

ГИНГИВАЛЬНАЯ УЛЫБКА: МЕТОДЫ КОРРЕКЦИИ И УСТРАНЕНИЯ ИЗБЫТОЧНОЙ ВИДИМОСТИ ДЕСЕН

¹*Ахророва Малика Шавкатовна,*

²*Шукурова Мадина Эркиновна,*

³*Хусаинбоев Жамшидбек Давронбекович*

¹ *доцент кафедры детской стоматологии СамГМУ,*

² *ординатор по направлению «Ортодонтия» СамГМУ,*

³ *магистр по направлению «Стоматология» СамГМУ.*

Гингивальная (десневая) улыбка — это состояние, при котором избыточная часть десны обнажается при улыбке, что может вызывать эстетический и психологический дискомфорт у пациента. В данной статье рассмотрены основные причины возникновения гингивальной улыбки, включая гиперактивность мимических мышц, аномалии роста челюсти, гипертрофию десны и короткую верхнюю губу. Проанализированы современные методы коррекции данной проблемы: ортодонтическое лечение, ботулинотерапия, хирургические вмешательства (гингивопластика, остеотомия верхней челюсти, удлинение коронок зубов) и лазерная коррекция. Представлены результаты применения различных методик и их эффективность в зависимости от степени выраженности гингивальной улыбки. Выявлено, что наиболее устойчивые результаты достигаются при хирургических и ортодонтических вмешательствах, в то время как ботулинотерапия и лазерная коррекция могут применяться для незначительных дефектов. Комплексный подход и индивидуальный подбор методов позволяют добиться оптимального эстетического эффекта.

Ключевые слова. Гингивальная улыбка, десневая улыбка, гиперактивность мимических мышц, гипертрофия десны, ортодонтическое лечение, ботулинотерапия, гингивопластика, остеотомия верхней челюсти, лазерная коррекция, эстетическая стоматология.

Введение. Гингивальная (десневая) улыбка — это эстетическая особенность, при которой при улыбке обнажается более 3–4 мм десны, что может вызывать у пациента дискомфорт и неудовлетворенность своим внешним видом. Согласно статистике, этот феномен встречается у 10–30% людей, причем чаще наблюдается у женщин.

Причины гингивальной улыбки могут быть связаны с анатомическими особенностями, такими как:

- Гиперактивность мимических мышц верхней губы, из-за которой она чрезмерно поднимается при улыбке.

- Гипертрофия десневой ткани, приводящая к увеличению ее объема.
- Аномалии роста верхней челюсти, такие как вертикальная макрогнатия.
- Короткая верхняя губа, не способная скрывать десневую зону.

Несмотря на то что гингивальная улыбка не является патологией, во многих случаях пациенты желают ее исправить по эстетическим причинам. На сегодняшний день разработано несколько методов коррекции, включающих ортодонтическое лечение, ботулинотерапию, хирургические вмешательства и лазерную пластику десны. В данной статье рассматриваются современные подходы к коррекции гингивальной улыбки, их эффективность, показания и возможные осложнения, что позволит выбрать наиболее подходящую методику для конкретного пациента.

Материалы и методы. Для исследования были проанализированы современные подходы к диагностике и лечению гингивальной улыбки, включая клинические случаи пациентов с различными степенями выраженности данного состояния. В исследование вошли данные пациентов, обратившихся за эстетической коррекцией десневой улыбки, а также обзор литературных источников по данной теме.

Диагностика гингивальной улыбки проводилась с учетом клинического осмотра, фотопротокола и анализа цефалометрических показателей. Оценивались такие параметры, как высота десневого отображения при улыбке, длина верхней губы в покое и при движении, уровень гиперактивности мышц, положение верхней челюсти относительно нижней, а также состояние десневой ткани. В случаях необходимости проводилось 3D-сканирование и рентгенологическое обследование с целью выявления костных аномалий, требующих хирургического вмешательства.

Для коррекции гингивальной улыбки применялись различные методы лечения в зависимости от причины возникновения и степени выраженности дефекта. В случаях гиперактивности мимических мышц использовалась ботулинотерапия, заключающаяся во введении ботулотоксина типа А в область леваторных мышц верхней губы (*Levator labii superioris* и *Levator labii superioris alaeque nasi*). Это позволяло снизить их активность и уменьшить подъем губы при улыбке, тем самым сокращая видимую часть десны.

Пациентам с гипертрофированной десной или избыточным разрастанием мягких тканей проводилась гингиволастика, заключающаяся в иссечении избыточной ткани десны. В ряде случаев применялась лазерная гингивэктомия, обеспечивающая минимальную инвазивность и сокращение периода реабилитации.

При наличии аномалий прикуса или смещения зубных рядов применялось ортодонтическое лечение с использованием брекет-систем или элайнеров. В

случаях чрезмерного вертикального роста верхней челюсти проводилась ортогнатическая хирургия, включающая верхнюю остеотомию Le Fort I с целью репозиции челюсти в более эстетичное положение. Восстановительный период после таких операций варьировался от 6 до 12 месяцев, в зависимости от индивидуальных особенностей пациента.

Для пациентов с короткой верхней губой или гиперактивностью мышц, не желающих прибегать к хирургическим методам, использовался метод лип-репозиции (lip repositioning surgery). Данная процедура заключалась в смещении зоны прикрепления губы вниз за счет удаления участка слизистой оболочки, что позволяло уменьшить высоту подъема губы при улыбке.

Все пациенты после вмешательства проходили контрольные осмотры для оценки эффективности лечения. Критериями успешной коррекции считались сокращение зоны видимой десны до 2 мм и менее, сохранение естественной мимики и удовлетворенность пациента полученным результатом. В ходе исследования также учитывались возможные осложнения, включая асимметрию губ, чрезмерное ослабление мышц после ботулинотерапии, рецидивы гипертрофии десны после лазерного лечения и длительный восстановительный период после ортогнатической хирургии.

Таким образом, в ходе исследования был проведен анализ различных методик коррекции гингивальной улыбки, что позволило определить оптимальные подходы к лечению в зависимости от индивидуальных особенностей пациента.

Результаты. В ходе исследования была проведена коррекция гингивальной улыбки у пациентов с различными причинами и степенью выраженности данной особенности. Анализ клинических случаев показал, что эффективность лечения напрямую зависит от правильно установленной причины избыточной видимости десны и выбора соответствующего метода коррекции. Пациенты, прошедшие ботулинотерапию, отметили значительное уменьшение подъема верхней губы при улыбке уже через 5–7 дней после инъекции ботулотоксина. Средняя степень сокращения видимой десны составила от 2 до 4 мм, что позволило добиться удовлетворительных эстетических результатов. Однако, как и предполагалось, эффект носил временный характер, и через 4–6 месяцев пациенты нуждались в повторной процедуре. Осложнения наблюдались в редких случаях и включали незначительную асимметрию губы или избыточное расслабление, которое корректировалось повторным введением препарата в более низкой дозировке.

Гингивопластика и лазерная коррекция показали высокую эффективность у пациентов с гипертрофией десны. В большинстве случаев удалось добиться эстетически приемлемого уровня десневого контура, а у пациентов с сочетанным применением ортодонтического лечения и лазерной гингивэктомии отмечалась

дополнительная гармонизация улыбки. Использование лазерных технологий позволило минимизировать дискомфорт в послеоперационном периоде и сократить время заживления до 7–10 дней. Однако у некоторых пациентов, предрасположенных к разрастанию десневых тканей, через 6–12 месяцев наблюдался частичный рецидив гипертрофии, что требовало дополнительной коррекции.

Ортодонтическое лечение с применением брекет-систем и элайнеров дало положительные результаты в случаях неправильного прикуса или выступания верхних резцов, способствовавшего визуальному увеличению десневого экспонирования. Длительность лечения варьировалась от 12 до 24 месяцев в зависимости от степени выраженности аномалии. У пациентов с выраженной скученностью зубов или глубоким прикусом отмечалось значительное улучшение эстетики улыбки и уменьшение видимости десны, однако этот метод не был эффективен при гиперактивности мышц или аномалиях роста верхней челюсти.

Хирургические вмешательства, такие как остеотомия верхней челюсти по методике Le Fort I и лип-репозиция, показали наиболее устойчивые и долгосрочные результаты. Остеотомия верхней челюсти обеспечивала коррекцию при тяжелых формах гингивальной улыбки, вызванных вертикальной макрогнатией. Послеоперационный период сопровождался отеком и временным нарушением функций жевания, но спустя 6–12 месяцев пациенты полностью восстанавливали нормальную мимику и улыбку с минимальным десневым отображением. Лип-репозиция, в свою очередь, давала быстрый эффект у пациентов с короткой верхней губой или гиперактивностью мышц, снижая подъем губы на 3–5 мм. Однако в ряде случаев наблюдалось частичное растяжение тканей спустя 1–2 года, требующее повторного вмешательства.

Общий анализ полученных данных позволил сделать вывод, что наиболее стойкие и предсказуемые результаты достигаются при комплексном подходе, сочетающем несколько методов коррекции в зависимости от причины гингивальной улыбки. Пациенты с мышечной гиперактивностью получали лучший эффект при комбинации ботулинотерапии и лип-репозиции, а при наличии костных аномалий единственным эффективным решением оставалась ортогнатическая хирургия. Пациенты с гипертрофией десны достигали оптимального результата после лазерной коррекции, которая в сочетании с ортодонтическим лечением обеспечивала стабильный эстетический эффект.

Таким образом, результаты исследования подтвердили эффективность современных методов коррекции гингивальной улыбки и подчеркнули важность индивидуального подхода к выбору тактики лечения, ориентированной на анатомические и функциональные особенности каждого пациента.

Выводы. Результаты исследования подтверждают, что гингивальная улыбка является многопричинным состоянием, требующим комплексного подхода к диагностике и коррекции. Эффективность лечения во многом зависит от точного определения фактора, вызывающего избыточное обнажение десны, а также от выбора наиболее подходящего метода устранения данной особенности.

Ботулинотерапия показала свою эффективность у пациентов с гиперактивностью мимических мышц верхней губы, обеспечивая временный, но быстро достигаемый результат с минимальными рисками и коротким реабилитационным периодом. Однако необходимость регулярного повторения процедуры ограничивает ее применение как основного метода лечения. Более радикальный и долговременный эффект у данной группы пациентов был достигнут с помощью хирургической коррекции положения губы методом лип-репозиции, хотя в некоторых случаях спустя 1–2 года отмечалось частичное растяжение тканей, требующее повторного вмешательства. Гингивопластика и лазерная коррекция продемонстрировали высокую эффективность у пациентов с гипертрофией десны, позволяя добиться гармонизации десневого контура и улучшения эстетики улыбки. Лазерные технологии обеспечивали минимальную инвазивность, сокращение времени реабилитации и меньшую вероятность осложнений. Однако у ряда пациентов с предрасположенностью к гипертрофии десны наблюдался частичный рецидив, что требовало повторных корректирующих процедур.

Ортодонтическое лечение играло ключевую роль в коррекции гингивальной улыбки у пациентов с аномалиями прикуса и выступанием передних зубов. Длительность терапии составляла от 12 до 24 месяцев, но достигнутый результат был стабильным и не требовал дальнейших вмешательств. Однако данный метод был неэффективен при гиперактивности мимических мышц и аномалиях роста челюстей, что ограничивало его применение.

Хирургические методы, такие как остеотомия верхней челюсти по методике Le Fort I, обеспечивали наиболее радикальное и долговременное решение проблемы у пациентов с выраженной вертикальной макрогнатией. Несмотря на длительный реабилитационный период, пациенты с данной патологией достигали наиболее стабильных результатов, исключая необходимость дополнительных процедур. Однако сложность и инвазивность операции ограничивают ее применение исключительно тяжелыми случаями.

Таким образом, выбор метода коррекции гингивальной улыбки должен основываться на индивидуальных анатомических особенностях пациента и степени выраженности дефекта. Комплексный подход, включающий сочетание различных методов, позволяет достичь наилучших эстетических и функциональных результатов. Внедрение малоинвазивных технологий, таких

как лазерная пластика и ботулинотерапия, расширяет возможности коррекции умеренных форм гингивальной улыбки, тогда как хирургические методы остаются золотым стандартом при выраженных аномалиях. Оптимальная стратегия лечения должна разрабатываться индивидуально, с учетом пожеланий пациента, клинической картины и долгосрочного прогноза.

Литературы:

1. Маззуко, Р., & Гексель, Д. (2010). Гингивальная улыбка и ботулинический токсин: новый подход к коррекции обнажения десны. *J Am Acad Dermatol*, 63(6), 1042-1051.

2. Жураева, К., & Жураева, А. (2021). ИСПРАВЛЕНИЕ ГИНГИВАЛЬНОЙ УЛЫБКИ ПРИ ПОМОЩИ БОТУЛОТОКСИНА ТИПА А. *EDITOR COORDINATOR*, 513.

3. Разумовская, Е. А. (2013). Динамический подход к проведению ботулинотерапии в нижней трети лица. *Гармония улыбки. Инъекционные методы в косметологии*, 2, 58-6.

4. Магомедова, Ш. З. (2023). ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДИКИ ИНЪЕЦИРОВАНИЯ БОТУЛИНОТОКСИНОМ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЧЛО С ЦЕЛЬЮ СНИЖЕНИЯ РИСКА РАЗВИТИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ. *Scientist*, 3(25), 68-72.

5. Магомедова, Ш. З. (2023). ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДИКИ ИНЪЕЦИРОВАНИЯ БОТУЛИНОТОКСИНОМ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЧЛО С ЦЕЛЬЮ СНИЖЕНИЯ РИСКА РАЗВИТИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ. *Scientist*, 3(25), 68-72.

6. Корецкая, Е. А., Суворова, М. Н., Зюлькина, Л. А., & Емелина, Г. В. (2017). ГИНГИВАЛЬНАЯ УЛЫБКА И БОТУЛИНИЧЕСКИЙ ТОКСИН: НОВЫЙ ПОДХОД К КОРРЕКЦИИ ДЕСНЫ. In *Актуальные проблемы медицинской науки и образования (АПМНО-2017)* (pp. 174-176).

7. Сартипи, Х. Н., Ткаченко, Е. В., Халафалла, А., Алмагри, А., & Ткаченко, О. В. (2017). Индивидуальный профиль межполушарной асимметрии отдельно и в комплексе с различными типологическими аспектами (Doctoral dissertation, Громадська організація «Південна фундація медицини»).

8. Лукьянов, А. М. (2021). Применение аботулолотоксинаА в эстетической медицине: средняя и нижняя трети лица, шея. *Дерматовенерология. Косметология*, 7(1), 24-53.