

УДК 618.146-007.41+66.094.38:615.03 (575.2) (04)

**ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ  
ПРЕПАРАТОМ МИКРОГИДРИНА У ЖЕНЩИН  
С ЭКТОПИЕЙ ШЕЙКИ МАТКИ**

*Г.А. Субанова* – соискатель,  
*М.С. Мусуралиев* – докт. мед. наук, профессор

---

The Purpose of the studies was comparative estimation of efficiency of treatment by preparation microhydrin with traditional method of the treatment vagotil of women with disease ecotype neck of the uterus.

Заболевание шейки матки – одна из частых проблем, с которой приходится встречаться практикующему врачу. При этом более половины пациенток с патологией шейки матки никаких жалоб не предъявляют, что подчеркивает необходимость выявления и лечения этих заболеваний. Важное клиническое значение имеет область стыка многослойного плоского эпителия влагалищной части шейки матки и цилиндрического эпителия цервикального канала, так как именно в этой зоне чаще всего развиваются патологические процессы. Наиболее частым фоновым состоянием влагалищной части шейки матки является псевдоэрозия, или эктопия цилиндрического эпителия – до 40% всех патологических процессов в шейке матки [1]. В настоящее время получила признание гормональная теория происхождения эктопий, согласно которой цилиндрический эпителий появляется на влагалищной части шейки матки в результате гиперплазии резервных клеток в области стыка. В этих случаях ведущую роль в процессе дифференцировки резервных клеток в железистые структуры играет эстрадиол. Медикаментозное лечение подразумевает применение различных спринцеваний и аппликаций. При этом проводится химическая коагуляция патологических участков традиционным препаратом *ваготилом* (водный раствор полиметилена-крезол-

сульфоновой кислоты) и *солковагином* (раствор органических кислот и нитрата цинка в азотной кислоте). Однако часто эффективность этих препаратов недостаточна, а контакт агрессивных химических веществ с многослойным плоским эпителием может способствовать развитию дискератозов шейки матки [2]. В связи с таким нежелательным побочным действием многие исследователи занимаются разработкой новых эффективных средств для местного медикаментозного лечения. При этом особое внимание уделяется веществам, улучшающим регенерацию, в частности, микрогидрину.

Общеизвестна роль антиоксидантов в предотвращении повреждения жизненно важных тканей организма, вызванного окислительным действием свободных радикалов.

Микрогидрин – это богатый источник водорода. Многие из тех, кто пополняет свой рацион микрогидрином, сообщают, что у них возросли жизненные силы, т.е. сопротивляемость организма вообще. Значение микрогидрина для выработки энергии в организме человека объясняется в работах Патрик и Гейл Флагановых (1999). Эти авторы создали средство микрогидрин, обладающее сильным антиоксидантным свойством и рекомендуемое в качестве добавки. В его состав входит вещество – диоксид кремния, насыщенное водородом. Антиоксиданты –

это соединения с одним непрочно соединенным электроном, который легко отдается свободному радикалу, стабилизируя и нейтрализуя молекулы последнего, переводя их в устойчивое состояние. Кроме того, микрогидрин ускоряет и облегчает прохождение веществ через клеточную мембрану и выход токсических соединений из клетки, снижая поверхностное натяжение жидкостей [3]. Он уже нашел применение при язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки, а также гастритах [2].

Целью настоящей работы явилась сравнительная оценка результатов лечения женщин с эктопией шейки матки при использовании препарата антиоксиданта микрогидрина и применении химического коагулянта ваготила, на основании визуальных осмотров, кольпоскопических, цитологических и бактериоскопических исследований.

**Материал и методы исследования.** Под наблюдением находилось 185 женщин репродуктивного возраста (от 17 до 45 лет) с диагнозом гипертрофия зева шейки матки. Все они были обследованы в амбулаторных условиях. Диагноз заболевания установлен на основании данных визуального и кольпоскопического осмотра, а также цитологического и бактериоскопического исследования.

Результаты визуального осмотра: по локализации процесса у 56 (19,4%) из 185 женщин были выявлены эндоцервициты, у 149 (80,5%) поражение отмечалось на влагалищной части шейки матки.

Для оценки результатов визуального осмотра нами были приняты критерии по величине поражения: до 1 см, до 2, до 3, до 5 и более 5 см.

Для микробиологического и цитологического исследования забор материала на предметное стекло производился ложками Фольмана из заднего свода влагалища и цервикального канала.

Цитологические исследования осуществлялись по методу Папаниколау для выявления атипических клеток или исключения злокачественного процесса.

Из табл. 1 видно, что из 149 женщин с ГЗШМ у 87 (58,3%) пациенток поражение шейки матки составляло менее 3 см, у 46 (30,8%) – до 1 см. При этом не было установ-

лено зависимости от продолжительности заболевания. Простая кольпоскопия эктопии была представлена цилиндрическим эпителием, гроздевидным скоплением округлых или продолговатых сосочков ярко-красного цвета, что обусловлено просвечиванием кровеносных сосудов. Зона трансформации на фоне ярко-красной поверхности цилиндрического эпителия выделялась в виде нежных, бледно-сероватых язычков многослойного плоского эпителия, открытых и закрытых желез.

Таблица 1

Распределение женщин с эктопией шейки матки в зависимости от величины поражения

Размер поражения, см	Количество пациентов, абс.	Отн. %
До 1	46	30,8
До 3	87	58,3
До 5	14	9,3
Более 5	2	1,3
Всего	149	100

Во время визуального осмотра у пациенток с ГЗШМ брали мазки для последующего микроскопического исследования. В результате у 64 (29,2%) женщин из 185 были обнаружены специфические возбудители.

Таблица 2

Результаты микроскопических исследований у женщин с эктопией шейки матки

Микрофлора	Количество пациентов, абс.	Отн. %
Трихомонада	38	59,3
Гарднерелла	16	25
Кандида	10	15,6
Гонорея	2	3,1
Всего	64	100

Таким образом, микроскопические исследования показали, что по частоте обнаружения на первом месте стоят вагинальные трихомонады (59,3%). При сопоставлении размеров поражения шейки матки оказалось, что у 58,3% пациентов оно составило менее 3 см, у 9,3% женщин – до 5 см. Это свидетельствует

о том, что вагинальный трихомониаз по сравнению с остальными возбудителями, инициирует эктопию более больших размеров поражения.

Для определения эффективности лечения микрогидрином женщин с ГЗШМ отобрана 121 пациентка с диагнозом эктопия. Этот диагноз был установлен на основании визуальных и кольпоскопических исследований. Из 121 женщины 83 (68,5%) вошли в первую основную группу, получавшую лечение микрогидрином. Контрольную группу составили пациентки, получавшие ваготил (31,5%). Перед химиокоагуляцией вышеуказанными препаратами проводилась противовоспалительная терапия, включающая также антибиотики.

Пациентки основной группы получали микрогидрин в разведении 1:4 с изотоническим раствором натрия хлорида, в виде тампона, введенного во влагалище на пораженный участок. Экспозиция тампона была в пределах 24 ч с повторными курсами через 2 дня. Общий курс составлял до 7 раз, в среднем 4 раза.

Оценка результатов лечения показала, что уже через 2 недели в основной группе у 90,3% женщин произошла равномерная эпителизация на месте поражения шейки матки. Низкая эффективность микрогидрина у остальных пациенток была обусловлена большей площадью поражения, и, естественно, им проводилась

повторная терапия. Однако эффективность препарата ваготила в контрольной группе составила всего лишь 34,2%, у 47,3% наблюдалась неполная вялая эпителизация пораженных участков. При этом у 7 пациенток заживление не наступало.

Таким образом, эктопия шейки матки часто сопровождается воспалительным процессом, с появлением гнойных или серозно-гнойных выделений, что способствует дальнейшему развитию эктопии шейки матки, причем в большей степени возникновению данного патологического состояния способствует урогенитальный трихомониаз.

Применение микрогидрина в лечении эктопии шейки матки не только сокращает сроки терапии с полной эпителизацией пораженного участка, но и повышает местную реактивность организма, дает стойкое заживление без повторных рецидивов заболевания.

#### Литература

1. Сулопаров Л.А. Новейший справочник по гинекологии: Учеб. пособие для врачей и студентов. – М.: Медицина, 2004. – С. 197–203
2. Анкудинов С.А. Лечение микрогидрином // Сб. ст. науч.форума “Антиоксидантная терапия”. – 2002. – С. 11–13.
3. Флаганов Г.К. Микрогидрин – антиоксидант. – М., 1999. – С. 8–21.