УДК 616.314-002

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА РИСКА КАРИЕСА КОРНЯ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ГИПОСАЛИВАЦИЕЙ

Одилжонова Муқимаой Савлатовна
Ассистент кафедры стоматологии Университета ZARMED, Узбекистан
https://doi.org/10.5281/zenodo.23665404

Введение

Ранняя диагностика корневого кариеса у пожилого человека начинается с выявления изменений, которые могут остаться за пределами привычного осмотра коронковой части зуба. Сухость, новые лекарственные назначения и снижение качества домашнего ухода требуют целенаправленной оценки. Медикаментозная дисфункция слюнных желёз описана для различных препаратов, однако выраженность и доказанность их влияния неодинаковы [1].

Цель работы — определить состав диагностических данных, необходимых для раннего выявления риска и выбора дальнейшего маршрута пациента.

Материалы и методы

Проведён целевой нарративный анализ публикаций о дисфункции слюнных желёз, диагностике гипосаливации и индивидуальной оценке кариеса. Клинические признаки сопоставлены по их роли в принятии решения. Результат представлен в виде структуры диагностической карты и схемы обследования. Объект анализа — опубликованные клинические положения и их применение в амбулаторном диагностическом маршруте.

Результаты

Первый блок включает хронологию лекарственной терапии. Регистрируются регулярно и эпизодически принимаемые средства, изменения доз и момент появления сухости. Необходимо уточнять, были ли подобные жалобы до начала лечения. Такой анамнез позволяет сформулировать вопрос о возможном лекарственном вкладе и передать его назначившему препарат врачу.

Второй блок объединяет жалобы и измерение секреции. В материалах ADA ориентиры гипосаливации составляют ≤0,1 мл/мин для нестимулированной и ≤0,7 мл/мин для стимулированной слюны [2]. В диагностической карте результат записывается вместе с условиями сбора. При пограничном показателе либо несоответствии жалоб и измерения решение принимается с учётом повторной оценки.

Третий блок относится к корневой поверхности. После удаления налёта фиксируются расположение очага, полость, текстура и доступность очищения. Пример комплексной оценки активности представлен в исследовании K.R. Ekstrand и соавт., где учитывались текстура, контур, локализация и цвет поражения [3]. Отдельное описание каждого очага необходимо для последующего сравнения.

Четвёртый блок отражает возможность домашнего ухода. Устанавливаются исполнитель чистки, потребность в помощи и препятствия к регулярным посещениям. Эти сведения позволяют подобрать выполнимую профилактику. Они не объединяются в произвольный числовой индекс: клиническое решение сохраняет связь с конкретным выявленным фактором.

© Ushbu material Creative Commons Attribution 4.0 International (CC BY 4.0) litsenziyasi asosida tarqatiladi.

Таблица 1. Структура диагностической карты

Раздел	Регистрируемые сведения	Клинический вопрос
Лекарственный анамнез	Препарат, доза, сроки, изменение жалоб	Возможен ли лекарственный вклад?
Секреция слюны	Жалобы, скорость секреции, условия сбора	Подтверждено ли снижение секреции?
Корневая поверхность	Активность, полость, текстура, очищаемость	Требуется ли активное лечение?
Навыки ухода	Техника ухода, помощь, доступ к приёму	Какой режим реально выполним?

Примечание. Таблица представляет клиническую структуру сбора данных. Диагностические показатели интерпретируются совместно с анамнезом и осмотром [1, 2, 4].

Обсуждение

Практическая ценность ранней диагностики определяется тем, меняет ли полученная информация дальнейшее решение. Жалобы на сухость при сохранённой секреции требуют поиска причин дискомфорта, но не подтверждают гипосаливацию. Напротив, измеренное снижение секреции при скудных жалобах требует внимания к состоянию зубов. Такое разграничение помогает избегать как недооценки, так и необоснованного расширения диагноза [5].

Современный консенсус ORCA–EFCD связывает индивидуальный диагноз с активностью кариеса, недавним кариозным опытом, медицинским и лекарственным анамнезом, налётом, питанием, фторидами и слюной [4]. В предлагаемой карте эти сведения используются для объяснения решения, а не для присвоения пациенту формального ярлыка риска.

Для повторного обследования важна воспроизводимость записи. Следует сохранять обозначение зуба и поверхности, условия измерения секреции и критерии оценки активности. Если на новом приёме изменились лекарства или исполнитель ухода, это отмечается до интерпретации динамики. Сопоставимость исходных и повторных данных позволяет понять, связано ли изменение с состоянием очага или с условиями наблюдения.

© Ushbu material Creative Commons Attribution 4.0 International (CC BY 4.0) litsenziyasi asosida tarqatiladi.



Рисунок 1. Диагностический маршрут при подозрении на медикаментозную гипосаливацию. Авторская схема клинического синтеза. При боли или признаках осложнения требуется соответствующая диагностика независимо от положения пациента в схеме.

Заключение

Ранняя диагностика риска корневого кариеса требует согласованной оценки лекарств, секреции слюны, корневых поверхностей и возможности ухода. Предложенная структура делает диагностическое заключение пригодным для выбора профилактики, направления к смежному специалисту и динамического наблюдения. Ключевым результатом обследования является обоснованный индивидуальный маршрут пациента.

Список литературы

1. Wolff A., Joshi R.K., Ekström J. et al. A Guide to Medications Inducing Salivary Gland Dysfunction, Xerostomia, and Subjective Sialorrhea: A Systematic Review Sponsored by the World Workshop on Oral Medicine VI. Drugs R D. 2017;17(1):1–28. doi:10.1007/s40268-016-0153-9.
2. American Dental Association. Xerostomia (Dry Mouth). https://www.ada.org/resources/ada-library/oral-health-topics/xerostomia (дата обращения: 22.10.2026).
3. Ekstrand K.R., Poulsen J.E., Hede B., Twetman S., Qvist V., Ellwood R.P. A randomized clinical trial of the anti-caries efficacy of 5,000 compared to 1,450 ppm fluoridated toothpaste on root caries lesions in elderly disabled nursing home residents. Caries Res. 2013;47(5):391–398. doi:10.1159/000348581.

© Ushbu material Creative Commons Attribution 4.0 International (CC BY 4.0) litsenziyasi asosida tarqatiladi.

4. Huysmans MC, Fontana M, Lussi A, et al. European Organisation for Caries Research and the European Federation of Conservative Dentistry Consensus Report on Clinical Recommendations for Caries Diagnosis: Paper III – Caries Diagnosis at the Individual Level. Caries Res. 2024;58(5):521–532. doi:10.1159/000539427.
5. Villa A, Connell CL, Abati S. Diagnosis and management of xerostomia and hyposalivation. Ther Clin Risk Manag. 2015;11:45–51. doi:10.2147/TCRM.S76282.

© Ushbu material Creative Commons Attribution 4.0 International (CC BY 4.0) litsenziyasi asosida tarqatiladi.