

## ОРГАНОСОХРАНЯЮЩЕЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ РАКЕ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ВНУТРИПУЗЫРНОЙ ИММУНОТЕРАПИИ РОНЛЕЙКИНОМ (ИНТЕРЛЕЙКИН-2)



Тилляшайхов Мирзаголиб Нигматович<sup>1</sup>, Адылходжаев Аскар Анварович<sup>1</sup>,  
Жураев Миржалол Дехканович<sup>2</sup>, Тилляшайхова Раъно Мирзагалебовна<sup>2</sup>,  
Рахимов Нодир Махамматкулович<sup>3</sup>

1 - Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр онкологии и радиологии, Республика Узбекистан, г. Ташкент;

2 - Ташкентский городской филиал специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии, Республика Узбекистан, г. Ташкент;

3 - Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарканд

### ҚОВУҚ САРАТОНИДА РОНЛЕЙКИН (ИНТЕРЛЕЙКИН-2) БИЛАН ЎТКАЗИЛГАН ҚОВУҚ ИЧИ ИММУНОТЕРАПИЯЛИ ОРГАНСАҚЛОВЧИ ДАВОЛАШ УСУЛИ

Тилляшайхов Мирзаголиб Нигматович<sup>1</sup>, Адилходжаев Аскар Анварович<sup>1</sup>,  
Жураев Миржалол Дехканович<sup>2</sup>, Тилляшайхова Раъно Мирзагалебовна<sup>2</sup>,  
Рахимов Нодир Махамматкулович<sup>3</sup>

1 - Республика ихтисослаштирилган онкология ва радиология илмий амалий тиббиёт маркази, Ўзбекистон Республикаси, Тошкент ш.;

2 - Республика ихтисослаштирилган онкология ва радиология илмий амалий тиббиёт маркази Тошкент шаҳар филиали, Ўзбекистон Республикаси, Тошкент ш.;

3 - Самарқанд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарқанд ш.

### ORGAN PRESERVATION TREATMENT FOR BLADDER CANCER USING INTRAVESICAL IMMUNOTHERAPY WITH RONCOLEUKIN (INTERLEUKIN-2)

Tillyashaykhov Mirzagolib Nigmatovich<sup>1</sup>, Adylkhodjaev Askar Anvarovich<sup>1</sup>, Juraev Mirzhalol Dehkanovich<sup>2</sup>,  
Tillyashaykhova Rano Mirzagalebovna<sup>2</sup>, Rakhimov Nodir Mahammadkulovich<sup>3</sup>

1 - Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Oncology and Radiology, Republic of Uzbekistan, Tashkent;

2 - Tashkent city branch of the specialized scientific and Practical Medical Center of Oncology and Radiology, Republic of Uzbekistan, Tashkent;

3 - Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: [gulzor34@bk.ru](mailto:gulzor34@bk.ru)

**Резюме.** Инвазив сийдик копи саратони (СКС) даволаш асосий усули радикал радикал цистэктомия амалиети (РЦЭ) ҳисобланади. Инвазив сийдик копи саратонида касаллиги канчалик мукамал оператив даво цистэктомия амалиети бажарилмасин беморларнинг 50% узоқ метастаз 2 йилдан сунг пайдо булади, ва 13-25% тос бўшлигида ўсимта маҳаллий кайталанишининг бор. Цистэктомия травматик жарроҳлик аралашуви ҳисобланади. Беморларнинг катта қисми операциядан кейинги асоратларга ега. Шунинг учун, ҳозирги кунда киметариянинг ёрдамида инвазив СКС даволашда орган сакловчи амалиетларни тадбиқ этиши йулга куйилмоқда. 2018 йилда ушбу муаммо бўйича тадқиқотлар натижалари асосида РОНСОЛЕУКИН (interleukin-2-ИЛ-2) билан интравезикал имунотерапия фониди гемцитобин цисплатин схемасига мувофиқ неоадьювант ПХТ ёрдамида инвазив СКС билан касалланган беморларни комплекс орган-сақловчи даволашнинг янги схемаси ишлаб чиқилди ва тавсия этилган даволаш усулининг самарадорлигини истиқболли ўрганиши ўтказилди. Ушбу мақолада бевосита ва узоқ муддатли яшан самарадорлиги тахлили килинган.

**Калит сўзлар:** инвазив қовуқ саратон, сийдик копи саратони орган сакловчи даволаш тури, киметария.

**Abstract.** The main method of treatment of invasive RMP is radical cystectomy (RCE). Despite a significant amount of surgical intervention within 2 years after RCE for invasive RMP, 50% of patients have distant metastases, and 13-25% have local recurrence of the tumor in the pelvic cavity. Cystectomy is a traumatic surgical intervention. A significant part of patients have postoperative complications. Therefore, there is currently a growing number of supporters of an organ-

*preserving approach in the treatment of invasive bladder cancer using chemoradiotherapy. Based on the results of studies on this problem in 2018, a new scheme of complex organ-preserving treatment of patients with invasive bladder cancer using neoadjuvant PCT according to the GP scheme against the background of intravesical immunotherapy with ronc-leukin (interleukin-2-IL-2) was developed and a prospective randomized study of the effectiveness of the proposed treatment method was conducted.*

**Key words:** *invasive bladder cancer, organ-preserving treatment, chemotherapy.*

Показатель заболеваемости рака мочевого пузыря на 100000 населения Республики Узбекистан составил 7,0 (для расчета всех показателей использовались данные Государственного комитета статистики Республики Узбекистан о среднегодовой численности населения в разбивке по областям за 2019 г.), что на 1,5% выше, чем в 2015 году и на 2,7% выше, чем в 2019 [1].

Рак мочевого пузыря при первичном обращении выявляется опухоль, инвазирующая в мышечный слой и глубже [2,3]. Основным методом лечения инвазивного РМП является радикальная цистэктомия (РЦЭ). Несмотря на значительный объём оперативного вмешательства в течение 2 лет после РЦЭ по поводу инвазивного РМП у 50% больных появляются отдаленные метастазы, а у 13-25%- местные рецидивы опухоли в полости малого таза [2,4,5].

Цистэктомия является травматичным оперативным вмешательством. У значительной части больных наблюдаются послеоперационные осложнения. Периоперационная смертность составляет 2,3-26,9% [3,4, 6-9]. Осложнения раннего послеоперационного периода имеют место у 11-70 % больных [2,3,10-13]. Поэтому в настоящее время растёт число сторонников органосохраняющего подхода в лечении инвазивного РМП с использованием химиолучевой терапии [14-15]. При этом пятилетняя выживаемость варьирует от 42 до 62% [15]. При местной распространённости опухоли T2 выживаемость еще выше и составляет 64-68%. Эти данные полностью сопоставимы с результатами тотальной цистэктомии у больных с

такой-же стадией заболевания и соответствующего возраста.

Однако эффекта при использовании стандартных схем полихимиотерапии (ПХТ) при инвазивном РМП обычно удаётся добиться лишь после проведения 3-4 циклов лечения, а это далеко не всегда возможно из-за выраженной токсичности применяемой в таких случаях схемы GP, что отмечают практически все исследователи. Поэтому сегодня достаточно остро встает вопрос повышения эффективности химиотерапии при РМП, что позволяет снизить количество курсов проводимого лечения, а следовательно, и токсичность.

Основной прогресс в лечении РМП связывают с иммунотерапией. На основании результатов исследований по данной проблеме [16] в 2018 г. РСНПМЦОиР и РСНПМЦОиР ТГФ была разработана новая схема комплексного органосохраняющего лечения больных инвазивным РМП с использованием неoadъювантной ПХТ по схеме GP на фоне внутривезикулярной иммунотерапии ронколейкином(интерлейкин-2-ИЛ-2) и проведено проспективное рандомизированное исследование эффективности предложенного метода лечения. В настоящей статье проанализированы непосредственные и отдалённые результаты лечения.

**Материалы и методы исследования.** В исследование включены 60 больных с впервые выявленным инвазивным РМП без отдалённых и регионарных метастазов с T2a -4 N0 M0 стадии II-III. Возраст больных составлял от 39 до 80 лет (средний возраст 60,2 года). Характеристика больных представлена в табл. 1.

**Таблица 1.** Распределение больных по методу лечения

Показатель	Контрольная группа (n=30)		Основная группа (n=30)		Всего (n=60)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Пол						
мужской	27	90,0	26	86,7	53	88,3
женский	3	10,0	4	13,3	7	11,7
Местная распространенность						
pT2	20	66,7	24	80,0	44	73,3
pT3	2	6,7	1	3,3	3	5,0
pT4	8	26,6	5	16,7	13	21,7
Степень дифференцировки опухоли						
G1	4	13,3	4	13,3	8	13,3
G2	15	50,0	16	53,4	31	51,7
G3	11	36,7	10	33,4	21	35,0

На первом этапе всем больным выполняли циторедуктивную трансуретральную резекцию (ТУР) мочевого пузыря, которая предусматривала максимально возможное удаление экзопитной части опухоли мочевого пузыря с частью мышечного слоя с целью верификации диагноза, определения глубины инвазии опухолью стенки мочевого пузыря и уменьшения объема опухолевой массы. Наличие опухолевой инвазии мышц в последующем подтверждали гистологически. В исследование включали больных мышечно-инвазивным переходноклеточным РМП без отдалённых регионарных метастазов.

После рандомизации с помощью программы Statistica.2020 (StatSoft, Inc.) с использованием метода случайных чисел больных разделили на две группы (по 30 больных в каждой). В 1-й контрольной группе проводилось 2 курса неоадьювантной ПХТ по схеме GP (цисплатин, гемцитабин). Во 2-й группе - 2 курса неоадьювантной ПХТ по схеме цисплатин, гемцитабин – GP на фоне внутривезикулярной иммунотерапии. Курсы ПХТ по схеме включали введение цисплатина и гемцитабина. Проводились по стандартной методике. В 1 день внутривенно вводили цисплатин в дозе 50 мг/м<sup>2</sup>. Перед введением цисплатина осуществляли внутривенную гипергидратацию и ощелачивание (около 2000 мл жидкости и гидрокарбоната натрия), причём цисплатин не вводили до тех пор, пока рН мочи не станет равным 7,0 и выше. Во 1 и 8-й дни внутривенно вводили гемцитабин в дозе 1 г/м<sup>2</sup> в 400 мл изотонического раствора в виде 1-часовой инфузии. Цисплатин начинали вводить при достижении диуреза 100-150 мл/ч. Для форсирования диуреза использовали маннитол (30г маннитола в 400 мл изотонического раствора NaCl).

Для внутривезикулярной иммунотерапии применяли препарат ронколейкин - инъекционную лекарственную форму рекомбинантного ИЛ -2 человека. Препарат вводили в мочевой пузырь на 20 мл физиологического раствора в дозе 1 млн ЕД 2 раза в сутки. Время экспозиции после каждого введения 3 ч. Второе введение производили через 3 ч. после первого. Всего на курс одному больному осуществляли 10 инстилляций. Препарат вводили 5 дней подряд.

Для оценки эффекта через 4-5 недель после окончания ПХТ выполняли ТУР мочевого пузыря. В случае полной клинической регрессии проводилась ТУР области расположения опухоли с целью гистологического подтверждения полученного эффекта.

В случае обнаружения опухолевой ткани в биоптате краёв отсечения или дна резекционной раны после органосохраняющей операции, а также в случае стабилизации или прогрессирования

после двух курсов ПХТ выполняли РЦЭ. Всего РЦЭ выполнена 19 больным. В качестве метода отведения мочи предпочтение отдавалось илиоцистопластике (11 больных), при этом у 3 больных применена методика Штудера (U.Studer). При наличии противопоказаний к илиоцистопластике выполнялись следующие операции: операция Бриккера (E.Bricker) - 3 больных, уретросигмоанастомоз по стандартной методике Ле Дюк (LeDuk) и уретрокутанеостомия - по 2 больных; .

Непосредственный эффект лечения оценивали по степени регрессии опухоли. Для статистической обработки результатов использовалась программа Statistica. 1999 (StatSoft, Inc.). Отдалённые результаты оценивали 1 раз в год методом построения таблиц дожития по интервальному методу от даты начала лечения (циторедуктивной операции). Изучали общую и безрецидивную выживаемость. Расчёт выживаемости проводился с использованием метода Каплана-Майера. Для сравнения показателей выживаемости в группах использовали непараметрический log-rank-тест. Статистически достоверными различия считались при  $p < 0,05$ .

**Результаты и обсуждение.** Группы больных были сопоставимы по полу, возрасту, местной распространённости процесса и степени дифференцировки опухоли (см. табл. 1). Достоверных различий по приведённым показателям в группах не было ( $p > 0,05$ )

В целом токсичность использованных режимов лечения была умеренной и практически не различалась в основной и контрольных группах (табл.2). Нефро-, кардио- и гепатотоксичность были незначительными. Наиболее частыми токсическими эффектами были иалопеция, лейкопения и рвота. При этом токсических эффектов IV степени отмечено не было, а токсичность III степени встречалась относительно редко. У 3 (10,0 %) больных контрольной и у 2 (6,7%) основной группы отмечалась лейкопения III степени, у 6 (20,0%) и у 5 (16,7%) больных соответственно - алопеция III степени и у одного пациента в каждой группе (3,3%) - рвота III степени токсичности. Различия в токсичности лечения между группами недостоверны ( $p > 0,05$ ).

Местных реакций при внутривезикулярном введении ронколейкина не отмечено.

Непосредственный эффект терапии был значительно выше в основной группе (табл.3). Полная регрессия опухоли получена у 16 (53,3 ± 9,1 %) пациентов основной и у 8 (26,7 ± 8,1%) больных контрольной группы, а прогрессирование процесса отмечено у 2 (6,7 ± 4,6%) и 7 (23,3 ± 7,7%) больных соответственно. Различия достоверны ( $p = 0,049$ , U-критерий Манна – Уитни).

**Таблица 2.** Непосредственный эффект лечения

Эффект	Контрольная группа n=30		Основная группа n=30	
	abs	%	abs	%
Полная регрессия	8	26,7±8,1	16	53,3±9,1
Частичная регрессия	9	30,0±8,3	8	26,7±8,1
Стабилизация	6	20,0±7,3	4	13,3±6,2
Прогрессирование	7	23,3±7,7	2	6,7±4,6

**Таблица 3.** Частота достижения полной регрессии опухоли в стадии T2 – T4 после химиотерапии

Автор	Схема лечения	Полная регрессия, %
Н. Schergi соавт. [22]	ТУР + GP 2-5 курсов	48
W. Lynch соавт. [23]	ТУР + CMV 2 курса	47
R. Farahi соавт. [24]	M-VAC 4курса	32
R. Shearegi соавт. [25]	GP 2-4 курса	32
R. Halli соавт. [26]	CM±VE 2-4 курса	37
НИИО и МР им. Н.Н. Александрова	ТУР GP 2 курса + интерлейкин-2	53,3

Примечание. М – метотрексат, V – винбластин, А – адриамицин, С – цисплатин, Е – эпирубицин, G – гемцитабин

У 24 (80,0%) больных основной и 16(53,3±9,1%) контрольной группы выполнено органосохраняющее оперативное вмешательство (различия достоверны,  $p=0,03$ ,  $\chi^2$ ). В остальных случаях выполнялась органосохраняющая операция (РЦЭ). При этом в основной группе операция во всех шести случаях выполнена радикально (R0), а в контрольной группе у 2 (15,4%) больных из 13 в краях отсечения после цистэктомии при морфологическом исследовании выявлен опухолевый рост(R1). По два больных в каждой группе (6,6%) категорически отказались от выполнения РЦЭ.

Частота рецидивирования изучена у больных с сохранённым мочевым пузырём при сроках наблюдения от 6 до 75 месяцев (в среднем  $24,5\pm 20,0$  мес). Безрецидивная выживаемость представлена на рис. 1. Данный показатель был несколько выше в основной группе, хотя различия оказались недостоверными ( $p=0,67$ , log-rank-тест).

Отдалённые метастазы появились у 3(10,0%) процентов больных основной и у 5 (16,7%) контрольной группы. От прогрессирования заболевания умерли 5 (16,7%) и 12 (40,0%) больных соответственно. Выживаемость до прогрессирования (до появления инвазивного рецидива или метастазов) представлена на рис. 2.

Различия оказались недостоверными ( $p=0,35$ , log-rank-тест).

Общая 5-летняя выживаемость для всех больных, включённых в исследование, составила  $60,1\pm 8,7\%$ . При изучении зависимости общей выживаемости от метода лечения выявлены существенные различия между группами (таб.2). Кумулятивный показатель выживаемости больных основной группы был достоверно выше соответствующего показателя в контрольной груп-

пе( $p=0,02$ , log-rank-тест). При этом общая 5-летняя выживаемость составила  $81,4\pm 7,6$  и  $46,5\pm 12,5\%$  соответственно. Медиана времени жизни в контрольной группе составила 40,1 мес, а в основной группе в настоящее время не достигнута.

**Обсуждение.** При сравнении полученных результатов с данными других авторов обращает на себя внимание примерно такая же частота полной агрессии после химиотерапии (табл. 4), однако в нашем исследовании проведено значительно меньшее количество курсов ПХТ. Этим можно объяснить и хорошую переносимость лечения. При использовании стандартной ПХТ по схеме M-VAC проводится обычно 3-4 курса лечения, когда и отмечаются тяжёлые токсические реакции.

Следует отметить, что выживаемость больных напрямую зависит от полученного эффекта лечения (табл. 4). Наилучшие результаты отмечены у больных с полной регрессией опухоли, а различия в выживаемости больных с разными эффектами химиотерапии оказались достоверными ( $p=0,028$ ).

Наибольший шанс на сохранение мочевого пузыря имеют те пациенты, у которых отмечена полная регрессия опухоли после ТУР и нескольких курсов химиотерапии, что было подтверждено исследованиями в различных клиниках [2, 22]. Этим можно объяснить и значительно более высокую выживаемость больных с сохранённым мочевым пузырём по сравнению с пациентами, которым была выполнена РЦЭ (таб.3). Общая выживаемость больных после органосохраняющего лечения была достоверно больше, чем после РЦЭ ( $p=0,01$ , log-rank-тест).

**Таблица 4.** Результаты органосохраняющего лечения (ТУР + химиолучевая терапия) больных инвазивным РМП

Автор	Число больных	5-летняя выживаемость, %	
		наблюдаемая	с сохранением мочевого пузыря
D. Kaufman и соавт. [27]	106	52	43
R. Sauer соавт. [28]	79	52	41
W. Tester соавт. [15]	42	52	42
W. Tester соавт. [16]	91	62	44
M. Orsatticoавт. [17]	76	42	-
РСНПМЦОиР, РСНПМЦО-иР ТГФ ТУР + ПХТ + ИЛ-2	30	81,4±7,6	70,0±8,4

В таблице 4 проведено сравнение результатов настоящего исследования с результатами органосохраняющего лечения (ТУР + химиолучевая терапия) больных инвазивным РМП в аналогичных исследованиях других авторов. Как видно из представленных данных, выживаемость больных и время до цистэктомии (рис. 6) в нашем исследовании несколько выше, чем по данным литературы.

**Выводы.** Предложенная схема комплексного лечения инвазивного РМП с использованием неoadьювантной ПХТ и внутривезикулярной иммунотерапии хорошо переносится больными. Дополнительное внутривезикулярное введение ронколейкина (ИЛ-2) не повлияло на частоту и тяжесть токсических эффектов ПХТ. Местных реакций при внутривезикулярном введении ронколейкина не отмечено.

Непосредственный эффект предложенной схемы лечения выше, чем стандартной ПХТ по схеме GP. Количество полных регрессии составило 53,3±9,1 и 26,7±8,1% соответственно ( $p=0,049$ , U-критерий Манна-Уитни).

Повышение эффективности ПХТ позволило сохранить удовлетворительное функционирующий мочевой пузырь у значительно большего числа пациентов. Органосохраняющее оперативное вмешательство выполнено 24 (80,0%) больным основной и 16 (53,3%) – контрольной группы, различия достоверны ( $p=0,03$ ,  $\chi^2$ ).

Кумулятивный показатель выживаемости больных основной группы оказался достоверно выше, чем в контрольной группе ( $p=0,02$ , log-rank-тест). Общая 5-летняя выживаемость в группах составила 81,4±7,6 и 46,5±12,5% соответственно. Повышение выживаемости достигнуто за счет увеличения числа больных с полной регрессией опухоли после химиотерапии, характеризующихся более благоприятным прогнозом в отношении продолжительности жизни.

#### Литература:

1. Состояние онкологической помощи населению Республики Узбекистан в 2019 году. Под редак-

цией М.Н. Тилляшайхова, д.м.н. Ибрагимова Ш.Н., Джанклич С.М. 2020.

2. Матвеев Б.П., Фигурин К.М., Карякин О.Б. Рак мочевого пузыря. М., Вердана: 2017.

3. Hautmann R.E., De Petriconi R., Gottfried H.W. et al. The ileal neobladder: complications and functional results in 363 patients after 11 years of followup. *J Urol* 2019; 161(2): 422-8.

4. Мавричев А.С., Красный С.А., Поляков С.Л. и др. Онкоурология. Минск, БелЦНМИ: 2020.

5. Sell A., Jakobsen A., Nerstrom B. et al. Treatment of advanced bladder cancer category T2 T3 and T4a. A randomized multicenter study of preoperative irradiation and cystectomy versus radical irradiation and early salvage cystectomy for residual tumor. DAVECA protocol 8201. Danish Vesical Cancer Group. *Scand J Urol Nephrol Suppl* 2021; 138: 193-201.

6. Матвеев Б.П., Фигурин К.М. Урол и нефрол 2017; (2): 25-8.

7. Митряев Ю.И. Уретеросигмостомия после радикальной цистэктомии в комбинированном лечении рака мочевого пузыря (клинико-экспериментальное исследование). Автореф. дис. ... докт. мед. наук. М., 2018.

8. Качук В.Н., Комяков Б.К., Новиков А.И. и др. Рак мочевого пузыря. Материалы конференции 21-22 мая 1998 г., Ростов-на-Дону. с. 91-2.

9. Aming C.L., Thrasher J.B., Frazier H.A. et al. *J Urol* 2020; 151(1): 31-6.

10. Elmajian D.A., Stein J.R., Esrig D., Freeman J.A. et al. *J Urol* 2020; 156(3): 920-5.

12. Gburek B.M., Lieber M.M., Blute M.L. Comparison of studer ileal neobladder and ileal conduit urinary diversion with respect to perioperative outcome and late complications. *J Urol* 2020; 160(3 Pt 1): 721-3.

13. Studer U.E., Danuser H., Merz V.W. et al. Experience in 100 patients with an ileal low pressure bladder substitute combined with an afferent tubular isoperistaltic segment. *J Urol* 2018; 154(1): 49-56.

14. Sternberg C.N., Pansadoro V., Calabro F. et al. Neo-adjuvant chemotherapy and bladder preservation in locally advanced transitional cell carcinoma of the bladder. *Ann Oncol* 2018; 10(11): 1301-5.

15. Tester W., Caplan R., Heaney J. Neoadjuvant combined modality program with selective organ preservation for invasive bladder cancer: result of Radiation Therapy Oncology Group phase II trial 8802. *J Clin Oncol* 2017; 14(1): 119-26.
16. Tester W., Porter A., Asbell S. et al. Combined modality program with possible organ preservation for invasive bladder carcinoma: result of RTOG protocol 85-12. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2018; 25: 783-90.
17. Туйчиев, Анвар Пардабаевич, et al. "Факторы Прогноза Выживаемости У Пациентов С Мышечно-Инвазивной Уротелиальной Карциномой Мочевого Пузыря После Радикальной Цистэктомии." *Central asian journal of medical and natural sciences* 2.5 (2021): 254-261.
18. Рахимов Н. М. и др. Вуырак saratonini tarqalish darajasini baholashda noinvaziv vizualizasiya usullarini diagnostik imkoniyatlari //Журнал Репродуктивного Здоровья и Уро-Нефрологических Исследований. – 2021. – Т. 2. – №. 1.
19. Mirzagaleb T. et al. Comparative Characteristics of the Direct Results of Extraperitoneal and Transperitoneal Access in the Surgical Treatment of Bladder Cancer //Annals of the Romanian Society for Cell Biology. – 2021. – С. 4794-4802.
20. Юсупбеков А. А., Рахимов Н. М., Йигиталиев А. Б. Факторы прогноза безрецидивной выживаемости у больных с мышечно-неинвазивным раком мочевого пузыря // *International journal of discourse on innovation,*

integration and education. – 2020. – Т. 1. – №. 5. – С. 212-215.

**ОРГАНОСОХРАНЯЮЩЕЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ РАКЕ  
МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ  
ВНУТРИПУЗЫРНОЙ ИММУНОТЕРАПИИ  
РОНЛЕЙКИНОМ (ИНТЕРЛЕЙКИН-2)**

*Тилляшайхов М.Н., Адылходжаев А.А., Жураев М.Д.,  
Тилляшайхова Р.М., Рахимов Н.М.*

**Резюме.** Основным методом лечения инвазивного РМП является радикальная цистэктомия (РЦЭ). Несмотря на значительный объём оперативного вмешательства в течение 2 лет после РЦЭ по поводу инвазивного РМП у 50% больных появляются отдаленные метастазы, а у 13-25%- местные рецидивы опухоли в полости малого таза. Цистэктомия является травматичным оперативным вмешательством. У значительной части больных наблюдаются послеоперационные осложнения. Поэтому в настоящее время растёт число сторонников органосохраняющего подхода в лечении инвазивного РМП с использованием химиолучевой терапии. На основании результатов исследований по данной проблеме в 2018 г. РСНПМЦОиР и РСНПМЦОиР ТГФ была разработана новая схема комплексного органосохраняющего лечения больных инвазивным РМП с использованием неoadъювантной ПХТ по схеме GP на фоне внутрипузырной иммунотерапии ронколейкином (интерлейкин-2-ИЛ-2) и проведено проспективное рандомизированное исследование эффективности предложенного метода лечения. В настоящей статье проанализированы непосредственные и отдалённые результаты лечения.

**Ключевые слова:** инвазивный рак мочевого пузыря, органосохраняющее лечение, химиотерапия..