

ИЗМЕНЕНИЯ КЛЕТОЧНОГО СОСТАВА КРОВИ У БОЛЬНЫХ С БЕСПЛОДИЕМ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ГЕНЕЗА ПОСЛЕ МАНУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

Г.М. Воронцова, Г.А. Иваничев, В.В. Чернышев, О.В. Шаропова, Н.К. Ефимова

*Кафедра акушерства и гинекологии (зав. — проф. Г.М. Воронцова) медицинского института
Чувашского государственного университета, г. Чебоксары*

Женское бесплодие является одной из актуальных проблем современной гинекологии. По данным литературы [1—3, 13], основными причинами бесплодия в 35—74% случаев являются непроходимость маточных труб в разных отделах и спаечный процесс, развивающийся в 80% случаев после острых заболеваний придатков матки [5, 14].

При лечении женщин с воспалительными заболеваниями органов малого таза возникает много проблем: это недостаточная эффективность лекарственных средств терапии, их неблагоприятные побочные действия: быстрое привыкание, аллергические реакции, нарушение обмена веществ, отрицательные гепато-, рено- и ангиотропный, ulcerогенный и иммунодепрессорный эффекты [4]. Эти причины у больных с воспалительными заболеваниями половых органов часто приводят к хронизации процесса, бесплодию и болям в возрасте социальной и репродуктивной активности [16].

В связи с этим оправданы дальнейший поиск и активное внедрение в гинекологическую практику различных немедикаментозных методов лечения с целью достижения не только противовоспалительного и обезболивающего эффектов, но и стимуляции собственного иммунитета [10, 17], восстановления нарушенной репродуктивной функции и вторично возникающих расстройств нервной, эндокринной и других систем организма [6, 12].

Немедикаментозные методы терапии спаечных процессов, которые в настоящее время активно разрабатываются, при всей своей перспективности как “разумное ограничение фармакотерапии” [18] являются еще недостаточно изученными и дискуссионными [15], что в полной мере относится и к методам мануальной терапии в гинекологии.

В доступной литературе мы не встретили данных о лечении мануальными

методами хронического воспаления женских гениталий и бесплодия.

Целью настоящего исследования являлось изучение показателей периферической крови у женщин с трубно-перитонеальной формой бесплодия в динамике до лечения и после него мануальными методами.

Нами всесторонне обследована 41 женщина в возрасте от 19 до 38 лет (средний возраст — $26,13 \pm 3,57$ года). Поставлен диагноз: двусторонний хронический сальпингоофорит, стадия ремиссии; бесплодие. Основной жалобой женщин было отсутствие беременности на протяжении 3—15 лет. У 22 (53,7%) больных бесплодие было вторичным, у 16 (39%) — первичным. Боли тянущего характера внизу живота (чаще в левой подвздошной области) и в пояснице, как правило, усиливавшиеся при переохлаждении и после физической нагрузки, беспокоили 19 пациенток. 5 больных указывали на избыточные выделения серозно-гнойного характера, 8 — на болезненное половое сношение. У всех без исключения больных были жалобы астено-невротического характера: слабость, быстрая утомляемость, снижение работоспособности, нарушения сна и др.

Обращали на себя внимание крайне высокий индекс инфекционных заболеваний у этих больных как в детском возрасте, так и в настоящее время, наличие большой частоты хронических заболеваний дыхательных путей с частыми обострениями (в 95,1% случаев), заболеваний почек и мочевыводящих путей (в 29,2%). 4 женщины перенесли тонзиллэктомию, 12 — аппендэктомию в пубертатном периоде, 2 — страдали ревматизмом в детском возрасте. Таким образом, у этих женщин иммунодефицитное состояние возникло еще в детском возрасте.

Средний возраст наступления менархе составил $13,0 \pm 1,5$ года. Альгоменорея, как правило, в виде болезненности

в первые дни менструаций отмечена у 21,9% больных, гиперполименорея — у 7,3%. Олигоменорея со скудными по количеству менструальными выделениями не более 2—3 дней была у 24,3% больных, нерегулярные месячные с задержками до 2—3 недель с метроррагией — у 2. Остальные больные имели достаточно стабильный по продолжительности менструальный цикл с колебаниями в 2—3 дня. Проведенные тесты функциональной диагностики (измерение базальной температуры, подсчет кариопикнотического индекса, симптомы зрачка, кристаллизации и натяжения шейной слизи) свидетельствовали в основном об овуляторных циклах, лишь у 8 больных нами отмечена недостаточность лютеиновой фазы цикла и у 2 — монофазный цикл.

Из гинекологических заболеваний одна треть (29,2%) женщин перенесли ранее острые воспаления половых органов; у остальных имело место торпидное течение воспалительного процесса в безболевогой форме с переходом в рубцово-спаечный процесс. У 7 пациенток в прошлом были произведены гинекологические операции в связи с эктопической беременностью (у 4), кистой яичника (у 2), апоплексией яичника (у 1).

Рентгеноконтрастными, эндоскопическими и эхографическими методами исследования была установлена полная непроходимость маточных труб у 6 (14,6%) женщин, частичная — у 18 (43,9%). Ультразвуковая диагностика у всех пациенток показала признаки хронического воспаления придатков и спаечный процесс в малом тазу, у 7 из них мы наблюдали тубоовариальное образование, у 21 — увеличенные, кистозно измененные яичники.

В прошлом все больные безуспешно лечились по поводу бесплодия и хронического воспаления органов малого таза в течение 3—5 лет, а 6 женщин — на протяжении 6—12 лет, по 3—4 раза в год в амбулаторных и стационарных условиях медикаментозными средствами и методами физиотерапии, включая санаторно-курортное лечение.

В анамнезе у больных отсутствовали указания на тяжелый физический труд и неврологические поражения поясничного отдела позвоночника в виде формирующегося остеохондроза, травм, врожденной патологии двигательного аппарата, что подтверждалось ретро-

спективными и текущими рентгенографическими исследованиями.

При объективном обследовании у всех больных диагностированы дистрофические изменения подково-жировой клетчатки с формированием типичных гипералгетических зон в рефлекторных зонах матки и придатков (по Захарьину—Геду), чаще в пояснично-крестцовой области. У 38 больных определялись нарушения моторных структур поясничного отдела позвоночника в виде регионарно-локальных нижних перекрестных дискоординаторных синдромов, функциональных блокад позвоночно-двигательных сегментов, миогенных, связочных, фасциальных триггерных пунктов.

На клинической базе нашей кафедры все женщины прошли лечение по оригинальному методу, разработанному под руководством проф. Г.А. Иваничева и проф. Г.М. Воронцовой [7—9, 11]. В течение трех недель проводился курс интенсивного мануального воздействия на поясничный и крестцовый отделы позвоночника. После окончания лечения признаки нарушения функции позвоночника у всех больных практически отсутствовали. При гинекологическом обследовании нами диагностированы регресс спаечного процесса и лишь остаточные явления хронического воспаления придатков матки. После первого цикла лечения беременность возникла у 8 (19,5%) пациенток.

У всех больных были проконтролированы показатели периферической крови до лечения, в процессе и после окончания курса мануальной терапии.

Крайне интересными оказались результаты изменения состава белой крови. Общее количество лейкоцитов в процессе лечения несколько увеличилось, оставаясь в пределах нормы: с $(4,19 \pm 0,77)$ до $(4,91 \pm 0,80) \cdot 10^9/\text{л}$ ($P < 0,05$). Относительную лейкоцитопению в начале лечения у больных мы расценили как имеющую перераспределительный характер и подвергшуюся коррекции вследствие санации очага воспаления. Почти у всех больных (89,4%) мы обнаружили абсолютную лимфоцитопению: среднее количество этих клеток находилось на уровне $(1,5 \pm 0,3) \cdot 10^9/\text{л}$ при норме от $(1,8$ до $2,4) \cdot 10^9/\text{л}$. Это соответствует данным литературы и свидетельствует об угнетении специфического клеточного иммунитета у больных с хроническим

воспалением придатков матки [10, 17]. После окончания лечения результаты исследований показали нормализацию лимфоцитарного звена иммунной системы ($1,89 \pm 0,34$) $\cdot 10^9$ /л ($P < 0,05$). Кроме того, прослеживалась тенденция к нормализации макрофагального звена иммунитета. Изначально и это звено клеточного иммунитета находилось в состоянии угнетения: абсолютное число моноцитов крови увеличилось с ($2,01 \pm 1,25$) до ($2,79 \pm 1,23$) $\cdot 10^8$ /л ($P < 0,05$) при норме от ($3,6$ до $6,4$) $\cdot 10^8$ /л. Макрофаги и лимфоциты способны тормозить активность фибробластов [16], от деятельности которых зависит образование тазовых спаек.

Дополнительно мы обнаружили некоторое снижение абсолютного количества гранулоцитов, особенно числа палочкоядерных нейтрофилов с ($1,26 \pm 0,59$) до ($0,91 \pm 0,09$) $\cdot 10^8$ /л, вероятно, за счет механизмов перераспределения клеток крови. Наконец, мы наблюдали нормализацию скорости оседания эритроцитов с $14,7 \pm 6,7$ до $8,9 \pm 3,8$ мм/ч ($P < 0,01$), что объективно свидетельствовало о регрессе воспалительного процесса. Кроме того, достоверно увеличилось количество эритроцитов в периферической крови — в среднем с ($3,8 \pm 0,42$) до лечения до ($4,25 \pm 0,29$) $\cdot 10^{12}$ /л после него ($P < 0,05$) в основном, видимо, за счет стимуляции эритропоэза, так как насыщенность эритроцитов гемоглобином несколько уменьшилась; цветовой показатель снизился с $0,971 \pm 0,040$ до $0,921 \pm 0,031$ ($P < 0,05$). Мы отметили достоверные изменения показателя гематокрита с $38,4 \pm 2,5\%$ до $32,0 \pm 1,3\%$ ($P < 0,05$), что должно способствовать увеличению текучести крови, улучшению микроциркуляции и нормализации местного гомеостаза в очаге воспаления. Гемоглобин эритроцитов имел тенденцию к увеличению при низких показателях и к уменьшению при высоких значениях, приближаясь в среднем к 120 г/л.

Полученные данные позволяют нам сделать заключение о явной нормализации иммунного статуса организма и положительных результатах лечения больных с хроническими воспалениями гениталий и бесплодием предложенным нами способом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бесплодный брак./под ред. Пепперела Р. Дж. Пер. с англ. — М., 1983.
2. Бодяжина В.И. Хронические неспецифические заболевания женских половых органов. — М., 1978.
3. Бодяжина В.И., Стругацкий В.М.// Акуш. и гин. — 1984. — № 11. — С. 3—8.
4. Герасимович Г.И., Сафина М.Р.//Акуш. и гин. — 1996. — № 1. — С. 46—52.
5. Давыдов С.Н. Трубное бесплодие. — М., 1980.
6. Дубоссарская З.В. Патогенез, принципы лечения и медицинская реабилитация больных с воспалительными заболеваниями женских половых органов: Дисс. ... докт. мед. наук. — М., 1986.
7. Иваничев Г.А. Болезненные мышечные уплотнения. — Казань, 1990.
8. Иваничев Г.А., Есин Р.Г.// J. of Musculoskel. Pain. — 1995. — Vol. 3. — P. 61.
9. Иваничев Г.А. Мануальная терапия./ Руководство и атлас. — Казань, 1996.
10. Иванюта Л.И., Вовк И.Б., Чернышов В.П. и др.// Акуш. и гин. — 1992. — № 8—12. — С. 45—48.
11. Левит К. Мануальная медицина. — М., 1991.
12. Летуших А.А., Педдер В.В., Хилькевич Е.Г. Современные методы и технические средства лечения трубного бесплодия. — Омск, 1993.
13. Пшеничникова Т.Я., Сухих Г.Т.//Акуш. и гин. — 1994. — № 4. — С. 57—60.
14. Савельева Г.М., Антонова Л.В. Острые воспалительные заболевания внутренних половых органов женщин. — М., 1987.
15. Савельева Г.М., Антонова Л.В.// Акуш. и гин. — 1990. — № 1. — С. 71—75.
16. Сметник В.П., Тумилович Л.Г. Неоперативная гинекология. — СПб, 1995.
17. Стрижаков А.Н., Подзолкова Н.М., Ившина А.В.//Акуш. и гин. — 1994. — № 6—7. — С. 52—57.
18. Теплякова М.В., Родионченко А.А.// Акуш. и гин. — 1991. — № 7. — С. 71—75.

Поступила 27.03.97.

CHANGE OF PERIPHERIC BLOOD INDICES IN PATIENTS WITH INFLAMMATORY GENESIS STERILITY AFTER MANUAL THERAPY

G.M. Vorontsova, G.A. Ivanichev,
V.V. Chernyshov, O.V. Sharapova, K.K. Efimova

Summary

The original treatment of women with tuboperitoneal sterility in the presence of adhesive process in the small pelvis and abdominal cavity owing to chronic inflammatory diseases of genital organs is performed by manual therapy methods. The dynamic control of peripheric blood indices reliably showed the positive dynamics of the number of lymphocytes and monocytes. Pregnancy occurred in 19,5% of the patients.