

Через поганий огляд твердих тканин під клап-тем дуже важливо під час препарування ложа ім-плантата точно позиціювати свердла за допомогою хірургічного шаблону. Неправильний нахил свер-дла може призвести до перфорації кортикальної пластинки, щілиновидному або вікончастому де-фекту (частіше з вестибулярного боку). Перфора-цію кортикальної пластинки можна відчувати при пальпації. При плануванні негайного протезування необхідно переконатися в наявності достатньої

первинної стабільності імплантатів. Інакше реко-мендується протокол відстроченого протезування.

Висновки. Представлені нами клінічні випадки демонструють успішне застосування безклаптевої методики в комбінації з відстроченим і негайним протезуванням. Правильна оцінка клінічної ситуа-ції, ретельне планування з використанням точних виготовлених хірургічних шаблонів, чіткий хірургі-чний і ортопедичний протокол є обов'язковими умовами досягнення успіху малоінвазивної техніки.

ЛІТЕРАТУРА

1. Andersen E., Haanses H.R., Knutsen B.M. Immediate loading of single-tooth ITI implants in the anterior maxilla. A prospective 5-year pilot study Clin Oral implants Res 2002, №13. – P. 281-287.
2. Branemark P-I., Hansson B.O., Adell R., et al. Osseointegrated implants in the treatment of the edentulous jaw. Experience from a 10-year period Scand J Plast Reconstr Surg Suppl 1977, №16. – P. 1-132.
3. Buser D., Mericske-Stern R., Bernard J.P., et al. Long term evaluation of non-submerged ITI implants Part 18-year life table analysis of a prospective multi-center study with 2359 implants Clin Oral Implants Res 1997, №8. – P.161-172.
4. Choquet V., Hermans M., Adriaenssens R., Daelemans P., Tarnow D.P., Malevez 3 Clinical and radiographic evaluation of the papilla level adjacent to single-tooth dental implants. A retrospective study in the maxillary anterior region, J Periodontol 2001, №72. – P.1364-1371.
5. Cooper L., Felton D.A., Kugelberg C.F., et al. A multi-center 12-month evaluation of single-tooth implants restored 3 weeks after 1-stage surgery. Int J Oral Maxillofac Implants 2001, №16. – P.182-192.
6. Hahn J. Single-stage, immediate loading, and flapless surgery. J Oral Implantol 2000, №26. – P.193-198.
7. Klein M., Abrams M. Computer-guided surgery utilizing a computer-milled surgical template. Pract Periodontics Aesthet Dent 2001, №13. – P.165-169.
8. Lorenzoni M., Pertl C., Zhang K., Wimmer G., Wegscheider W.A. Immediate loading of single-tooth implants in the anterior maxilla Preliminary results after one year. Clin Oral Implants Res 2003, №14. – P.180-187.
9. Ramfjord S.P., Costich E.R. Healing after exposure of periosteum on the alveolar process. J Periodontol 1998, №38. – P.199-207.
10. Salama H., Rose L.F., Salama M., Berts N.J. Immediate loading of bilaterally splinted titanium root-form implants in fixed prosthodontics-A technique reexamined two case reports Int J Periodontics Restorative Dent 1995, №15. – P. 344-361.
11. Schnitman P.A., Wohrle P.S., Rubenstein J.E., DaSilva J.D., Wang N.H. Ten-year results for Branemark implants immediately loaded with fixed prostheses at implant placement Int J Oral Maxillofac implants 1997, №12. – P.495-503.
12. Spray J.R., Black C.G., Morris H.F., Ochi S. The influence of bone thickness on facial marginal bone response: Stage 1 placement through stage 2 uncovering. Ann Periodontol 2000, №5. – P.119-128.
13. Teston T., Szmukler-Moncler S., Francetti L., et al. Immediate loading of Osseotite implants A case report and histologic analysis after 4 months of occlusal loading Int J Periodontics Restorative Dent 2001, №21. – P. 451-459.
14. Weber H.P., Buser D., Fiorellini J.P., Williams R.C. Radio-graphic evaluation of crestal bone levels adjacent to nonsubmerged titanium implants. Clin Oral Implants Res 1992, №3. – P.181-188.

SUMMARY

MINIMALLY INVASIVE IMPLANT SURGERY UNDER THE DENTAL ROW DEFECT IN THE ESTHETIC REGION

Potapchuk A., Rusin V., Kryvanych V.

The article observes the performed clinical cases of one-stage implantation in the esthetic region with the implementation of the flapless technique with the usage of mucotome. The prosthetics was performed in three months after the surgical stage. In conclusion appropriate case selection, well-tailored surgical guides with sound surgical and prosthodontic protocols are considered to be the key elements in the success of flapless implant surgery

Key words: minimally invasive technique, primary stabilization, one-stage implantation

УДК 616.131-005.6

РЕЦИДИВУЮЧА ФАТАЛЬНА ТРОМБОЕМБОЛІЯ ЛЕГЕНЕВОЇ АРТЕРІЇ (КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК)

Фрішніч Л., Мікуляк М., Кмец Я., Кішко О.

Кардіологічна клініка університетського шпиталю з поліклінікою Я. А. Раймана, Пряшівський університет, м. Пряшів, Словаччина

РЕЗЮМЕ: тромбоемболія легеневої артерії – важке захворювання нерідко з фатальним наслідком. Представлено та проаналізовано клінічний випадок рецидивуючої тромбоемболії в систему легеневої артерії у пацієнта з порушенням мозкового кровообігу з летальним наслідком, незважаючи на адекватну терапію антикоагулянтами.

Ключові слова: тромбоемболія, легенева артерія, антикоагулянти.

Вступ. Тромбоемболія легеневої артерії (ТЕЛА) є важким захворюванням, котре, незважаючи на суттєві успіхи в її діагностиці та лікуванні, і на сьогоднішній день часто має фатальні наслідки. Хоч найбільша увага профілактиці ТЕЛА приділяється у хірургічних хворих, котрі вважаються більш ризиковими у цьому плані. Однак відомо, що майже 50-70% симптоматичних тромбоемболічних випадків мають місце у пацієнтів не хірургічного профілю [1]. У клінічному випадку представлено фатальну ТЕЛА у пацієнта із порушенням мозкового кровообігу, який до того мав відносно низький прогностичний ризик можливого тромбоемболічного ускладнення.

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК

Пацієнт 71 року з тривалим стажем артеріальної гіпертензії та ішемічної хвороби серця з проявами серцевої недостатності був госпіталізований у відділення інтенсивної терапії неврологічної клініки університетського шпиталю з приводу ознак гострого порушення мозкового кровообігу ішемічного типу з лівобічною симптоматикою. При комп'ютерній томографії мозку виявлені вогнища маляції в ділянці *caput nuclei caudati* вправо, а також в ділянці базальних гангліїв та кілька давніших вогнищ перивентрикулярно. Було проведено комплексне дослідження коагуляційних показників, у тому числі D-димеру, при цьому всі отримані результати були в межах норми. Після комплексного неврологічного лікування та покращення стану пацієнт був переведений для продовження лікування та реабілітації у відділення для хронічних та довготривало хворих.

На 5 день перебування у відділенні для хронічних та довготривало хворих у пацієнта виникла гостра затримка сечі, що вимагало встановлення перманентного катетеру. На жаль, стан хворого значно погіршився після приєднання уроінфекції, а пізніше й інфекції верхніх дихальних шляхів, що вимагало призначення антибіотиків. У найближчі дні стан пацієнта раптово погіршився, з'явилась виразна задуха, болі в грудній клітці, тахікардія, в лабораторних результатах виразне підвищення рівня D-димеру до 3154 мкг/л при нормальних показниках кардіоспецифічних ферментів. Невідкладне ехокардіографічне обстеження виявило ознаки гемодинамічного перевантаження правих відділів серця: дилатація правого шлуночка до 39 мм, важка трикуспідальна, атипний рух міжшлуночкової перегородки. Дані зміни

свідчили про можливу ТЕЛА. Пацієнт був переведений у коронарне відділення клініки кардіології. негайно розпочато континуальне внутрішньовенне введення розчину гепарину за схемою "повної гепаринізації". Одночасно реалізована спіральна комп'ютерна томографія легеневої артерії з контрастуванням, котра підтвердила масивну двобічну емболізацію. Субфебрилітет та позитивна бактеріурія (*Enterococcus faecalis*) при наявності *Streptococcus β-haemolyticus* у мазках із зіву та високих показників С-реактивного протеїну були прямим показанням до призначення комбінованої антибіотикотерапії. Уже на 2 день госпіталізації при континуальному внутрішньовенному введенні гепарину виявлено суттєве зниження рівня D-димеру до 1810 мкг/л, "повна гепаринізація" продовжувалась і надалі при ретельному динамічному контролі показника активованого часткового тромбoplastинового часу (АЧТЧ). Стан пацієнта покращився і через 7 днів перебування у коронарному відділенні пацієнт був переведений для подальшого лікування у терапевтичну клініку шпиталю. На момент переводу у пацієнта розпочато варфаринізацію при ще постійному введенні гепарину. У терапевтичній клініці продовжувалась вказана терапія (АЧТЧ-82с), однак стан пацієнта раптово суттєво погіршився з появою виразної задухи, стискаючого болю в грудях, гіпотензії (АТ-90/60 мм рт.ст.), тахіпноє, тахікардії. На ЕКГ з'явились депресії сегмента ST з наявним зубцем Q в III та aVF. В лабораторних дослідженнях D-димер – 4641 мкг/л, фібриноген-4,85г/л, тропонін-I, міоглобін, МВ-креатинкіназа та лактатдегідрогеназа в межах норми. Коагуляційні тести: АЧТЧ-62с, протеїн С – 57%, протеїн S -51%, знижена активність VII, VIII, IX, XI, XII факторів згортання крові при нормальній кількості тромбоцитів у крові.

Ургентне повторне ехокардіографічне дослідження (рис. 1) виявило прогресуючу дилатацію правобічних серцевих відділів із виразною дифузною послабленою скоротливою здатністю правого шлуночка, сегментарна кінетика лівого шлуночка без суттєвих локальних порушень із фракцією викиду близько 50%. Наявними були ознаки виразної легеневої гіпертензії із систолічним тиском в легеневій артерії до 100 мм рт.ст. У правому передсерді виявлено численні виразно рухливі аморфні маси із високим потенціалом емболізації (тромби у стадії формування).



Рис. 1. Ехокардіограма хворого (апикальна проекція).
 RV – правий шлуночок,
 RA – праве передсердя,
 ТМ – тромботичні маси у правому передсерді.

Недавнє порушення мозкового кровообігу було абсолютним протипоказанням до можливої тромболітичної терапії. Стан пацієнта залишався критично важким, виникли ознаки кардіогенного шоку. Продовжувалось введення гепарину та симптоматична терапія, з'явилися епізоди апноє, брадикардія, вентрикулярний ектопічний серцевий ритм, асистолія. Після неуспішних реанімаційних заходів констатовано смерть пацієнта.

Обговорення

ТЕЛА є грізним ускладненням при госпіталізації пацієнтів як хірургічного, так і терапевтичного профілю. Групою високого ризику є хворі з порушенням мозкового кровообігу, у котрих частота венозної тромбоемболії становить аж 56%. Цей показник при протезуванні кульшового суглоба – 51%, що вважається найвищим серед хірургічних пацієнтів.

При порушеннях мозкового кровообігу ішемічного типу без попередньої профілактики частота глибокого венозного тромбозу досягає 66%, а частота фатальної ТЕЛА 1-2%. 66% цих летальних випадків трапляються протягом перших 2 годин з моменту виникнення тромбоемболії. Ряд досліджень довели ефективність використання нефракціонованого гепарину з метою попередження фатальної та нефатальної ТЕЛА у даного контингенту пацієнтів, при цьому використання ацетилсаліцилової кислоти з цією метою було неефективним [2].

Висока частота ТЕЛА у пацієнтів із порушен-

ням мозкового кровообігу зумовлена наявністю численних факторів, що можуть сприяти цьому. У більшості випадків мова йде про осіб старшого та похилого віку з обмеженням рухової активності. Типовим для них є зайва вага тіла або ожиріння, не є виключенням і наявність злоякісних пухлин, часто неуточненої локалізації. Ці патологічні стани підвищують ризик тромбоутворення та емболій. Не є рідкістю і вроджені чи набуті тромбофільні стани у пацієнтів старших вікових груп. Сприятливими факторами для тромбоемболії є супутні інфекції дихальних та сечовивідних шляхів. Із погляду можливих розладів гемокоагуляції ці ускладнення є суттєвою проблемою, котрій приділяється недостатня увага. Хоча відомо про виразний прокоагуляційний вплив грамнегативних збудників, однак на сьогодні доведено, що і грампозитивні інфекції відіграють важливу роль у виникненні гіперкоагуляційних станів [4, 5].

Рецидивуюча ТЕЛА, на жаль, не виключена і у випадку адекватної антикоагуляційної терапії. Виникнення повторних емболій у системі легеневої артерії підтверджено у 30% пацієнтів, котрі профілактично отримували антикоагулянти, при цьому майже у половині з них наслідки повторних ТЕЛА були фатальними [3]. У випадку відсутності протипоказань, при підтвердженні масивної легеневої емболізації є показана тромболітична терапія або емболектомія, чи кардіохірургічне втручання з видаленням тромботичних мас чи внутрішньо порожнинних серцевих тромбів з метою ліквідації потенційних джерел повторних тромбоемболій.

ЛІТЕРАТУРА

1. Karetová D., Chocholová M., Linhart A. Prevence tromboembolické nemoci ve vnitřním lékařství // Čas.lék.čes. – 2006.- Vol.145, №5. – P.353-357.
2. Malý J., Widimský J. Otazníky kolem prevence a léčby tromboembolické nemoci v roce 2006 // Interní medicína pro praxi. – 2006.-№4.- P.172-178.
3. Menno M., Huisman. Effectiveness of managing suspected pulmonary embolism using an algorithm combining clinical probability, D-dimer testing and computer tomography. // JAMA. – 2006.- №295.- P.172-179.
4. Michiels J.J. Acquired disorders of haemostasis: pathophysiology, clinical practice and basic research. Bailliere's Clinical Haematology // Internal Practice and Research. – 1998.-Vol. 11, №2.- P.287-523.
5. Penka M., Buliková A., Blatný J. et al. Trombofilie z hlediska diagnostiky a klinické závažnosti// Postgrad.medicína.- 2005.-№ 1.- P. 7-12.

SUMMARY

REPEATED FATAL PULMONARY TROMBOEMBOLISM

Frisnic L., Mikulak M., Kmec J., Kisko A.

A clinical case of the repeated pulmonary tromboembolism with fatal outcome in a patient with previously low risk of embolic complication is presented. Aspects of clinical prevention and treatment of embolism are discussed.

Key words: tromboembolism, pulmonary artery, anticoagulants