

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ АДЕНОМИОЗА С ПРИМЕНЕНИЕМ РОНКОЛЕЙКИНА У ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ БЕСПЛОДИЕМ

Куценко И. И., Кузнецов О.И. , Хорольская А.Е. , Кравцова Е.И.

Кубанский государственный медицинский университет

С учетом возрастающей частоты заболевания, генитальный эндометриоз становится одной из ведущих причин бесплодия [1; М.М. Дамиров, 2004 [2]; Аденомиоз выявляется у 40-45% женщин с необъяснимым первичным и у 50-58% - со вторичным бесплодием. [1; В.П. Баскаков и соавт., 2002 [3];

Целью нашей работы было применение Ронколейкина (ООО «БИОТЕХ» Санкт-Петербург) в комплексной терапии больных аденомиозом, страдающих бесплодием.

Было проведено обследование и лечение 88 больных аденомиозом репродуктивного возраста. Диагноз был установлен при комплексном клинико-лабораторном обследовании, с использованием дополнительных методов (гистероскопии, раздельном выскабливании матки, ультразвуковом исследовании по трансвагинальной методике в динамике менструального цикла).

Все пациентки были разделены на две группы: I группа (44 больные) – больные аденомиозом, получавшие традиционную комплексную гормональную терапию,

II (основная) группа (44 больные) – больные аденомиозом в дополнение к традиционному лечению получавшие Ронколейкин.

Всем пациенткам гормональная терапия проводилась неместраном (5 мг еженедельно с кратностью приема 2 раза в неделю) в непрерывном режиме в течение 6 месяцев. Дополнительно больным II группы после проведения гистероскопии с раздельным выскабливанием матки на 2, 3, 6, 9 и 11 дни назначали Ронколейкин по следующей методике: 0,25 мг Ронколейкина разводили в 2 мл 0.9% раствора NaCl, доводили объем до 50 мл с добавлением 0,5 мл 10% раствора человеческого альбумина и, через полипропиленовый катетер, введенный в полость матки до уровня дна в течение 6 часов орошали ее со свободным вытеканием жидкости через цервикальный канал. Одновременно 0,5 мг Ронколейкина, растворенного в 2 мл воды для инъекций, вводили подкожно по 0,5 мл в четыре точки. Динамическое наблюдение за пациентками с ультразвуковым контролем проводили в течение курса терапии и 12 месяцев после ее окончания.

Через месяц после окончания курса гормональной терапии - после восстановления менструальной функции, беременность планировали 16 пациенток I группы и 18 пациенток II группы, страдавших бесплодием, остальные женщины в течение всего периода наблюдения использовали барьерный метод контрацепции.

В первые 3 месяца после окончания основного курса лечения беременность наступила у 10 женщин II группы и только у 2 – I группы, в течение последующих трех месяцев беременность наступила у 7 пациенток II группы и 4 – I группы. За последующие 6 месяцев наблюдения, у одной оставшейся пациентки II группы беременность так и не наступила, а в I группе наступила у 2 женщин. В результате к концу года наблюдения после окончания лечения жалобы на бесплодие предъявляли 8 пациенток первой группы и 1 пациентка второй. В итоге, реализовали свое желание забеременеть 17 пациенток из 18 (94,4%) основной (второй) группы и только 8 пациенток – из 16 (50%) (р=0,01), получавших традиционную терапию.

Таким образом, сочетанное системное и местное (внутриматочное) введение высокоактивного иммуностимулирующего препарата рекомбинантного IL-2 – Ронколейкина открывает новые перспективы в комплексной терапии аденомиоза и дает возможность улучшить результаты лечения, одним из показателей которого является восстановление репродуктивной функции.