

Кинезиотейпирование в пародонтологии и стоматологической артрологии

А.К. ИОРДАНИШВИЛИ*, ** д. м. н., профессор

А.А. СЕРИКОВ**, ***, к. м. н., ассистент, старший преподаватель

*Кафедра ортопедической стоматологии

ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова» Минздрава РФ

**Кафедра челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии

***Кафедра терапевтической стоматологии

ФГБОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С. М. Кирова» Минобороны РФ

The kinesiotaping in periodontics and dental artrologie

A.K. IORDANISHVILI, A.A. SERIKOV

Резюме

В статье представлен анализ результатов применения кинезиотейпирования в стоматологической практике при комплексном лечении хронического генерализованного пародонтита и заболеваний височно-нижнечелюстного сустава. На основании полуколичественных методов исследования показана эффективность применения кинезиотейпов для купирования отека и болевого синдрома после лоскутных операций, а также артралгии при лечении болевой дисфункции и артроза височно-нижнечелюстного сустава.

Ключевые слова: хронический генерализованный пародонтит, лоскутная операция, заболевания височно-нижнечелюстного сустава, кинезиотейпирование, эффективность лечения.

Abstract

The article presents an analysis of the results of kinesiotaping in dental practice in the complex treatment of chronic generalized periodontitis and diseases of the temporomandibular joint. On the basis of semi-quantitative methods of research shows the efficacy of kinesiology tape for the relief of swelling and pain after the flap surgery, and arthralgia in the treatment of pain dysfunction and osteoarthritis of the temporomandibular joint.

Key words: chronic generalized periodontitis, flap surgery, diseases of the temporomandibular joint, kinesiotaping, effectiveness of treatment.

ВВЕДЕНИЕ

Заболевания пародонта и височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) встречаются часто, плохо поддаются лечению [1, 2, 5]. Это связано с тем, что пациенты часто не соблюдают врачебных рекомендаций, а именно не выполняют весь комплекс мероприятий по индивидуальному уходу за зубами и полостью рта при хроническом генерализованном пародонтите (ХГП), а также не используют подбородочно-теменную повязку при патологии ВНЧС во время сна [7, 8, 10]. В последнее время, несмотря на хорошие результаты использования кинезиотейпирования в медицине, оно практически не применяется в стоматологической практике. В 2017 году на международной научно-практической конференции «Актуальные вопросы стоматологии» (Санкт-Петербург) нами был представлен первый опыт кинезиотейпирования в стоматологической артрологии. В медицине известны многочисленные положительные эффекты кинезиотейпирования: регуляция функции мышц посредством изменения их тонуса, уменьшение застойных процессов, отеков и гематом, улучшение проприорецепции (кинестезии), стабилизация суставов, уменьшение продолжительности миалгии и артралгии, предупреждение судорог, коррекция положения фасций, облегчение движений в суставах, увеличение выносливости мышц во время продолжительной нагрузки, изменение

натяжения кожи, лифтинг кожи (кожа «приподымается» над мышцами и связками), улучшение крово- и лимфообращения, ослабление болевых ощущений, уменьшение отека и сдавления тканей, увеличение амплитуды движений, психологический эффект, а именно — появление уверенности в выполнении движений. Это послужило причиной изучения эффективности применения кинезиотейпов в стоматологии.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучить эффективность кинезиотейпирования в пародонтологии и стоматологической артрологии.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Работа проведена в два этапа. На первом этапе было изучено применение кинезиотейпов в пародонтологии после хирургического лечения ХГП средней степени тяжести по методике В. И. Лукьяненко — А. А. Шторм на нижней челюсти. В первой контрольной группе пациентов (18 человек: 7 мужчин и 11 женщин в возрасте от 37 до 58 лет) комплексное лечение ХГП, включая хирургическое пособие, осуществляли по общепринятым принципам [3]. Во второй основной группе пациентов (22 человека: 9 мужчин и 13 женщин в возрасте от 37 до 59 лет) в первые трое суток после лоскутной операции дополнительно



Рис. 1. Методика использования кинезиотейпирования после операций в полости рта с учетом гемимикроциркуляции и лимфооттока

применяли кинезиотейпы с учетом регионарного кровообращения и лимфооттока (рис. 1).

Оценку эффективности применения кинезиотейпирования в пародонтологической практике осуществляли с использованием следующего предложенного нами способа. На основании жалоб и клинического обследования был предложен индексный способ оценки степени тяжести состояния пародонтологического больного в послеоперационном периоде, который учитывает следующие симптомы и их оценку в баллах.

Характеристика общего состояния пациента: удовлетворительное — 0, слабость — 1, недомогание — 5;

Отек: отсутствует — 0, выражен слабо — 1, выраженный — 5;

Боль: отсутствует — 0, умеренная — 1, интенсивная — 5;

Послеоперационная гематома околочелюстных мягких тканей: отсутствует — 0, умеренно выражена — 1, выраженная — 5;

Общая температурная реакция организма пациента: 36,0–36,9°C — 0 баллов, 37,0–37,6°C — 1 балл, 37,7°C и выше — 5 баллов.

После регистрации симптомов осуществляли подсчет суммы баллов и оценивали степень тяжести течения послеоперационного периода, исходя из суммы баллов: 0 — течение послеоперационного периода без осложнений; 1–4 балла — осложнения легкой степени тяжести; 5–9 баллов — осложнения средней степени тяжести; 10–25 баллов — тяжелые послеоперационные осложнения. Для определения целесообразности использования кинезиотейпирования для указанных целей в процентном выражении определяли эффективность лечения по следующей формуле: Эффективность (%) = $100 (A - B) / A$, где

A — сумма баллов при клинической оценке состояния пациента на первые сутки после операции; B — сумма баллов в другие сроки обследования пациента, которое было осуществлено на 1, 3 и 7 сутки после проведения лоскутной операции на нижней челюсти. На 1-е сутки в послеоперационном периоде эффективность лечения оценивалась в группах сравнения.

На втором этапе исследования изучена эффективность применения кинезиотейпирования в стоматологической артрологии. В третьей контрольной группе пациентов (19 человек: 17 мужчин и 2 женщины в возрасте от 19 до 27 лет) комплексное лечение болевой дисфункции ВНЧС осуществляли по общепринятым принципам, включая использование подбородочно-теменной повязки в ночное время [9, 6]. В четвертой основной группе пациентов (32 человека: 28 мужчин и 4 женщины в возрасте от 19 до 28 лет) в первые трое суток комплексного лечения болевой дисфункции ВНЧС без использования подбородочно-теменной повязки применяли на протяжении трех суток кинезиотейпы (рис. 2). Оценку эффективности применения кинезиотейпирования при патологии ВНЧС осуществляли с использованием ранее предложенного нами индексного способа оценки степени тяжести течения и эффективности лечения патологии ВНЧС [4]. Пациенты с болевой дисфункцией ВНЧС находились под динамическим наблюдением, а эффективность использования кинезиотейпов в стоматологической артрологии оценивали на 3 и 15 сутки от наложения кинезиотейпов.

Достоверность различий средних величин независимых выборок подвергали оценке при помощи параметрического критерия Стьюдента при нормальном законе распределения и непараметрического критерия Манна-Уитни при отклонении от нормального распределения показателей. Проверку на нормальность распределения оценивали при помощи критерия Шапиро-Уилкса. Для статистического сравнения долей с оценкой достоверности различий применяли критерий Пирсона χ^2 с учетом поправки Мантеля-Хэнзеля на правдоподобие. Во всех процедурах статистического анализа считали достигнутый уровень значимости (p), критический уровень значимости при этом был равным 0,05.

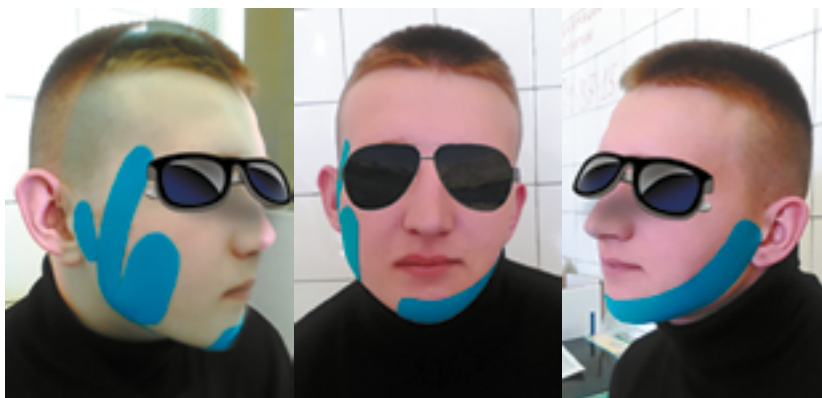


Рис. 2. Методика кинезиотейпирования при заболеваниях ВНЧС позволяет исключить применение подбородочно-теменной повязки во время сна

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Анализ использования кинезиотейпов в пародонтологии (рис. 3) показал, что выраженность клинической симптоматики в послеоперационном периоде на 1-е и 3-и сутки после лоскутной операции на нижней челюсти у пациентов составила в контрольной и основной группах, соответственно, 7,35 и 4,42 балла и 3,92 и 1,29 баллов, а на 7-е сутки исследования, соответственно, 1,62 и 0,73 балла (рис. 4). Это свидетельствует об эффективности использования кинезиотейпирования при хирургическом лечении ХГП, особенно на первые сутки исследования ($p \leq 0,01$). У пациентов основной группы были менее выражены отеки лица и болевой синдром, реже встречались послеоперационные гематомы околочелюстных мягких тканей, было лучше общее самочувствие.

На первые сутки исследования в послеоперационном периоде эффективность лечения во 2-й (основной) группе была выше на 46,67%, чем в 1-й (контрольной) группе пациентов (рис. 4). Оценка эффективности комплекса лечебно-профилактических мероприятий по представленной методике была проведена на 3 и 7 сутки исследования у пациентов 1-й (контрольной) и 2-й (основной) группы, которая показала, что использование кинезиотейпирования может существенно повысить эффективность комплекса проводимых лечебно-профилактических мероприятий при ХГП (рис. 5).

У пациентов, страдающих болевой дисфункцией ВНЧС, до лечения выраженность клинической симптоматики была, соответственно, 8,53 балла в контрольной 3-й группе исследования и 10,21 балла — в основной 4-й группе исследования (рис. 6). Комплексное лечение позволило существенно улучшить состояние пациентов на всем протяжении наблюдения за ними. Так, на 3 и 15 сутки исследования интенсивность выраженности клинической симптоматики патологии ВНЧС в 3-й и 4-й группах составила, соответственно 5,22 и 4,73 балла и 3,76 и 2,46 балла (рис. 6), что свидетельствует о выраженном клиническом эффекте у лиц, использовавших в комплексе лечебно-профилактических мероприятий кинезиотейпы ($p \leq 0,01$).

Использование кинезиотейпирования позволило улучшить результаты лечения болевой дисфункции ВНЧС, что подтверждено статистическими данными (рис. 7).



Рис. 3. Методика кинезиотейпирования после лоскутной операции на нижней челюсти

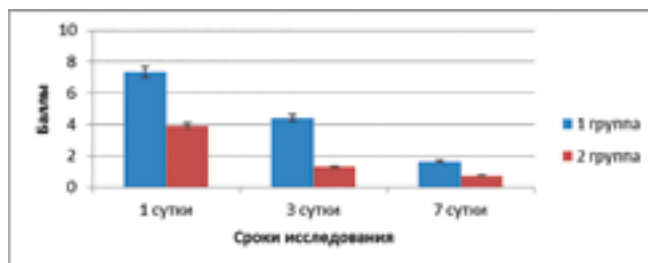


Рис. 4. Выраженность клинической симптоматики в послеоперационном периоде у пациентов с ХГП 1-й (контрольной) и 2-й (основной) групп на 1, 3 и 7 сутки (баллы)

Эффективность лечения патологии ВНЧС была достоверно выше у людей 4-й (основной) группы исследования ($p \leq 0,01$).

Следует отметить, что предложенные способы кинезиотейпирования при заболеваниях ВНЧС позволяют исключить применение подбородочно-теменной повязки во время сна, а их постоянному использованию, в том числе после хирургического лечения ХГП, способствует широкая цветовая гамма кинезиотейпов. У работающих людей целесообразно подбирать кинезиотейпы под цвет кожи лица, то есть «тонального» оттенка (рис. 8).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Результаты проведенного клинического исследования позволяют заключить, что применение кинезиотейпов эффективно в пародонтологической практике и клинике стоматологической артрологии. Следует подчеркнуть, что кинезиотейпы дают выраженный лечебный эффект в первые трое суток от момента их применения, что следует учитывать в клинической практике при использовании кинезиотейпирования. Затем необходима повторная консультация врача с целью решения вопроса о продолжении лечения с использованием кинезиотейпов. Таким образом, достижения в кинезиотейпировании, особенно за последние годы, сделало их применение в стоматологии надежным методом лечения и невероятно повлияло на общепринятую официальную стоматологию в целом, создав новый уровень заботы о пациенте и клинических решений, недоступных раньше. Особенно важен факт, что кинезиотейпирование становится надежным предсказуемым инструментом в арсенале стоматолога, челюстно-лицевого и пластического хирурга, меняет общепринятое планирование, презентацию и проведение комплексной стоматологической реабилитации. Сравнительная дешевизна и простота применения кинезиотейпов, а также хорошие клинические результаты их использования способствуют более широкому восприятию как врачами-стоматологами, так и потенциальными пациентами. На основании полученных результатов можно рекомендовать кинезиотейпирование к широкому использованию в стоматологической практике.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бабич В. В., Иорданишвили А. К., Рыжак Г. А. Реабилитационный потенциал организма у больных пожилого и старческого возраста с про-

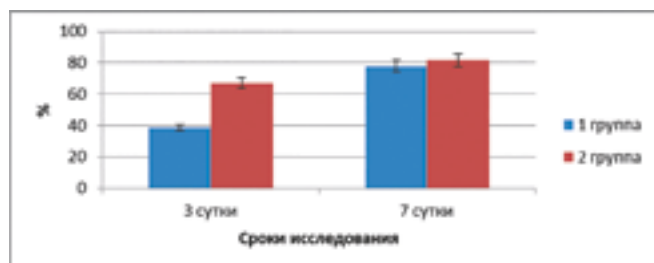


Рис. 5. Эффективность комплекса проводимых лечебно-профилактических мероприятий в послеоперационном периоде у пациентов с ХГП 1-й (контрольной) и 2-й (основной) групп на 3 и 7 сутки исследования (%)

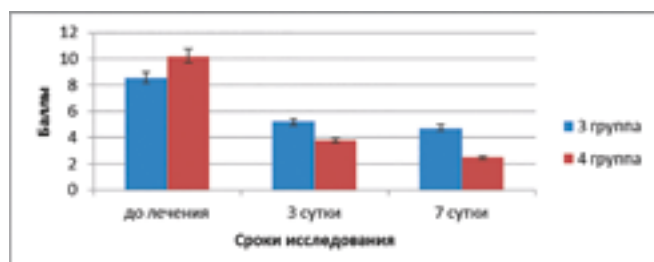


Рис. 6. Выраженность клинической симптоматики у пациентов с заболеваниями ВНЧС 3-й (контрольной) и 4-й (основной) групп на 1, 3 и 7 сутки (баллы)

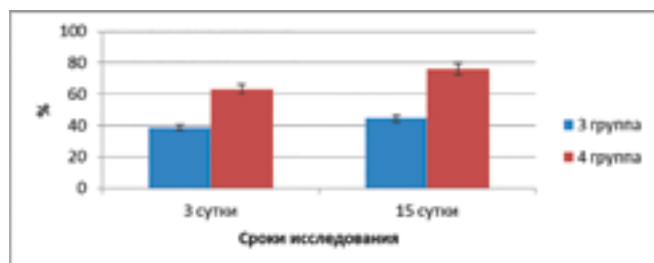


Рис. 7. Эффективность комплекса проводимых лечебно-профилактических мероприятий у пациентов с заболеваниями ВНЧС 3-й (контрольной) и 4-й (основной) групп на 3 и 15 сутки исследования (%)

явлениями болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава // Клиническая геронтология. 2014. №7-8. С. 35-37.

Babich V. V., Iordanishvili A. K., Ryzhak G. A. Reabilitacionnyj potencial organizma u bol'nyh pozhilogo i starcheskogo vozrasta s pojavlenijami bolevoj disfunkcii visочно-nizhnecheljustnogo sustava // Klinicheskaja gerontologija. 2014. №7-8. С. 35-37.

2. Иорданишвили А. К. и др. Стоматологическое здоровье нации и пути его сохранения // Пародонтология. 2015. №1 (74). С. 78-80.

Iordanishvili A. K. i dr. Stomatologicheskoe zdorov'e nacji i puti ego sohraneniya // Parodontologija. 2015. №1 (74). С. 78-80.

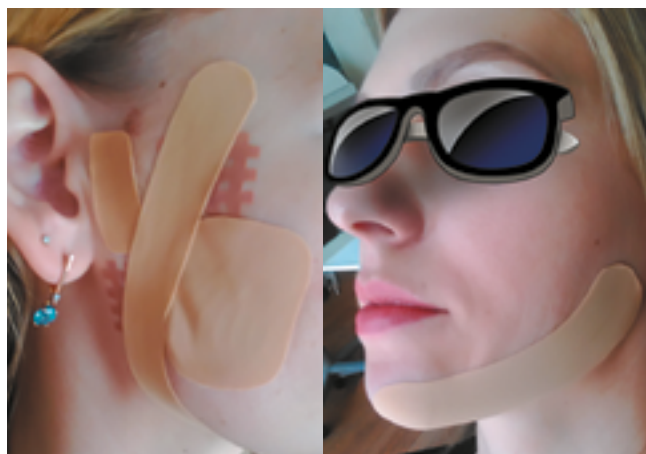


Рис. 8. Методика кинезиотейпирования при заболеваниях ВНЧС с использованием «тонального» кинезиотейпа

3. Иорданишвили А. К., Гук В. А. Особенности личностного реагирования на болезнь при патологии пародонта // Пародонтология. 2017. №1 (81). С. 32-36.

Iordanishvili A. K., Guk V. A. Osobennosti lichnostnogo reagirovaniya na bolezni pri patologii parodonta // Parodontologija. 2017. №1 (81). С. 32-36.

4. Иорданишвили А. К., Овчинников К. А., Солдатова Л. Н., Сериков А. А., Самсонов В. В. Оптимизация диагностики и оценки эффективности лечения заболеваний височно-нижнечелюстного сустава и жевательных мышц в стоматологической практике // Вестник Северо-западного государственного медицинского университета. 2015. Т. 7. №4. С. 31-37.

Iordanishvili A. K., Ovchinnikov K. A., Soldatova L. N., Serikov A. A., Samsonov V. V. Optimizacija diagnostiki i ocenki effektivnosti lechenija zabolovaniy visочно-nizhnecheljustnogo sustava i zhevatel'nyh myshc v stomatologicheskoi praktike // Vestnik Severo-zapadnogo gosudarstvennogo medicinskogo universiteta. 2015. Т. 7. №4. С. 31-37.

5. Иорданишвили А. К., Робустова Т. Г., Гук В. А., Соломатин Д. С. Анализ диагностических мероприятий при патологии пародонта в ведомственных лечебно-профилактических учреждениях на основании данных внутреннего контроля качества медицинской помощи // Пародонтология. 2018. №1. С. 45-48.

Iordanishvili A. K., Robustova T. G., Guk V. A., Solomatin D. S. Analiz diagnosticheskikh meroprijatij pri patologii parodonta v vedomstvennykh lechebno-profilakticheskikh uchrezhdenijah na osnovanii dannyh vnutrennego kontrolja kachestva medicinskoj pomoshhi // Parodontologija. 2018. №1. С. 45-48.

6. Иорданишвили А. К., Сериков А. А. О необходимости стандартизации подходов к лечению и реабилитации пациентов с патологией височно-нижнечелюстного сустава в учреждениях разной формы собственности // Медицинский вестник Северного Кавказа. 2018. №1. С. 59-62.

Iordanishvili A. K., Serikov A. A. O neobходимости standartizacii podhodov k lecheniju i reabilitacii pacientov s patologiej visочно-nizhnecheljustnogo sustava v uchrezhdenijah raznoj formy sobstvennosti // Medicinskij vestnik Severnogo Kavkaza. 2018. №1. С. 59-62.

7. Иорданишвили А. К., Сериков А. А. Стоматологическая артрология как междисциплинарная проблема: методологические аспекты диагностики заболеваний // Пародонтология. 2017. №1 (82). С. 20-51.

• Полный список литературы находится в редакции.

Поступила 10.05.2018

Координаты для связи с авторами:

191015, г. Санкт-Петербург, ул. Кирочная, д. 41

E-mail: mdgrey@bk.ru