ГИНГИВАЛНАТА УСМИВКА – КОЛКО СА ВАЖНИ ЗЪБИТЕ ЗА ЕСТЕТИКАТА!

Клинични случаи

Д-р Галин Гаврилов, България

Този сериозен естетичен проблем може да се лекува както само ортодонтски, така и в комбинация с хирургични корекции от различен тип. Важно е да се постави правилната диагноза – къде е проблемът, за да се изготви адекватен лечебен план и да се проведе качествено лечение. Често гингивалната усмивка е съчетана с дълбока оклузия от най-тежка форма с не само естетична, но и функционална причина за лечение.

Пациентката е на 29 години и завършен растеж с основно оплакване от болки при хранене поради травма на небето от вертикално прораснали фронтални зъби[1]. Екстраорално тя е със симетрично, пропорционално лице и хармоничен профил[2]. При усмивка виждаме основния естетичен проблем – гингивалната усмивка. Горните фронтални зъби са прораснали вертикално и са скрити от долната устна (фиг. 1а, б, в).

Интраорално има тежка травматична дълбока оклузия вследствие на супрапозиция на горните и долните резци. Причината за вертикалното прорастване на резците е силно увеличеният интеринцизивен ъгъл поради двучелюстната ретрузия[3]. Така резците не се „подпират“ при функция и прорастват с годините. Има и кръстосана оклузия на кучиците с първи клас оклузални съотношения в сагитална посока. Има и диастема и треми в горната дъга и струпване в долната (фиг. 2а, б, в, г, д).

От телерентгенографията виждаме, че се касае за втори скелетен клас от 6 градуса ANB ъгъл, силна ретрузия в горната челюст с 30 градуса под нормата – I/SN = 74°, и слаба ретрузия в долната челюст i/ M= 85°. Така интеринцизивният ъгъл е силно увеличен, почти 170° при норма 132°. Пациентката е нормодивергентен тип – m/SN= 32°. Това означава, че тя има зъбна дълбока оклузия[4]. На ортопантомографията се виждат девиталзиран 16 и налични трети молари (фиг. 3а, б, в).


Фиг. 1а


Фиг. 1б


Фиг. 1в

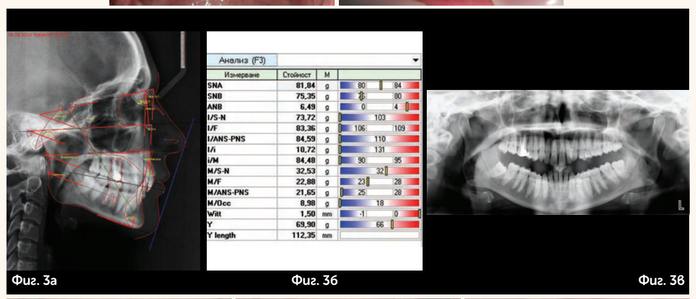

Фиг. 2а


Фиг. 2б


Фиг. 2в


Фиг. 2г


Фиг. 2д



Фиг. 3а Фиг. 3б Фиг. 3в


Фиг. 4а


Фиг. 4б


Фиг. 4в


Фиг. 4г


Фиг. 4д

Лечението започва на 7 ноември 2014 година с поставяне на горни сапфирени брекети. Специфичното в случая е, че на резците те се поставят по-инцизално от нормалната схема на височина, за да се интрудират[5]. Същевременно поради кръстосаната оклузия е необходимо да се дезартикулира толкова, колкото е необходимо, в случая с глас-йономерен цимент на моларите, за да може кучиците да не са в контакт с антагонистите. Чрез крис-крос ластик става възможно максимално бързото им преместване към вестибуларно. Дъгата е 014 термоактивна нивелираща с мефлоново покритие за максимална естетика (фиг. 4а, б, в, г, д).

След 10 дни са поставени и долните брекети, като се внимава да са отново по-инцизално при резците за по-голяма интрузия[6]. Вижда се извиването на дъгата във фронта и каква изразена крива на Шпее има както в долната, така и в горната зъбна дъга[7]. Долната дъга е 016 термоактивна никел-титаниева. С керамичните и сапфирените брекети трябва да се внимава – да нямат контакт с антагонист, защото предизвикват неговото абразиране, и то само за месеци (фиг. 5а, б, в, г, д)!

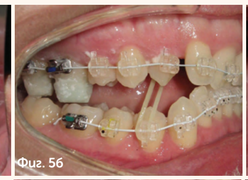
След 20 дни пациентката идва за контрол на това голямо вертикално повдигане. Искам да съм сигурен, че няма да има проблем с мускулите и ставата. Няма оплаквания и е започнало придвижването на зъби 13, 23 вестибуларно. Вижда се износването на места на мефлоновото покритие от горната дъга, но още е рано за смяната ù (фиг. 6а, б).

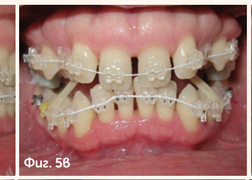
След още 2 седмици горните канини се виждат в усмивката и са срещу туберкулите на долните. Продължава с носенето на ластика нощем; въпреки тънките дъги се наблюдава намаление в изразеността на кривата на Шпее и в двете дъги (фиг. 7а, б, в, г, д).

Два месеца след старта на лечението е сменена горната дъга на четвъртита 016/022 термоактивна отново с мефлоново покритие. С нея освен продължаващата интрузия на резците започва и преместването на корените на 13, 23 вестибуларно поради четвъртитото ù сечение и торк контрола, който оказва. Той е още слабо изразен в слот 022, с който работя. Долната дъга е сменена с четвъртита, като интрузията на резците продължава с торк контрол (фиг. 8а, б, в, г, д).

След три месеца дъгите са вече стоманени със сечение 017/025. Те са без мефлоново покритие, за да не се увеличава триенето между дъгата и брекетите, понеже започва затварянето на диастемата в горната зъбна дъга. Освен това място за мефлона по дъгата няма, тъй като тя изпълва все повече слота на брекета. След 6 месеца от старта на лечението кръстосаната оклузия е коригирана и цементът от моларите може да бъде махнат. За да няма контакт на горните централи със сапфира на долните брекети поради риска от абразио, са изградени с композит байт турбоси палатинално на горните резци. Те създават минимален предварителен контакт при резците, което води до тяхната допълнителна интрузия при хранене. Веднага са включени и втори клас бокс ластици от долния първи молар и втори премолар, за да се екструдират леко до оклузия[8] (фиг. 9а, б, в, г, д).


Фиг. 5а


Фиг. 5б


Фиг. 5в


Фиг. 5г


Фиг. 5g


Фиг .6а


Фиг. 6б

След 6 месеца от поставянето на турбосите на резците, които създават предна оклузална равнина, с помощта на втори клас бокс ластик са екструдирани страничните зъби до оклузия. Следва затварянето на разстоянието в горната зъбна дъга. Дъгите са сменени на стоманени със сечение 019/025 за още по-добър торк контрол на резците (фиг. 10а, б, в, г, д).

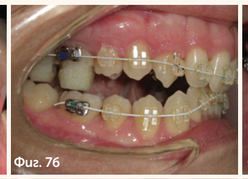
След още 2 месеца оклузията е близка до оптималната и това е моментът, в който задължително се взимат контролни отпечатъци заедно с направата на фотоснимки и ортопантомография. Следва анализ на ситуацията и планиране на финализирането на лечението (фиг. 11а, б, в).

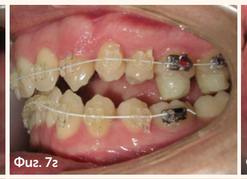
При този анализ бе отчетено нормално покритие, сагитално отстояние и първи зъбен клас при страничните зъби. На контролната ортопантомография се виждат по-дистално разположени корени на 33, 43, затова бяха направени извивки от втори ред, за да преминат по-медиално корените и да са паралелни на съседните зъби. Необходимо бе и изправяне на зъб 36. В долната зъбна дъга между 31 и 41 има черен триъгълник. Решено бе да не се коригира със зъбно движение след стрипинг, защото при стрипинг на коронките и тяхното медиализиране ще се ретрудират резците, а целта на лечението е близък до нормалния интеринцизивен ъгъл (фиг. 12а, б, в, г, д, е, ж, з).

Една година и четири месеца след началото на лечението брекетите са свалени при чудесен профил и усмивка, в която зъбите вече се виждат. При младите жени е прието при усмивка да се вижда няколко милиметра гингива, докато при мъжете е допустимо част от зъбите да са под горната устна[9]. Дълбоката оклузия от 10 мм покритие на долните от горните резци е излекувана до

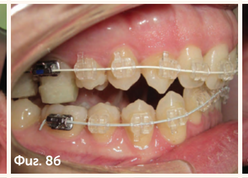


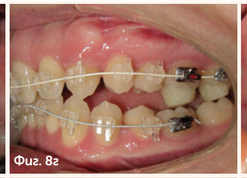
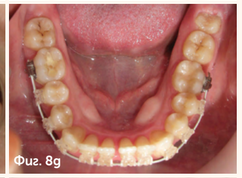
реклама

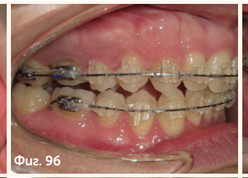

Фиг. 7а

Фиг. 7б

Фиг. 7в

Фиг. 7г

Фиг. 7g

Фиг. 8а

Фиг. 8б

Фиг. 8в

Фиг. 8г

Фиг. 8g

Фиг. 9а

Фиг. 9б

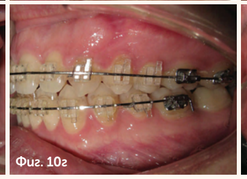
Фиг. 9в

Фиг. 9г

Фиг. 9g

Фиг. 10а

Фиг. 10б

Фиг. 10в

Фиг. 10г

Фиг. 10g

Фиг. 11а

Фиг. 11б

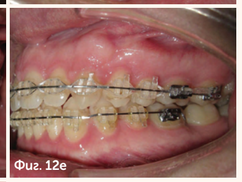
Фиг. 11в

Фиг. 12а

Фиг. 12б

Фиг. 12в

Фиг. 12г

Фиг. 12g

Фиг. 12е

Фиг. 12ж

Фиг. 12з

Фиг. 13а

Фиг. 13б

Фиг. 13в

Фиг. 14а

Фиг. 14б

Фиг. 14в

Фиг. 14г

Фиг. 14g

Фиг. 14е

Фиг. 14ж

Фиг. 15а

Анализ (F3)			
Измерване	Стойност	M	
SNA	78,07	g	80 84
SNB	72,73	g	76 80
ANB	5,34	g	0 4
I/S-N	97,71	g	103
I/F	108,06	g	106 109
I/ANS-PNS	107,67	g	110
I/i	126,95	g	131
i/M	99,57	g	90 95
M/S-N	35,77	g	32
M/F	25,42	g	23 28
M/ANS-PNS	25,82	g	25 28
M/Occ	15,16	g	18
Witt	3,12	mm	-1 0
Y	74,46	g	66
Y length	114,12	mm	

Фиг. 156

Фиг. 16

Фиг. 17а

Фиг. 17б

Фиг. 17в

Фиг. 17г

Фиг. 17g

Фиг. 18а

Фиг. 18б

Фиг. 18в

Фиг. 18г

Фиг. 18g

Фиг. 18е

Фиг. 20а

Фиг. 20б

Фиг. 20в

Фиг. 20г

Фиг. 20g

Фиг. 20е

Фиг. 20ж

2 мм покритие. Кръстосаната оклузия също е излекувана. Ретенционните апарати са фиксирани ретайнери в горната и долната зъбна дъга, а допълнително горе има и вакуумна шина поради затворените диастема и треми (фиг. 13а, б, в; фиг. 14а, б, в, г, д, е, ж).

На финалната телерентгенография се вижда намаление на SNA ъгъл, защото на началната телерентгенография т. А е в по-предна позиция поради по-предната позиция на корена на горните резци. Така ъгълът ANB е завишен в началото поради ретрузия на горните резци (фиг. 15а, б).

На финала има интериницизивен ъгъл от 127°– 40° промяна от изходната ситуация, което се дължи на силно протрудиране на горните и долните резци. На суперимпозирането на базата на SN равнината се вижда осевен промяната в резците и повишаването на ъгъл m/SN с 3° от екструзията на страничните зъби. Това също е част от корекцията на дълбоката оклузия[10]. На суперимпозирането на база спинална равнина за горната челюст се вижда голяма промяна в резците и как т. А следва корените им. Вижда се и екструзия на моларите наред с интрузията на резците. Същото се наблюдава и в мандибулата. Промяната в оклузалната равнина води до нормализиране на WITZ (фиг. 16).

При дълбоката оклузия се стремим интериницизивният ъгъл да е близък до нормата, за да имаме дългосрочна стабилност на корекцията във фронта. При завършване на лечението без контакт на резците със сагитално отстояние, без значение колко добре сме излекували дълбоката оклузия, резците ще прораснат отново, докато срещнат контакт и до евентуален пълен рецидив. Затова е толкова важно след лечението на втори клас да постигнем първи клас съотношения при канини и така контакт на резците (фиг. 18а, б, в, г, д, е)!

Полученият резултат е стабилен 3 години и половина след лечението. Отчита се появата на трема зад 23 поради липсата на кооперативност с носене на ретенционния апарат в горната челюст (фиг. 19а, б, в; фиг. 20а, б, в, г, д, е, ж).

Най-голямата награда за нашата работа е усмивката на щастливия пациент. И когато в началото зъбите ги е нямало, а се появяват в края на лечението, то усмивката е способна да промени съдбата на човека (фиг. 17а, б)! DT

Бележка: Библиографията е на разположение в редакцията.

Ред. бележка: Статията "Гингивалната усмивка – колко са важни зъбите за естетиката!" е публикувана за първи път във вестник Dental Tribune Bulgaria, бр. 1, 2021 г.

За автора:

Д-р Галин Гаврилов е специалист ортодонт в клиника ВАЛОР. Роден е през 1979 г. Завършва с отличие „Златен Хипократ" магистратура по дентална медицина в Медицинския университет–София през 2004 г. През 2008 г. завършва специализация по ортодонтия в същия университет. От 2009 г. е част от екипа на първата специализирана ортодонтска клиника в България – ВАЛОР. Лектор в множество курсове, конференции и симпозиуми на национално и международно ниво. Професионалните му интереси са в областта на естетичните и комплексните ортодонтски лечения. Свободното си време посвещава изцяло на пътувания със семейството си и игри и занимания с четирите си деца.