи ясенний сосочок, підфуркально коронково спрямовуємо його і вертикально іммобілізуємо.

Після виконання підфуркального горизонтального розтину і відшарування частини клаптів поставлена задача згідно з винаходом за п. 3 вирішується тим, що зовнішні оральний і вестибулярний слизисто-епітеліальні клапті утворюємо двома збіжними розтинами в напрямі перехідної складки і дна ротової порожнини, відокремлюємо трикутні клапті нижче лінії косоного розтину, вивертаємо їх і коронково переміщуємо, підфуркально ушиваємо вершини епітеліальними поверхнями, утворюючи ясенний сосочок, підфуркально коронково спрямовуємо клапті вертикальною іммобілізацією.

Також згідно з винаходом за п. 4 при повному втягненні кармана у фуркацію зі збереженням природним прикріпленням ясен до шийки зуба, наприклад, з оральної сторони - поставлена задача вирішується тим, що горизонтальний розтин не виконується, а проводимо косий розтин з вестибулярної сторони зуба, підфуркально відокремлюємо ясна і утворюємо внутрішній окісно-слизисто-епітеліальний оральний клапоть, а розділену окісно-слизисту частину вестибулярного клаптя укладаємо окістям на кістку міжкореневої перетинки під внутрішній клапоть, а зовнішню слизисто-епітеліальну частину вестибулярного клаптя підфуркально ушиваємо зі збереженими прикріпленнями яснами оральної сторони, утворюючи ясенний сосочок, підфуркально коронково спрямовуємо його до вестибулярної сторони коронки зуба, іммобілізуємо.

Таке виконання способу з ґрунтовним видаленням залишків бляшки, інших відкладень з внутрішніх міжвалкових борозен, валків, підфуркального купола сприяє безускладненій течії ранового процесу і повноцінному формуванню утвореного ясенного сосочка, запобігає апікальній міграції епітелію вздовж коренів зуба. Повне видалення патологічної грануляційної тканини, проліферованого епітелію з втягнення кармана у фуркацію створює умови для природного прикріплення утвореного ясенного сосочка безпосередньо до кістки збереженої міжкореневої перетинки, репродукції остеогенезу, вторинному прикріпленню ясен до поверхні коренів.

Виконання підфуркального горизонтального розтину з частковим відшаруванням в оральну і вестибулярну сторони разом з косим розтином сприяють утворенню мобільних внутрішніх оральних і вестибулярних клаптів.

Таке виконання способу з попереднім проведенням гінгівабразії в ділянці втручання на вершині зовнішньої поверхні неприкріплених і прикріплених ясен вестибулярного і орального клаптів гребня альвеолярного відростка чи на підмурку дозволяє деепітелювати поверхню і створити її здатною до кровотечі. Це сприяє тромбоутворенню на зовнішній поверхні утвореного сосочка, контактного з внутрішньою поверхнею коренів зуба. Утворення тромбів уможливорює вторинне прикріплення.

Таке виконання способу з утворенням трапецієподібного вестибулярного клаптя відповідає трапецієподібній формі входу в міжкореневий прозір з бокової сторони зуба і цим уможливорюється заповнення втягнення після коронкового переміщення клаптя.

Таке виконання способу з фіксацією в підтягнутому стані вестибулярних і оральних клаптів до ясен альвеолярного гребеня полегшує і прискорює процес розділення вершини клаптів на окісно-слизисті і слизисто-епітеліальні клапті. Це дозволяє підфуркально накладати внутрішні окісно-слизисті клапті у два прошарки, утворюючи внутрішню структуру майбутнього ясенного сосочка. Окістя і епітеліальні елементи, що потрапляють внутрішньо в утворений ясенний сосочок підлягають петрифікації і гіалінізації, сприяють його згрубілоїсті і утриманню форми утвореного сосочка.

Таке виконання способу зі стуленням слизовими поверхнями зовнішніх слизисто-епітеліальних частин клаптя і їх підфуркальне ушивання завершує зовнішнє формування

ясенного сосочка. Щільному заповненню втягнення, особливо в підфуркальному куполі, сприяє коронково спрямована вертикальна іммобілізація ясенного сосочка. Використання вертикальної іммобілізації одночасно з горизонтальною (завдяки тиску гумового кільця і тиснучої пов'язки) забезпечує постійний контакт зовнішньої поверхні утвореного ясенного сосочка зі внутрішньою

поверхнею коренів зуба навіть у міру зменшення набряку ясенного сосочка.
Таке виконання способу за п. 2 з утворенням внутрішніх вестибулярного і орального окісно-слизисто-епітеліального клаптів косим розтином дозволяє мобілізувати їх і підфуркально накладати у два прошарки. Зовнішнє формування і мобілізація ясенного сосочка проводиться згідно з п. 1 формули.

При невеликій відстані до перехідної складки і дна ротової порожнини і достатньо розвиненими міжкореновими яснами таке виконання способу за п. 3 дозволяє коронково вивернутим оральному і вестибулярному слизисто-епітеліальному клаптям формувати зовнішню поверхню ясенного сосочка підфуркальним ушиванням підмукрів. Внутрішнє формування ясенного сосочка - згідно з п. 2 формули, іммобілізація згідно з п. 1 формули.

Таке виконання способу за п. 4 зі збереженою, наприклад, оральною стінкою передбачає утворення внутрішнього клаптя косим вестибулярним розтином і підфуркальним відокремленням, дозволяє укладати окісно-слизисту частину вестибулярного клаптя окістям на кістку міжкоренової перетинки під внутрішній клапоть, забезпечуючи внутрішнє формування ясенного сосочка. Зовнішня слизово-епітеліальна частина вестибулярного клаптя ушивається зі збереженими яснами оральної сторони, забезпечуючи зовнішнє формування утвореного ясенного сосочка. Його спрямування до вестибулярної сторони коронки зуба та іммобілізація сприяє максимально можливому закриттю втягнення кармана у фуркацію з вестибулярної сторони зуба.

Суть винаходу пояснюється кресленнями, де на Фіг. 1 – зображені анатомічні об'єкти ділянки втручання.

1 - фрагмент підфуркального купола

2 - ясна

3 - кістка альвеолярного відростка

4 - нижньощелепний канал

5 - повне втягнення кармана у фуркацію

На Фіг. 2 - зображені лінії розтинів

1 - горизонтальний по вершині альвеолярного гребеня

2 - лінії косоного розтину

3 - лінії вертикально орієнтованих розтинів

На Фіг. 3 - етапи втручання з розділенням вестибулярних і оральних клаптів (п. 1).

На Фіг. 4 - етапи втручання з утворенням горизонтальним і косим розтинами внутрішнього слизистого клаптя (п. 2).

На Фіг. 5 - етап втручання з утворенням коронково вивернутого клаптя (п. 3).

На Фіг. 6 - етап утворення ясенного сосочка з фіксацією на збережених і прикріплених яснах (п. 4).

На Фіг. 7 - зображені інші можливі варіанти гінгівопластики повного втягнення кармана у фуркацію.

На Фіг. 8 - зображений підфуркальний скальпель для виконання горизонтального розтину під фуркацією (напрямок леза міжкореновий). 1) лезо; 2) підфуркальний загин; 3) ручка; 4) надфуркальний виступ.

На Фіг. 9 - зображений підфуркальний розпатор для відокремлення окісно-слизисто-епітеліального клаптя під фуркацією (плеска робоча частина - напрям міжкореновий).

На Фіг. 10 - зображена горизонтальна (1) і вертикальна (2) іммобілізація ясенного сосочка гумовим кільцем, зафіксованою ниткою і тиснучою пов'язкою.

Спосіб гінгівопластики повного втягнення кармана у фуркацію коронково переміщенням, розділенням і підфуркально спрямованим клаптем згідно з п. 1 формули виконуємо таким чином: проводимо знеболення тканин пародонта і альвеолярного відростка місцевою або провідниковою анестезією, видаляємо інструментами для видалення зубного каміння конкременти зі внутрішніх поверхонь зуба, патологічні грануляції, епітеліальні тяжі. Фісурним алмазним бором проводимо підфуркальну гінгівабразію епітеліальної поверхні вершини передбаченого клаптя з вестибулярної і оральної сторін. При достатній відстані до перехідної складки і недостатньо розвинених міжкоренових яснах (сосочків) за допомогою підфуркального ясенного скальпеля між коренів багатокоренового зуба перпендикулярно вершині альвеолярного гребеня проводимо горизонтальний розтин. Підфуркальним ясенним розпатором підфуркально відокремлюємо ясна в оральну і вестибулярну сторони до входу у

втягнення. Потім звичайним скальпелем проводимо по два розбіжних розтини вздовж коренів зуба на яснах і в напрямі перехідної складки, розпатором апікально їх відокремлюємо від кістки і утворюємо трапецієподібний окісно-слизисто-епітеліальний клапот, коронково його переміщуємо пінцетом і в підтягнутому стані фіксуємо вузловатими швами на яснах альвеолярного гребеня. Використовуємо гострий скальпель і розділяємо вершину утвореного

5 клаптя на внутрішні слизисто-окісні і зовнішні слизисто-епітеліальні частини. Вводимо внутрішні слизисто-окісні частини клаптя у повне втягнення кармана у фуркацію з обох сторін і накладаємо їх на кістку збереженої міжкореневої перетинки у два прошарки. Зовнішні слизисто-епітеліальні частини клаптя підфуркально ушиваємо стуленими слизовими поверхнями,

10 утворюючи ясенний сосочок. Використовуючи кінець шовної нитки підфуркально коронково спрямовуємо, вертикально (мобілізуємо ясенний сосочок вузлом на жувальній поверхні або фіксуємо кінці ниток фотополімерним матеріалом на зовнішній поверхні зуба.

Для горизонтальної іммобілізації ясен сосочка одягаємо гумове кільце нижче фуркаційного розділення коренів зуба. Додатковий тиск на утворений ясенний сосочок забезпечуємо підкладанням під гумове кільце тиснучої пов'язки з обох сторін зуба у вигляді різних за діаметром біоінертних стрижнів.

15

При достатній відстані до перехідної складки і розвинутих міжкореневих яснах за п. 2 способу проводимо косий розтин ясен між коренів зуба, приблизно на 2-2,5 мм нижче краю ясен, до рівня кістки альвеолярного гребеня. Цим розтином і попереднім горизонтальним (згідно з п. 1) частково підфуркально відшаровуємо і утворюємо внутрішні окісно-слизисто-епітеліальні

20 клапті. Після утворення і фіксації зовнішніх слизисто-епітеліальних клаптів, внутрішні клапті послабляємо, переміщуємо і накладаємо один на одний у два прошарки, а зовнішні слизисто-епітеліальні клапті стуляємо, ушиваємо, підфуркально коронково спрямовуємо та іммобілізуємо.

При невеликій відстані до перехідної складки і дна ротової порожнини з достатньо розвиненими міжкореневими яснами за п. 3 формули внутрішні оральні і вестибулярні окісно-слизисто-епітеліальні клапті утворюємо згідно з п. 2. Зовнішні слизисто-епітеліальні клапті з обох сторін від коренів зуба скальпелем утворюємо двома збіжними, апікально спрямованими розтинами. Проводимо гінгівабразію епітеліальних поверхонь клаптів. Гострим скальпелем відокремлюємо саме слизисто-епітеліальні клапті, залишаючи кістку альвеолярного відростка

30 вкритою окістям і слизовим прошарком до рівня нижче лінії косого розтину. Пінцетом коронково вивертаємо клапті, підфуркально ушиваємо вершини, утворюючи ясенний сосочок, підфуркально коронково спрямовуємо та іммобілізуємо.

Спосіб за п. 4 винаходу при збереженому природному прикріпленню ясен до шийки зуба, наприклад, з оральної сторони при великій відстані до перехідної складки з вестибулярної сторони з достатньо розвиненими міжкореневими яснами виконується згідно з пп. 1 і 2. Після видалення патологічних грануляцій і відкладень гінгівабразію проводимо при необхідності. Звичайним скальпелем виконуємо косий розтин, за допомогою підфуркального розпатора підфуркально відокремлюємо міжкореневі ясна і утворюємо внутрішній окісно-слизисто-епітеліальний оральний клапот. Після утворення зовнішнього вестибулярного трапецієподібного клаптя фіксуємо його на яснах альвеолярного гребеня, розділяємо на дві частини. Внутрішню окісно-слизисту частину вестибулярного клаптя тупим інструментом укладаємо під внутрішньо-оральний клапот, а зовнішню слизисто-епітеліальну частину підфуркально ушиваємо зі збереженими яснами оральної сторони зуба, утворюючи ясенний

45 сосочок, який шовним матеріалом коронково підфуркально спрямовуємо і фіксуємо нитку на вестибулярній поверхні коронки зуба. Проводимо горизонтальну іммобілізацію гумовим кільцем, а в процесі загоєння використовуємо притискні пов'язки.

Джерела інформації:

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

ФОРМУЛА ВИНАХОДУ

1. Спосіб гінгівопластики повного втягнення кармана у фуркацію багатокореневого зуба коронково переміщеним, розділеним і підфуркально коронково спрямованим клаптем, який передбачає знеболення тканин, оточуючих зуб, видалення патологічних грануляцій, відкладень з поверхні коренів, проведення по лінії вершини альвеолярного гребеня горизонтального і двох вертикальних розтинів, відокремлення слизисто-окісного клаптя до перехідної складки і окістя додатковим горизонтальним розтином вище перехідної складки, 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 і оральної сторін альвеолярного гребеня проводять гінгівабразію, підфуркально горизонтальним розтином розділяють міжкореневі ясна, відшаровують їх в вестибулярну і оральну сторони, а на яснах вздовж коренів зуба і в напрямі перехідної складки і дна ротової порожнини проводять два розбіжних розтини, апікально відокремлюють і утворюють вестибулярний і оральний трапецієподібні окісно-слизисто-епітеліальні клапті, коронково їх переміщують і фіксують в підтягнутому стані на яснах альвеолярного гребеня; вершину клаптів розділяють на внутрішні окісно-слизисті і зовнішні слизисто-епітеліальні частини, вводять внутрішні окісно-слизисті частини клаптів у повне втягнення кармана у фуркацію і накладають їх на кістку міжкореневої перетинки у два прошарки, а зовнішні слизисто-епітеліальні частини клаптів стуляють слизистими поверхнями, підфуркально ушивають і утворюють ясенний сосочок, підфуркально коронково його спрямовують вертикальною іммобілізацією.
2. Спосіб за п. 1, який **відрізняється** тим, що міжкореневі ясна відшаровують частково, а косим розтином ясен між коренів зубів, приблизно на 2-2,5 мм нижче краю ясен, утворюють внутрішні вестибулярний і оральний окісно-слизисто-епітеліальні клапті, апікально відокремлюють зовнішні вестибулярний і оральний слизисто-епітеліальні клапті, коронково переміщують і фіксують; внутрішні окісно-слизисто-епітеліальні клапті обох сторін підфуркально накладають на кістку міжкореневої перетинки у два прошарки, а зовнішні слизисто-епітеліальні клапті стуляють внутрішніми поверхнями, підфуркально ушивають, утворюючи ясенний сосочок, підфуркально коронково спрямовують його і вертикально іммобілізують.
3. Спосіб за п. 2, який **відрізняється** тим, що зовнішні оральний і вестибулярний слизисто-епітеліальні клапті утворюють двома збіжними розтинами в напрямі перехідної складки і дна ротової порожнини, коронково відокремлюють трикутні клапті нижче лінії косого розтину, вивертають їх і коронково переміщують, підфуркально ушивають вершини епітеліальними поверхнями, утворюючи ясенний сосочок, підфуркально коронково спрямовують його вертикальною іммобілізацією.
4. Спосіб за будь-яким з пп. 1-3, який **відрізняється** тим, що при повному втягненні кармана у фуркацію зі збереженням природним прикріпленням ясен до шийки зуба - з оральної сторони - косий розтин проводять з вестибулярної сторони зуба, підфуркально відокремлюють ясна і утворюють внутрішній оральний окісно-слизисто-епітеліальний клапоть, розділена окісно-слизиста частина вестибулярного клаптя укладається окістям на кістку міжкореневої перетинки під внутрішній клапоть, а зовнішня слизисто-епітеліальна частина вестибулярного клаптя підфуркально ушивається зі збереженими, прикріпленими яснами оральної сторони, утворюючи ясенний сосочок, підфуркально коронково спрямовують його до вестибулярної сторони коронки зуба, іммобілізують.



Fig. 1

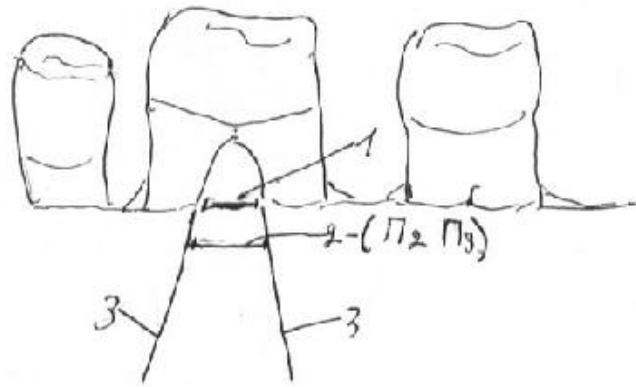


Fig. 2



Fig. 3

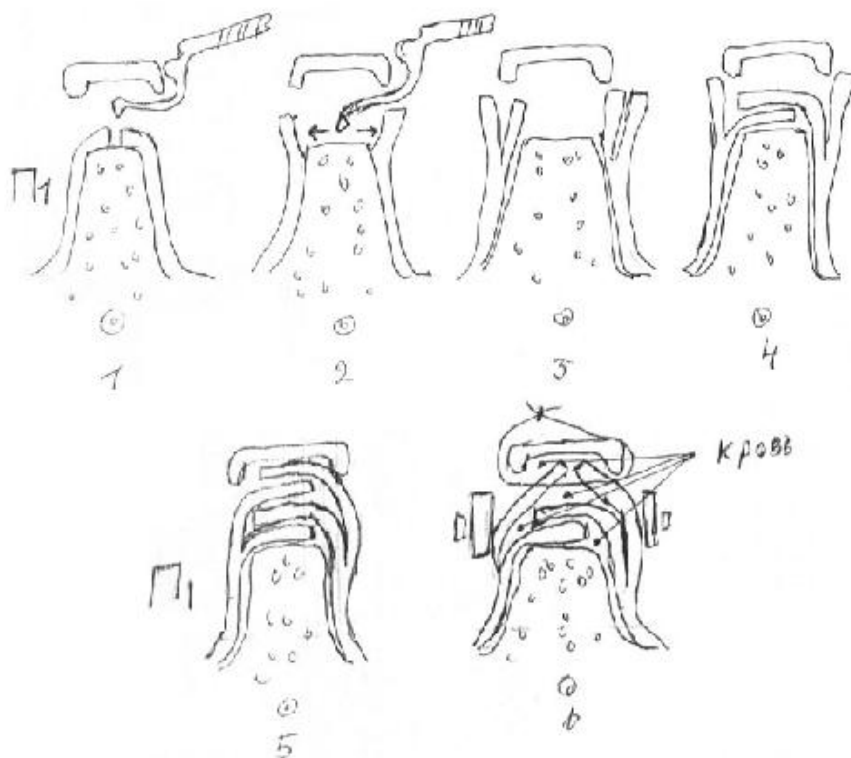
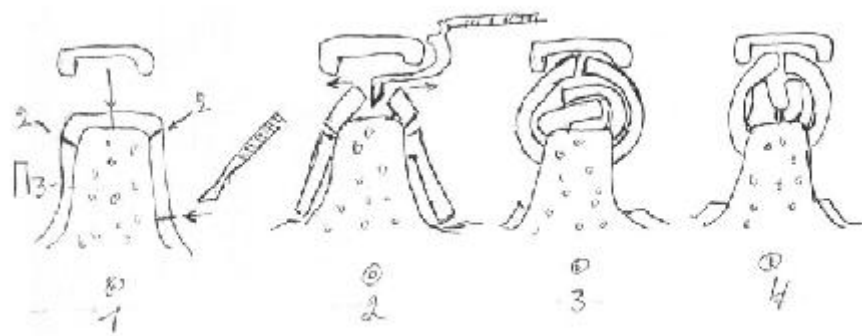
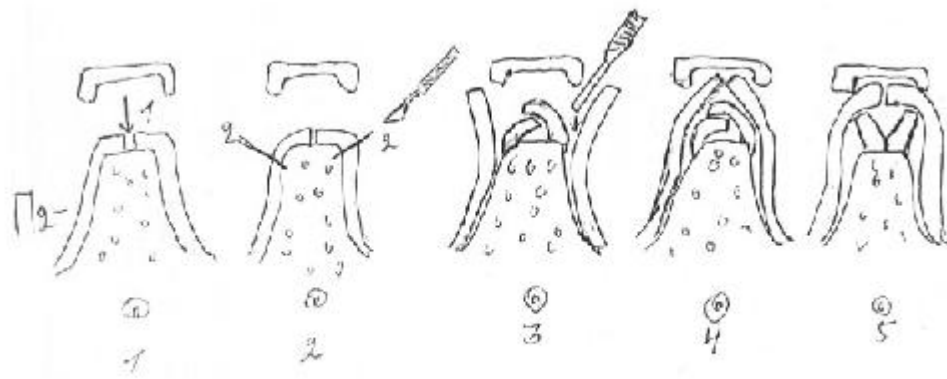


Fig. 4



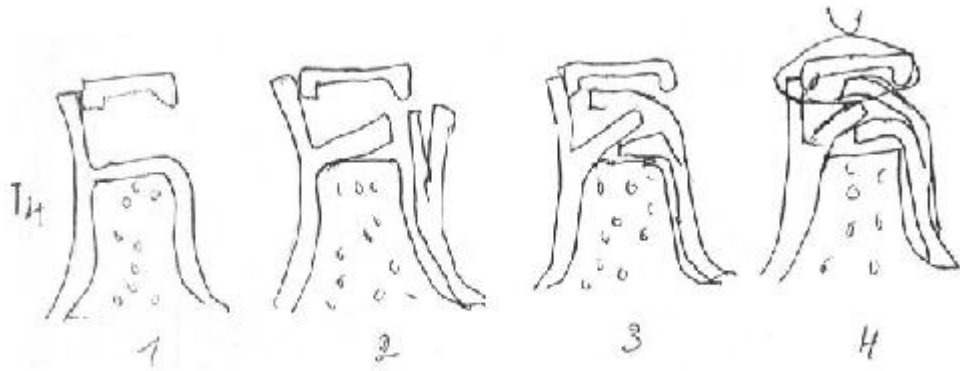


Fig. 7

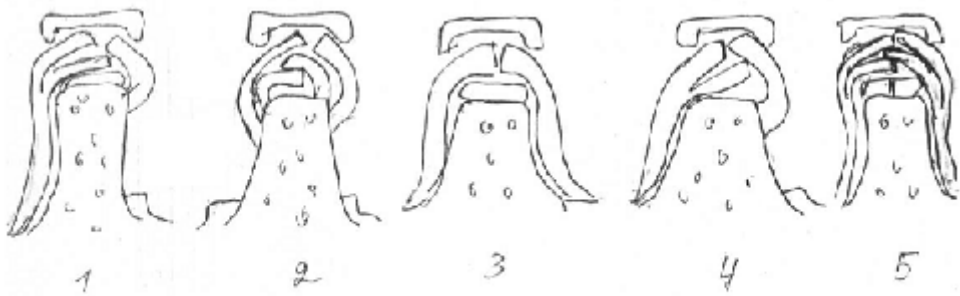


Fig. 8

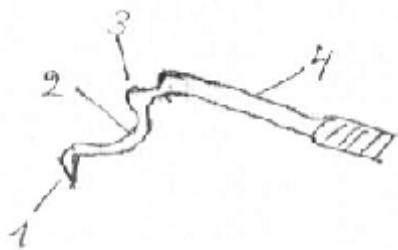
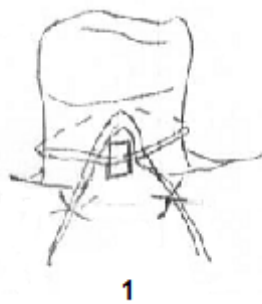


Fig. 9



Fig. 10



1



2

Комп'ютерна верстка Г. Паяльніков

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

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