

Date: 9th May-2026

КРИТЕРИИ КЛИНИЧЕСКОЙ ГОТОВНОСТИ ПАЦИЕНТА К ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ

Хабибуллаева Сарвиноз

2 курс магистратуры, EMU University

Аннотация: В тезисе рассматривается проблема определения клинической готовности пациента к дентальной имплантации. Подготовка к имплантации представлена как управляемый дооперационный процесс, включающий санацию полости рта, пародонтологическую стабилизацию, оценку факторов риска, выбор лучевой диагностики, протезно-ориентированное планирование и раннее включение пациента в систему поддерживающего периимплантного наблюдения. Особое внимание уделено необходимости перехода от субъективной оценки готовности к документированным критериям. В работе предложен минимальный набор клинических, диагностических и организационных параметров, которые должны быть зафиксированы перед хирургическим этапом. Такой подход делает подготовку к имплантации более воспроизводимой и снижает вероятность пропуска факторов, связанных с развитием периимплантного мукозита и периимплантита.

Ключевые слова: дентальная имплантация, клиническая готовность, санация, пародонтологическая стабилизация, периимплантный мукозит, периимплантит, факторы риска, КЛКТ, SPIC.

CRITERIA FOR CLINICAL PREPARATION OF THE PATIENT FOR DENTAL IMPLANTATION

Abstract: The thesis examines the problem of determining the patient's clinical readiness for dental implantation. Preparation for implantation is presented as a managed preoperative process, including oral cavity sanitation, periodontal stabilization, risk factor assessment, radiation diagnostics selection, prosthetic-oriented planning, and early inclusion of the patient in a supportive peri-implant monitoring system. Particular attention is paid to the need to transition from subjective readiness assessment to documented criteria. The work proposes a minimum set of clinical, diagnostic, and organizational parameters that must be recorded before the surgical stage. This approach makes preparation for implantation more reproducible and reduces the likelihood of missing factors associated with the development of peri-implant mucositis and peri-implantitis.

Keywords: dental implantation, clinical readiness, rehabilitation, periodontal stabilization, peri-implant mucositis, peri-implantitis, risk factors, CLCT, SPIC.

BEMORNING DENTAL IMPLANTATSIYAGA KLINIK TAYYORGARLIGI MEZONLARI



Date: 9th May-2026

Annotatsiya: Tezisdagi bemorning dental implantatsiyaga klinik tayyorgarligini aniqlash muammosi ko'rib chiqiladi. Implantatsiyaga tayyorgarlik operatsiyadan oldingi boshqariladigan jarayon sifatida taqdim etiladi, u og'iz bo'shlig'ini sanatsiya qilish, parodontologik barqarorlashtirish, xavf omillarini baholash, nurlil tashxisni tanlash, protezga yo'naltirilgan rejalashtirish va bemorni qo'llab-quvvatlovchi periimplantat kuzatuv tizimiga erta jalb qilishni o'z ichiga oladi. Tayyorgarlikni subyektiv baholashdan hujjatlashtirilgan mezonlarga o'tish zarurligiga alohida e'tibor qaratildi. Ishda jarrohlik bosqichidan oldin qayd etilishi kerak bo'lgan klinik, diagnostik va tashkiliy parametrlarning minimal to'plami taklif etilgan. Bunday yondashuv implantatsiyaga tayyorgarlikni yanada takrorlanuvchan qiladi va periimplant mukozit va periimplantit rivojlanishi bilan bog'liq omillarni o'tkazib yuborish ehtimolini kamaytiradi.

Kalit so'zlar: dental implantatsiya, klinik tayyorgarlik, sanatsiya, parodontologik barqarorlashtirish, periimplant mukozit, periimplantit, xavf omillari, KLKT, SPIC.

Актуальность

Дентальная имплантация в современной стоматологии уже не может рассматриваться только как технически выполненная установка имплантата в костную ткань. Клинический исход зависит от более широкой системы факторов. Среди них особое место занимают состояние пародонта, уровень индивидуальной гигиены, наличие системных и локальных факторов риска, протезный дизайн, доступность зоны будущей реставрации для очищения и регулярность поддерживающих визитов.

В практической стоматологии подготовка пациента к имплантации нередко остается фрагментарной. Один специалист оценивает состояние пародонта, другой принимает решение о хирургии, третий планирует ортопедический этап. При отсутствии единой системы часть данных теряется между этапами. Иногда пациент допускается к операции после первичного осмотра, без повторной оценки воспаления и без четкой фиксации критериев готовности. Такая ситуация создает риск, потому что периимплантные осложнения часто формируются не в момент операции, а значительно раньше, на этапе недостаточного контроля биопленки, воспаления и гигиенического поведения.

Периимплантный мукозит и периимплантит относятся к наиболее значимым биологическим осложнениям имплантационного лечения. Их развитие связано с микробной биопленкой, кровоточивостью при зондировании, прогрессирующей потерей маргинальной кости и недостаточным последующим наблюдением. Поэтому подготовка к имплантации должна включать не только санацию и хирургическое планирование, но и оценку будущего риска воспалительных осложнений.

В моей диссертационной работе клиническая готовность пациента рассматривается не как общее впечатление врача, а как документированное состояние, подтвержденное набором измеримых показателей. Такой подход особенно важен для пациентов с анамнезом пародонтита, курением, диабетом,



Date: 9th May-2026

бруксизмом, неудовлетворительной гигиеной и дефицитом кератинизированной слизистой.

Цель

Цель тезиса состоит в обосновании критериев клинической готовности пациента к дентальной имплантации и формировании минимального перечня параметров, которые должны быть оценены и зафиксированы перед хирургическим этапом.

Материалы и методы

Методическую основу тезиса составили анализ современных научных источников по профилактике периимплантных заболеваний, данные консенсусных документов по диагностике периимплантного здоровья, мукозита и периимплантита, а также положения разработанного в диссертации риск-ориентированного протокола подготовки пациента к дентальной имплантации.

В рамках работы были выделены основные блоки клинической готовности пациента. К ним отнесены инфекционный контроль, пародонтологическая стабилизация, гигиеническая готовность, риск-стратификация, диагностическое обоснование, протезно-ориентированное планирование и подготовка пациента к последующему supportive peri-implant care.

Клиническая готовность рассматривалась как состояние, при котором пациент может быть направлен на хирургический этап без сохранения очевидных управляемых факторов риска. При этом важно подчеркнуть, что речь не идет о полном устранении всех рисков. Такая задача в клинической практике невозможна. Речь идет о выявлении, снижении и документировании тех факторов, которые могут быть учтены до операции.

Основные положения

Первым критерием клинической готовности является завершенная санация полости рта. Перед установкой имплантата должны быть устранены активные очаги инфекции. К ним относятся кариозные поражения с признаками активности, эндодонтические очаги, острые воспалительные процессы слизистой оболочки, нелеченные пародонтальные карманы с признаками активности и другие состояния, способные поддерживать бактериальную нагрузку. Санация в этом контексте не является формальным этапом. Она создает исходные условия для безопасного хирургического вмешательства.

Второй критерий связан с пародонтологической стабилизацией. У пациента необходимо оценить глубину зондирования, кровоточивость при зондировании, индекс налета и состояние тканей пародонта. При наличии анамнеза пародонтита допуск к хирургии должен происходить только после активного этапа пародонтологического лечения и повторного осмотра. На практике это означает, что исходная пародонтологическая карта недостаточна. Необходим контроль после санации и гигиенической коррекции.

Третьим критерием является контроль кровоточивости и налета. Кровоточивость при зондировании выступает одним из наиболее важных признаков



Date: 9th May-2026



воспалительной активности. Высокий индекс налета перед имплантацией повышает вероятность неблагоприятного течения раннего и отдаленного послеоперационного периода. Поэтому пациент должен не только получить инструкции по уходу, но и продемонстрировать способность выполнять их. Повторный визит после обучения гигиене имеет большое значение. Он дает врачу возможность оценить не намерения пациента, а фактическую клиническую картину.

Четвертый критерий включает фиксацию факторов риска. В обязательный перечень входят курение, диабет или гипергликемия, анамнез пародонтита, бруксизм, мягкотканый фенотип, ширина кератинизированной слизистой и приверженность пациента к контрольным визитам. Эти данные должны быть внесены в клиническую карту или электронный реестр до операции. Они влияют на план поддерживающего наблюдения, частоту СПИС-визитов, необходимость мягкотканной коррекции, выбор ортопедической конструкции и уровень послеоперационного контроля.

Пятый критерий относится к оценке мягких тканей в зоне будущей имплантации. Недостаточная ширина кератинизированной слизистой не всегда является абсолютным противопоказанием к операции, однако она может осложнять индивидуальную гигиену и поддерживать воспаление вокруг реставрации. Поэтому КМВ и фенотип мягких тканей должны быть описаны до хирургического этапа. При наличии дефицита врач заранее определяет необходимость мягкотканной коррекции или усиленного наблюдения.

Шестой критерий связан с лучевой диагностикой. Выбор визуализации должен зависеть от клинической задачи. Панорамная рентгенография и прицельные снимки могут быть достаточны на первичном этапе, но при планировании конкретной имплантационной зоны часто требуется поперечная визуализация. КЛКТ целесообразна при необходимости оценки объема кости, близости анатомических структур, сложной морфологии дефекта, планировании шаблонной хирургии или множественной имплантации. При этом КЛКТ не должна становиться автоматическим исследованием для любого пациента. В документации нужно указать причину назначения, поле обзора, протокол и связь с будущим ортопедическим планом.

Седьмой критерий представляет собой протезно-ориентированное планирование. Имплантат должен устанавливаться не просто в доступный объем кости, а в позицию, соответствующую будущей коронке, функции, эстетике и доступности ежедневной гигиены. Если будущая реставрация затрудняет очищение, повышается риск биопленочного воспаления. Поэтому хирургический план должен быть согласован с ортопедическим еще до операции.

Восьмой критерий касается решения об антибиотикопрофилактике. Современная доказательная база не поддерживает неограниченное назначение антибиотиков всем пациентам без учета риска. Поэтому решение должно быть индивидуализировано. Врач оценивает объем вмешательства, наличие системных факторов, аллергологический анамнез, риск инфекционных осложнений и локальные

Date: 9th May-2026

клинические условия. Сам факт назначения или отказа от антибиотика должен быть внесен в документацию с кратким обоснованием.

Девятый критерий связан с информированием пациента о последующем наблюдении. Пациент должен понимать, что лечение не завершается фиксацией коронки. После протезирования необходимо сформировать baseline-пакет. В него входят зондирование вокруг имплантата по шести точкам, регистрация ВОР, оценка индекса налета, фиксация ширины кератинизированной слизистой и рентгенологическая точка отсчета после физиологического ремоделирования. Без baseline-пакета дальнейшая диагностика периимплантных осложнений становится менее точной.

Десятый критерий состоит в предварительном определении SPIC-графика. Supportive peri-implant care должен быть включен в маршрут пациента еще до хирургического этапа. У пациентов низкого риска возможны визиты каждые 6 месяцев. При среднем риске интервал может быть сокращен до 4 месяцев. У пациентов высокого риска, особенно при анамнезе пародонтита, курении, гипергликемии или низкой гигиенической приверженности, в первый год после протезирования обоснован интервал около 3 месяцев.

Минимальный перечень критериев готовности

На основании проведенного анализа предлагается следующий минимальный перечень критериев клинической готовности пациента к дентальной имплантации.

1. Завершена санация полости рта.
2. Отсутствуют активные острые воспалительные очаги.
3. Проведена пародонтологическая оценка до подготовки и после нее.
4. Глубина зондирования и ВОР находятся под контролем.
5. Индекс налета снижен до приемлемого уровня.
6. Пациент демонстрирует способность поддерживать индивидуальную гигиену.
7. Зафиксированы курение, диабет, анамнез пародонтита и бруксизм.
8. Описаны КМВ и мягкотканый фенотип в зоне имплантации.
9. Выбор 2D-диагностики или КЛКТ имеет клиническое обоснование.
10. Сформирован протезно-ориентированный план.
11. Определена необходимость шаблонной хирургии или freehand-подхода.
12. Решение об антибиотикопрофилактике принято индивидуально и внесено в карту.
13. Пациент информирован о baseline-контроле после протезирования.
14. Составлен риск-ориентированный график SPIC-наблюдения.

Эти критерии не должны восприниматься как избыточная бюрократизация. Напротив, они позволяют врачу не потерять важные данные и заранее увидеть слабые места маршрута. Особенно это важно при междисциплинарном лечении, когда пациента ведут хирург, ортопед, пародонтолог и гигиенист.

Практическое значение



Date: 9th May-2026

Практическая ценность предложенных критериев состоит в том, что они могут быть включены в предоперационный чек-лист стоматологической клиники. Такой чек-лист помогает стандартизировать допуск пациента к операции, снизить зависимость решения от субъективного впечатления и обеспечить единую логику работы между специалистами.

Кроме того, критерии готовности могут быть связаны с электронным реестром пациента. В этом случае каждый пункт готовности получает собственную переменную. Например, санация фиксируется как завершенная или незавершенная, ВОР регистрируется численно, КМВ измеряется в миллиметрах, риск-факторы кодируются через 0 и 1, а СПИС-график указывается как конкретный интервал наблюдения. Такая структура удобна не только для клиники, но и для последующей научной обработки данных.

Заключение

Клиническая готовность пациента к дентальной имплантации должна рассматриваться как документированное состояние, основанное на комплексе измеримых параметров. Она включает санацию полости рта, контроль воспаления, пародонтологическую стабилизацию, гигиеническую готовность, фиксацию факторов риска, обоснованный выбор диагностики, протезно-ориентированное планирование и подготовку пациента к baseline-контролю и СПИС-наблюдению.

Предложенный подход переводит подготовку к имплантации из разрозненного набора действий в структурированный клинический маршрут. Для практической стоматологии это важно, потому что качество имплантационного лечения зависит не только от операции, но и от того, насколько внимательно пациент был подготовлен к ней.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Herrera D., Berglundh T., Schwarz F., et al. Prevention and treatment of peri-implant diseases: The EFP S3 level clinical practice guideline. *Journal of Clinical Periodontology*. 2023. DOI: 10.1111/jcpe.13823.
2. Berglundh T., Armitage G., Araujo M.G., et al. Peri-implant diseases and conditions: Consensus report of workgroup 4 of the 2017 World Workshop. *Journal of Clinical Periodontology*. 2018. DOI: 10.1111/jcpe.12957.
3. Renvert S., Persson G.R., Pirih F.Q., Camargo P.M. Peri-implant health, peri-implant mucositis, and peri-implantitis: Case definitions and diagnostic considerations. *Journal of Clinical Periodontology*. 2018. DOI: 10.1111/jcpe.12956.
4. Tyndall D.A., Price J.B., Tetradis S., et al. Position statement of the American Academy of Oral and Maxillofacial Radiology on selection criteria for the use of radiology in dental implantology. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology and Oral Radiology*. 2012. DOI: 10.1016/j.o000.2012.03.005.
5. Derks J., Tomasi C. Peri-implant health and disease. A systematic review of current epidemiology. *Journal of Clinical Periodontology*. 2015. DOI: 10.1111/jcpe.12334.



Date: 9thMay-2026

6. Serroni M., et al. History of periodontitis as a risk factor for implant failure and peri-implantitis. *Clinical Implant Dentistry and Related Research*. 2024. DOI: 10.1111/cid.13330.
7. Monje A., Catena A., Borgnakke W.S. Association between diabetes mellitus/hyperglycaemia and peri-implant diseases: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Periodontology*. 2017. PMID: 28346753.
8. Sgolastra F., Petrucci A., Severino M., Gatto R., Monaco A. Smoking and the risk of peri-implantitis. A systematic review and meta-analysis. *Clinical Oral Implants Research*. 2015. DOI: 10.1111/clr.12333.
9. Ravidà A., et al. The role of keratinized mucosa width as a risk factor for peri-implant disease. *Clinical Implant Dentistry and Related Research*. 2022. DOI: 10.1111/cid.13080.
10. Esposito M., Grusovin M.G., Worthington H.V. Interventions for replacing missing teeth: antibiotics at dental implant placement to prevent complications. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2013. DOI: 10.1002/14651858.CD004152.pub4.

