



Рис. 3. Динамика показателей антител, выявленных в результате лечебно-профилактических мероприятий, у лиц с хроническим генерализованным пародонтитом, инфицированным вирусами семейства Herpesviridae (через 3 месяца), %. Статистически достоверные различия при уровне значимости  $p < 0,05$

Таким образом, полученные результаты указывают на наличие латентной вирусной

полиинфекции или реактивацию инфекционных агентов у иммунокомпроментированных пациентов. Возможно, эти процессы могли быть связаны с прогрессированием воспалительных процессов в пародонте. Лечение пациентов с ХГП, инфицированных вирусами семейства Herpesviridae, необходимо проводить комплексно с обязательным включением современных и традиционных противовирусных препаратов. После применения разработанной нами терапии пиробактериофагом, интерфероном и витамином Е отмечен более значимый эффект в лечении пациентов с легкой и средней степенью тяжести ХГП, ассоциированным с герпес-вирусной инфекцией.

#### Сведения об авторах статьи:

**Хисматуллина Фирдаус Рансовна** – к.м.н., доцент кафедры пропедевтики и физиотерапии стоматологических заболеваний ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450000, г. Уфа, ул. Ленина, 3.

**Булгакова Альбина Ирековна** – д.м.н., профессор, зав. кафедрой пропедевтики и физиотерапии стоматологических заболеваний ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450000, г. Уфа, ул. Ленина, 3.

**Валеев Ильдар Вакилевич** – к.м.н., доцент кафедры пропедевтики и физиотерапии стоматологических заболеваний ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450000, г. Уфа, ул. Ленина, 3.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Булгакова, А.И. Иммунологические аспекты пародонтита / А.И. Булгакова, Ю.А. Медведев, Г.Ш. Зубаирова. – Germany: LAP LAMBERT Academic Publishing, 2012. – 132 с.
2. Булгакова, А.И. Диагностика и методы лечения больных хроническим генерализованным пародонтитом, ассоциированным вирусами семейства Herpesviridae / А.И. Булгакова, Ф.Р. Хисматуллина. – Уфа: Изд-во ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России, 2012. – С. 8-26.
3. Булгакова, А.И. Оптимизация лечения больных хроническим генерализованным пародонтитом, инфицированных герпес-вирусом / А.И. Булгакова, Ф.Р. Хисматуллина. – Уфа: Изд-во «Здравоохранение Башкортостана», 2014. – 120 с.
4. Деева, Э.Г. Клиническая эффективность Амизона в терапии гриппа и других острых респираторных вирусных инфекций / Э.Г. Деева, Т.И. Мельникова, И.В. Амосова // Пульмонология. Результаты и достижения. – 2013. – №17. – С.740-41.
5. Долгих, Т.И. Иммунологическая характеристика впервые возникшей герпетической инфекции / Т.И. Долгих // Инфекционные болезни. – 2010. – № 8. – С.25-28.
6. Еленская, Ю.Р. Особенности общемедицинского и стоматологического статуса детей с герпетическим стоматитом / Ю.Р. Еленская // Охрана материнства и детства. – 2012. – Т.20, №2. – С.41-44.
7. Касымова, Е.Б. Инфекционный мононуклеоз у детей, ассоциированный с вирусами герпеса 4-го и 5-го типов / Е.Б. Касымова // Инфекционные болезни. – 2012. – Т.10, №3. – С.44-47.
8. Львов, Н.Д. Герпес-вирусы человека – системная, интегративная, лимфопролиферативная иммуноопатология / Н.Д. Львов // Российский медицинский журнал. – 2012. – № 22. – С.1133-1138.
9. Перламутров, Ю.Н. Новые возможности терапии сочетанной генитальной вирусной инфекции / Ю.Н. Перламутров // Лечащий врач. – 2012. – №10. – С.7-9.
10. Young, V.N. Should antiviral medications be considered preoperatively for microlaryngoscopy in patients with a history of recurrent herpes stomatitis? / V.N. Young, P. Krishna, C.A. Rosen // J Voice. – 2013. – Vol.27, №1. – P.115-108.
11. Zinc(II) complexes of constrained antiviral macrocycles/A.Ross [et al.]// Dalton Trans. – 2012. – Vol. 41. – P.6408-6018.

УДК 616.366:613.71

© Э.А. Исангулова, В.Т. Кайбышев, Р.Н. Кильдебекова, А.Л. Федотов, Г.М. Сахаутдинова, 2015

Э.А. Исангулова<sup>1</sup>, В.Т. Кайбышев<sup>2</sup>,  
Р.Н. Кильдебекова<sup>2</sup>, А.Л. Федотов<sup>2</sup>, Г.М. Сахаутдинова<sup>2</sup>  
**ЭФФЕКТИВНОСТЬ ФИЗИЧЕСКИХ НАГРУЗОК  
В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ЛИЦ С ФУНКЦИОНАЛЬНЫМ  
РАССТРОЙСТВОМ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ**  
<sup>1</sup>МБУЗ «Поликлиника № 49», г. Уфа  
<sup>2</sup>ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет»  
Минздрава России, г. Уфа

Результаты исследования 122 лиц молодого возраста с функциональными расстройствами желчного пузыря показали выраженные изменения моторно-эвакуаторной функции, психологического здоровья и вегетативного баланса. Изучение моторики желчного пузыря определило гипертонически-гиперкинетический тип у 74 (60,7%) и гипотонически-гипокинетический тип дискинезии желчного пузыря у 48 (39,3%) лиц. Применение индивидуально подобранной кинезитерапии в зависимости от тонууса желчного пузыря показало улучшение клинического состояния, общей адаптационной реакции и восстановление вегетативного баланса. Наиболее информативным показателем вариабельности сердечного ритма

является индекс напряжения (ИН), указывающий на степень управления сердечным ритмом. На фоне кинезитерапии ИН при гипертонически-гиперкинетическом типе дискинезии увеличился на 89,6%, а при гипотонически-гипокинетическом типе снизился на 63,9%, что свидетельствует о восстановлении вегетативной регуляции. В результате положительного влияния кинезитерапии на нервно-психическое состояние наблюдалось снижение уровня реактивной тревожности.

**Ключевые слова:** функциональное расстройство желчного пузыря, кинезитерапия, вегетативная регуляция.

E.A. Isangulova, V.T. Kaybishev, R.N. Kildebekova, A.L. Fedotov, G.M. Sakhautdinova  
**EFFECTIVENESS OF PHYSICAL EXERCISES IN COMPLEX THERAPY  
 OF PATIENTS WITH FUNCTIONAL DISORDERS OF THE GALLBLADDER**

Results of the research of vegetative system functional state in 122 young patients with biliary dyskinesia showed pronounced changes of motor-evacuation function and psychological health. Tests of retractive function of gallbladder discovered in 74 (60,7%) patients hypertonic-hyperkinetic type of dyskinesia and in 48 (39,3%) patients hypotonic-hypokinetic type. As a result of individual kinesiotherapy depending on bladder tonus, improvement of the clinical state, general adaptation and vegetative balance rehabilitation were observed. The most informative index of cardiac rhythm variability is the index of tension, which shows the level of management of cardiac rhythm. Against kinesiotherapy the tension index (TI) at hypertonic-hyperkinetic type of dyskinesia increased by 89,6% and in patients with hypotonic-hypokinetic type it decreased by 63,9%. We saw lowering of the reactive anxiety level that means vegetative regulation rehabilitation. Positive impact of kinesiotherapy on nervous and psychological state caused the decrease in reactive anxiety.

**Key words:** biliary dyskinesia, kinesiotherapy, vegetative regulation.

Заболевания желчевыводящих путей в настоящее время являются одной из самых распространенных патологий пищеварительной системы, выявляются более чем у половины взрослого населения и с каждым годом частота неуклонно увеличивается [1,2,4]. Изучение хронических заболеваний желчевыводящей системы имеет большое значение для углубления научно-теоретических представлений и оптимизации клинической практики врачей. За последние годы интерес к заболеваниям желчевыводящих путей значительно возрос, что обусловлено совершенствованием методов диагностики, снижением возрастного порога у пациентов и повышением частоты встречаемости сочетанных нарушений [3,8].

Хронические заболевания желчевыводящих путей сопровождаются функциональными расстройствами желчеобразования и желчевыделения. Дифференцированный выбор профилактических мероприятий при функциональных нарушениях билиарного тракта необходимо проводить с учетом основных клинических форм дискинезии желчного пузыря [5,6]. В последние годы при функциональных нарушениях желчного пузыря большое значение имеют немедикаментозные методы лечения, которые нуждаются в уточнении механизмов действия.

Цель исследования – изучить влияние кинезитерапии на психоэмоциональное и вегетативное состояние у лиц с функциональным расстройством желчного пузыря.

**Материал и методы**

Проведено комплексное обследование 122 пациентов молодого возраста с функциональным расстройством желчного пузыря, отобранных методом простой рандомизации. Средний возраст пациентов составил 25,1±1,25 года, мужчин 43 (35,3%), женщин 79 (64,7%). Диагноз функциональное рас-

стройство желчного пузыря верифицировался в соответствии с рекомендациями Римского консенсуса III (2006). Ультразвуковое исследование органов брюшной полости проводили на аппарате OLIMPUS (Япония) с оценкой формы, длины и толщины стенки желчного пузыря и определением моторной функции.

Состояние психологического здоровья оценивали по уровню тревожности по Спилбергеру – Ханину: низкий уровень до 30 баллов, умеренный 31 – 44 балла и высокий более 45 баллов [7].

Вегетативную регуляцию у обследуемых с функциональным расстройством желчного пузыря изучали на аппаратно-программном комплексе «Валента» (Россия) по временным показателям: мода (Mo), указывающая на доминирование синусового узла; амплитуда моды (AMo), отражающая меру мобилизирующего влияния симпатического отдела ВНС; индекс напряжения (ИН), указывающий на степень управления сердечным ритмом; вариационный размах (ВР).

У лиц с функциональным расстройством желчного пузыря в зависимости от нарушений моторной функции применяли кинезитерапию. При гипертонически-гиперкинетическом типе дискинезии желчного пузыря применяли физические упражнения седативного характера по щадящей методике двигательной терапии. На первых занятиях применяли малые физические нагрузки с последующим увеличением до средней интенсивности.

Кинезитерапия у пациентов с гипотонически-гипокинетическим типом дискинезии была направлена на восстановление способности желчного пузыря к полному сокращению. Применяли методы лечебной физкультуры тонизирующего типа, характеризующиеся большей нагрузкой и интенсивностью, способствующие повышению тонуса мускулатуры желче-

выводящих путей и усилению желчевыведения. Использовались разнообразные исходные положения, направленные на улучшение оттока желчи при сочетании с замедлением дыхательных движений на вдохе и выдохе.

Занятия проводились ежедневно в течение 25 минут под наблюдением инструктора ЛФК по разработанной нами индивидуальной методике. Длительность курса составила три недели.

Для оценки эффективности предложенной нами кинезитерапии пациенты с функциональным расстройством желчного пузыря были рандомизированы на две группы: основная ( $n=61$ ), пациентам этой группы, обследуемым на фоне медикаментозного лечения, дополнительно проводили индивидуально подобранную кинезитерапию и группа сравнения ( $n=61$ ), в этой группе кинезитерапию не проводили. Контрольную группу составили 25 практически здоровых лиц, сопоставимых по полу и возрасту.

Статистическую обработку производили с помощью программы Statistica 6.0. Средние значения исследуемых показателей представлены с их стандартными ошибками ( $M\pm m$ ). Достоверность различий средних значений показателей в группах оценивали с помощью критерия Стьюдента.

### Результаты и обсуждение

Анализ клинических данных у пациентов с функциональным расстройством желчного пузыря показал, что у 102 (83,6%) отмечались боли в правом подреберье различной интенсивности; у 105 (86,1%) – изменения психоэмоционального статуса; у 20 (16,4%) – расстройство стула. Диспепсические расстройства верхних отделов желудочно-кишечного тракта у 75 (61,5%) проявлялись в виде отрыжки, у 63 (51,6%) – тошноты и у 54 (44,3%) – горечи во рту.

При исследовании пациентов с функциональным расстройством желчного пузыря по данным ультразвукового исследования моторно-эвакуаторной функции желчного пузыря было показано, что гипертонически – гиперкинетический тип дискинезии был у 74 (60,7%), а гипотонически – гипокинетический тип – у 48 (39,3%) обследуемых. В контрольной группе установлен нормотонический тип желчного пузыря.

В результате комплексного лечения пациентов с функциональным расстройством желчного пузыря с применением индивидуально подобранного курса кинезитерапии была выявлена позитивная динамика. При гипертонически-гиперкинетическом типе дис-

кинезии боли в правом подреберье в основной группе уменьшились на 28,6%, а в группе сравнения на 17,9%; отрыжка на 32,1% и 25,1%; тошнота на 28,5% и 21,5%; горечь во рту на 21,4% и 17,8% соответственно. Рвота и расстройства стула после лечения в обеих группах не отмечались.

При гипотонически-гипокинетическом типе дискинезии боли в основной группе уменьшились на 42,6%, а в группе сравнения на 35,1%, отрыжка на 25,5% и 19,2%, тошнота на 19,1% и 14,1%, горечь во рту на 15,9% и 12,8%, после лечения рвота и расстройства стула не отмечались.

Оценка состояния вегетативного тонуса и общей адаптационной реакции организма по данным вариабельности сердечного ритма показала, что у больных с функциональным расстройством желчного пузыря с гипертонически-гиперкинетическим типом дискинезии преобладала ваготония, увеличены показатели  $M_0$  на 46,7% и  $BP$  на 83,3%, снижены показатели  $AM_0$  на 31,5% и индекса напряжения на 75,6% по сравнению с контрольной группой. У пациентов с гипотонически-гипокинетическим типом преобладала симпатикотония, которая выражалась в снижении показателя  $M_0$  и  $BP$  на 25,3% и 27,8%, увеличение  $AM_0$  на 59,9% и индекса напряжения на 198,4% по сравнению с группой контроля.

Динамика вариабельности сердечного ритма у больных с функциональным расстройством желчного пузыря на фоне применения кинезитерапии была более выраженной: так в основной группе при гипертонически-гиперкинетическом типе дискинезии показатель  $AM_0$  увеличился на 24,4%, а в группе сравнения на 14,5%;  $ИН$  на 89,6% и 53,8%;  $M_0$  уменьшился на 16,8 % и 10,9%;  $BP$  на 26,3% и 12,1% соответственно. При гипотонически-гипокинетическом типе дискинезии желчного пузыря показатели  $M_0$  и  $BP$  в основной группе увеличились на 24,6% и 58,3 %, а в группе сравнения на 7,1% и 15,4%; показатель  $AM_0$  уменьшился на 29,9% и 10,7%;  $ИН$  на 63,9% и 27,7% соответственно в сравнении с исходным уровнем. Представленные данные свидетельствуют, что кинезитерапия способствует более быстрому восстановлению вегетативного баланса (таблица).

Анализ психоэмоционального состояния пациентов с функциональным расстройством желчного пузыря показал высокий уровень личностной тревожности у 53 (43,6%) и составил  $49,6\pm 2,4$  балла; умеренный уровень у 52 (70,2%,  $42,3\pm 2,1$  балла) и низкий у 9 (12,2%,  $28,2\pm 1,4$  балла). Высокий уровень реактивной

тревожности был у 12 (16,2%) и составил 52,2±2,6 балла, умеренный у 51 (68,9%, 45,3±2,1 балла) и низкий у 11 (14,8%, 23,3±1,1 балла). На фоне проводимой кинезитерапии наблюдалась позитивная динамика психологи-

ческого состояния. Снизилось число лиц с высоким уровнем реактивной тревожности на 42,1% и с низким на 58,3%, а с умеренным уровнем увеличилось на 53,3%, что свидетельствует о снижении внутреннего напряжения.

Таблица  
Динамика вегетативного тонуса у пациентов с функциональным расстройством желчного пузыря на фоне кинезитерапии

Показатели	Контроль n=25	Типы дискинезий желчного пузыря							
		гипертонически-гиперкинетический (n=74)				гипотонически-гипокинетический (n=48)			
		Группы							
		сравнения (n=37)		основная (n=37)		сравнения (n=24)		основная (n=24)	
		до лечения	после лечения	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
Mo, с	0,75±0,01	1,10±0,05	0,98±0,05□*	1,07±0,05	0,89±0,04□*	0,56±0,03	0,60±0,03*	0,57±0,03	0,71±0,03□
AMo, %	35,2±1,76	24,1±1,2	27,6±1,3□*	25,8±1,3	32,1±1,6□*	56,3±2,8	50,3±2,5□*	56,1±2,9	39,3±2,4□
BP, с	0,18±0,01	0,33±0,01	0,29±0,01□*	0,38±0,02	0,30±0,01□*	0,13±0,06	0,15±0,01□*	0,12±0,06	0,19±0,01
ИН, усл.ед	129,6±6,5	31,6±1,7	48,6±2,24□*	31,7±1,6	60,1±2,9□*	386,7±21,9	279,4±16,3□*	402,7±19,0	145,6±7,1□

\* p < 0,05 в сравнении с контролем.

□ p < 0,05 в сравнении с исходным уровнем.

**Заключение.** Двигательная терапия как метод патогенетического воздействия является одной из важнейших средств восстановительного лечения пациентов с функциональными нарушениями желчного пузыря. Применяемая в течение трех недель индивидуально подобранная кинезитерапия в зависимости от типа дискинезии у лиц молодого возраста с функциональным расстройством желчного пузыря является эффективным методом реабилитации. Анализ вариабельности сердечно-

го ритма показал позитивную динамику, свидетельствующую о восстановлении вегетативного баланса на фоне кинезитерапии и в результате снижения уровня реактивной тревожности – улучшение психоэмоционального состояния. Результаты курсового применения индивидуально подобранной кинезитерапии у пациентов с функциональным расстройством желчного пузыря показали необходимость более широкого внедрения физического метода реабилитации на поликлиническом этапе.

#### Сведения об авторах статьи:

**Исангулова Эльза Артуровна** – аспирант кафедры мобилизационной подготовки здравоохранения и медицины катастроф ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450000, г. Уфа, ул. Ленина, 3. E-mail: Eyangirova@mail.ru.

**Кайбышев Вадим Тимирязнович** – д.м.н., профессор, зав. кафедрой мобилизационной подготовки здравоохранения и медицины катастроф ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450000, г. Уфа, ул. Ленина, 3.

**Кильдебекова Раушания Насгутдиновна** – д.м.н., профессор кафедры мобилизационной подготовки здравоохранения и медицины катастроф ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450000, г. Уфа, ул. Ленина, 3. Тел./факс: 8(347) 272-11-60. E-mail: Kildebekova49@mail.ru.

**Федотов Алексей Леонидович** – к.м.н., доцент кафедры мобилизационной подготовки здравоохранения и медицины катастроф, ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450008 г. Уфа, ул. Ленина, 3. Тел./факс: 8(347) 272-11-60.

**Сахаутдинова Гюльнар Муратовна** – д.м.н., профессор кафедры поликлинической терапии ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450008 г. Уфа, ул. Ленина, 3. Тел./факс: 8(347) 272-11-60.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Дударь, Л.В. Оценка моторно-эвакуационной функции желчного пузыря у лиц молодого возраста / Л.В. Дударь, Л.И. Гончаренко, Н.М. Назарко // Трудный пациент. – 2013. – №10. – С 48-50.
2. Иванов, В.Н. Возможные механизмы развития заболеваний желчевыводящих путей в условиях Забайкалья / В.Н. Иванов, Е.В. Лузина, Ю.В. Пархоменко // Клиническая медицина. – 2000. – № 4. – С. 34-36.
3. Ильченко, А.А. Болезни желчного пузыря и желчных путей: руководство для врачей. – 2-е изд. – М.: ООО «Издательство «МИА»», 2011. – 880 с.
4. Лоранская, И.Д. Билиарные дисфункции и их профилактика / И.Д. Лоранская, М.Л. Кукушкин, Н.А. Панина // Гастроэнтерология. – 2011. – №5. – С 48-52.
5. Пархотик, И.И. Физические упражнения в программе восстановительного лечения больных с дисфункцией билиарного тракта / И.И. Пархотик, Я.Н. Сельтов, В.В. Чорний // Педагогика, психология и медико-биологические проблемы физического воспитания и спорта. – 2011. – № 6. – С. 102-105.
6. Разумов, А.Н. Лечебно-профилактический потенциал природных и преформированных физических факторов в восстановлении резервов здоровья / А.Н. Разумов, О.И. Данилов // Медицинский вестник Башкортостана. – 2009. – Т. 4, №5. – С. 9-11
7. Ханин Ю. Л. Краткое руководство к шкале реактивной и личностной тревожности Ч. Д. Спилбергера. – Л., 1976. – 18 с.
8. Mosiienko Н.Р. Some features of functional gastroenterological diseases in young people // Likarska Sprava. – 2006. – № 4. – P. 37-41.