

связи с возможностью их трансформации в высокоагрессивные диффузные крупноклеточные лимфомы, которые являются непосредственной причиной смерти у 30% больных БШ, несмотря на полихимиотерапию.

Всвязи с вышеуказанным, нами была поставлена цель: определить характер сиалографических изменений при развитии MALT-лимфомы у пациентов с БШ.

Материал и методы исследования

В данное ретроспективное исследование вошел 21 пациент с диагнозом БШ, MALT-лимфома. Все больные – женщины в возрасте от 17 до 68 лет. Всем больным проводилось сиалографическое исследование. В качестве контрастного вещества применяли «Омнипак 250». Перед введением препарат подогревали в ванночке с горячей водой до температуры, максимально приближенной к температуре тела. В большую слюнную железу посредством затупленного конца канюли вводили 2,0-2,5 мл вещества до появления ощущения распирания или небольшой болезненности, что соответствовало заполнению протоков и паренхимы. Сиалографию проводили в прямой и боковой проекциях с введенной канюлей для предотвращения выхода контрастного вещества из протока. Перед проведением процедуры обязательно уточнялся аллергологический анамнез. После сиалографии отмечалось небольшое припухание слюнной железы, которое проходило самостоятельно в течение 2-3 дней. Побочных явлений при проведении сиалографии не наблюдали. Осложнений в виде перфораций не наблюдали.

Оценку сиалограмм проводили по состоянию паренхимы: наличию в ней полостей различного размера, по равномерности заполнения паренхимы, выявляли заполнение паренхимы в виде облачков и пятен; а также состоянию протоков 1, 2, 3, 4, 5 порядков и главного выводного протока.

Рентгенологические стадии паренхиматозного паротита у пациентов с БШ определяли по классификации Ромачевой И.Ф. (1976) и Симоновой М.В. (1982). Начальная – пятнистость рисунка паренхимы, повышенная проницаемость стенок протоков малого калибра и/или полости до 1 мм, отсутствие контрастирования протоков 5 – 4 порядка, главный выводной проток без значимых изменений. Выраженная – пятнистость рисунка паренхимы или паренхима железы отсутствует, при этом определяются множественные мелкого и среднего размера сиалозктазии от 1 до 5 мм, протоки имеют нечеткие и неровные контуры, не контрастируются протоки 3 – 2 порядка, главный выводной проток может быть расширен и иметь нечеткие контуры. Поздняя – определяются сиалозктазии более 5 мм, которые могут сливаться, образуя крупные полости типа «каверн», протоки железы не контрастируются, преобладает нечеткая картина, напоминающая «пылающую ветку», с заполнением контрастной массой сохранившихся протоков, с возможным выходом в окружающие ткани.

Всем больным было проведено полное клинико-лабораторное обследование на базе Института ревма-

тологии РАМН. Оценка совокупности клинических, морфологических, иммунофенотипических и цитогенетических характеристик лимфом дана на основании классификации ВОЗ. Длительность течения БШ до постановки диагноза MALT-лимфома колебалась от 1 до 20 лет.

Результаты. При оценке сиалограмм у 13 больных диагностирована поздняя стадия хронического паренхиматозного паротита, у 4 – выраженная стадия хронического паренхиматозного паротита, у 2 – поздняя стадия хронического паренхиматозного паротита в сочетании с сиалодохитом, у 2 – выраженная стадия хронического паренхиматозного паротита в сочетании с сиалодохитом.

При этом из 13 больных с поздней стадией хронического паренхиматозного паротита у 12 больных был резко выражен признак нечеткости и определялся симптом «пылающей ветки».

У 2 больных с поздней стадией хронического паренхиматозного паротита в сочетании с сиалодохитом также был выражен признак нечеткости с характерной картиной «пылающей ветки».

Следует отметить, что у 3 больных с хроническим паренхиматозным паротитом и у 2 – с хроническим паренхиматозным паротитом в сочетании с сиалодохитом, с выраженной сиалографической стадией течения БШ до постановки диагноза MALT-лимфома составило не более 3х лет.

Таким образом, развитию MALT-лимфомы слюнной железы чаще соответствует поздняя стадия хронического паренхиматозного паротита с преобладанием признака нечеткости на сиалограммах. Последний факт обусловлен разрушением базальной мембраны эпителия протоков лимфоплазмочитарными инфильтратами.

MALT-лимфома может развиваться на ранних сроках болезни Шегрена. Не исключена возможность одновременного развития данных (ранее считавшихся последовательными) состояний.

Заключение. По мере накопления мутаций MALT-лимфома может трансформироваться в крупноклеточную В-клеточную лимфому, непосредственно угрожающую жизни пациента, которая имеет существенные отличия по своему течению и прогнозу. Внимание и тщательное соблюдение стоматологами принципов осторожности в данной ситуации необходимы как на этапе постановки диагноза БШ, так и последующего течения заболевания.

## **КОМПРОМИСС В РЕСТАВРАЦИИ ДЕФЕКТОВ ТВЁРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ. СЭНДВИЧ МЕТОД. ОБЩИЕ ВОПРОСЫ**

Тищенко В.А.

*Медицинский Центр Аполлония  
Кубанский Государственный Медицинский  
Университет, Краснодар, Россия*

Минимально Инвазивная терапия – основополагающая концепция современной стоматологии. Ориентируясь на принципы Минимальной Интервенции, мы имеем возможность установить причины развития кариозных поражений у конкретного пациента, составить индивидуальный план профилактических мероприятий, провести не превентивное лечение кариозных поражений, а этиопатогенетическое лечение с применением биоактивных реставрационных материалов.

Тактику лечения кариозных поражений определяет третий принцип Минимальной Интервенции: Некрэктомия кариозного распада, удаление только необратимо изменённого дентина, сохранение и укрепление ослабленной, но здоровой эмали зуба. Восстановление дефектов твёрдых тканей зубов должно восполнять анатомический дефицит тканей и способствовать в дальнейшем защите тканей зуба от вторичного кариозного процесса.

Выбор метода реставрации кариозного дефекта зависит от состояния эмалевого края дефекта, дентина зуба и объёма кариозной полости. При дефектах коронковой части зуба от 50% объёма и более (ИРОПЗ 0.5-0.8), консервативные реставрации стеклоиономерными цементами и гелиокомпозитами не гарантируют качественного результата. Стеклоиономерные цементы (GIC) не трудоемки в применении, обладают выраженным фторовыделением, не боятся влаги, биосовместимы, обладают выраженной самоадгезией к тканям зуба, но выдерживают высоких окклюзионных нагрузок. В случае композитных реставраций обширных кариозных дефектов, суммарный полимеризационный стресс в результате усадки гелиокомпозита способен привести к отрыву реставрации от дентина и образованию трещин эмали по периметру реставрации. В этом следует обратить взор в сторону альтернативных методов – микропротезирование вкладками и реставрации по типу «Sandwich technik» - Сэндвич метод.

«Sandwich technik» - это метод восстановления твёрдых тканей зубов, путём послойного заполнения дефекта пломбирочными материалами с разными физико-химическими свойствами. Цель применения Сэндвич-метода - снять полимеризационную усадку композитов и, как следствие послеоперационный отрыв реставрации, предотвратить постпломбирочную гиперэстезию, боли при жевании и вторичный кариес, придать поверхностным слоям реставрации прочностные характеристики, а внутренним - лечебно-профилактические. Реставрации по типу «Sandwich technik» следует подразделять по количеству визитов в методике: «Sandwich technik» в один визит и «Sandwich technik» в два визита. По комбинации материалов в методике: Композит химического отверждения + гелиокомпозит, и стеклоиономерный цемент + гелиокомпозит. По структуре Сэндвич - реставрации: «Сэндвич» открытый, закрытый и полузакрытый «Сэндвич». Преимущество выбора Сэндвич метода, как метода реставрации обширных кариозных дефектов зубов в виде комбинации стеклоиономерный цемент – гелиокомпозит:

Стеклоиономерный цемент за счёт пролонгированной F-отдачи предотвращает развитие вторичного кариеса, компенсирует стрессовую полимеризационную усадку гелиокомпозита. Гелиокомпозит упрочняет поверхность реставрации, повышает устойчивость реставрации к окклюзионной нагрузке. Прекрасные эстетические показатели. Выбор стеклоиономерного цемента для Сэндвич - реставрации: Дефекты зубов молярной группы - классические стеклоиономеры и упрочнённые цементы. Дефекты зубов премолярной группы – полимермодифицированные стеклоиономеры и упрочнённые цементы. Дефекты зубов фронтальной группы - полимермодифицированные стеклоиономеры двойного отверждения. Выбор оттенков гелиокомпозита для Сэндвич - реставрации: Как правило, один, два оттенка дентина для коррекции формы дентина. С целью реставрации объёма эмали дефекта – соответствующие эмалевые оттенки гелиокомпозита. С целью индивидуализации реставрации – применение красителей для фицсур (Intensiv color), мамелоновых красителей (Mamelon stain color), имитаторов трещин эмали. С целью создания иллюзии объёма эмали, придания эффекта глубины цвета возможно применение красителей – модификаторов (например, Halo enamel).

Несомненно, самой прочной будет связь между эмалью и гелиокомпозитом посредством адгезивного компонента. Качество адгезии полимерных смол к влажному дентину оставляет желать лучшего. Эмалевые края кариозного дефекта при композитных реставрациях подвергаются выраженному стрессу вследствие полимеризационной усадки композитного материала (риск возникновения трещин эмали по периметру реставрации – белые и тёмные полосы). Применение стеклоиономерных цементов для восполнения дефицита объёма дентина укрепляет ослабленные эмалевые края дефекта. Стеклоиономерные цементы обеспечивают надёжную связь с дентином. В свою очередь перекрытие поверхности цемента гелиокомпозитом резко упрочняет поверхность реставрации, снижается полимеризационный стресс гелиокомпозита, улучшается эстетика реставрации.

При открытом Сэндвич методе достигается надёжная защита интерпроксимальных структур зуба, поскольку стеклоиономерный цемент препятствует образованию зубной бляшки и обладает биосовместимостью.

Технологически Сэндвич метод не сложнее цельнокомпозитной реставрации, а положительные результаты применения данной методики налицо – укрепление эмали, надёжная адгезия к дентину, кариесостатический эффект, сокращение времени реставрации, высокая эстетика, возможность восстановления обширных дефектов. Особенности применения модификаций Сэндвич метода это тема, которую следует обсуждать отдельно. Вопросов в методологии Сэндвич метода остаётся ещё много, тема остаётся открытой для обсуждения.