

Винахід відноситься до галузі медицини, а саме до гінекології.

Актуальність предмету винаходу пов'язана зі значним поширенням в сучасних умовах серед жінок дітородного віку захворювання на хронічний урогенітальний хламідіоз (ХУГХ) та недостатньою ефективністю існуючих способів лікування даної патології, частим розвитком ускладнень зі сторони інших систем та органів від проведеного лікування (дисбактеріоз та алергічні реакції при проведенні повторних курсів антибіотикотерапії). Крім того, антибіотики тетрациклінового ряду, які найчастіше використовують при лікуванні жінок дітородного віку, хворих на ХУГХ, протипоказані при вагітності та лактації. Після завершення лікування ХУГХ антибіотиками тетрациклінового ряду у жінок дітородного віку, дуже часто виникають рецидиви ХУГХ.

Тому нашу увагу привернула можливість використання фітотерапії як засобу лікування жінок дітородного віку, хворих на ХУГХ. До переваг фітотерапії відноситься відсутність ускладнень, насамперед дисбактеріозу, суттєве зменшення ймовірності розвитку алергічних реакцій, можливість використання фітотерапії як самостійного способу лікування, так і додатково до антибактеріальної терапії.

У відомій науковій літературі описаний спосіб фітотерапії при запальних захворюваннях жіночих внутрішніх статевих органів, що включає прийом відвару або настою з фітозбору, що містить листя берези, листя кропиви дводомної та листя подорожника великого (Махов А.А. Зеленая аптека. - Красноярск: Красноярское кн. изд-во, 1986. -3-е изд. -С.298-299). Але при цьому спосіб фітотерапії не забезпечується імунomodуючий ефект, у той час, як патогенетичною основою тривалого збереження патологічного процесу при ХУГХ є наявність вторинного імунodefіциту. Тому цей спосіб недостатньо ефективний.

Відомий спосіб фітотерапії жінок дітородного віку, хворих на ХУГХ, шляхом призначення відвару з фітозбору, який містить у своєму складі листя берези, листя кропиви дводомної, листя подорожника великого, траву деревія звичайного, квітки нагідок лікарських та корінь ехінацеї пурпурової у співвідношенні 1:1:1:2:2:3 (Спосіб фітотерапії хронічного урогенітального хламідіозу у жінок. - МПК⁷ А61К35/78. - №2003032611. - Позитивне рішення на видачу деклараційного патенту України від 26.03.2003 "Вихідний №19573/а Український інститут промислової власності від 15.09.2003р.").

Цей спосіб фітотерапії жінок дітородного віку, хворих на ХУГХ, найбільш ефективний з існуючих і тому обраний нами в якості прототипу. До недоліків прототипу відноситься відсутність імунорегулюючої дії використаних лікарських рослин, у той час, як у більшості жінок, хворих на ХУГХ, відмічається наявність вторинних імунodefіцитних станів. У клінічному плані це проявляється у вигляді нерідких загострень ХУГХ у подальшому, після завершення курсу фітотерапії.

Задачею винаходу було підвищення ефективності існуючого способу фітотерапії жінок дітородного віку, хворих на ХУГХ, покращення імунологічних показників у хворих, скорочення терміну досягнення ремісії та зменшення ймовірності розвитку подальших загострень ХУГХ після завершення курсу фітотерапії.

Вказана задача досягається включенням до складу суміші лікарських рослин, з яких готують відвар для фітотерапії жінок дітородного віку, хворих на ХУГХ, додатково родіоли рожевої, тобто золотого кореню (*Rad. Rhodiolae rosea*). При використанні заявленого способу лікарські рослини беруться у такому співвідношенні за масою сухої сировини: листя берези - 1 частина, листя кропиви дводомної - 1 частина, листя подорожника великого - 1 частина, трава деревія звичайного - 2 частини, квітки нагідок лікарських - 2 частини, корінь ехінацеї пурпурової - 2 частини, корінь родіоли рожевої - 1 частина. 3 подрібнених сухих лікарських рослин готують фітозбір (*Species*), після чого - відвар за фармакопейними правилами.

Корінь родіоли рожевої (золотий корінь) - *Rad. Rhodiolae rosea* - містить ефірну олію, алкалоїди, органічні кислоти, глікозиди та інші речовини, які позитивно впливають на організм. Відвар кореню родіоли рожевої здійснює протизапальну, бактерицидну дію, суттєво стимулює імунітет та природну антиінфекційну резистентність.

Наша пропозиція щодо включення кореню родіоли рожевої до складу фітозбору при проведенні фітотерапії жінок дітородного віку, хворих на ХУГХ, базується на вперше встановленні нами в експериментальних умовах закономірності, яка потім була підтверджена в клініці, що додатково введення до складу фітозбору кореню родіоли рожевої обумовлює взаємопотенціювання позитивної дії включених до збору лікарських рослин, нормалізацію імунологічних показників, та поряд з цим пригнічує розмноження хламідій за рахунок стимуляції інтерфероногенезу і активації макрофагальної фагоцитуючої системи. Тому включення родіоли рожевої (золотого кореню) до складу фітозбору, з якого готують відвар, патогенетично обґрунтовано і корисно в клінічному плані.

Отже, включення до складу фітозбору вказаної композиції лікарських рослин сприяє відновленню імунологічного гомеостазу та обумовлює елімінацію хламідій із тканин організму, що в патогенетичному плані забезпечує гальмування подальшого розмноження збудника хламідіозу в організмі хворих жінок, а в клінічному плані сприяє досягненню стійкої та тривалої ремісії захворювання. Крім того, нами були встановлені оптимальні співвідношення між окремими складовими частинами пропонуемого фітозбору, що також входить до предмету винаходу.

Заявлений спосіб здійснюється таким чином: жінкам дітородного віку, хворим на ХУГХ, готують відвар із фітозбору за фармакопейними правилами (6:200), що містить у своєму складі листя берези, листя кропиви дводомної, листя подорожника великого, траву деревія звичайного, квітки нагідок лікарських, корінь ехінацеї пурпурової, корінь родіоли рожевої у співвідношенні 1:1:1:2:2:2:1. Даний відвар призначають усередину у теплом вигляді по 40-50мл 3 рази на добу за 20-30 хвилин до їжі протягом 20-30 днів поспіль. При необхідності курси фітотерапії здійснюють повторно з інтервалами 3-4 місяці між ними, тобто 3-4 рази протягом календарного року.

При розробці заявленого способу нами було обстежено дві групи жінок дітородного віку, хворих на ХУГХ, у яких після проведених декількох курсів лікування антибіотиками тетрациклінового ряду був наявний дисбактеріоз кишечника або алергічні реакції на лікарські препарати, що не дозволяло в подальшому проводити повторні курси лікування антибіотиками. Основну групу складало 45 жінок, які отримували фітотерапію відповідно до заявленого способу, а групу зіставлення - 43 жінки, які отримували фітотерапію згідно зі способом-прототипом. Усі жінки, що знаходилися під наглядом, були заміжні. Основна група та група зіставлення були рандомізовані за віком та тяжкістю клінічного перебігу ХУГХ. Діагноз ХУГХ був виставлений згідно даним анамнезу, результатам клінічного обстеження та обов'язково підтверджувався повторним виявленням у обстежених жінок специфічних антитіл до збудника хламідіозу методом ІФА в діагностично значимих титрах.

До початку проведення фітотерапії у всіх обстежених жінок відмічалось загострення ХУГХ, з приводу чого вони звернулися за медичною допомогою. Жінки дітородного віку, хворі на ХУГХ, при цьому скаржилися на біль

тупого, тягнучого характеру внизу живота, дизуричні розлади, загальну слабкість, нездужання, підвищену стомленість, зниження працездатності, наявність субфебрилітету, переважно у вечірній час. При гінекологічному обстеженні встановлена наявність набряку та гіперемії шийки матки, слизово-гнійних виділень із цервікального каналу. У більшості обстежених при мікроскопічному вивченні виділень із цервікального каналу в епітеліальних клітинах виявлені цитоплазматичні включення (тільця Провачека-Хальбершtedтера).

При динамічному клінічному обстеженні в ході проведення фітотерапії було встановлено, що використання заявленого способу фітотерапії жінок дітородного віку, хворих на ХУГХ, сприяє суттєвому прискоренню ліквідації клінічних симптомів захворювання та досягненню ремісії (таблиця 1).

Таблиця 1

Вплив заявленого та відомого способів фітотерапії жінок дітородного віку, хворих на ХУГХ ($M \pm m$)

Клінічні показники	Заявлений спосіб (n=45)	Відомий спосіб (n=43)	P
Тривалість збереження (дів):			
болю внизу живота	6,0±0,25	12,9±0,5	<0,01
дизуричних розладів	5,3±0,3	11,4±0,8	<0,01
загальної слабкості	5,5±0,3	10,9±0,8	<0,01
нездужання	5,7±0,2	11,6±0,9	<0,01
підвищеної стомленості	5,9±0,3	13,6±0,9	<0,01
субфебрилітету	5,4±0,3	12,5±0,8	<0,01
набряку та гіперемії шийки матки	9,6±0,3	16,9±0,9	<0,01
виділень із цервікального каналу	8,9±0,5	15,5±0,9	<0,05
Термін досягнення клінічної ремісії	10,0±0,4	17,5±0,9	<0,01
Середня тривалість ремісії (місяців)	10,8±0,3	5,9±0,2	<0,01

Дійсно, з таблиці 1 видно, що при використанні заявленого способу фітотерапії жінок дітородного віку, хворих на ХУГХ, тривалість збереження болю внизу живота у обстежених хворих скорочувалася в середньому на 6,0±0,2 доби відносно групи зіставлення ($P < 0,01$), дизуричних проявів - на 6,1±0,2 доби ($P < 0,01$), загальної слабкості - на 5,4±0,2 доби ($P < 0,01$), нездужання - на 5,9±0,2 доби ($P < 0,01$), підвищеної стомленості - на 7,7±0,25 доби ($P < 0,01$), субфебрилітету - на 7,1±0,2 доби ($P < 0,01$), що свідчить про прискорення ліквідації загальнотоксичних симптомів захворювання. При використанні заявленого способу також скорочувалася тривалість збереження набряку та гіперемії шийки матки - в середньому на 7,3±0,3 доби ($P < 0,01$), виділень із цервікального каналу - на 6,6±0,3 доби ($P < 0,01$). У цілому повноцінна клінічна ремісія захворювання у хворих основної групи, які лікувалися за допомогою заявленого способу була досягнута на 10,0±0,4 добу з початку проведення фітотерапії, у групі зіставлення - на 7,5 дів пізніше ($P < 0,01$).

За даними диспансерного нагляду було встановлено, що середня тривалість збереження клінічної ремісії у хворих основної групи, які отримували фітотерапію за допомогою заявленого способу, склала 10,8±0,3 місяці, тоді, як у групі зіставлення - 5,9±0,2 місяці, тобто на 5,9±0,2 місяці менше ($P < 0,01$).

Таким чином, використання заявленого способу фітотерапії жінок дітородного віку, хворих на ХУГХ, сприяє досягненню більш тривалої ремісії ХУГХ у жінок, ніж при використанні відомого способу-прототипу.

При проведенні імунологічного обстеження до початку фітотерапії було встановлено, що в обох групах жінок були однотипові зсуви імунологічних показників, які характеризувалися наявністю Т-лімфопенії, зниженням кількості Т-хелперів (CD4⁺) та імунорегуляторного індексу CD4/CD8, підвищення рівня циркулюючих імунних комплексів (ЦІК) у периферійній крові, зменшення показника реакції бласттрансформації лімфоцитів (РБТЛ) з ФГА, а також вмісту лізоциму та s IgA у цервікальному слизі (таблиця 2).

Таблиця 2

Вплив заявленого та відомого способів фітотерапії жінок дітородного віку, хворих на ХУГХ, на деякі імунологічні показники у жінок ($M \pm m$)

Імунологічні показники	Норма	Заявлений спосіб (n=45)	Відомий спосіб (n=43)	P
CD3 ⁺ , %	69,2±2,1	$\frac{48,6 \pm 1,5}{68,9 \pm 1,8}$	$\frac{48,9 \pm 1,5}{53,5 \pm 1,6}$	>0,1 <0,05
CD4 ⁺ , %	45,5±1,6	$\frac{29,3 \pm 1,3}{44,9 \pm 1,2}$	$\frac{29,6 \pm 1,2}{32,6 \pm 1,1}$	>0,1 <0,05
CD4/CD8	2,0±0,03	$\frac{1,33 \pm 0,03}{1,95 \pm 0,04}$	$\frac{1,34 \pm 0,03}{1,49 \pm 0,03}$	>0,1 <0,01
ЦІК, г/л	1,88±0,05	$\frac{3,05 \pm 0,11}{1,94 \pm 0,12}$	$\frac{2,99 \pm 0,12}{2,54 \pm 0,09}$	>0,1 <0,05
РБТЛ% з ФГА	65,5±2,2	$\frac{42,5 \pm 2,1}{64,3 \pm 2,0}$	$\frac{43,2 \pm 1,8}{49,8 \pm 1,2}$	>0,1 <0,05
Лізоцим цервікального слизу, мг/мл	2,6±0,1	$\frac{1,31 \pm 0,05}{2,57 \pm 0,05}$	$\frac{1,33 \pm 0,04}{1,85 \pm 0,05}$	>0,1 <0,01

S Ig A цервікального слизу, г/л	0,38±0,05	$\frac{0,12 \pm 0,02}{0,36 \pm 0,03}$	$\frac{0,13 \pm 0,02}{0,21 \pm 0,03}$	>0,05 <0,01
---------------------------------	-----------	---------------------------------------	---------------------------------------	-------------

Примітка: у чисельнику показники до початку проведення фітотерапії, у знаменнику - після її завершення; показник Р обчислено між показниками основної групи та групи зіставлення.

Повторне імунологічне обстеження після завершення курсу фітотерапії дозволило встановити, що в основній групі хворих на ХУГХ, яка отримувала фітотерапію відповідно до заявленого способу, відмічалася нормалізація імунологічних показників, а саме ліквідація Т-лімфопенії (підвищення кількості CD3+-клітин з $48,6 \pm 1,5\%$ до $68,9 \pm 1,8\%$), збільшення до норми кількості Т-хелперів (кількість CD4+-клітин підвищилася з $29,3 \pm 1,3\%$ до $44,9 \pm 1,2\%$), підвищення до норми імуnoreгуляторного індексу CD4/CD8 ($1,95 \pm 0,04$ при вихідному показнику $1,33 \pm 0,03$; $P < 0,01$). Концентрація ЦІК у сироватці крові хворих основної групи після завершення курсу фітотерапії знизилася до верхньої межі норми - $1,94 \pm 0,12$ г/л при вихідному значенні даного показника $3,05 \pm 0,11$ г/л ($P < 0,01$); показник РБТЛ збільшувався до нижньої межі норми - $64,3 \pm 2,1\%$ при вихідному значенні $42,5 \pm 2,1\%$ ($P < 0,01$).

Показово, що, крім показників системного імунітету під впливом заявленого способу фітотерапії жінок дітородного віку, хворих на ХУГХ, відмічалася також нормалізація місцевого імунітету слизової оболонки внутрішніх статевих органів обстежених жінок, про що свідчило збільшення концентрації лізоциму у цервікальному слизу в 2 рази відносно вихідних показників ($2,57 \pm 0,05$ мг/мл та $1,31 \pm 0,05$ мг/мл відповідно; $P < 0,01$) та s IgA в 2,8 рази ($0,36 \pm 0,03$ г/л та $0,12 \pm 0,02$ г/л відповідно; $P < 0,01$).

Отримані дані свідчать, що під впливом заявленого способу фітотерапії жінок дітородного віку, хворих на ХУГХ, крім досягнення стійкої та тривалої клінічної ремісії захворювання та зменшення частоти наступних рецидивів, відмічається нормалізація як системного, так і місцевого імунітету. Таким чином, при використанні заявленого способу фітотерапії досягається рішення задачі винаходу, а саме - удосконалення способу фітотерапії ХУГХ, скорочення терміну досягнення клінічної ремісії захворювання та збільшення її тривалості, зменшення частоти подальшого розвитку рецидивів хламідіозу та покращення імунологічних показників.

Фітотерапія згідно до заявленого способу дуже добре переноситься хворими, не викликає в них яких-небудь небажаних ефектів, у тому числі алергічних реакцій. Умовна ефективність заявленого способу склала біля 182 гривень на 1 хвору жінку. Жінки, хворі на ХУГХ охоче вживають відвар з лікарських рослин згідно з заявленим способом, який має приємний смак. Тому заявлений спосіб може бути рекомендований для поширеного використання в клінічній практиці.

Наводимо конкретні приклади використання заявленого способу.

Приклад 1

Хвора А., 30 років, інженер, хворіє на ХУГХ протягом останніх 4 років, неодноразово обстежувалася в умовах гінекологічного стаціонару. Отримувала повторні курси лікування антибіотиками тетрациклінового ряду. При гінекологічному обстеженні встановлений діагноз ендocerвіциту та двобічного сальпінгоофориту. Діагноз ХУГХ підтверджений виявленням специфічних антитіл до хламідій у діагностичних титрах за допомогою метода ІФА та бактеріоскопічно - знайденням цитоплазматичних включень у клітинах епітелію уретри (тільца Провачека-Хальбершtedтера).

Останнє загострення ХУГХ було 4 місяці тому, лікувалася в цей час у жіночій консультації за місцем проживання, однак при використанні антибіотикотерапії була відмічена алергічна реакція у вигляді алергічної токсикодермії. Тому антибіотики були відмінені, отримувала антигістамінні препарати, ентеросорбцію, після чого алергічні прояви ліквідувалися. У зв'язку з наявністю алергічної реакції на антибіотики було прийняте рішення подальше загострення ХУГХ у хворої А. лікувати за допомогою фітотерапії.

Виходячи з цього, при виникненні чергового загострення ХУГХ, хворій А. була призначена фітотерапія згідно із заявленим способом, а саме відвар із фітозбору (6:200), що містить у своєму складі листя берези, листя кропиви дводомної, листя подорожника великого, траву деревію звичайного, квітки нагідок лікарських, корінь ехінацеї пурпурової, корінь родіоли рожевої у співвідношенні 1:1:1:2:2:2:1. Даний відвар призначали усередину у теплом вигляді по 40мл 3 рази на добу за 20 хвилин до їжі протягом 20 діб поспіль.

До початку проведення курсу фітотерапії хвора скаржилася на помірну загальну слабкість, нездужання, підвищену стомленість, зниження працездатності, наявність болю внизу живота та дизуричних проявів, субфебрилітету у вечірній час. При гінекологічному обстеженні встановлено наявність набряку та гіперемії шийки матки, а також виділень із цервікального каналу слизово-гнійного характеру.

При вивченні показників імунітету до початку фітотерапії хворої А. встановлено наявність Т-лімфопенії (47% CD3+-лімфоцитів), дисбалансу субпопуляційного складу Т-лімфоцитів з переважним зниженням кількості Т-хелперів (29% CD4+-клітин) та імуnoreгуляторного індексу CD4/CD8 (1,35), підвищення концентрації ЦІК у сироватці крові (3,03г/л), зниження показника РБТЛ з ФГА (43%), а також концентрації лізоциму (1,32мг/мл) та s IgA (0,15г/л) у цервікальному слизу. Таким чином, отримані дані свідчили про наявність у хворої А. вторинного імунодефіцитного стану.

Під впливом проведеного курсу фітотерапії самопочуття та загальний стан хворої А. суттєво покращилися. Тривалість збереження болю внизу живота склала 5 діб, дизуричних розладів - 7 діб; загальна слабкість, нездужання та підвищена стомленість зникли на шосту добу проведення фітотерапії, субфебрилітет - на 5 добу. При гінекологічному обстеженні в динаміці встановлено, що виділення з цервікального каналу зникли на дев'яту добу з початку фітотерапії, набряк та гіперемія шийки матки - на десятую добу. У цілому клінічна ремісія захворювання була досягнута вже на 10-ту добу з початку проведення фітотерапії.

Повторне вивчення імунологічних показників після завершення курсу фітотерапії дозволило встановити чітко виражений позитивний вплив фітотерапії на стан імунітету у хворої А. Дійсно, в неї відмічено підвищення кількості CD3+-клітин (загальна популяція Т-лімфоцитів) до 61%, числа Т-хелперів (CD4+) - до 41%, імуnoreгуляторного індексу CD4/CD8 - до 1,82, показника РБТЛ, індукованої ФГА - до 62%, концентрації в цервікальному слизі лізоциму - до 2,5мг/мл, s IgA - до 0,27г/л. У той же час рівень ЦІК у сироватці крові знизився до 2,35г/л.

Для закріплення ефекту від проведеної фітотерапії та для більшого покращення показників імунітету здійснили 2 повторний курси фітотерапії з інтервалами 4 місяці між ними, тобто 3 рази протягом календарного року.

Після третього курсу фітотерапії відповідно до заявленого способу у хворої А. відмічена практично повна нормалізація вивчених імунологічних показників, а саме підвищення кількості CD3+-клітин (загальна популяція Т-лімфоцитів) до 68%, числа Т-хелперів (CD4+) - до 44%, імунорегуляторного індексу CD4/CD8 - до 2,0, тобто його повна нормалізація, показника РБТЛ, індукованої ФГА - до 64%, концентрації в цервікальному слизі лізоциму - до 2,65мг/мл, s IgA - до 0,37г/л. У той же час рівень ЦІК у сироватці крові знизився до 2,0г/л, тобто до верхньої межі норми. За даними диспансерного обстеження протягом 1 року, весь цей термін зберігалася стійка клінічна ХУГХ, рецидивів та загострень патологічного процесу не було.

Таким чином, отримані дані свідчать, що використання заявленого способу фітотерапії обумовило у хворої А. досягнення стійкої та тривалої клінічної ремісії захворювання, а в патогенетичному плані - нормалізацію імунологічних показників та відновлення імунологічного гомеостазу, що сприяло збереженню ремісії протягом 1 року (термін диспансерного нагляду).

Приклад 2

Хвора Н., 36 років, продавець, хворіє на ХУГХ протягом останніх 6 років, неодноразово лікувалася амбулаторно та в гінекологічному стаціонарі, загострення хламідіозу спостерігаються 3-4 рази на рік. Отримувала повторні тривалі курси антибіотиків тетрациклінового ряду, у зв'язку з чим відмічений розвиток дисбактеріозу кишечника III ст., кандидозу слизових оболонок ротоглотки та кишечника. Тому було прийняте рішення при черговому загостренні ХУГХ проводити лікування за допомогою фітотерапії.

Хвора скаржиться на тупий біль постійного ниючого характеру внизу живота, болючі менструації, періодично виникаючі різі при сечовипусканні, слабкість, нездужання, зниження працездатності, слизові виділення з піхви. Відмічає також субфебрилітет, підвищену стомленість. При гінекологічному обстеженні відмічено наявність гіперемії і набряку шийки матки та виділень слизового характеру із цервікального каналу. Встановлений клінічний діагноз загострення ХУГХ, хронічного ендочервіциту. Діагноз ХУГХ підтверджений за даними ІФА.

За даними імунологічного обстеження, до початку лікування у хворої відмічалися значні зсуви імунологічних показників, а саме Т-лімфопенія (47% CD3+-клітин), зниженням кількості циркулюючих Т-хелперів (28% CD4+-лімфоцитів) та імунорегуляторного індексу CD4/CD8 (1,33), показника РБТЛ (41%), концентрації лізоциму (1,27мг/мл) та s IgA (0,11г/л) у цервікальному слизу, підвищення рівня ЦІК (3,09г/л).

Хворій призначена фітотерапія за допомогою заявленого способу, а саме відвар із фітозбору (6:250), що містить у своєму складі листя берези, листя кропиви дводомної, листя подорожника великого, траву деревію звичайного, квітки нагідок лікарських, корінь ехінацеї пурпурової, корінь родіоли рожевої у співвідношенні 1:1:2:2:2:1. Даний відвар призначали усередину у теплом вигляді по 50мл 3 рази на добу за 30 хвилин до їжі протягом 30 днів поспіль.

Під впливом фітотерапії самопочуття та загальний стан хворої покращилися; на п'яту добу з початку проведення фітотерапії зникли дизуричні розлади та субфебрилітет, на шосту добу ліквідувався біль внизу живота, загальна слабкість, нездужання та підвищена стомленість. При повторному гінекологічному обстеженні встановлено, що набряк та гіперемія шийки матки ліквідувалися на десяту добу з початку проведення фітотерапії, виділення з цервікального каналу зникли на восьму добу фітотерапії. У цілому ремісія ХУГХ була досягнута на 10-ту добу фітотерапії.

При повторному вивченні вказаних імунологічних показників після завершення курсу фітотерапії була встановлена чітка позитивна динаміка, а саме ліквідація Т-лімфопенії, підвищення кількості Т-лімфоцитів (CD3+) до 61%, Т-хелперів (CD4+) - до 42%, імунорегуляторного індексу CD4/CD8 - до 1,79, показника РБТЛ - до 57%, концентрації в цервікальному слизі лізоциму - до 2,1мг/мл, s IgA - до 0,23г/л, зниження рівня ЦІК у сироватці крові до 2,33г/л.

Для закріплення ефекту від проведеного лікування та повної ліквідації проявів імунodefіциту хворій Н. здійснили повторні курси фітотерапії згідно до заявленого способу з інтервалами 3 місяці між ними, тобто 4 рази протягом календарного року.

Після повторних курсів фітотерапії відмічалася практично повна нормалізація імунологічних показників, що свідчило про ліквідацію імунodefіцитного стану. Ліквідувалася Т-лімфопенія, підвищилася кількість Т-лімфоцитів (CD3+) до 68%, Т-хелперів (CD4+) - до 45%. Імунорегуляторний індекс CD4/CD8 становив 2,0, показник РБТЛ 63%, концентрація в цервікальному слизі лізоциму - 2,57мг/мл, s IgA - 0,36г/л. Рівень ЦІК у сироватці крові знизився до 2,01г/л. За даними диспансерного обстеження тривалістю 1 рік після завершення курсу фітотерапії було встановлено, що протягом усього цього терміну загальний стан та самопочуття хворої зберігалися задовільними, ознак загострення ХУГХ не було.

Отже, отримані дані свідчать, що заявлений спосіб фітотерапії жінок дітородного віку, хворих на ХУГХ, має суттєві переваги відносно відомого способу-прототипу, оскільки він сприяє прискоренню досягнення клінічної ремісії захворювання та підвищенню її тривалості, скороченню частоти загострень і рецидивів хламідіозу, а в патогенетичному плані забезпечує нормалізацію імунологічних показників. Тому заявлений спосіб може бути рекомендований для впровадження в клінічну практику в умовах гінекологічних відділень та жіночих консультацій.