

Рекомбинантный ИНТЕРЛЕЙКИН-2

РОНКОЛЕЙКИН®

Достоверное снижение:

- частоты послеоперационных осложнений;
- сроков купирования основных симптомов воспаления и их тяжести;
- потребности в антибактериальных препаратах и количестве койко-дней;
- летальности при пневмонии, деструктивном панкреатите, перитоните, сепсисе.

Достоверное увеличение:

- медианы продолжительности жизни при некоторых онкологических заболеваниях.

Ронколейкин® включён в Федеральное руководство по использованию лекарственных средств (формулярная система) МЗСР РФ.
Регистрационный номер ЛС-001810 от 27.07.2011.

BIOTECH

www.biotech.spb.ru

☎ (812) 603-27-97

(812) 603-27-98

Из общей характеристики лекарственного препарата (ОХЛП)

РОНКОЛЕЙКИН®

Фармакотерапевтическая группа: иммуностимуляторы; интерлейкины.

Код АТХ: L03AC

Механизм действия

Интерлейкин-2 продуцируется субпопуляцией Т-лимфоцитов (Т-хелперы I) в ответ на антигенную стимуляцию. Синтезированный ИЛ-2 воздействует на Т-лимфоциты, усиливая их пролиферацию и последующий синтез ИЛ -2.

Фармакодинамические эффекты

Биологические эффекты препарата ИЛ-2 опосредуются его связыванием со специфическими рецепторами, представленными на различных клеточных мишенях.
ИЛ-2 направленно влияет на рост, дифференцировку и активацию Т- и В-лимфоцитов, моноцитов, макрофагов, олигодендроглиальных клеток, клеток Лангерганса. От его присутствия зависит развитие цитолитической активности натуральных киллеров и цитотоксических Т-лимфоцитов. ИЛ-2 вызывает образование лимфокин-активированных киллеров и активирует опухоль-инфильтрирующие клетки.
Расширение спектра лизирующего действия эффекторных клеток обусловливает элиминацию разнообразных патогенных микроорганизмов, инфицированных и малигнизированных клеток, что обеспечивает иммунную защиту, направленную против опухолевых клеток, а также возбудителей вирусной, бактериальной и грибковой инфекции.

Показания к применению

Препарат Ронколейкин® применяется у взрослых в составе комплексной терапии:
- обычный вариабельный иммунодефицит;
- комбинированный иммунодефицит;
- острый перитонит;
- острый панкреатит;
- остеомиелит;
- эндометрит;
- тяжелая пневмония;
- сепсис;
- послеродовый сепсис;
- туберкулёз легких;
- другие генерализованные и тяжёлые локализованные инфекции;
- инфицированные термические и химические ожоги;
- диссеминированные и местнораспространенные формы почечноклеточного рака.

Препарат Ронколейкин® применяется у детей в возрасте от 0 до 18 лет в составе комплексной терапии:
- обычный вариабельный иммунодефицит;
- комбинированный иммунодефицит;
- острый перитонит;
- острый панкреатит;
- остеомиелит;
- тяжёлая пневмония;
- бактериальный сепсис новорожденных;
- сепсис;
- другие генерализованные и тяжелые локализованные инфекции

Способ применения

Подкожно или внутривенно. Инфузия всего объёма раствора осуществляется капельно в течение 4-6 часов.

Инструкция по приготовлению лекарственного препарата перед применением

Взрослые
Для внутривенного введения препарат из ампулы переносят в 400 мл 0,9% раствора натрия хлорида для инъекций.

Дети
Препарат разводят в 0,9% растворе натрия хлорида для инъекций.
Объём раствора у детей зависит от возраста:
- от 0 до 1 мес. - 0,1 мг в 30 - 50 мл раствора;
- от 1 мес. до 1 года - 0,125 мг в 100 мл раствора;
- от 1 года до 7 лет - 0,25 мг в 200 мл раствора;
- старше 7 лет - 0,5 мг в 200 мл раствора;
- старше 14 лет - 0,5 мг в 400 мл раствора.

Раствор препарата должен быть прозрачным, бесцветным и не содержать посторонних включений.
Весь оставшийся лекарственный препарат и отходы следует уничтожить (утилизировать) в установленном порядке.

Противопоказания

Гиперчувствительность к интерлейкину-2 или любому из вспомогательных веществ препарата; аллергия на дрожжи; беременность; аутоиммунные заболевания; сердечная недостаточность III ст.; лёгочно-сердечная недостаточность III ст.; метастатическое поражение головного мозга; терминальная стадия почечноклеточного рака.

Взаимодействия с другими лекарственными средствами

Лечение препаратом Ронколейкин® можно сочетать с лечением всеми другими лекарственными средствами.
При применении препарата Ронколейкин® на фоне длительной терапии препаратами глюкокортикостероидов активность действия препарата может снижаться.

Фертильность, беременность и лактация

Беременность

Применение препарата при беременности противопоказано.

Лактация

Применение в период грудного вскармливания возможно только в том случае, если предполагаемая польза для матери превышает потенциальный риск для ребенка.

Передозировка

Проявления передозировки наблюдаются при разовой дозе препарата Ронколейкин® выше 7 мг в виде лихорадки, нарушения ритма сердца, гипотонии, дерматологических аллергических реакций. Данные побочные явления купируются после отмены введения препарата, при необходимости проводится симптоматическая терапия.

Нежелательные реакции

Режим профиля безопасности

В отдельных случаях в процессе введения препарата Ронколейкин® возможно появление кратковременного озноба и повышение температуры тела, что купируется обычными терапевтическими средствами и не является основанием для прерывания введения препарата, а также курса лечения.

При подкожном введении препарата отмечались местные реакции - болезненность, уплотнение, покраснение в месте инъекции.

Сообщения о подозреваемых нежелательных реакциях

Российская Федерация
Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения
Адрес: 109012, г. Москва, Славянская площадь, д. 4, стр. 1
Телефон: +7 800 550 99 03
Электронная почта: pharm@roszdravnadzor.gov.ru
или npr@roszdravnadzor.gov.ru
Сайт в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»:
https://roszdravnadzor.gov.ru/

ХИРУРГИЯ, РЕАНИМАТОЛОГИЯ

Ронколейкин® применяют в комплексном лечении сепсиса [9, 13, 40, 41, 58, 60, 63, 69, 71, 81, 164], острого перитонита [7, 100], острого панкреатита [3, 4, 5, 26, 30, 139, 142, 146, 147, 153], остеомиелита [24, 25, 68, 88, 155], ожогов [38, 50, 89], других тяжёлых локализованных и генерализованных хирургических инфекций (рожистое воспаление, фурункулёз, абсцессы и флегмоны, диабетическая стопа) [2, 10, 14, 22, 23, 49, 51, 54, 128, 137, 138, 140], а также для коррекции вторичного иммунодефицита при тяжёлых ранениях и травмах, при объёмных оперативных вмешательствах [6, 21, 44, 68, 79, 80, 84, 109, 112, 141, 155, 157].

Иммунотерапию препаратом Ронколейкин® проводят после завершения неотложных и срочных оперативных вмешательств, направленных на устранение жизнеугрожающих последствий основного заболевания/травмы, санации и адекватного дренирования инфекционного очага.

Включение препарата Ронколейкин® в комплексное лечение сепсиса способствует снижению среднего балла тяжести состояния по шкале APACHE II и SAPS II, уменьшению тяжести проявлений эндотоксикоза, интенсивности системного воспалительного ответа и снижению 28-суточной летальности, в том числе и у новорожденных.

Введение препарата Ронколейкин® в стандартные схемы лечения сокращает сроки антибактериальной терапии, стоимость и длительность лечения больных с благоприятным исходом, достоверно снижает вероятность обострений хронических заболеваний. Применение препарата Ронколейкин® нивелирует последствия хирургического стресса, способствует ускорению процессов репарации послеоперационной раны и достоверному снижению частоты послеоперационных инфекционных осложнений.

Сепсис

Тяжелый сепсис у взрослых
- Ронколейкин® 0,5 мг 2 в/в инфузии через 48 часов. Критерием для назначения второго и третьего курсов препарата является сохраняющаяся в ходе лечения лимфопения (абсолютная и/или относительная).

Сепсис у детей (с первого дня жизни, в том числе недоношенных)
- Ронколейкин® 2-3 в/в инфузии через 48-72 часа. Препарат разводят в 0,9% растворе натрия хлорида для инъекций.

Разовая доза и объем раствора у детей зависит от возраста:
- от 0 до 1 мес. - 0,1 мг в 30 - 50 мл раствора;
- от 1 мес. до 1 года - 0,125 мг в 100 мл раствора;
- от 1 года до 7 лет - 0,25 мг в 200 мл раствора;
- старше 7 лет - 0,5 мг в 200 мл раствора;
- старше 14 лет - 0,5 мг в 400 мл раствора.

Острый перитонит
- Ронколейкин® 0,25-0,5 мг 2 в/в инфузии через 48 часов.

Острый панкреатит (ОП)
- ферментативная фаза ОП – Ронколейкин® 0,25-0,5 мг в/в инфузия однократно;
- перипанкреатический инфильтрат – Ронколейкин® 2 в/в инфузии или 2 п/к введения: 0,25 мг (при массе тела менее 70 кг) или 0,5 мг (при массе тела более 70 кг) на 6-7 и 8-9 сутки от начала ОП;
- гнойные осложнения ОП – Ронколейкин® 0,25-1,0 мг 2-3 в/в инфузии через 24-48 часов. Повторные курсы проводят до восстановления показателей клинического анализа крови и лейкоцитарной формулы.

Инфицированные термические и химические ожоги
- Ронколейкин® 0,5 мг 2-3 в/в инфузии через 2-3 дня в периоды токсемии и септикотоксемии.

Хронический остеомиелит
- Ронколейкин® 0,5 мг 2-3 в/в инфузии с интервалом 24 часа со 2-3-их суток после операции.

Другие генерализованные и тяжёлые локализованные хирургические инфекции

Рецидивирующий фурункулёз
- Ронколейкин® 0,5 мг 3 в/в инфузии с интервалом 3 дня на фоне этиотропного лечения.

Рожистое воспаление
- Ронколейкин® 0,5 мг 2 в/в инфузии через 1-2 дня на фоне этиотропного лечения.

Синдром диабетической стопы (СДС)
- При нейропатической и нейро-ишемической формах СДС
- Ронколейкин® 0,5 мг п/к введение в 5 точек с обеих сторон от коленного и до голеностопного суставов по ходу сосудов голени a. tiabialis, курс – 3 введения с интервалом 3 дня.
- При гнойно-некротических очагах
- экстренные оперативные вмешательства – Ронколейкин® 0,5 мг 2 п/к введения на 3-и и 5-е сутки послеоперационного периода;
- плановые операции – Ронколейкин® 0,5-1 мг в/в инфузии с интервалом 48-72 часа с первых суток поступления больного в стационар, курс - 3 введения.

Комбинированный иммунодефицит при тяжёлых ранениях и травмах
- ранний постшоковый период – Ронколейкин® 0,5 мг 2 в/в инфузии на 2-3 и 4-5 сутки от момента травмы или ранения;
- гнойные осложнения, посттравматический сепсис – применяется схема, используемая при лечении сепсиса.

Комбинированный иммунодефицит при объёмных оперативных вмешательствах
- Ронколейкин® 0,5 мг 2 в/в инфузии или 2 п/к введения на 2 и 5 сутки послеоперационного периода.

ЛОКАЛИЗОВАННЫЕ ИНФЕКЦИИ ГОЛОВЫ И ШЕИ

Включение препарата Ронколейкин® в комплексное лечение локализованных инфекций челюстно-лицевой области способствует оптимальному заживлению гнойных ран, купированию внутрикостного инфицирования, сокращению сроков лечения, длительности и частоты обострений хронических инфекций. Препарат Ронколейкин® применяют после проведения неотложных мероприятий и дренирования очага инфекции [48, 88, 115, 124, 138].

Флегмоны челюстно-лицевой области
- Ронколейкин® 0,25-0,5 мг в/в инфузии на 1-2 и 3-4 сутки от момента поступления больного в стационар.

Остеомиелит верхней и нижней челюсти
- Ронколейкин® 0,5 мг п/к введение (в 3 разные точки) через день после вскрытия гнойно-воспалительного очага, длительность курса – 15 дней.

Гнойный средний отит
- Ронколейкин® 0,25 мг 3 п/к введения с интервалом 24 часа в область проекции позадиушных лимфатических узлов на сосцевидном отростке после предварительного введения 2 мл новокаина.

Хронический тонзиллит
- Ронколейкин® 0,5 мг 3 п/к введения через день в комплексе с этиотропным лечением. При обострении проводят повторные курсы через 4 - 12 мес.

ПУЛЬМОНОЛОГИЯ

Включение препарата Ронколейкин® в комплексное лечение пневмонии сопровождается уменьшением интоксикации, сокращением продолжительности лихорадочного периода, уменьшением вероятности хронизации процесса и рецидивирования [15, 46, 57, 66, 99, 101, 105, 160].

Пневмония
- взрослым: Ронколейкин® 0,5 мг 2-3 в/в инфузии с интервалом 48-72 часа в фазе стабилизации инфильтрации (7-9 сутки заболевания), проводят 1-2 курса иммунотерапии.
- детям: Ронколейкин® 2-3 в/в инфузии с интервалом 48-72 часа в возрастных дозах.

При острых нарушениях мозгового кровообращения (ОНМК) у больных с проявлениями вторичного комбинированного иммунодефицита для профилактики развития инфекционных осложнений (пневмонии).
- Ронколейкин® 0,5 мг 2 п/к введения в наружную поверхность плеча здоровой руки с интервалом 48-72 часа, начиная с пятого дня инсульта.

ФТИЗИАТРИЯ

При прогрессирующем туберкулёзе лёгких включение препарата Ронколейкин® в комплексное лечение способствует положительной клинико-рентгенологической динамике специфического процесса, закрытию полостных образований, увеличению доли больных без бактериовыделения.
Применение препарата Ронколейкин® приводит к снижению частоты послеоперационных осложнений и уменьшению послеоперационной летальности.
К настоящему моменту накоплен опыт клинического применения препарата Ронколейкин® в терапии инфильтративного туберкулёза лёгких, при предоперационной подготовке больных прогрессирующим фиброзно-кавернозным туберкулёзом лёгких [105, 110].

Фиброзно-кавернозный туберкулёз (предоперационная подготовка)
- односторонний ФКТ – Ронколейкин® 1,0 мг 3 в/в инфузии с интервалом 48 часов на фоне специфической полихимиотерапии;
- распространённый двусторонний ФКТ – Ронколейкин® 1,0 мг 7 в/в инфузий в течение 3-х недель на фоне специфической полихимиотерапии: 1-я неделя – 3 в/в инфузии через 48 часов, 2-3-я недели – 2 в/в инфузии в неделю.

Впервые выявленный инфильтративный туберкулёз (ИТ) с преобладанием экссудативного характера воспаления
- Ронколейкин® 0,5 мг 3 в/в инфузии через 48 часов на фоне специфической полихимиотерапии.

Прогрессирующий ИТ с множественной лекарственной устойчивостью микобактерий туберкулёза
- Ронколейкин® 0,5 мг 3 курса в составе комплексной терапии: 1 курс – 2 в/в инфузии в неделю (интервал 3 дня), затем 2 курса – 1 в/в инфузия в неделю.

! Для назначения терапии Ронколейкином® дефицит массы тела больного не должен превышать 30%.

ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ

Ронколейкин® включают в комплексное лечение генерализованных и тяжёлых локализованных инфекций.
Ронколейкин® применяют у часто болеющих пациентов с проявлениями комбинированного иммунодефицита, проявляющегося рецидивирующими инфекциями [35, 52, 65].
При вирусных инфекциях препарат Ронколейкин® применяют для коррекции комбинированного иммунодефицита при лечении хронических гепатитов В и С [27, 29, 67, 103, 127], геморрагической лихорадки с почечным синдромом [151], герпесвирусной [35, 119], ВИЧ и ВПЧ-инфекций [16, 42, 78, 117], коронавирусной инфекции COVID-19 [20, 64, 114, 121, 122, 123, 159, 162, 165]; а также при инфекциях, вызванных энтеровирусами, вирусом клещевого энцефалита и вирусом паротита, осложненных менингитом [74, 130, 131, 132,] и энцефалитом [59, 129, 130, 131, 132, 149, 150]. Включение препарата в терапию хронических вирусных инфекций способствует уменьшению частоты обострений заболевания, удлинению периода ремиссий, улучшению качества жизни пациентов и переносимости противовирусной терапии [65].
При бактериальных инфекциях препарат Ронколейкин® включают в комплексную терапию бактериальных гнойных менингитов различной этиологии [28, 107, 108, 130, 132, 133], боррелиоза [85, 125, 134], псевдотуберкулёза [144], хронического бруцеллёза [75], рожистого воспаления [49], пиодермии [36, 53], микоплазменной и хламидийной инфекции [101]. Применение препарата Ронколейкин® способствует повышению эффективности лечения [65]. Отмечен прямой бактериолитический эффект препарата [82, 83, 90].
Эффективно применение препарата Ронколейкин® в комплексной терапии кандидозов [17, 18, 76] на фоне комбинированного иммунодефицита.
Ронколейкин® в комплексном лечении инфекционных болезней способствует восстановлению системы иммунореактивности, санации очагов инфекции, купированию основных симптомов заболевания и предотвращает переход болезни в хроническую форму.

Герпесвирусные инфекции

• Хронические герпесвирусные инфекции
- герпес I и II типа с частыми обострениями
- герпес IV (ВЭБ), V (ЦМВ) и VI типа

• Генерализованные и буллёзные формы ветряной оспы
- Ронколейкин® 0,5 мг в/в инфузии взрослым и детям от 7 лет на фоне противовирусной терапии, курс – 3 инфузии с интервалом 3 дня, возможны повторные курсы;
- при хроническом герпесвирусном гепатите – Ронколейкин® до 12 п/к введений 0,25-0,5 мг в зависимости от возраста с интервалом 3 дня;
- при обострениях хронического герпесвирусного стоматита – Ронколейкин® 0,5 мг 2-3 п/к введения с интервалами 3 дня, проводят 2 курса в сочетании с противовирусными препаратами;
- при комбинированном иммунодефиците возможно применение в качестве адъюванта – Ронколейкин® 0,25 мг п/к введение в сочетании с вакцинацией.

Коронавирусная инфекция COVID-19

- Ронколейкин® 0,5 мг п/к введение в область плеча 1 раз в сутки через день или ежедневно (при тяжёлом течении COVID-19), курс – 3 введения на фоне противовирусной и симптоматической терапии, проводят до 3 курсов при сохраняющейся лимфопении.

Хроническая аденовирусная инфекция с частыми обострениями

- Ронколейкин® 0,5 мг 3 п/к введения с интервалом 3 дня, терапию проводят после завершения основного курса лечения.

Папилломавирусная инфекция

- Ронколейкин® 1,0 мг п/к введение (в 2 точки по 0,5 мг) с учётом лимфооттока, курс – 3 введения с интервалом 3 дня в комплексе с деструкцией очагов поражения.

Хронический гепатит С

- Ронколейкин® 2 в/в инфузии в неделю на фоне стандартной терапии: детям до 7 лет – 0,25 мг, старше 7 лет – 0,5 мг; длительность курса – 24 недели, проводят 2 курса препарата с перерывом в 4 недели.

Хронический гепатит В

- Ронколейкин® 0,5 мг 2 в/в инфузии в неделю (интервал 3 дня) в течение 1 месяца, далее – 0,5 мг 2 п/к введения в неделю (интервал 3 дня) в течение 2-х месяцев.

Заключительный курс иммунотерапии проводят после 8-месячного перерыва лечения по схеме:
- Ронколейкин® 0,5 мг 2 п/к введения в неделю (интервал 3 дня) в течение 1 месяца на фоне этиотропной терапии.

Вирусный энцефалит

• Вирус клещевого энцефалита
- Ронколейкин® 0,25-2 мг в/в инфузии (в 200-400 мл 0,9% натрия хлорида в зависимости от возраста в течение 4-6 часов) однократно на фоне этиотропной терапии.

• Герпесвирусная инфекция
- Ронколейкин® 2-3 в/в инфузии через 24 часа в составе комплексного лечения: детям до 3 лет – 0,25 мг, старше 3 лет – 0,5 мг, возможен повторный курс по показателям клинического анализа крови.

При остром течении заболевания проводят 1 курс из 3 в/в инфузий, при подостром и хроническом течении – 2 курса по 2-3 в/в инфузии препарата.

Вирусный менингит

- Ронколейкин® 1-3 в/в инфузии через день в составе комплексного лечения в 1-5 дни заболевания: детям до 7 лет – 0,125 мг, старше 7 лет – 0,25 мг.

Иксодовый клещевой боррелиоз

При тяжёлой степени поражения внутренних органов и нервной системы

- Ронколейкин® 0,5 мг 3 в/в инфузии (в 200-400 мл 0,9% натрия хлорида в течение 4-6 часов) с интервалом 24 часа на фоне этиопатогенетической терапии, возможен повторный курс по показателям клинического анализа крови.

Бактериальный гнойный менингит

- Ронколейкин® 3 в/в инфузии с интервалом 24 часа на фоне стандартной терапии: детям до 3 лет – 0,25 мг, старше 3 лет и взрослым – 0,5 мг, возможен повторный курс по показателям клинического анализа крови.

Бруцеллёз

- Острый бруцеллёз в период реконвалесценции
- Хронический бруцеллёз в фазе ремиссии
- Ронколейкин® 0,5 мг 3 п/к введения или 3 в/в инфузии (в 200-400 мл 0,9% натрия хлорида внутривенно в течение 4 часов) с интервалом 48-72 часа, проводят от 1 до 3 курсов.

Количество курсов зависит от тяжести и степени декомпенсации процесса:

- среднетяжёлый острый и субкомпенсированный хронический бруцеллёз – 1-2 курса;
- хронический рецидивирующий бруцеллёз с множеством очаговых проявлений – 1-3 курса.

Хламидийная и микоплазменная пневмония

- Ронколейкин® 0,5 мг 2 в/в инфузии с интервалом 72 часа на фоне этиотропной терапии.

Псевдотуберкулёз

- Острый генерализованный псевдотуберкулёз
- Затяжное и рецидивирующее течение псевдотуберкулёза с наличием обострений
- Наличие узловатой эритемы
- Ронколейкин® 2 в/в инфузии с интервалом 48 часов на фоне этиотропного лечения: детям до 7 лет – 0,25 мг; детям старше 7 лет и взрослым – 0,5 мг.

Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом

- Ронколейкин® 0,5 мг 2 в/в инфузии с интервалом 48 часов в раннюю стадию заболевания (до 10-го дня) на фоне стандартной патогенетической терапии.

Рожистое воспаление

- Ронколейкин® 0,5 мг 1-2 в/в инфузии с интервалом 24-48 часов на фоне этиотропного лечения.

Пиодермия

- Ронколейкин® 0,5 мг 3 в/в инфузии через 24 часа на фоне этиотропного лечения.

Рецидивирующий кандидоз

- Ронколейкин® 1,0 мг п/к введение (по 0,5 мг в 2 точки передней брюшной стенки) 1 раз в сутки, курс – 3 введения с интервалом 3 дня на фоне этиотропного лечения.

Профилактика и лечение заболеваний респираторного тракта у часто болеющих детей с признаками комбинированного иммунодефицита

- Ронколейкин® 2 в/в инфузии в возрастных дозах через день на фоне базисной терапии.

ЛОКАЛИЗОВАННЫЕ ИНФЕКЦИИ МОЧЕПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ

Ронколейкин® применяют в гинекологии, урологии и венерологии при инфекциях, которые чаще всего развиваются у больных при нарушениях иммунного статуса. Включение препарата Ронколейкин® в схемы терапии характеризуется уменьшением степени интоксикации и признаков воспаления, снижением уровня инфекционной нагрузки, быстрым купированием симптомов патологического процесса и сокращением частоты рецидивирования и хронизации процесса [8, 11, 16, 17, 18, 19, 33, 34, 42, 47, 76, 77, 78, 86, 87, 106, 118, 120, 143, 154, 156, 161].

Применение препарата Ронколейкин® позволяет ограничить применение антибактериальных препаратов, снизить затраты на лечение и сократить сроки выздоровления.

Препарат Ронколейкин® способствует восстановлению репродуктивной функции и преодолению вторичного бесплодия.

Терапия препаратом Ронколейкин® совместима с грудным вскармливанием новорожденных.

Эндометрит
- послеродовый
- хронический

- послеродовый эндометрит – Ронколейкин® 0,5-1,0 мг 2 в/в инфузии через 24 часа с 3-5 дня после родов;
- хронический эндометрит – Ронколейкин® 0,5-1,0 мг 3 п/к введения с интервалом 72 часа.

Препарат применяют в сочетании со стандартной терапией.

Папилломавирусная инфекция шейки матки
- Ронколейкин® 0,5 мг 5 п/к введений с интервалом 2-3 дня, иммунотерапию проводят за 7-10 дней до криодеструкции очагов;
- Ронколейкин® 1,0 мг в 1 мл 0,9% натрия хлорида: 0,5 мг (1 мл раствора) вводят п/к в 2 точки (под плоскую кондилому), одновременно 0,5 мг (1 мл раствора) вводят п/к в верхнюю треть внутренней поверхности бёдер, иммунотерапию проводят 1 раз за сутки до хирургического вмешательства и 3 раза с 1-х суток после операции с интервалом 72 часа.

Вульвовагинальный кандидоз
- Ронколейкин® 1,0 мг 3 п/к введения: по 0,5 мг в 2 точки передней брюшной стенки с интервалом 72 часа.

Генитальный герпес
- Ронколейкин® 0,5 мг 3 в/в инфузии или 3 п/к введения через 48 часов на фоне противовирусной терапии, повторный курс – в период обострения.

Урогенитальный микоплазмоз
- Ронколейкин® 0,5 мг 3 п/к введения через день в сочетании с этиотропной терапией.

Мочеполовой хламидиоз
- Ронколейкин® 0,5 мг 3 в/в инфузии через 72 часа в сочетании с этиотропной терапией.

Хронический простатит
- Ронколейкин® 0,5 мг 3 в/в инфузии с интервалом 2-3 дня одновременно с началом курса лечения по общепринятым схемам.

Пиелонефрит
- острый пиелонефрит
- хронический пиелонефрит, в том числе на фоне мочекаменной болезни

- острый пиелонефрит – Ронколейкин® 0,5 мг 3 в/в инфузии через 48 часов в течение первых 10-ти суток заболевания;
- хронический пиелонефрит – Ронколейкин® 0,5 мг 3 в/в инфузии через 48 часов в период обострения, повторный курс – в период ремиссии.

ОНКОЛОГИЯ

Коррекция проявлений комбинированного вторичного иммунодефицита, возникающего у онкологических больных в период основного лечения, является патогенетическим обоснованием для применения препарата Ронколейкин®.

Препарат используют для повышения эффективности современных методов терапии в качестве компонента комбинированного лечения злокачественных новообразований: метастатического рака почки [72, 113], колоректального рака [37], рака шейки матки [31, 39, 42], меланомы [12, 72], глиобластомы [70, 92, 111, 163], опухолевых серозитов [145], гемобластозов [55, 56, 73, 93, 94, 95, 116, 135, 148].

Включение препарата Ронколейкин® в схемы лечения способствует улучшению качества и продолжительности жизни пациентов, снижению частоты метастазирования и рецидивирования, сокращению частоты послеоперационных осложнений, обеспечивает лучшую переносимость химиотерапии [1, 32, 45, 61, 62, 96, 97, 98, 104, 126].

Выявлен прямой цитолитический эффект препарата на злокачественные клетки.

Профилактика послеоперационных инфекционных осложнений для коррекции комбинированного иммунодефицита
- схема 1: Ронколейкин® 0,5 мг однократно в/в или п/к за 1-4 суток до операции;
- схема 2: Ронколейкин® 0,5 мг в/в или п/к на 2 и 5 сутки послеоперационного периода.

Почечноклеточный рак
- Ронколейкин® 0,5 мг в/в или п/к до операции за 24 часа;
- Ронколейкин® 2,0 мг 3 в/в инфузии в неделю в течение 8 недель в составе комбинированной терапии, повторение курса – через 2 недели, лечение – до прогрессирования.

Колоректальный рак
- схема 1: Ронколейкин® 2,0 мг 3 в/в инфузии в неделю в течение 8 недель в комбинации со стандартной химиотерапией, повторение курса – через 3-4 недели;
- схема 2: Ронколейкин® 2,0 мг в/в инфузии в комплексе с локорегионарной химиоиммуноэмболизацией, проводят 2-5 курсов в год с интервалом 1-2 месяца.

Меланома
- Ронколейкин® 2,0 мг 5 в/в инфузий через день в составе комбинированного лечения, проводят 4-6 циклов с интервалом между циклами 3-4 недели.

Глиобластомы
- Ронколейкин® 1,0 мг в/в инфузии через день до суммарной дозы 10 мг на фоне химиолучевой терапии.

Гемобластозы
- В-клеточные неходжинские лимфомы у пациентов с неблагоприятным прогнозом (МПИ>3)
- Ронколейкин® 1,0 мг п/к введение с 1 по 5 день химиотерапии в режиме R-CHOP, каждые 3 недели, максимальное число курсов – 8
- лимфомы Ходжкина
- Ронколейкин® 1,0 мг п/к введение с 1 по 5 день во 2 и 4 циклы химиотерапии по схеме DHAP
- хроническая рефрактерная РТПХ (хрРТПХ) после аллотрансплантации гемопоэтических столовых клеток
- Ронколейкин® 1,0 мг п/к введение 3 раза в неделю в течение 2 месяцев или до констатации прогрессирования хрРТПХ.

Рак шейки матки
- Ронколейкин® 0,5 мг в/в инфузии однократно перед оперативным вмешательством и 3 в/в инфузии с интервалом 2-3 дня– через 2-3 суток после хирургического лечения.

Эндометриоз

Эндометриоз является доброкачественным гормонозависимым заболеванием, развивающемся на фоне нарушения иммунного гомеостаза, имеет общие черты с онкологическими процессами, что проявляется резистентностью к апоптозу и стимуляцией ангиогенеза. Проведённые исследования позволяют рассматривать эндометриоз как предшественник светлоклеточного и эндометриоидного рака яичников [43, 47, 91, 102, 136, 152, 158]

Наружный генитальный эндометриоз
- Ронколейкин® 0,5 мг в/в инфузии однократно в день операции и на 3-й и 5-й день послеоперационного периода.

Аденомиоз, в том числе в сочетании с миомой матки
- Ронколейкин® 0,5 мг 5 в/в инфузий с интервалом 48 часов, начиная с 1-го дня после оперативного вмешательства.

ЛИТЕРАТУРА

ЛИТЕРАТУРА

1. Абакушина Е.В. Лиганды рецептора NKG2D в комплексной оценке иммунитета у онкологических больных и разработка метода адоптивной иммунотерапии. // Автореферат дисс. ... д.м.н. – Москва, 2019.
2. Абылайулы Ж. и др. Новый способ лечения синдрома диабетической стопы // Бюл. ФЦСКЭ им. В.А. Алмазова. 2012, май. Приложение 1. С. 29.
3. Авакимян С.В. и др. Нарушение иммунного статуса при остром панкреатите и его коррекция // Вестник хирургии. 2015; 174(1): 16.
4. Авакимян С.В. Прогноз и тактика лечения острого панкреатита в зависимости от тяжести патологического процесса. // Автореферат дисс. ... д.м.н. – Краснодар, 2015.
5. Акимов А.А. Оптимизация диагностики и комплексного лечения больных с панкреонекрозом с применением рациональных модификаций цитокинотерапии и детоксикации. // Автореферат дисс. ... к.м.н. – Пермь, 2020.
6. Андреев А.А. и др. Применение интерлейкина-2 в комплексном лечении хирургических больных. // Вестник эксперимент. и клинич. хирургии. 2022; 15(1): 85-91.
7. Анисимов А.Ю. и др. Опыт системной иммунотерапии рекомбинантным IL-2 человека в комплексной лечебной программе абдоминального сепсиса. // Вестник соврем. клинич. медицины. 2019; 12(5): 7-14.
8. Анохова Л.И. и др. Эффективность, безопасность и возможность иммунотропной терапии при послеоперационных эндометритах. // Медицинский совет. 2018; 13: 50-56.
9. Ашиткова Н.В. и др. Эффективность препарата рекомбинантного интерлейкина-2 человека в терапии неонатального сепсиса и тяжёлых неонатальных инфекций. // Педиатрия. 2009; 87(3): 81-87.
10. Байрамкулов Э.Д. Оптимизация диагностики, комплексного лечения и реабилитации больных с синдромом диабетической стопы. // Автореферат дисс. ... к.м.н. – Пермь, 2019.
11. Балан В.Е. и др. Новые возможности терапии хронического эндометрита // Мед. алфавит. 2017; 3(23): 37.
12. Баранов Е.В. Химиоиммунотерапия с использованием высоких доз ронколейкина в лечении больных диссеминированными формами меланомы кожи. // Автореферат дисс. ... к.м.н. – Минск, 2008.
13. Бегимбетов Б.М. и др. Опыт применения ронколейкина в интенсивной терапии сепсиса у детей. // Анестезиология и реаниматология Казахстана. 2018. 2(спецвыпуск): 110-111.
14. Божко А.В. Стационарзамещающие технологии в лечении пациентов с трофическими язвами нижних конечностей. // Дисссертация ... к.м.н. – Ростов-на-Дону, 2019.
15. Борисов И.М., Серговенцев А.А. Терапия госпитальной пневмонии. // Главный врач. Пульмонология. 2013; 5 (36): 51-54.
16. Боровиков И.О. Дифференцированный подход к профилактике и лечению ассоциированных с вирусом папилломы человека цервикальных интраэпителиальных неоплазий. // Автореферат дисс.... д.м.н.– Волгоград, 2017.
17. Боровиков И.О. и др. Иммунокорректоры в терапии хронических вульвовагинальных кандидозов. // Журнал международной медицины. Неотложная помощь. 2018; 3(32): 32-36.
18. Боровиков И.О. и др. Новые подходы к комплексной терапии хронических вульвовагинальных кандидозов. // Практическая медицина. 2019; 17(4): 8-12.
19. Боровиков И.О. и др. Возможности коррекции локального иммунного статуса у пациенток с хроническим эндометритом. // Мед. иммунология. 2024; 26(2): 367-378.
20. Ботабаев Т.А. и др. Течение и исходы COVID-19 у госпитализированных пациентов с учётом уровня лимфоцитов. // Инфекц. болезни: новости, мнения, обучение. 2023; 12(4): 48–53.
21. Бубнова Н.А., Егорова В.Н. Обобщённый опыт применения Ронколейкина® (рекомбинантного интерлейкина-2) в лечении хирургических заболеваний: пособие для врачей. 3-е изд. – СПб: СИНЭЛ, 2021. – 142 с.
22. Бубнова Н.А., Фоминых Е.М., Егорова В.Н. Цитокинотерапия в лечении гнойно-некротических поражений нижних конечностей у больных сахарным диабетом. // Нац. хирургич. конгресс. СПб, 2024. Тезисы: № 449, ID 671.
23. Бубнова Н.А. и др. Рекомбинантный интерлейкин-2 в лечении синдрома диабетической стопы // Терапевт. 2022; 2: 31-44.
24. Бубнова Н.А., Козлов В.К. и др. Эффективность рекомбинантного интерлейкина-2 человека при хроническом остеомиелите. // Сб.: Джанелидзевские чтения-2023. – СПб: ГБУ СПб НИИ СП им. И.И. Джанелидзе. – С. 29-32.
25. Бубнова Н.А. и др. Эффективность и безопасность применения рекомбинантного интерлейкина-2 (препарат Ронколейкин®) в комплексном лечении остеомиелита: пособие для врачей. – СПб: СИНЭЛ, 2025. – 56 с.
26. Булавкин В.П. и др. Опыт применения экстракорпоральной иммунотерапии ронколейкином у пациентов с панкреатогенным сепсисом. // Сб.: Хирургия Беларуси на современном этапе, в 2-х ч. – Гродно, 2018; ч. 1: 419-422.
27. Васильев С.Ю. и др. Анализ пятилетнего комплексного лечения больных хроническим гепатитом С при выраженном фиброзе печени и цитопении. // Врач. 2017; 11: 74-78.
28. Вильниц А.А. Гнойные менингиты у детей: клинико-патогенетические, диагностические, прогностические и терапевтические аспекты интракраниальных осложнений. // Автореферат дисс .... д.м.н. – СПб, 2019.
29. Волынец Г.В. и др. Хронические вирусные гепатиты у детей: учебное пособие. – М.: Изд. Дом ТОНЧУ, 2020. – 376 с.
30. Ворончихин В.В. и др. Роль иммунотропной терапии в комплексном лечении острого панкреатита. // Пленум правления ассоциации гепатопанкреатобилиарных хирургов стран СНГ. Самара, 2015. Материалы. – С. 35-36.
31. Гавришко О.П. и др. Место ронколейкина в иммунотерапии онкологических заболеваний шейки матки. // Norwegian J. development Intern. Sci. 2024; 127: 38-40.
32. Гельм Ю.В. и др. Разработка подходов к клеточной иммунотерапии онкологических больных. // Мед. иммунология. 2021; 23 (2): 381-388.
33. Гизингер О.А. и др. Клинико-иммунологическое обоснование использования препарата Ронколейкин (рИЛ_2) в терапии воспалительных заболеваний мочеполовой системы. // Врач. 2016; 5: 17-21
34. Гизингер О.А. и др. Комплексная терапия вирусных инфекций, передаваемых половым путём. // Мед. алфавит. 2017; 3: 26.
35. Гизингер О.А. и др. Возможности рекомбинантного интерлейкина-2 в комплексной терапии хронической рецидивирующей герпесвирусной инфекции. // Журнал инфектологии. 2017; 9(1), приложение: 54.
36. Гизингер О.А. и др. Роль интерлейкина-2 и возможности его рекомбинантных аналогов в коррекции патогенетических нарушений при хронической стрептодермии. // Журнал инфектологии. 2023; 15(2), приложение 2: 26.
37. Голощапов Р.С. и др. Регионарная внутриартериальная химиоиммунотерапия в комплексном лечении больных раком толстой кишки, осложнённым метастатическим поражением печени. // Хирургия. 2007; 2: 42-48.
38. Громыко А.С. и др. Эффективность применения препарата «РОНКОЛЕЙКИН» в комплексном лечении пациентов с тяжёлой термической травмой. // Электронный журнал «Комбустиология». 2017; 59-60: 65-66.
39. Гуськова Е.А. Оптимизация методов лечения рецидивов и метастазов рака шейки матки. // Автореферат дисс. ... к.м.н. – Ростов-на-Дону, 2009.
40. Дегтярева М.В. и др. Сепсис у новорожденных и детей раннего возраста. – Гл. 11, с. 294-321. / Сепсис: классификация, клинико-диагностическая концепция и лечение.– М.: ООО «Мед. информ. агентство», 2017. – 408 с.
41. Дегтярёва М.В. и др. Интерлейкин-2: опыт клинического применения в неонатологии. – СПб: СИНЭЛ, 2019. – 47 с.
42. Дианова Т.В., Свердлова Е.С., Комарова Ю.В. Алгоритм диагностики предраковых заболеваний шейки матки, ассоциированных с папилломавирусами. // Сб.: Молекулярная диагностика 2017, том 1. Москва, 2017. – С. 94-95.
43. Дурнева Е.И. Эффективность патогенетически обоснованной цитокинотерапии в комбинированном лечении больных наружным генитальным эндометриозом. // Автореферат дисс. ... к.м.н. – Санкт-Петербург, 2021.
44. Егорова В.Н. и др. Лимфопения как показатель к применению рекомбинантного интерлейкина-2. // Терапевт. 2020; 8: 32-54.
45. Егорова В.Н., Титов К.С. Клиническая эффективность и перспективы применения рекомбинантного интерлейкина-2 в лечении онкологических заболеваний. // Дерматол. и эстетич. медицина. 2020; 4: 48-52.
46. Егорова В.Н., Трофимов В.И. Рекомбинантные цитокины в лечении пневмонии: опыт клинического применения. // Терапевт. 2020; 3: 24-37.
47. Егорова В.Н. Цитокинотерапия в лечении гинекологических заболеваний. // Терапевт. 2022; 3: 40-47.
48. Еленская Ю.Р. Схема лечения пациентов с хроническим рецидивирующим герпетическим стоматитом. // Стоматология. Эстетика. Инновации. 2017; 1(2): 237-243.
49. Емельянова А.Н. и др. Эффективность препарата интерлейкина-2 в комплексной терапии рожи. // Инфекц. болезни. 2011; 9(1): 66.
50. Емельянова А.М. Оптимизация раневого процесса у пациентов с глубокими ожогами при дисплазии соединительной ткани. // Диссертация ... к.м.н. – Ижевск, 2021.
51. Еселевич Р.В. Способы коррекции нарушений иммунитета у больных с гнойно-некротическими формами синдрома диабетической стопы. // Автореферат дисс. ... к.м.н. – Санкт-Петербург, 2016.
52. Желтова О.И. и др. Эффективность ронколейкина® в лечении хронических рецидивирующих инфекций // Мед. иммунология. 2011; 2-3: 227.
53. Зиганшин О.Р., Гизингер О.А. Стрептодермия: подходы к диагностике и лечению: монография. – М.: ГОЭТАР-Медиа, 2022. – 128 с.
54. Зубрицкий В.Ф.и др. Использование интерлейкина-2 в профилактике послеоперационных инфекционных осложнений у больных с сахарным диабетом 2 типа. // Сб.: Сахарный диабет и хирургические инфекции. Москва, 2015. – С. 55-56.
55. Каленик О.А. Интерлейкин-2 в химиотерапии В-клеточных неходжинских лимфом. // Автореферат дисс. ... к.м.н. – Минск, 2018.
56. Каленик О.А., Конопля Н.Е. Токсические эффекты эскалированного интерлейкина-2 в первой линии терапии у пациентов, страдающих диффузной В-крупноклеточной лимфомой. // Злокачественные опухоли. 2022; 12 (3) s1.

57. Каменева Е.А. и др. Профилактика вентилятор-ассоциированных пневмоний у больных с тяжёлой сочетанной травмой. // Общая реаниматология. 2008; IV(3): 44-48.
58. Каныбекова А.К. И ДР. Посиндромная терапия тяжёлых инфекций неонатального периода препаратом интерлейкина-2. // Мед. журнал «Дело Жизни». Неонатология. 2022; 5: 11-15.
59. Кашуба Э.А. Применение Ронколейкина в лечении клещевого энцефалита. // Эпидемиология и инфекц. болезни. 2007; 4: 54.
60. Киселевский М.В. и др. Иммуносупрессия при сепсисе и возможности её коррекции. // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. 2018; 177(5): 105-107.
61. Киселевский М.В. и др. Перспективы комбинированной терапии онкологических больных интерлейкином-2 и ингибиторами контрольных иммунных точек. // Вопросы онкологии. 2020; 66(1): 23-28.
62. Киселевский М.В. и др. Перспективы комбинированной иммунотерапии интерлейкином-2 с ингибиторами иммунных контрольных точек: обзор литературы. // Онкология и радиология Казахстана. 2021; 4: 43-47.
63. Киселевский М.В., Громова Е.Г., Фомин А.М. Сепсис. Этиология. Патогенез. Экстракорпоральная детоксикация. – М.: Практическая медицина, 2021. – 172 с.
64. Киселевский М.В. и др. Возможности коррекции иммуносупрессивных состояний у больных COVID-19. // Инфекция и иммунитет. 2022; 12(4): 651–658.
65. Клинический опыт применения Ронколейкина (рекомбинантного интерлейкина-2) при инфекционных заболеваниях у детей: пособие для врачей. – Санкт-Петербург: Альтер Эго, 2016. – 76 с.
66. Коваленченко О.Н. Клинико-иммунологическое значение определения показателей цитокиновой регуляции у детей с осложнённым течением пневмонии. // Автореферат дисс. ... к.м.н. – Астрахань, 2012.
67. Козлов В.К. Эффективность, безопасность и переносимость тройной комбинированной терапии rIFNα, ибавирином и Ронколейкином хронического гепатита С. // Заболеваемость хроническими вирусными гепатитами детского населения в РФ в 2003-2011 гг. – СПб: Ультра Принт, 2012. – С. 42
68. Козлов В.К. и др. Опыт комплексного лечения пациентов с инфекционно-осложненными огнестрельными переломами костей конечностей. // Хирургия. 2015; 11: 53-58.
69. Козлов В.К. Принцип, методология и алгоритмы диагностики сепсиса по критериям дисфункции иммунной системы. Эффективность подходов и средств иммунотерапии: пособие для врачей. – СПб: СИНЭЛ, 2024. – 52 с.
70. Короткая Н.А. и др. Комбинированная иммунотерапия в лечении глиальных опухолей головного мозга. // Современные проблемы науки и образования. 2017; 6.
71. Коррекция абсолютной лимфопении у новорожденных с тяжёлыми инфекционными заболеваниями. // Неонатология. Национальное руководство, 2019. — С. 564.
72. Костенко С.М. Применение ронколейкина, комбинированного с реафероном и низкими дозами циклофосфана в лечении больных распространёнными формами меланомы кожи и почечно-клеточным раком. // Прикладные информационные аспекты медицины. 2015; 18(5).
73. Красный С.А. и др. Непосредственные и отдаленные результаты применения схем R-CHOP и R-CHOP + интерлейкин-2 в первой линии терапии у пациентов, страдающих диффузной В-крупноклеточной лимфомой. // Доклады нац. академии наук Беларуси. 2023; 67(2): 126-133.
74. Куприна Н.П. и др. Опыт применения цитокинов в лечении серозных менингитов у детей. // Детские инфекции. 2005; 4(1): 57.
75. Курманова Г.М. Оценка иммунного статуса и дифференцированная иммунокоррекция при бруцеллёзе. Методич. рек. – Алматы, 2002. – 30 с.
76. Куценко И.И. и др. Новые подходы к комплексной терапии рецидивирующих вульвовагинальных кандидозов. // Главный врач Юга России. 2018; 3: 53-54
77. Куценко И.И., Боровиков И.О., Кравцова Е.И. Цитокинотерапия в гинекологии. Клинический опыт. – Краснодар: Издательство ФГБОУ ВО «КГМУ», 2020. – 216 с.
78. Куценко И.И. и др. Низкая степень плоскоклеточного интраэпителиального поражения: возможности цитокинотерапии. // Вопросы практической кольпоскопии. Генитальные инфекции. 2022; 4: 30-35.
79. Куцоля М.А. Влияние иммуномодулятора Ронколейкин на посттравматическую регенерацию ран кожи. // Автореферат дисс. ... к.м.н. – Старая Купавна, 2009.
80. Лебедев В.Ф. Иммунопатогенез тяжёлых ранений и травм: возможности иммунокоррекции. // Вестник хирургии. 2002; 161(4): 85.
81. Лебедев В.Ф. и др. Результаты многоцентрового проспективного контролируемого исследования эффективности препарата рекомбинантного интерлейкина-2 человека (ронколейкина) в комплексной интенсивной терапии тяжелого сепсиса. // Интенсивная терапия. 2007; 3.
82. Левашов П.А. и др. Скрининг бактериолитической активности интерлейкина-2 человека и лизоцима куриного яйца на клетках различных микроорганизмов. // Acta naturae. 2016; 8(1): 107-112.
83. Левашов П.А. и др. Влияние различных эффекторов на бактериолитическую активность интерлейкина-2 человека и лизоцима куриного яйца. // Acta naturae. 2017; 9(2): 87-92.
84. Леонов А.В. и др. Апоптоз при тяжёлой черепно-мозговой травме и его изменения при иммуномодуляции ронколейкином. // Иммунология. 2006; 27(4): 246.
85. Лобзин Ю.В. и др. Иксодовые клещевые боррелиозы у детей и взрослых: методические рекомендации для врачей. – СПб, 2010. – 50 с.
86. Лысенко О.В. и др. Проблема «тонкого» эндометрия в репродуктивной медицине: опыт применения рекомбинантного интерлейкина-2 человека для подготовки пациенток к программам вспомогательных репродуктивных технологий. // Журнал акушерства и женских болезней. 2017; 4(66): 46.
87. Лысенко О.В. и др. Иммунотерапия – новая возможность ведения пациенток с «тонким» эндометрием в циклах переноса размороженных эмбрионов. // Росс. иммунол. журнал. 2024; 27(2): 293-298.
88. Маланчук В.А. Комплексное лечение больных остеомиелитом челюстей на фоне наркотической зависимости. // Вестник ВГМУ. 2014; 13(2): 116.
89. Мартыненко Е.Е. и др. Клиническая оценка влияния иммунотропных биологических повязок на сроки заживления ожоговых ран после аутодермопластики. // Образовательный научный форум «Вратами учёности»: сб. статей, 2025; № 250220: 6-9
90. Матолыгина Д.А. Бактериолитические свойства интерлейкина-2 человека. // Автореферат дисс. ... к.х.н. – Москва, 2019.
91. Медикаментозная терапия генитального эндометриоза: реалии и перспективы: руководство для врачей. / под редакцией проф. М.И. Ярмолинской. – М.: ГОЭТАР-Медиа, 2021. – 384 с. (глава 7.5: 290-297).
92. Мишинов С.В. и др. Применение аутологичного и пулированного антигенов в комбинированной иммунотерапии больных глиобластомой. // Современные технологии в медицине. 2020; 12(2): 34-42.
93. Моисеев И.С. и др. Лечение хронической рефрактерной реакции «трансплантант против хозяина» после трансплантации гемопоэтических стволовых клеток с помощью низких доз интерлейкина-2. // Учёные записки СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова. 2015; XXII(4): 44-48.
94. Моисеев И.С. и др. Паллиативная терапия интерлейкином-2 химиорезистентных рецидивов лейкозов после аллогенной трансплантации гемопоэтических стволовых клеток. // Евразийский онкологический журнал. 2016; 4(2): 659-660.
95. Моисеев И.С. Совершенствование методов профилактики и лечения реакции «трансплантат против хозяина». // Автореферат дисс. ... д.м.н. – Санкт-Петербург, 2019.
96. Молчанов О.Е. Применение Ронколейкина (рекомбинантного интерлейкина-2) в онкологии: пособие для врачей. Изд. 5-е, обновл. и доп. – СПб: СИНЭЛ, 2018. – 74 с.
97. Молчанов О.Е. Рекомбинантный интерлейкин-2 в лечении злокачественных опухолей различных локализаций. Современное состояние проблемы и перспективные направления исследований. – СПб: СИНЭЛ, 2018. – 32 с.
98. Моргун П.П. Экстракорпоральная иммунотерапия рекомбинантным интерлейкином-2 в коррекции генерализованного воспалительного процесса у онкоурологических больных. // Автореферат дисс. ... к.м.н. – Ростов-на-Дону, 2011.
99. Мусабекова Р.К. Опыт иммунотерапии детей раннего возраста с тяжёлой пневмонией. // Вестник НГУ. 2012; 10(3): 151.
100. Мусаилов В.А. Комплексное лечение перитонита, вызванного травмами мочеточников и мочевого пузыря. // Диссертация. ... д.м.н. – Москва, 2020.
101. Мусалимова Г.Г. и др. Клинико-иммунологическая оценка эффективности применения рекомбинантного интерлейкина-2 человека (Ронколейкина) в комплексном лечении пневмоний микоплазменной и хламидийной этиологии. // Вестник соврем. клинич. медицины. 2009; 2(1): 14.
102. Мусольянц Р.А. Дифференцированная терапия хронической тазовой боли у больных перитонеальным эндометриозом. // Автореферат дисс. ... к.м.н. – Краснодар, 2016.
103. Новикова А.Ф. и др. Роль рекомбинантного интерлейкина-2 в лечении больных хроническим гепатитом В. // Инфекция и иммунитет. 2023; 13(6): 1141–1149.
104. Нуриев Р.И. и др. М.В. Новые стратегии лечения пациентов с онкологическими заболеваниями: иммунотерапевтический подход. // Иммунология. 2017; 38(1): 39-48.
105. Обобщённый опыт применения Ронколейкина® (рекомбинантного интерлейкина-2) в пульмонологии и фтизиатрии: пособие для врачей. / Под ред. Трофимова В.И., Егоровой В.Н. – СПб: СИНЭЛ, 2015. – 116 с
106. Овсянникова Т.В. и др. Клеточная терапия хронического эндометрита у пациенток с нарушением репродуктивной функции. // НИИ клинической и экспериментальной лимфологии СО РАМН, г. Новосибирск. 2017.
107. Оруджева А.Д. Разработка эффективных методов лечения и профилактики бактериальных гнойных менингитов у детей. // European research. 2017. – С. 90-93.
108. Оруджева А.Д. Влияние эффективных реабилитационных мер при бактериальных гнойных менингитах на качество жизни детей. // Научные исследования. 2017; 1(6): 77-79.
109. Останин А.А., Черных Е.Р. Цитокинотерапия ронколейкином в комплексном лечении и профилактике хирургических инфекций: пособия для врачей. – СПб: Альтер Эго, 2009. – 56 с.

110. Павлова М.В. и др. Иммунотерапия ронколейкином в комплексном лечении больных деструктивным туберкулёзом легких. Медицинская технология. – СПб.: Альтер Эго. – 2010. – 27 с.
111. Пичугин А.А. и др. Иммунотерапия злокачественных глиом: современное состояние проблемы. // Успехи молекулярной онкологии. 2024; 11(4): 23-40.
112. Политравма: главы 2, 7, 8. / Под ред. Гуманенко Е.К., Козлова В.К. – М.: ГОЭТАР-Медиа, 2015. – 80 с.
113. Рак паренхимы почки. Клинические рекомендации. МЗ Российской Федерации. – 2018.
114. Савченко А.А. и др. Применение рекомбинантного интерлейкина-2 для коррекции фенотипа и функциональной активности NK-клеток у пациентов с постковидным синдромом. // Цитокины и воспаление. 2023; 20(4): 49-66.
115. Савчук О.В. Рекомбинантный интерлейкин-2 человека (ронколейкин) в лимфотропной терапии хронических гнойных средних отитов. // Автореферат дисс. ... к.м.н. – СПб, 2004.
116. Сачивко Н.В. Интерлейкин-2 (Ронколейкин) в первой линии химиотерапии В-клеточных неходжинских лимфом. // Вопросы онкологии. 2013; 2: 52-58.
117. Семёнов Д.М. и др. Папилломавирусная инфекция: учебно-методическое пособие. – СПб.: Диалект, 2008. – 84 с.
118. Сельков С.А., Егорова В.Н. Клинический опыт применения Ронколейкина (рекомбинантного интерлейкина-2) в гинекологии: пособие для врачей. – СПб: СИНЭЛ, 2017. – 108 с.
119. Серебряная Н.Б. и др. Новые подходы к терапии герпесвирусной инфекции: пособие для врачей. – СПб: Новая Альтернативная Полиграфия, 2007.
120. Сереженков А.В. Оценка эффективности иммунотерапии в комплексном лечении хронического пиелонефрита в активной фазе воспаления. // Автореферат дисс. ... к.м.н. – Санкт-Петербург, 2016.
121. Сериков Н. и др. Ронколейкин, владоникс и интерферон в лечении коронавирусной инфекции в амбулаторной практике. // Терапевт. 2022; 4: 34-39.
122. Сериков Н. и др. Реабилитация больных коронавирусной инфекцией в амбулаторных условиях. // Терапевт. 2023; 4: 6-15.
123. Сериков Н. и др. Реабилитация больных с постковидным синдромом. // Вестник КАЗНМУ. 2023; 2: 41-50.
124. Сидоров И.А. и др. Эффективность использования рекомбинантного интерлейкина-2 в комплексном лечении больных с тяжёлыми гнойно-воспалительными заболеваниями лица и шеи. // Вестник СПбГУ. 2012; 11(1): 59.
125. Симакова А.И. Клинические формы иксодовых клещевых боррелиозов. // Автореферат дисс. ... д.м.н. – Москва, 2006.
126. Ситников Н.В. и др. Метод лимфоиммунотерапии в онкоурологии. // Госпитальная медицина. Наука и практика. 2018; 1(3): 53-55.
127. Скляр Л.Ф. и др. Иммунотропные эффекты ронколейкина на фоне противовирусной терапии хронического гепатита С. // Дальневост. мед. журнал. 2012; 4: 26-29.
128. Скороходкина О.В. и др. Коррекция вторичной иммунной недостаточности рекомбинантным ИЛ-2 у больных сахарным диабетом с гнойно-некротическими осложнениями синдрома диабетической стопы: пособие для врачей. – СПб: «Новая Альтернативная Полиграфия», 2007. – 40 с.
129. Скрипченко Н.В. и др. Комплексная терапия рассеянного склероза у детей. // Росс. вестник перинатологии и педиатрии. 2016; 61(2): 61.
130. Скрипченко Н.В. и др. Нейроинфекции у детей: тенденции и перспективы. // Росс. вестник перинатологии и педиатрии. 2016; 4: 9-22.
131. Скрипченко Н.В., Иванова Г.П. Панэнцефалиты у детей: тактика ведения. // Журнал инфектологии. 2017; 9(1), приложение: 123-124.
132. Скрипченко Н.В., Лобзин Ю.В. и др. Инновации в ведении нейроинфекций у детей. // Детские инфекции. 2017; 16(3): 5-9.
133. Скрипченко Н.В., Лобзин Ю.В., Вильниц А.А. Гнойные менингиты у детей: руководство для врачей. – Санкт-Петербург: СИНЭЛ, 2017. – 404 с.
134. Скрипченко Н.В. и др. Анализ эффективности иммунотерапии раннего и позднего нейроборрелиоза у детей. // Инфекционные болезни. 2021; 19(2): 83–94.
135. Снежко Т.А. Экстракорпоральная иммунотерапия в комплексном лечении больных с рецидивами и рефрактерным течением лимфомы Ходжкина. // Автореферат дисс. ... к.м.н. – Ростов-на-Дону, 2015.
136. Соколова Е.И. и др. Протективная роль рекомбинантного IL-2 в комплексной терапии эндометриоидных кист яичников у пациенток позднего репродуктивного возраста. // Мед. вестник Юга России. 2019; 10: 29.
137. Соловьев И.А. и др. Регулирование иммунологического дисбаланса как неотъемлемый элемент комплексного подхода к лечению гнойно-деструктивных форм синдрома диабетической стопы. // Клиническая патофизиология. 2016; 22 (2): 62-68.
138. Степанова З.Е. Профилактика послеоперационных осложнений у больных с флегмоной околоушно-жевательной области. // Диссертация ... к.м.н. – Ростов-на-Дону, 2019.
139. Стяжкина С.Н. и др. Применение ронколейкина в комплексном лечении больных острым деструктивным панкреатитом. // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. 2017; 6(ч. 1): 119-121
140. Стяжкина С.Н. и др. Возможности иммунотерапии при синдроме диабетической стопы. // Эффективная фармакотерапия. 2019; 15(12): 8–10.
141. Стяжкина С.Н. Актуальные проблемы иммунотерапии гнойных ран. // Innovative Surgery on the Silk Road. 2024; 1(1): 106-111.
142. Султанова М.В. Комплексное лечение женщин в период беременности и послеродовом периоде при остром холецистите и панкреатите. // Автореферат дисс. ... к.м.н. – Пермь, 2015.
143. Сухорукова Н.В. и др. Новые возможности фармакологической коррекции иммунологической составляющей патогенеза хронического пиелонефрита. // Цитокины и воспаление. 2002; 1(2): 51.
144. Тимченко В.Н. Применение иммуномодулирующей терапии при псевдотуберкулёзе. // II конгр. педиатров России. Москва, 2003. Тезисы.– С. 192.
145. Титов К.С. и др. Внутриполостная иммунотерапия интерлейкином-2 у больных с опухолевыми плевритами, асцитами и перикардитами: учебно-методическое пособие. – Москва: Типография «Лантана Принт», 2017. – 43 с.
146. Толстой А.Д. и др. Парапанкреатит. Этиология, патогенез, диагностика, лечение. – СПб: «Знаменитые универсанты», 2003. – 256 с.
147. Толстой А.Д. и др. Шок при остром панкреатите. – СПб: Скиф, 2004. – 64 с.
148. Тюмина О.В. и др. Трансфузия аллогенной пуповинной крови пациентам с множественной миеломой: анализ безопасности и влияние на иммунофенотип лимфоцитов крови в ранний период. // Росс. иммунол. журнал. 2024; 27(2): 299-306.
149. Федеральное руководство по детской неврологии: Диссеминированные энцефаломиелиты у детей, глава 37. / Под ред. проф. В.И. Гузевой. (Скрипченко Н.В., Иванова Г.П., Скрипченко Е.Ю.) М: ООО «МК», 2016. – 656 с.
150. Федеральное руководство по детской неврологии: Вирусные энцефалиты у детей, глава 39. / Под ред. проф. В.И. Гузевой. (Иванова Г.П., Скрипченко Н.В.) М: ООО «МК», 2016. – 656 с.
151. Хасанова Г.М. и др. Новое в этиотропной и иммунокорригирующей терапии геморрагической лихорадки с почечным синдромом. // Сб.: Фундаментальные и прикладные аспекты современной инфектологии, том 1. Уфа, 2016. – С. 18-24.
152. Цицкарава Д.З. Глубокий инфильтративный эндометриоз: особенности патогенеза и комбинированное лечение. // Автореферат дисс. ... к.м.н. – Санкт-Петербург, 2018.
153. Черданцев Д.В., Первова О.В., Винник Ю.С., Курбанов Д.Ш. Профилактика и лечение посттравматического панкреонекроза у больных с закрытой травмой брюшной полости. // Хирургия. 2016; 1: 73-77.
154. Черемных Р.В., Скрыпников В.В. Хронический эндометрит: стратегия лечения. // Медицина. 2018; 3: 11.
155. Чилилов А.М., Ахмедов Б.А., Козлов В.К. Сравнительная эффективность различных методик комплексного лечения раненых с огнестрельными повреждениями конечностей. // Политравма. 2016; 4: 52-62.
156. Чобанян А.Г., Гизингер О.А., Егорова В.Н. Рекомбинантный интерлейкин-2 в лечении бесплодия: обзор литературы. // Женское здоровье. 2021; 4(49): 7-15.
157. Юдин В.А. и др. Особенности иммунологических нарушений и их коррекция в раннем периоде травматической болезни у пострадавших с сочетанной травмой голени. // Травматология, ортопедия и военная медицина. 2019; 2: 23-33.
158. Ярмолинская М.И. и др. Рекомбинантный интерлейкин-2: клиническая эффективность и патогенетическое обоснование применения при наружном генитальном эндометриозе. // Проблемы репродукции. 2021; 27(2): 41-50.
159. Bukhtoyarov O., Samarin D. Anti-lethal therapy of COVID-19 for home health outpatient therapy. // Europ. J. Medical and Health Sci 2021; 3(4): 73-79.
160. Gizinger O.A., Egorova V.N., Trofimov V.I. Recombinant cytokines in the treatment of pneumonia. Clinical experience. // J. Interdiscipl. Approaches Medicine. 2021; 1(1): 49-51.
161. Gizinger O. et al. The effects of interleukin-2 substances (glutamate, glycine, arginine) on biofilm formation in multidrug-resistant uropathogenic Escherichia coli in women with previous reproductive losses. // Int. J. Agri. Biosci. 2024; 13(4): 753-762.
162. Kiselevskiy M. et al. Immune Pathogenesis of COVID-19 Intoxication: Storm or Silence? // Pharmaceuticals (Basel). 2020 Aug; 13(8): 166.
163. Kiselevskiy M.V. et al. Interleukin-2 in the therapy of glioblastoma: results and prospects. // Medici. com. 2024; 126: 72-74.
164. Kozlov V.K. et al. Possibilities of cytokine therapy in purulent-septic surgical pathology. // Medici.com. 2025. №127. P. 80-82.
165. Savchenko A.A. et al. Recombinant human Interleukin-2 corrects NK cell phenotype and functional activity in patients with post-COVID syndrome. // Pharmaceuticals (Basel). 2023; 16(4): 537



Ронколейкин® разрешён к применению у взрослых с 1995 года, у детей с первого дня жизни – с 2008 года.

С момента регистрации Ронколейкина® в 1995 году проведено более 1000 клинических испытаний, включая многоцентровые исследования, в том числе в формате GCP, в которых участвовало около 250 медицинских центров России и стран Ближнего зарубежья.

Специалисты компании ООО "НПК "БИОТЕХ" будут рады получить Ваши отзывы о препарате и ответить на все интересующие Вас вопросы.

197198 Санкт-Петербург, ул. Большая Пушкарская, 20
198516 г. Санкт-Петербург, ВН. ТЕР. Г., город Петергоф,
пр-кт Санкт-Петербургский, дом 60, литера Л, помещ. 5Н, комн. 23
Тел./факс (812) 603-27-97, 603-27-98
e-mail: biotech@biotech.spb.ru
http://biotech.spb.ru/