



УКРАЇНА

(19) UA (11) 34396 (13) U

(51) МПК (2006)

A61B 17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІОПИС
ДО ПАТЕНТУ
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ЗАБОРУ КІСТКОВОГО МОЗКУ ДЛЯ ПРИГОТУВАННЯ ОСТЕОГЕННОГО ТРАНСПЛАНТАТА

1

2

(21) u200803031

(22) 11.03.2008

(24) 11.08.2008

(46) 11.08.2008, Бюл.№ 15, 2008 р.

(72) ПЮРИК ВАСИЛЬ ПЕТРОВИЧ, UA, МАХЛИ-
НЕЦЬ НАТАЛІЯ ПЕТРІВНА, UA, ПЮРИК ЯРО-
СЛАВ ВАСИЛЬОВИЧ, UA, СЛЮСАРЕНКО НАЗАР
ЯРЕМОВИЧ, UA(73) ПЮРИК ВАСИЛЬ ПЕТРОВИЧ, UA, МАХЛИ-
НЕЦЬ НАТАЛІЯ ПЕТРІВНА, UA, ПЮРИК ЯРО-
СЛАВ ВАСИЛЬОВИЧ, UA, СЛЮСАРЕНКО НАЗАР
ЯРЕМОВИЧ, UA

(57) Спосіб забору кісткового мозку для приготування остеогенного трансплантата, який полягає у проколюванні кортикальної частини кістки до губчастої товстою кістковою голкою з мандреном, який **відрізняється** тим, що проколювання здійснюють в ділянці верхньомедіального краю клубової кістки, відступивши від нього 1,5-2см, під час проколювання кістки виконують поворот голки на 90°, проводять забір 7 мл кісткового мозку, як стабілізатор кісткового мозку використовують глюцір.

Корисна модель відноситься до галузі медицини, а саме до хірургічної стоматології, зокрема до способів забору кісткового мозку для приготування остеогенного трансплантату при лікуванні генералізованого пародонтиту.

На сьогоднішній день відомо багато способів оперативних втручань для забору кісткового мозку. Зокрема, аспірація кісткового мозку з клубової кістки за Файнштейном Ф.Э. [Под ред. Гаврилова О.К. Справочник по переливанию крови и кровезаменителей. - Москва: Медицина, 1982. - 304с], яка полягає у тому, що орієнтиром для проколу є лінія, проведена від spina iliaca superior до середини попереково-клубової кістки, а в якості стабілізатора використовують 6% розчин цитрату натрію.

Запропоновано проводити забір кісткового мозку з груднини [Под ред. Гаврилова О.К. Справочник по переливанию крови и кровезаменителей. - Москва: Медицина, 1982. - 304с], який полягає у тому, що проводять в ділянці руків'я та тіла груднини, відступивши 2см від incisura jugularis, строго перпендикулярно до кісткової поверхні, як стабілізатор використовують 6% розчин цитрату натрію.

Найбільш близьким за суттю способу, що заявляється спосіб забору кісткового мозку, запропонований Андрейчин В.А. та Андрейчин О.В. [Під ред. Нейко Є.М. Винахідництво та раціоналізація в медицині. - Івано-Франківськ, 2006. - 224 с], при якому виконують поворот голки разом із спеціальним шприцом на 360° навколо їхньої осі в процесі забору і проводять забір 1-1,5мл кісткового мозку

від одного проколу.

Однак, відомі модифікації мають недостатню ступінь ефективності, оскільки оперативні втручання трудомісткі, складні у виконанні, мають велику кількість ускладнень (наприклад, можливість наскрізного проколу клубової кістки, утворення гематоми на місці пункції), а з одномоментного проколу кістки можливо провести забір 1-1,5мл кісткового мозку [Под ред. Гаврилова О.К. Справочник по переливанию крови и кровезаменителей. - Москва: Медицина, 1982. - 304с].

Тому, технічне завдання нашого винаходу полягає у наступному: підвищити ефективність забору кісткового мозку, зменшити кількість ускладнень (наприклад, наскрізного проколу клубової кістки, утворення гематоми на місці пункції), спростити методику забору кісткового мозку, отримати з одномоментного проколу кістки 7мл кісткового мозку, що є достатньо для приготування остеогенного трансплантату для однієї щелепи при лікуванні генералізованого пародонтиту.

Суть способу забору кісткового мозку для приготування остеогенного трансплантату полягає в тому, що прокол здійснюють в ділянці верхньомедіального краю клубової кістки, відступивши від нього 1,5-2см, під час проколу кістки виконують поворот голки на 90°, проводять забір 7мл кісткового мозку, в якості стабілізатора кісткового мозку використовують глюцір.

Запропонований спосіб виконується наступним чином: проводиться обробка операційного

(13) U

(11) 34396

(19) UA

поля етиловим спиртом, тоді спеціальною голкою проколюють зовнішню кортикальну пластинку клубової кістки. Орієнтиром для пункції служить сегмент, утворений лінією, яка сполучає *spina iliaca posterior superior*, *spina iliaca anterior superior* і верхньо-задній край клубової кістки. Пункцію здійснюють в нижньо-внутрішній ділянці вказаного сегменту. Голку ставлять перпендикулярно до клубової кістки і вводять у кістку на глибину 0,5-1 см. Під час пункції з однієї клубової кістки проводять 2-3 аспірації кісткомозкової суміші шприцом з глюгіциром з розрахунком 1-1,5 мл стабілізатора на 10 мл кісткового мозку. При кожній аспірації допустимо отримувати до 7 мл кісткового мозку. По закінченню експузії на місце проколу шкіри накладають асептичну пов'язку.

Таким чином, розроблений спосіб забору кісткового мозку для приготування остеогенного трансплантату дозволить підвищити ефективність забору кісткового мозку, зменшить кількість ускладнень (наприклад, можливість наскрізного проколу клубової кістки, утворення гематоми на місці пункції), спростить методику забору кісткового мозку, дасть змогу отримати з одномоментного проколу кістки 7 мл кісткового мозку, що є достатньо для

приготування остеогенного трансплантату при лікуванні генералізованого пародонтиту.

Приклад:

Хвора Грабар О.М., 32 роки направлена терапевтом-стоматологом для хірургічного лікування з приводу генералізованого пародонтиту II ступеню важкості. Об'єктивно: у ділянці 17-26 зубів наявні пародонтальні кишені глибиною 3-5 мм. Ознаки запального процесу та гноетечі відсутні. На ортопантомограмі: втрата висоти міжальвеолярних перетинок альвеолярного паростка в межах від 1/3 до 1/2 довжини коренів зубів.

Пацієнтці запропоновано хірургічне лікування: модифікація В.П. Пюрика клаптевої операції Цішинського-Відмана-Неймана.

Протокол операції №53 від 22.01.2008р.

Експузія кісткового мозку для приготування мієлокагенотрансплантату.

Після премедикації, обробки операційного поля під місцевою анестезією Sol. Lidocaini 1% -10,0 з лівої клубової кістки експузовано 7 мл кісткового мозку. Накладено асептичну пов'язку.

У результаті забору кісткового мозку у місці проколу не спостерігалися гематома, наскрізного проколу клубової кістки не було.