



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **60150** (13) **U**
(51) **МПК**
A61K 31/7105 (2006.01)
A61K 31/355 (2006.01)
A61K 31/375 (2006.01)

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ЖІНОК З РЕЦИДИВНОЮ ФОРМОЮ ГЕНІТАЛЬНОГО ГЕРПЕСУ

1

(21) u201014319
(22) 30.11.2010
(24) 10.06.2011
(46) 10.06.2011, Бюл.№ 11, 2011 р.
(72) ЧЕРКАСОВА ВІКТОРІЯ СЕРГІЇВНА, ФРОЛОВ
ВАЛЕРІЙ МИТРОФАНОВИЧ, АНДРОСОВ ЄВГЕН
ДМИТРОВИЧ
(73) ЧЕРКАСОВА ВІКТОРІЯ СЕРГІЇВНА, ФРОЛОВ
ВАЛЕРІЙ МИТРОФАНОВИЧ, АНДРОСОВ ЄВГЕН
ДМИТРОВИЧ

2

(57) 1. Спосіб медичної реабілітації жінок з рецидивною формою генітального герпесу, що включає введення полісорбу та аєвіту у середньотерапевтичних дозах, який **відрізняється** тим, що додатково вводять імуноактивний препарат нуклеїнат.
2. Спосіб за п. 1, який **відрізняється** тим, що нуклеїнат вводять всередину по 0,25 г (1 капсулі) 3-4 рази на день після вживання їжі протягом 2-3 тижнів поспіль.

Корисна модель належить до медицини, а саме – до інфекційних хвороб та гінекології.

Актуальність предмету корисної моделі пов'язана з тим, що в теперішній час генітальна герпес-вірусна інфекція (ГГВІ) - це одне із найбільш поширених захворювань вірусної етіології, що передається статевим шляхом. В сучасних умовах довкілля та життєдіяльності людини, значного поширення вторинних імунодефіцитних станів, частота ГГВІ набуває тенденції до росту, а саме захворювання - до рецидивного перебігу, особливо серед жінок репродуктивного віку. В той же час, лікування та медична реабілітація жінок з рецидивною формою генітального герпесу (РФГГ) на теперішній час залишаються ще не повністю вирішеною проблемою. Це пояснюється високою вірулентністю вірусу простого герпесу (ВПГ), його схильністю до тривалої персистенції, чисельним характером поразок і вираженням, а нерідко навіть і прогресуючим характером імунних порушень, які виникають в організмі хворих жінок саме під впливом персистуючого ВПГ. Метою терапії та медичної реабілітації хворих жінок із РФГГ на сучасному етапі вважають прискорення ліквідації клінічних проявів захворювання при черговому рецидиві хвороби, а також зменшення їхнього тривалого збереження та зниження частоти розвитку рецидивів герпесу в подальшому. Тому, особливе місце після проведеного лікування чергового рецидиву ГГВІ займає саме медична реабілітація жінок, хворих на РФГГ.

Існує спосіб медичної реабілітації жінок з РФГГ шляхом здійснення превентивної терапії противи-

русними препаратами (ацикловіром або його похідними), яку використовують тривалий час: від 4-6 місяців до 1-2 років і більше (Рациональная фармакотерапия в акушерстве и гинекологии: Руководство для врачей / Под ред. В.И. Кулакова, В.Н. Серова - М.: Литтерра, - 2006. - 1151 с). Однак, цей спосіб медичної реабілітації недостатньо ефективний, оскільки він не сприяє відновленню імунологічного та метаболічного гомеостазу, і тому у жінок з РФГГ зберігаються та навіть посилюються прояви вторинного імунодефіциту, що обумовлює високу імовірність розвитку рецидивів даного захворювання. Крім того, сама по собі тривала хіміотерапія сприяє подальшому погіршенню імунологічного статусу хворих жінок з РФГГ та негативно впливає на функціональний стан печінки у них.

Відомий також спосіб медичної реабілітації жінок з РФГГ шляхом вакцинотерапії протигерпетичною вакциною повторними курсами (на курс 10 ін'єкцій) з інтервалами між курсами 6 місяців, усього 4-6 курсів (Сметник В.П., Тумилович Л.Г. Неоперативная гинекология: Руководство для врачей. - М.: Медицинское информационное агентство. - 2002. - 591 с). Однак, цей спосіб також недостатньо ефективний, його суттєвим недоліком є те, що вакцинацію необхідно тривалий час проводити у вигляді ін'єкцій повторними курсами. Крім того, недостатньо вивчені властивості цієї вакцини в плані можливого розвитку аутоімунних реакцій. Поряд з цим даний спосіб не забезпечує нормалізації у хворих жінок показників метаболічного гомеостазу та антигенеспецифічного імунітету, зокрема стосовно зниження рівня середніх молекул

(19) **UA** (11) **60150** (13) **U**

(СМ) та циркулюючих імунних комплексів (ЦІК) у сироватці крові, що має суттєве негативне патогенетичне значення при формуванні в подальшому у жінок рецидивів ГГВІ.

Тому був запропонований спосіб медичної реабілітації жінок з РФГГ, при якому призначають ентеросорбенти (для зменшення виразності синдрому метаболічної інтоксикації (СМІ) та очищення кров'яного русла від токсичних речовин) та вітаміни з антиоксидантними властивостями у вигляді препарату аєвіту (з метою нормалізації показників метаболічного гомеостазу) повторними курсами (Основні принципи діагностики та лікування інфекцій, викликаних α -герпесвірусами I-IP типів (методичні рекомендації) / Під ред. Г.М. Дранніка.- Київ; Львів; Сімферополь, 2004. - 28 а). Даний спосіб найбільш ефективний з існуючих та тому обраний як прототип.

До недоліків відомого способу-прототипу відноситься те, що у частини жінок з РФГГ після проведеного курсу медичної реабілітації все ж таки виникають рецидиви герпесу на тлі збереження лабораторних ознак «метаболічної» інтоксикації та пригнічених показників антигенспецифічного імунітету.

Задачею корисної моделі було підвищення ефективності існуючого способу медичної реабілітації жінок з РФГГ та зменшення в подальшому ймовірності розвитку в них рецидивів герпесу.

Ця задача досягається шляхом додаткового введення при проведенні медичної реабілітації жінок з РФГГ імуноактивного препарату нуклеїнату, який сприяє прискоренню ліквідації проявів як інфекційної, так і «метаболічної» інтоксикації, а в клінічному плані - забезпечує досягнення тривалої та повноцінної ремісії захворювання.

Нуклеїнат є низькомолекулярною, високоочищеною дріжджовою рибонуклеїновою кислотою з молекулярною масою 7000 дальтон та з послідовністю 23-25 нуклеотидів. Препарат стимулює міграцію стовбурових клітин із кісткового мозку та збільшує утворення клітин імунологічної пам'яті. У людей з набутими імунodefіцитами різного походження нуклеїнат нормалізує рівні Т- і В-клітин при їх зниженому вмісті, їх функціональну активність, істотно стимулює продукцію Т-хелперів і Т-супресорів, усуває дисбаланс популяцій лімфоцитів, нормалізує вміст антигенреактивних клітин і сироваткових імуноглобулінів класів G, A, M, зменшує кількість нульових лімфоцитів, індукує вироблення ендogenous інтерферону. Нуклеїнат збільшує фагоцитарну активність перитонеальних фагоцитів і лейкоцитів, активує полі - та мононуклеари, посилює хемотаксис. Нуклеїнат володіє і протівірусним ефектом, тому що характеризується інтерферогенною активністю. Крім того, препарат володіє протизапальними властивостями, інгібує окисні процеси у клітинних мембранах, стабілізує мембрани клітин, оптимізує окисно-відновні процеси у тканинах та прискорює процеси регенерації (дивись, наприклад: Семидоцкая Ж.Д., Чернякова И.А., Бездетко Т.В. [и др.] Опыт применения нуклеината в лечении часто и длительно болеющих пациентов // Новости медицины и фармации. - 2007. - № 16 (222)).

Наша пропозиція щодо додаткового включення нуклеїнату до комплексу засобів медичної реабілітації жінок з РФГГ базується на вперше встановленій нами в експериментальних умовах та в подальшому підтвердженій в клініці закономірності, яка полягає в сумачі та навіть взаємному потенціюванні позитивних механізмів фармакологічної дії ентеросорбентів, зокрема полісорбу, вітамінів з антиоксидантними властивостями (А та Є) у вигляді препарату аєвіту та нуклеїнату при їх спільному введенні в плані нормалізації показників як імунологічного, так і метаболічного гомеостазу, що сприяє суттєвому підвищенню в організмі рівня факторів природної антиінфекційної резистентності та антиген-неспецифічного імунітету, а також запобігає активації ВПГ у жінок з РФГГ, а в клінічному плані сприяє досягненню тривалої повноцінної ремісії захворювання та попередженню розвитку в подальшому рецидивів герпесу.

Заявлений спосіб здійснюється таким чином. Жінкам з РФГГ після проведення лікування з приводу чергового рецидиву герпесу та досягнення клінічної ремісії захворювання на тлі нестійкої лабораторної ремісії призначається курс медичної реабілітації, який включає введення ентеросорбенту - полісорбу в середньотерапевтичних дозах (по 200 мл 1-2 % розчину 3 рази на добу) протягом 10-15 днів поспіль, аєвіту всередину по 1 капсулі (0,2 г) 3 рази на добу (середньотерапевтична доза) протягом 20-30 днів поспіль та додатково нуклеїнату усередину по 0,25 г (1 капсулі) 3-4 рази на день після вживання їжі протягом 2-3 тижнів поспіль.

При необхідності курси медичної реабілітації у жінок з РФГГ відповідно до заявленого способу можуть повторюватися 2-3 рази на рік: в залежності від пори року - навесні та восени або при негативних змінах імунологічних та (або) біохімічних лабораторних показників у жінок, які знаходяться під диспансерним наглядом. Наш клінічний досвід показує, що в більшості випадків досягнутий імунорегулюючий ефект при використанні у відповідності до заявленого способу комбінації полісорбу, аєвіту та нуклеїнату зберігається, в більшості випадків, протягом 5-6 місяців, і тому достатньо проведення 1-2 курсів медичної реабілітації протягом 1 календарного року диспансерного нагляду.

При розробці заявленого способу медичної реабілітації жінок з РФГГ авторами корисної моделі було обстежено 2 групи жінок віком від 18 до 35 років з даною патологією, з яких основна група включала 40 жінок та група зіставлення - 39 жінок. Обидві групи були рандомізовані за віком хворих, тривалістю захворювання, його важкістю та частотою рецидивів протягом останнього календарного року. Діагноз РФГГ виставлявся згідно з даними анамнезу, результатами клінічного обстеження та був обов'язково підтверджений методом полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР) та даними імуноферментного аналізу (ІФА). Основна група жінок з РФГГ отримувала медичну реабілітацію за допомогою заявленого способу (із додатковим введенням нуклеїнату), а група зіставлення - з використанням відомого способу-прототипу (без нуклеїнату).

У всіх обстежених хворих жінок з РФГГ, які підлягали проведенню медичної реабілітації, в обох групах вивчали динаміку клінічних та деяких лабораторних показників у міжрецидивному періоді захворювання, переважно у фазі нестійкої клінічної ремісії або помірного загострення ГГВІ. При гінекологічному обстеженні, до початку проведення медичної реабілітації, в обох групах відмічалася однотипова місцева клінічна симптоматика, а саме – слизові або слизово-серозні рясні виділення з піхви, прояви цервіциту – набряк та гіперемія шийки матки, наявність ерозій шийки матки запального характеру.

В результаті проведених клінічних спостережень було встановлено, що використання заявленого способу медичної реабілітації жінок з РФГГ забезпечує нормалізацію клінічного стану хворих

жінок та скорочення числа та тривалості перебігу рецидивів захворювання у порівнянні з хворими жінками групи зіставлення. Дійсно, при гінекологічному обстеженні було встановлено, що у жінок з РФГГ, яким проводилися медична реабілітація згідно до заявленого способу, прояви цервіциту зникали в середньому на $7,9 \pm 0,1$ доби раніше ($P < 0,05$) та нормалізація вагінальної секреції відбувалася на $5,3 \pm 0,2$ доби раніше ($P < 0,05$). Покращення кольпоскопічної картини, при ерозіях шийки матки запальної етіології, на момент закінчення курсу медичної реабілітації мали 17 (42,5 %) пацієнток основної групи, тоді як в групі зіставлення позитивна кольпоскопічна динаміка відмічена лише у 2 жінок (5,1 %), тобто в 8,5 разів рідше ($P < 0,05$) (табл. 1).

Таблиця 1

Вплив заявленого та відомого способів медичної реабілітації жінок з РФГГ на клінічні показники ($M \pm m$)

	Групи	хворих	Р
Клінічні показники	основна (n=40)	зіставлення (n=39)	
тривалість збереження (діб)			
рясних вагінальних виділень	5,3±0,2	10,6±0,3	<0,05
проявів цервіциту	6,9±0,3	14,8±0,4	<0,05
кількість жінок, що мала покращення кольпоскопічної картини на момент закінчення реабілітації (абс. і %)	<div>17</div> <div>42,5 ± 2,5 %</div>	<div>2</div> <div>5,1 ± 0,9 %</div>	<0,05
кількість жінок з досягнутою ремісією, яка зберігалася протягом 6 міс. Диспансерного спостереження (абс. і %)	<div>38</div> <div>90,0 ± 4,8 %</div>	<div>19</div> <div>48,7 ± 2,7 %</div>	<0,05
кількість жінок з ремісією, яка зберігалася протягом 1 року диспансеризації (абс. і %)	<div>31</div> <div>77,5 ± 4,3 %</div>	<div>15</div> <div>38,5 ± 3,9 %</div>	<0,05
середня тривалість перебігу чергового рецидиву геніального герпесу (діб)	4,2±0,1	7,6±0,3	<0,05

В групі жінок з РФГГ, які отримували медичну реабілітацію згідно до заявленого способу, протягом перших 6 місяців диспансерного спостереження відмічалася стійка клінічна ремісія у 38 хворих жінок цієї групи (90,0 %), тоді як серед хворих групи зіставлення лише у 19 (48,7 %) обстежених, тобто в 1,85 рази менше ($P < 0,05$). При терміні диспансерного спостереження протягом 1 року в групі хворих жінок з РФГГ, яким проводилася медична реабілітація згідно до заявленого способу, було 9 (22,5 %) випадків рецидиву геніального герпесу, а в групі зіставлення - 24 (61,5 %), тобто в 2,7 рази більше ($P < 0,05$). Показово, що у жінок групи зіставлення при виникненні рецидивів їхня тяжкість та тривалість перебігу були в більшості випадків такими ж самими, що й до проведення заходів медичної реабілітації, тоді як у жінок основної групи тривалість перебігу рецидиву геніального герпесу, якщо він виникав, та тяжкість клінічної симптоматики були значно меншими. Так, наприклад, середня тривалість перебігу рецидиву герпесу та період реепіталізації уражених ділянок у жінок основної групи при черговому рецидиві герпесу складала усього $4,2 \pm 0,1$ доби, тоді як у групи зіставлення - $7,6 \pm 0,3$ доби ($P < 0,05$), тобто регрес клінічної симптоматики у хворих основної групи

відбувався в середньому на $3,4 \pm 0,2$ доби скоріше, тобто в 1,8 рази ($P < 0,05$).

Таким чином, отримані нами дані підтверджують ефективність заявленого способу медичної реабілітації жінок з РФГГ та перспективність його використання в клінічній практиці.

Було також вивчено позитивний вплив нуклеїнату на динаміку деяких імунологічних та біохімічних показників при проведенні медичної реабілітації жінок з РФГГ. До початку медичної реабілітації в обох групах були однотипові зсуви імунологічних та біохімічних показників, які характеризувалися Т-лімфопенією (зниженням загальної кількості CD3+ лімфоцитів), зменшенням числа CD4+ клітин, зниженням коефіцієнту CD4/CD8 та підвищенням рівня СМ у сироватці крові, що було ознакою «метаболічної» інтоксикації (табл. 2).

Поряд з позитивним впливом нуклеїнату на клінічні показники, у пацієнток основної групи відмічена чітко виражена позитивна динаміка проаналізованих імунологічних та біохімічних показників. При цьому відмічалася ліквідація Т-лімфопенії (мало місце зростання числа клітин з фенотипом CD3+ від $55,1 \pm 2,0$ % до $68,8 \pm 1,3$ %; $P < 0,05$), збільшення кількості CD4+ лімфоцитів при вихідному зниженому їх рівні, в результаті чого імунорегуляторний індекс CD4/CD8 повністю нормалізувався у

33 (82,5 %) жінок основної групи, тоді як в групі зіставлення - лише у 21 (53,8 %). В основній групі відмічена чітка тенденція до зниження концентрації СМ у сироватці крові (в середньому в 1,6 рази) з нормалізацією даного показника ($P < 0,05$), що вказувало на ліквідацію синдрому «ендогенної»

(«метаболічної») інтоксикації. Отже, встановлено позитивний вплив заявленого способу медичної реабілітації жінок з РФГГ на проаналізовані імунологічні показники та рівень СМ у сироватці крові, що свідчить про патогенетичну обґрунтованість заявленого способу медичної реабілітації.

Таблиця 2

Вплив заявленого та відомого (прототип) способів медичної реабілітації жінок з РФГГ на деякі імунологічні та біохімічні показники ($M \pm m$)

Показник	Основна група, n=40		Група зіставлення, n=39		P
	до реабілітації	після реабілітації	до реабілітації	після реабілітації	
CD3+, %	55,1 \pm 2,0	68,8 \pm 1,3*	55,2 \pm 1,8	61,1 \pm 1,1	<0,05
норма	(69,6 \pm 1,6)%				
CD4+, %	35,4 \pm 1,2	44,8 \pm 1,4*	35,8 \pm 1,1	38,6 \pm 0,4	<0,05
норма	(45,5 \pm 1,2)%				
CD8+, %	20,9 \pm 0,5	22,3 \pm 0,7	20,6 \pm 0,7	21,7 \pm 0,5	>0,05
норма	(22,8 \pm 0,3) %				
CD4/CD8	1,69 \pm 0,02	2,01 \pm 0,03*	1,74 \pm 0,02	1,79 \pm 0,01	<0,05
норма	(2,0 \pm 0,05) %				
СМ, г/л	0,83 \pm 0,05	0,52 \pm 0,03*	0,84 \pm 0,07	0,69 \pm 0,02*	<0,05
норма	(0,52 \pm 0,02) г/л				

Примітка: * - достовірність між показником до і після медичної реабілітації в кожній групі при $P < 0,05$; P - достовірність розбіжностей між показниками після медичної реабілітації в основній і групі зіставлення.

У групі зіставлення, яка отримувала медичну реабілітацію відповідно до відомого способу-прототипу, позитивна динаміка вивчених показників була суттєво меншою. Тому у більшості хворих жінок з РФГГ у цій групі зберігалася Т-лімфопенія, зниження кількості циркулюючих Т-хелперів (CD4+) та імунорегуляторного індексу CD4/CD8, що в подальшому нерідко корелювало з розвитком рецидивів генітального герпесу. Концентрація СМ в сироватці крові жінок групи зіставлення також залишалася вірогідно підвищеною, що вказувало на збереження метаболічних порушень.

Наводимо конкретні приклади використання заявленого способу.

Приклад 1.

Хвора А., 30 років, домогосподарка. Страждає на РФГГ протягом останніх 3 років, лікувалась, як правило, самостійно. Рецидиви захворювання виникають 3-4 рази на рік. Останній рецидив ГГВІ був місяць тому, тривав 7 днів, перебігав з характерною герпетичною висипкою на зовнішніх статевих органах, лікувалась за допомогою ацикловіру. На момент огляду А. непокоїли рясні виділення з піхви. При проведенні обстеження в дзеркалах встановлено набряклість піхвової частини шийки матки, гіперемію навколо зовнішнього маточного зіву, рясні слизові виділення. Методом ІФА у сироватці крові хворої були виявленні антитіла класу М та G до ВПГ у діагностично значимих титрах і підтверджений діагноз ГГВІ. Встановлено діагноз: «Рецидивна форма генітального герпесу, фаза нестійкої клінічної ремісії. Ендоцервіцит».

Дані лабораторного обстеження хворої А. до початку проведення курсу медичної реабілітації: CD3+ - 56 %, CD4+ - 35 %, CD8+ - 21 %, CD4/CD8 -

1,66, СМ - 0,82 г/л. Отже, виявлені зсуви з боку імунологічних показників полягали у помірній Т-лімфопенії, дисбалансі основних регуляторних субпопуляцій у бік переважного зменшення рівня Т-хелперів/індукторів (CD4+), що вказувало на наявність вторинного імунодефіцитного стану за відносним супресорним варіантом. Виявлено також підвищений рівень «середніх молекул» у сироватці крові, що вказувало на наявність синдрому «ендогенної» інтоксикації.

Оскільки РГГВІ знаходилася у фазі нестійкої клінічної ремісії та зберігалися прояви імунодефіциту, що свідчило про високу ступінь імовірності розвитку рецидиву генітального герпесу, хворій А. була призначена медична реабілітація згідно до заявленого способу, а саме – призначено полісорб по 200 мл 1 % розчину 3 рази на добу всередину протягом 10 діб поспіль, асвіт всередину по 1 капсулі (0,2 г) 3 рази на добу протягом 20 діб поспіль та додатково нуклеїнат усередину по 0,25 г (1 капсулі) 3 рази на день після вживання їжі протягом 2 тижнів поспіль.

На тлі проведення медичної реабілітації А. відмітила вже на 4 добу значне зменшення кількості вагінальних виділень, повна нормалізація вагінальної секреції відбулася на 8 добу медичної реабілітації. Повторний гінекологічний огляд через два тижня показав зникнення проявів ендокервіциту (набряку та гіперемії шийки матки).

Після завершення курсу медичної реабілітації встановлено відновлення імунологічних показників та зниження рівня СМ у сироватці крові: CD3+ - 68 %, CD4+ - 45,0 %, CD8+ - 22 %, CD4/CD8 - 2,05, СМ - 0,49 г/л.

Диспансерний нагляд протягом 1 календарного року після проведеного курсу медичної реабілітації дозволив встановити задовільний стан та самопочуття хворої А., скарг з боку сечостатевої системи не було, рецидиву генітального герпесу за цей період не відмічено.

Приклад 2

Хвора П., 25 років, студентка. Хворіє на РФГГ протягом останніх 2-х років. Рецидиви генітального герпесу, з характерною герпетичною висипкою на слизовій оболонці великих статевих губ, виникають тільки восени та навесні, причому збігаються з періодами менструації. Лікувалася за допомогою ацикловіру у супресивному варіанті терапії, але стійкого ефекту від лікування не отримала. Звернулася до жіночої консультації на початку вересня з метою можливого профілактичного лікування. Скарги на момент звернення були на помірні виділення з піхви. При гінекологічному огляді встановлено наявність ерозії на передній губі шийки матки, що кровоточить при доторканні, яку за даними кольпоскопії розцінено як запальну. Хворій було проведено клініко-лабораторне обстеження, при якому методом ІФА встановлено підвищення рівня специфічних антитіл класів М та G до ВПГ у сироватці крові, що дозволило підтвердити діагноз РФГГ. Встановлено діагноз: «Рецидивна форма генітального герпесу, фаза нестійкої клінічної ремісії. Ерозія шийки матки запального ґенезу».

Дані лабораторного обстеження: CD3+ - 54 %, CD4+ - 36 %, CD8+ - 21 %, CD4/CD8 - 1,71, СМ - 0,96 г/л. Отже, виявлені зсуви з боку імунологічних показників полягали у загальній Т-лімфопенії, дисбалансі основних регуляторних субпопуляцій за рахунок переважного зменшення рівня Т-хелперів/індукторів (CD4+), що вказувало на наявність вторинного імунодефіцитного стану за відносним супресорним варіантом; виявлено також підвищений рівень СМ у сироватці крові, що вказувало на наявність синдрому «ендогенної» метаболічної інтоксикації.

Тому П. був призначений комплекс реабілітаційних заходів відповідно до заявленого способу, а саме – полісорб усередину по 200 мл 2 % розчину 3 рази на добу протягом 15 діб поспіль, аевіт все-

редину по 1 капсулі (0,2 г) 3 рази на добу протягом 30 діб поспіль та додатково нуклеїнат усередину по 0,25 г (1 капсулі) 4 рази на день після вживання їжі протягом 3 тижнів поспіль.

При повторному гінекологічному огляді через тиждень виявлено візуальне зменшення ерозивної поверхні, припинення контактної кровотечі. Ще через тиждень при кольпоскопічному дослідженні встановлено тенденцію до епітелізації ураженої ділянки: великі осередки багаточисельного сквамозного епітелію блідо-рожевого кольору з помірною секрецією, судини правильної форми. Чергова менструація (наприкінці вересня), яка збіглася з закінченням лікування, пройшла без рецидиву генітального герпесу.

При повторному лабораторному обстеженні через місяць після завершення медичної реабілітації встановлено відновлення імунологічних показників та зниження рівня СМ у сироватці крові: CD3+ - 69 %, CD4+ - 46 %, CD8+ - 22 %, CD4/CD8 - 2,09, СМ - 0,51 г/л.

Протягом перших 6 місяців диспансерного нагляду самопочуття хворої залишалося задовільним, скарг на стан здоров'я не було, рецидивів захворювання не відмічено. Навесні (середина березня) хворій П. було проведено повторний курс медичної реабілітації відповідно до заявленого способу. Диспансерний нагляд протягом 1 року після проведеної медичної реабілітації дозволив встановити довготривалу повноцінну ремісію ГГВІ з відсутністю рецидивів генітального герпесу.

Таким чином, заявлений спосіб медичної реабілітації жінок з РФГГ є клінічно ефективним та патогенетично обґрунтованим, оскільки сприяє нормалізації клінічних, імунологічних та біохімічних показників. Використання нуклеїнату не викликає ніяких небажаних побічних ефектів, добре переноситься хворими. Клінічний досвід показав, що використання нуклеїнату не має протипоказань, він добре переноситься та не викликає ніяких побічних ефектів, у тому числі, і алергічних реакцій, тому заявлений спосіб може бути рекомендований для поширеного використання у практичній діяльності лікарів-гінекологів та інфекціоністів.