

Современные подходы к лечению РРММ. Возможна ли терапия без компромиссов?

Рукавицын Олег Анатольевич

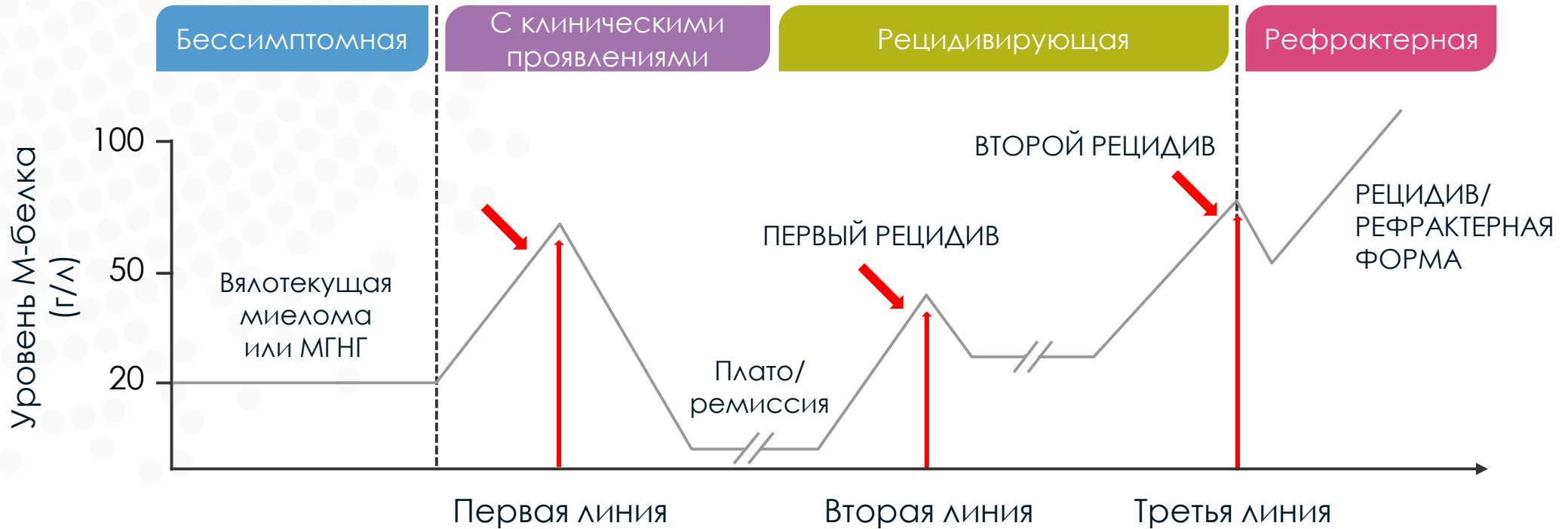
д.м.н., профессор, начальник гематологического центра
ФГБУ «ГВКГ им. Н.Н. Бурденко» Министерства обороны России, г. Москва

**13 марта 2020
Москва**

Лекция при поддержке компании Такеда
Мнение лектора не всегда может совпадать с точкой зрения компании Такеда
Информация для специалистов здравоохранения



MM это марафон, а не спринт



МГНГ, моноклональная гаммапатия неясного генеза; MM, множественная миелома.
Borrello I. Leuk Res 2012;36(Suppl 1):S3-12.



ОНКОЛОГИЯ

[RU/IXZ/0320/0041](https://www.takeda.com/ru/ixz/0320/0041)



Каковы цели терапии при РРММ?

Краткосрочные
Ответ

Долгосрочные
Увеличение ВБП
и ОВ

В течение всего лечения
Минимизация токсичности
Сохранение КЖ

Существует потребность в режимах непрерывной терапии, которые позволят достигать высокие долгосрочные результаты на фоне минимальной токсичности и сохранения качества жизни



Эволюция принципов лечения ММ

Длительная терапия становится эффективным способом увеличения времени до прогрессирования заболевания и выживаемости¹⁻³



Поскольку пациенты получают лечение в течение более длительных периодов времени, необходимы новые подходы терапии, которые обладают следующими характеристиками:

Эффек-
тивность

Удобство
применения

Долгосрочная
переносимость

Осуществимость
длительной терапии

Отсутствие
кумулятивной
токсичности

Отсутствие
поздней
токсичности

ММ, множественная миелома.

1. Facon T. *Hematology Am Soc Hematol Educ Program* 2015;2015:279–285; 2. Brioli A et al. *Expert Rev Anticancer Ther* 2014;14:581–94; 3. Sevindik O et al. *Oncol Hematol Rev* 2014;10:90–96.

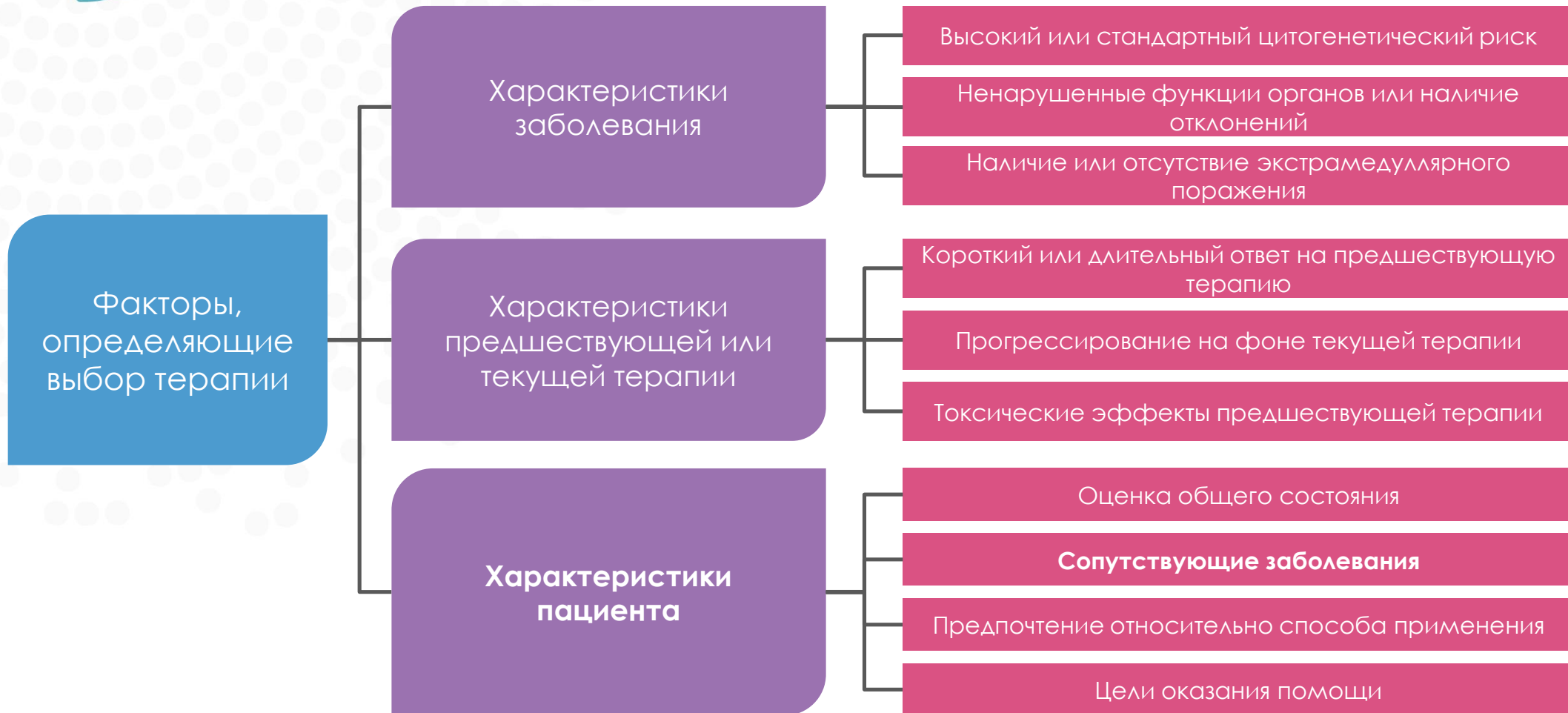


ОНКОЛОГИЯ

[RU/IXZ/0320/0041](#)



Факторы, определяющие выбор терапии при РРММ



РРММ, рецидивирующая/рефрактерная форма множественной миеломы.
Laubach J et al. *Leukemia* 2016;30:1005–1017.



ОНКОЛОГИЯ

[RU/IXZ/0320/0041](#)



Каковы цели терапии при РРММ с учетом профилей пациентов?

FIT

INTERMEDIATE

FRAIL/UNFIT

Коморбидность, органная недостаточность

Ожидаемая продолжительность жизни

Снижение функционального статуса



© Medscape, LLC

Глубокая ремиссия



© Medscape, LLC

Баланс эффективность /безопасность



© Medscape, LLC

Не причинить вреда!

Цель

ПО/МОБ - негативность

ОХЧО, ЧО

Качество жизни

Приоритеты

Эффективность

Комбинация эффективности /безопасности

Низкая токсичность



Достижение полного ответа - важной целью терапии для всех пациентов с ММ.

ИНТЕНСИФИКАЦИЯ ТЕРАПИИ



ТОКСИЧНОСТЬ

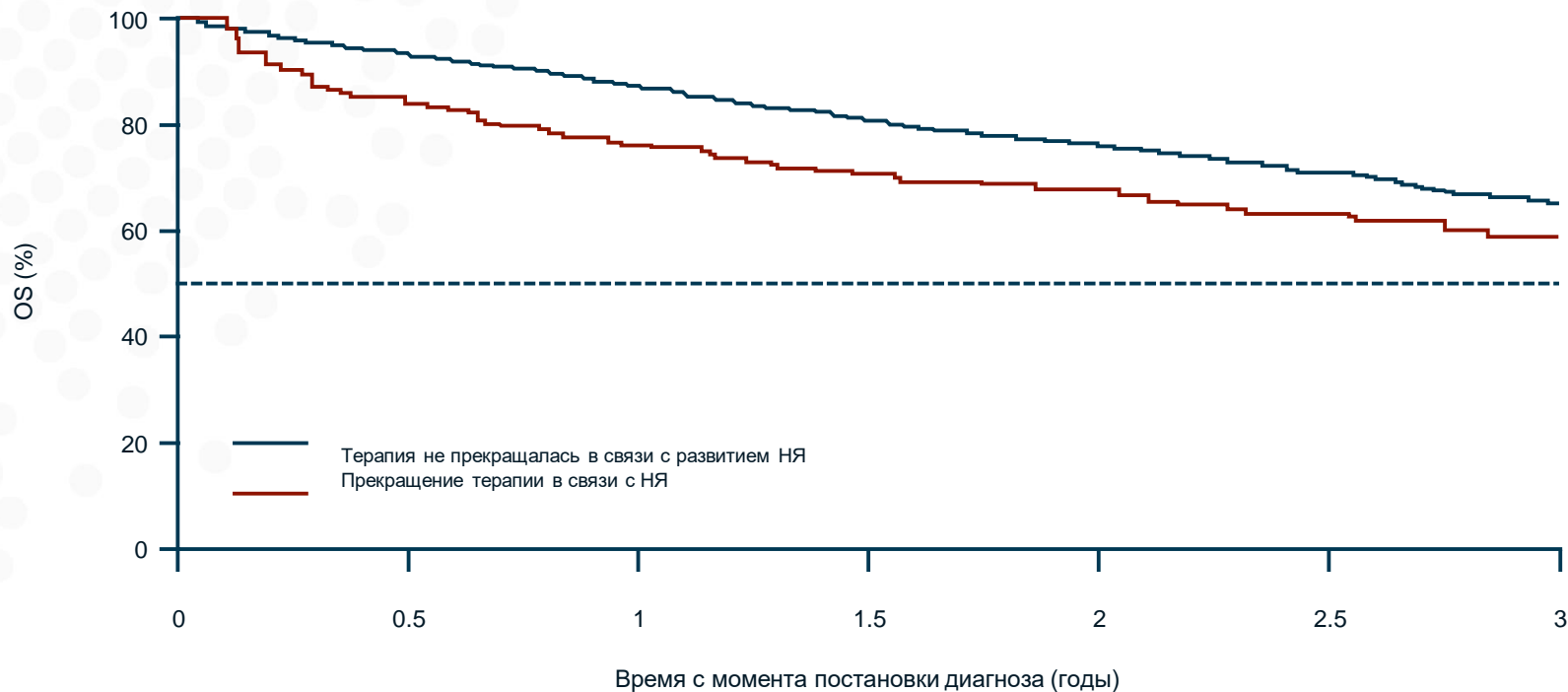


ПРЕКРАЩЕНИЕ ЛЕЧЕНИЯ



Каковы последствия раннего прекращения лечения в связи с развитием НЯ?

- Прекращение приема терапии из-за НЯ коррелирует с повышенным риском смерти в течение первых 6 месяцев жизни.

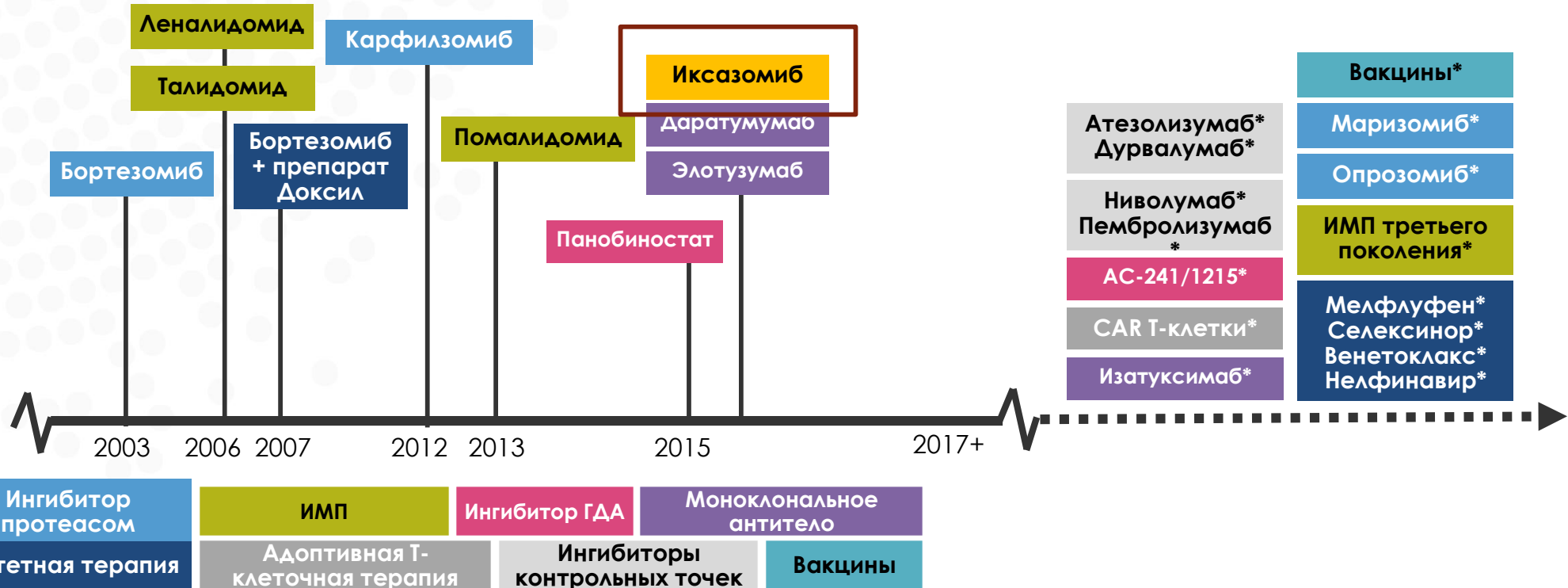


Мета-анализ европейских исследований (MP vs MPT, VMP vs VTP, VMP vs VMPT-VT) у 1435 вновь диагностированных пациентов с ММ



Для лечения ММ доступно множество вариантов

Новые препараты первого поколения



*Еще не одобрен FDA для применения при ММ; доступен в клинических исследованиях.

CAR T-клетка, Т-клетка с химерными антигенными рецепторами; ИМП, иммуномодулирующий препарат; ГДА, гистондеацетилаза; ММ, множественная миелома.

По материалам Richardson PG et al. ASH 2015, MMRF 2016.



ОНКОЛОГИЯ

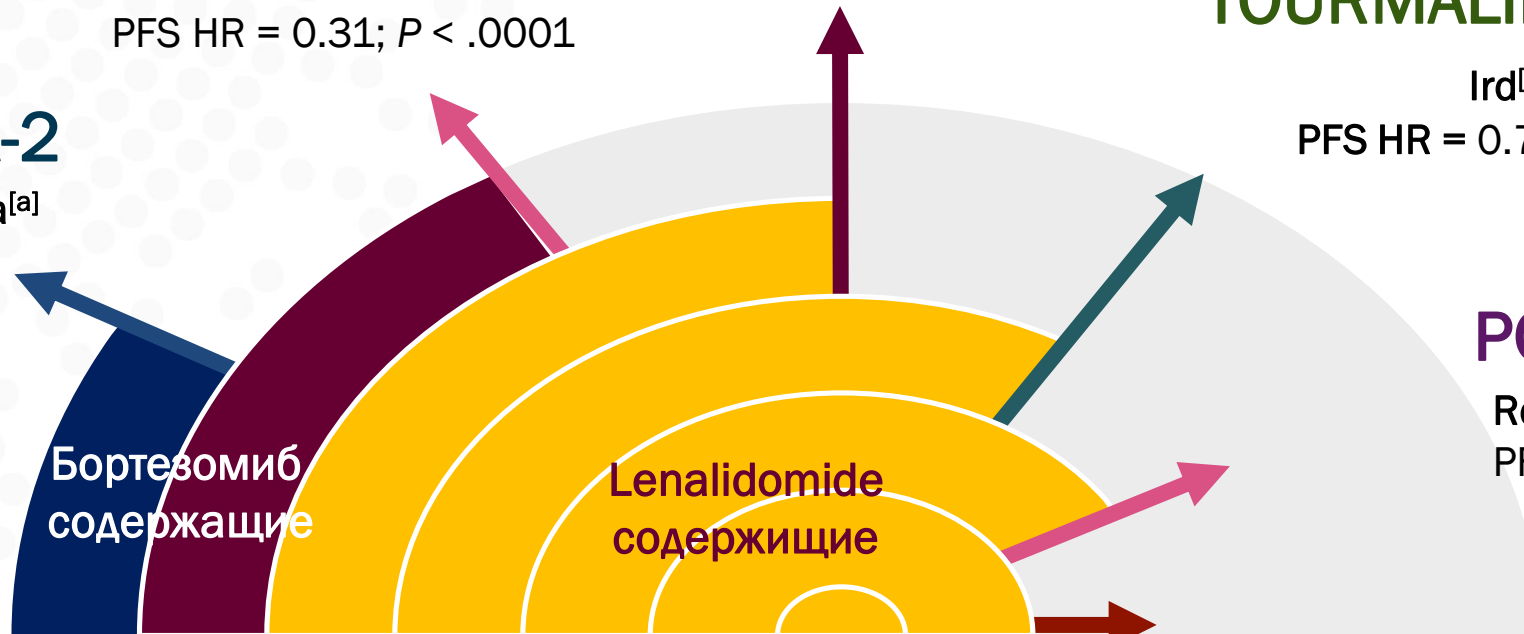
[RU/IXZ/0320/0041](https://www.takeda.com/ru/ixz/0320/0041)



Основные исследования подтвердившие эффективность триплетов в терапии РРММ

PANORAMA-2

Vd + panobinostat^[a]
PFS HR = 0.63;
 $P < .0001$



CASTOR

Vd + daratumumab^[b]
PFS HR = 0.31; $P < .0001$

ASPIRE

KRd^[c]
PFS HR = 0.69; $P < .001$

TOURMALINE-MM1

Ird^[d]
PFS HR = 0.74; $P = .01$

POLLUX

Rd + daratumumab^[e]
PFS HR = 0.37; $P < .0001$

ELOQUENT-2

Rd + elotuzumab^[f]
PFS HR = 0.73; $P = .001$

a. San-Miguel JF, et al. Lancet Haematol. 2016;3:e506-e515. b. Spencer A, et al. Haematologica. 2018. [Epub ahead of print]; c. Siegel DS, et al. J Clin Oncol. 2018;10;36:728-734. d. Avet-Loiseau H, et al. Blood. 2017;130:2610-2618; e. Dimopoulos MA, et al. N Engl J Med. 2016;375:1319-1331. f. Lonial S, et al. J Clin Oncol. 2017;35(15_suppl):8028-8028.





Терапия рецидивирующей/рефрактерной ММ

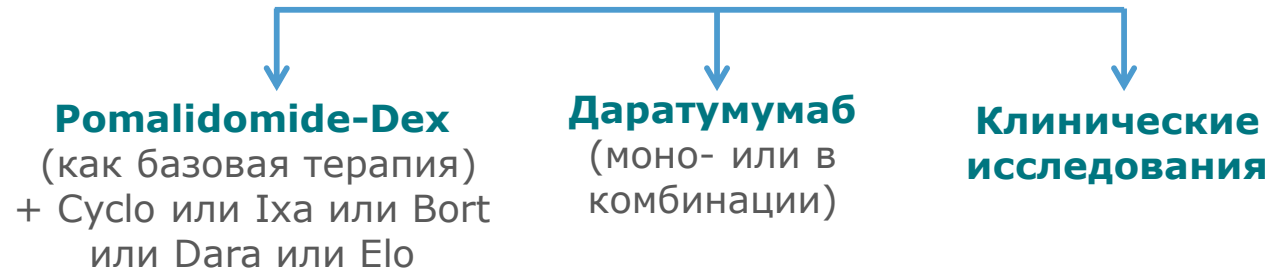
1-ый рецидив после назначения IMiDs

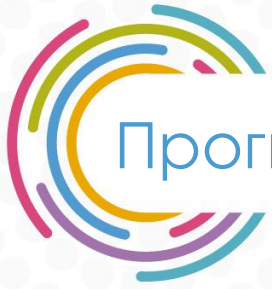


1-ый рецидив после назначения схемы на основе бортезомиба

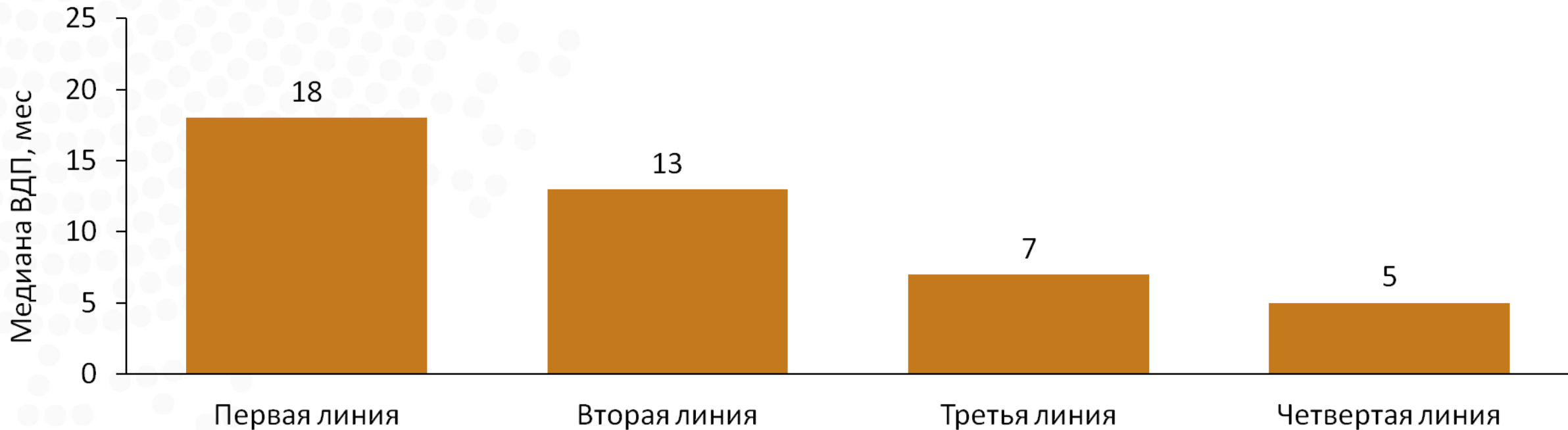


2-ой и последующие рецидивы





Прогноз выживания уменьшается с каждым последующим рецидивом



Глубина и продолжительность ответа являются важными прогностическими факторами и снижаются с каждой последующей линией лечения.



Непрерывная терапия: эволюция парадигмы лечения

✓ Возможные преимущества

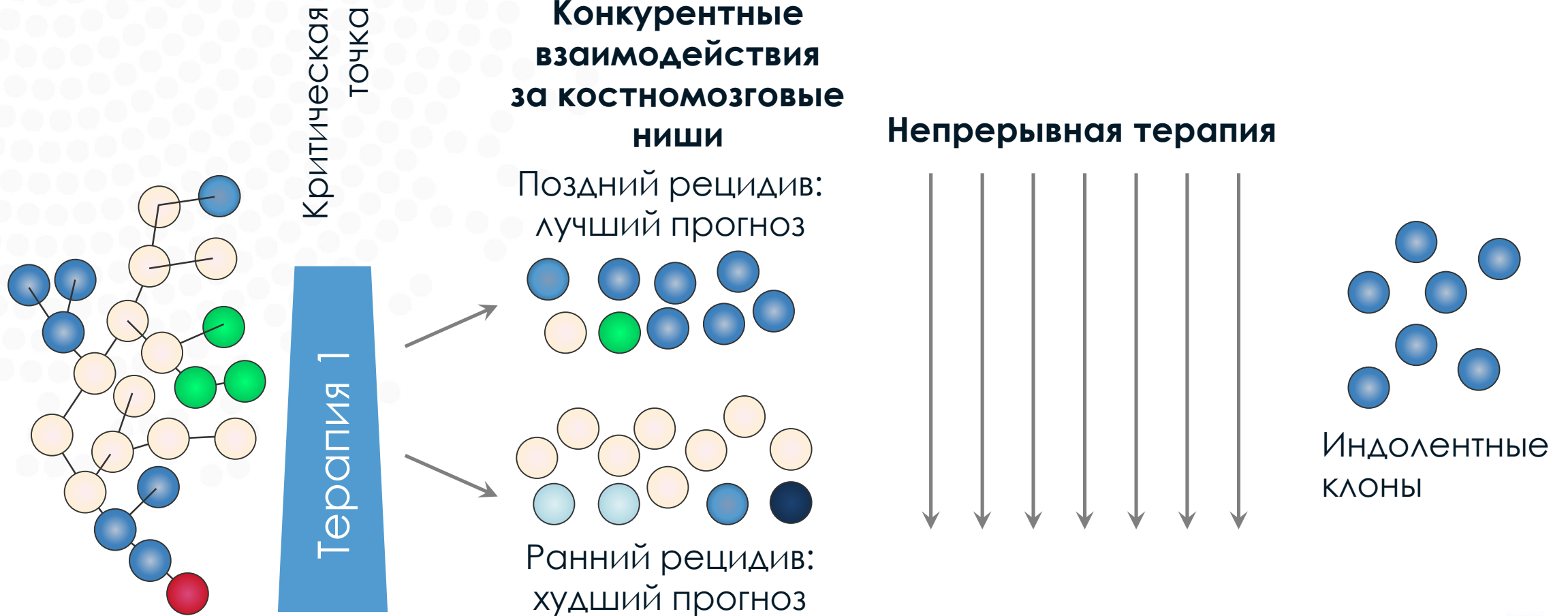
- Предотвращение дальнейшего развития заболевания путем ограничения популяции клональных клеток?
- Непрерывная циторедукция – устранение МОБ?
- Устойчивый контроль заболевания
- Более продолжительная длительность ответа
- Улучшение отдаленных результатов

✗ Возможные ограничения

- Отбор резистентных к лечению клонов?
- Осуществимость терапии может ограничиваться следующими факторами:
 - Связанная с лечением токсичность, включая кумулятивную и позднюю токсичность
 - Трудности проведения и усталость пациента
 - Стоимость
- Ограничение выбора схемы для последующей терапии?



Возможное преимущество непрерывной терапии: клональная супрессия помогает сохранить контроль над заболеванием





Аспекты проведения непрерывной терапии

- Помимо установленной эффективности, предпочтительно, чтобы режим непрерывной терапии характеризовался:
- Переносимость
 - Управляемая токсичность
 - Отсутствие кумулятивной токсичности
 - Удобство применения
 - Отсутствие негативного влияния на качество жизни



TOURMALINE-MM1: Первое двойное слепое плацебо-контролируемое исследование ИП при рецидивирующей/рефрактерной форме ММ

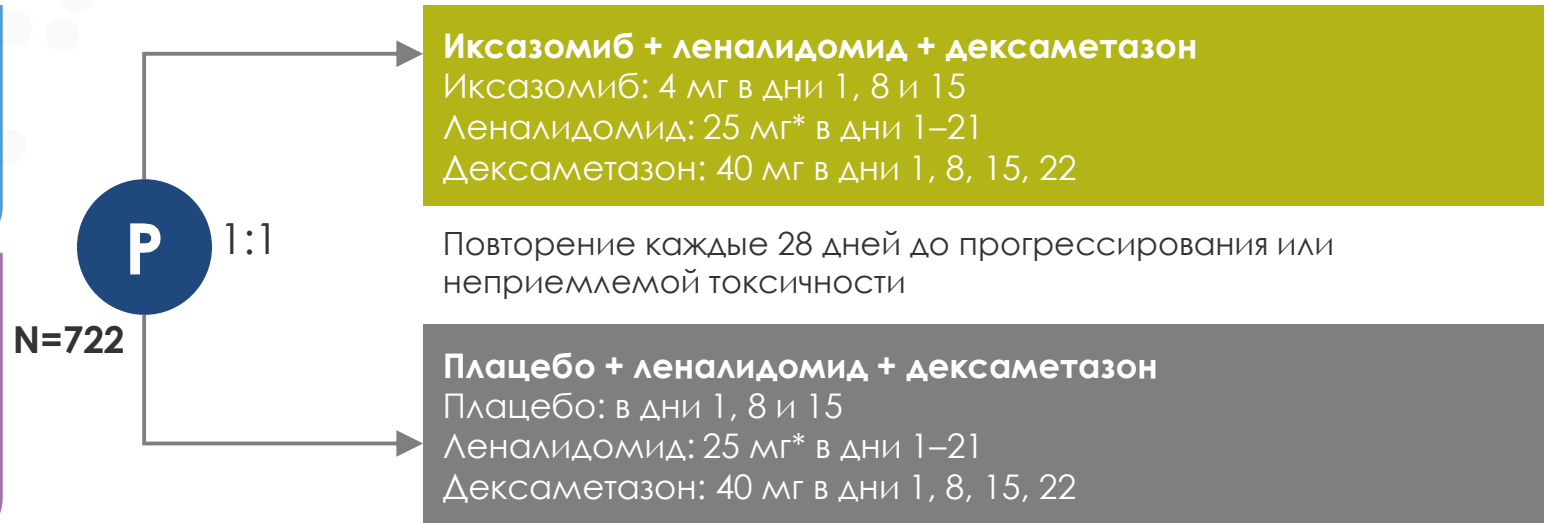
Исследование III фазы по изучению еженедельного перорального приема иксазомиба в комбинации с режимом леналидомид-дексаметазон

Критерии отбора:

- Рецидив и/или рефрактерная форма ММ
- ECOG 0–2
- Отсутствие рефрактерности к ИП или леналидомиду

Стратификация:

- Предшествующая терапия: 1 или 2 или 3 линии
- ISS: I или II или III стадия
- Терапии ИП ранее: не проводилась или проводилась



Первичная конечная точка: ВБП

Основные вторичные конечные точки: ОВ, ОВ пациентов с del(17p)

Другие вторичные конечные точки: ЧОО, ПО + ОХЧО, ДО, ВБП в популяции высокого риска, ВДП, безопасность, СЗКЖ

*10 мг для пациентов с клиренсом креатинина ≤ 60 мл/мин или ≤ 50 мл/мин, в зависимости от информации в местной инструкции по медицинскому применению препарата.
ПО, полный ответ; ДО, длительность ответа; ОС по шкале ECOG, общее состояние по шкале Восточной объединенной группы онкологов; СЗКЖ, связанное со здоровьем качество жизни;
ISS, Международная система стадирования; ММ, множественная миелома; ЧОО, частота общего ответа; ОВ, общая выживаемость; ВБП, выживаемость без прогрессирования; ИП, ингибитор протеасом;
ВДП, время до прогрессирования; ОХЧО, очень хороший частичный ответ.
Moreau P et al. *N Engl J Med* 2016;374:1621–1634.

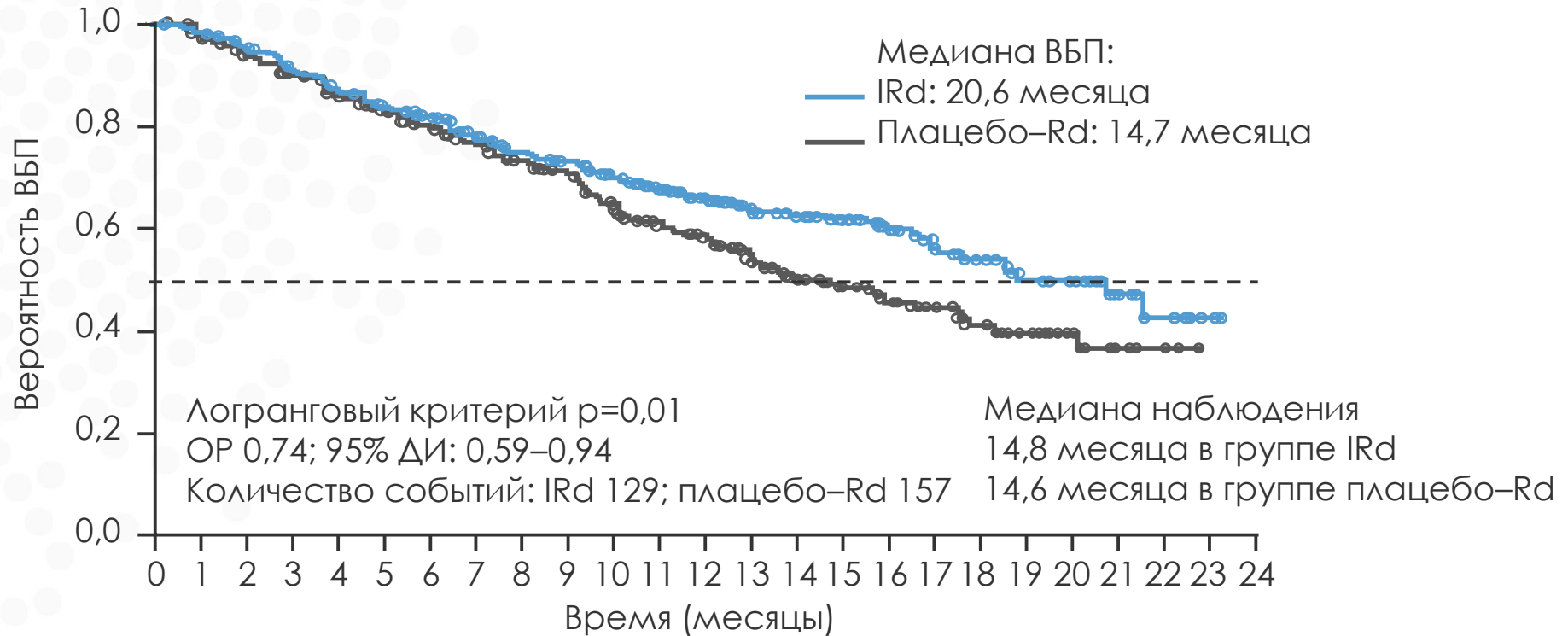


ОНКОЛОГИЯ

[RU/IXZ/0320/0041](https://ru.ixz/0320/0041)



TOURMALINE-MM1: значимое увеличение ВБП на 35% при применении IRd по сравнению с плацебо-Rd



Кол-во пациентов в группе риска

IRd	360	345	332	315	298	283	270	248	233	224	206	182	145	119	111	95	72	58	44	34	26	14	9	1	0
Плацебо-Rd	362	340	325	308	288	274	254	237	218	208	188	157	130	101	85	71	58	46	31	22	15	5	3	0	0

ДИ, доверительный интервал; ОР, отношение рисков; IRd, иксазомиб + леналидомид + дексаметазон; ОВ, общая выживаемость; ВБП, выживаемость без прогрессирования;

Rd, иксазомиб + леналидомид + дексаметазон.

Moreau P et al. *N Engl J Med* 2016;374:1621-1634.

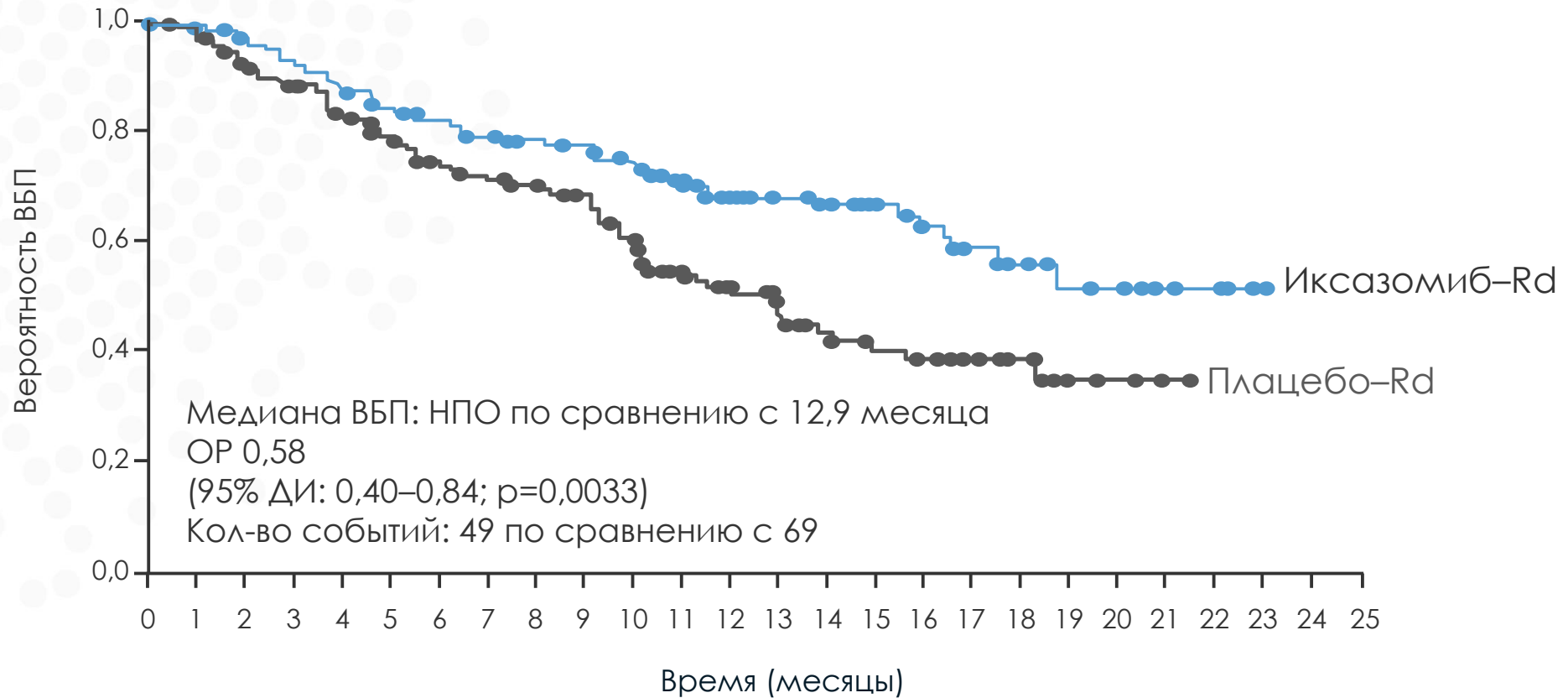


ОНКОЛОГИЯ

[RU/IXZ/0320/0041](https://www.takeda.com/ru/ixz/0320/0041)



TOURMALINE-MM1: режим иксазомиб–Rd значительно увеличивает ВБП по сравнению с плацебо–Rd у пациентов, ранее получивших 2–3 линии терапии



Кол-во пациентов в группе риска:

Иксазомиб–Rd	149	138	128	120	109	101	92	87	81	77	67	53	43	34	28	24	22	16	12	5	4	1	0	0	0	0
Плацебо–Rd	148	143	137	131	124	117	112	107	103	99	91	79	59	51	47	38	30	21	15	11	10	6	4	0	0	0

ДИ, доверительный интервал; ОР, отношение рисков; НПО, не подлежит оценке; ВБП, выживаемость без прогрессирования; Rd, леналидомид + дексаметазон.
 Mateos MV et al. *Haematologica* 2017;102:1767–1775.



ОНКОЛОГИЯ

RU/IXZ/0320/0041



TOURMALINE-MM1: медиана выживаемости без прогрессирования при высоком цитогенетическом риске ¹

Пациенты, n (НИНЛАРО + Rd по сравнению с группой плацебо)	Медиана ВБП, месяцы		
	НИНЛАРО + Rd	Плацебо-Rd	ОР
Все пациенты (360 по сравнению с 362)	20,6	14,7	0,742
Стандартный риск (199 по сравнению с 216)	20,6	15,6	0,640
Высокий риск* (75 по сравнению с 62)	21,4	9,7	0,543
del(17p) [†] (36 по сравнению с 33)	21,4	9,7	0,596
только t(4;14) (36 по сравнению с 25)	18,5	12,0	0,645
только амплификация 1q21 (80 по сравнению с 92)	15,4	11,3	0,781
Расширенный высокий риск [‡] (155 по сравнению с 154)	17,5	11,1	0,664

4;14) и/или t(14;16) и/или del(17p); [†]Отдельно или в сочетании с t(4;14) или t(14;16); [‡]t(4;14) и/или t(14;16) и/или del(17p) и/или амплификация 1q21.

ОР, отношение рисков; ВБП, выживаемость без прогрессирования; Rd, леналидомид + дексаметазон.

1. Avet-Loiseau H et al. Blood 2017;130:2610–2618.



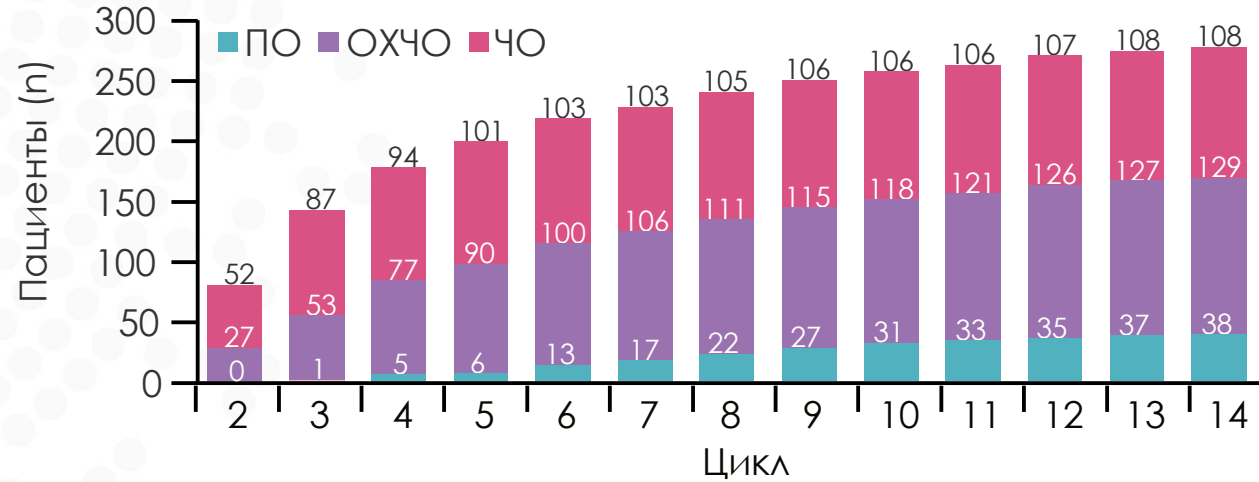
ОНКОЛОГИЯ

[RU/IXZ/0320/0041](#)

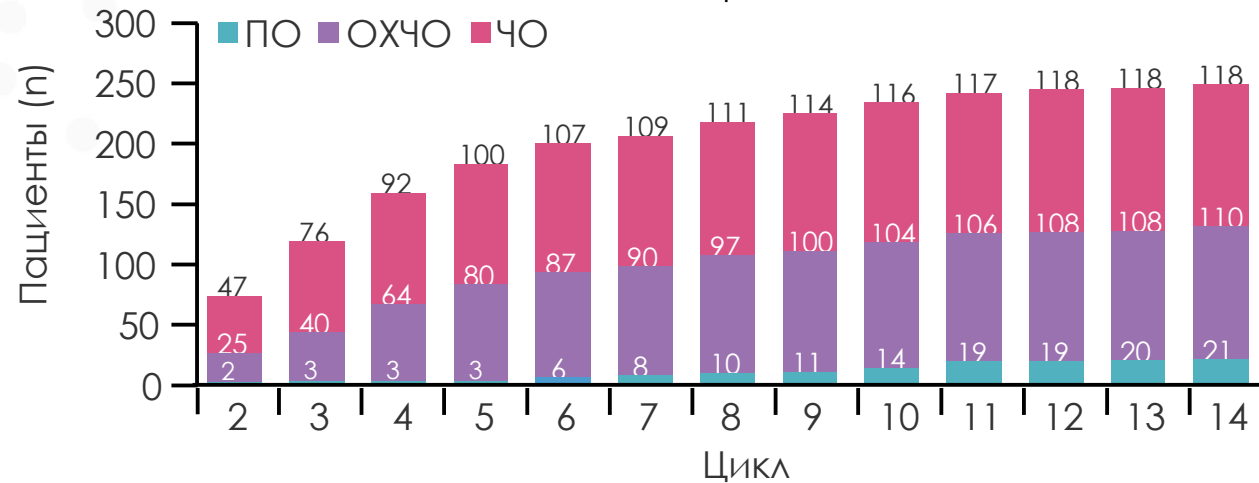


TOURMALINE-MM1: увеличение глубины ответа с течением времени

IRd



Плацебо-Rd



ПО, полный ответ; IRd, иксазомиб + леналидомид + дексаметазон; ЧО, частичный ответ; Rd, леналидомид + дексаметазон; ОХЧО, очень хороший частичный ответ.
Moreau P et al. *N Engl J Med* 2016;374:1621-1634 (supplementary appendix).



ОНКОЛОГИЯ

[RU/IXZ/0320/0041](#)



TOURMALINE-MM1: НЯ 3/4 степени, возникшие у >1 пациента

Предпочтительные термины, %	IRd (n=361)		Плацебо-Rd (n=359)	
	3 степени	4 степени	3 степени	4 степени
Распространенные гематологические НЯ с любой причинно-следственной взаимосвязью				
Нейтропения*	18	5	18	6
Тромбоцитопения*	12	7	5	4
Анемия	9	-	13	-
Распространенные негематологические НЯ с любой причинно-следственной взаимосвязью				
Диарея	6	-	3	-
Сыпь*	5	-	2	-
Запор	<1	-	<1	-
Общая слабость	4	-	3	-
Тошнота	2	-	-	-
Периферические отеки	2	-	1	-
Периферическая нейропатия*	2	-	2	-
Боль в спине	<1	-	3	-
Рвота	1	-	<1	-
Инфекция верхних дыхательных путей	<1	-	<1	-
Бессонница	2	-	3	-
Мышечные спазмы	-	-	<1	-

*Объединенные термины.

НЯ, нежелательное явление; IRd, иксазомиб + леналидомид + дексаметазон; Rd, леналидомид + дексаметазон.

Moreau P et al. *N Engl J Med* 2016;374:1621-1634.





China Continuation Study: расширенное исследование TOURMALINE-MM1 на популяцию пациентов из Китая

- Рандомизированное двойное слепое плацебо-контролируемое исследование
- 11 центров в Китае, 115 пациентов включено
- Схожий дизайн с исследованием TOURMALINE-MM1: аналогичные критерии отбора
- Пациентов анализировали отдельно от исследования TOURMALINE-MM1

Исходные характеристики, % или медиана (диапазон)	IRd (n=57)	Плацебо-Rd (n=58)
Медиана возраста, лет	61 (30–76)	61,5 (36–80)
Мужчины	72	66
Стадия по ISS на момент включения в исследование: I/II/III	54/37/9	66/28/7
Медиана времени с момента первоначальной постановки диагноза ММ, месяцы	29,5 (3–143)	28,6 (1–141)
Кол-во линий предшествующей терапии: 1/2/3	44/35/21	45/41/14
Рецидив/рефрактерная форма/рецидив и рефрактерная форма	26/49/25	22/57/21
Предшествующая терапия ИП (у всех - бортезомиб)/ИМП/ТСК	60/91/14	62/81/21

Rd, иксазомиб + леналидомид + дексаметазон; ТСК, трансплантация стволовых клеток.
Hou J et al. *J Hematol Oncol* 2017;10:137.

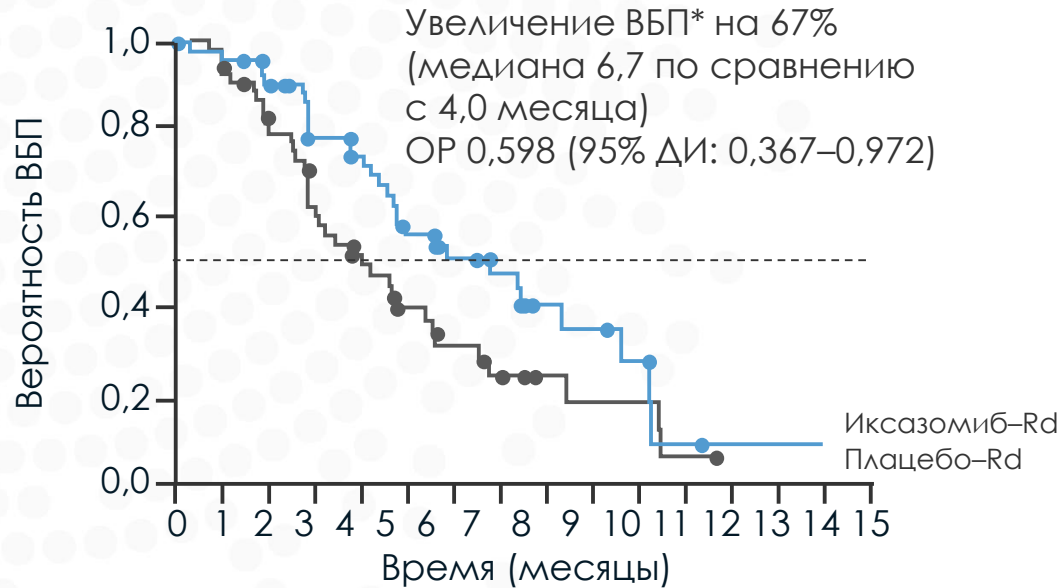


ОНКОЛОГИЯ

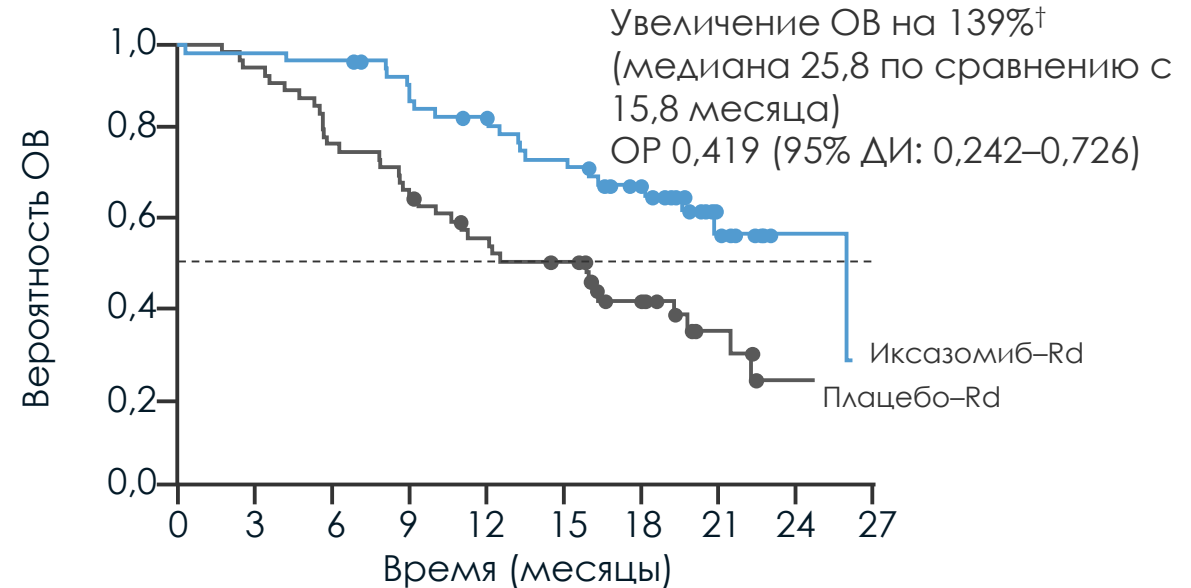
[RU/IXZ/0320/0041](#)



CCS: режим иксазомиб–Rd улучшает ВБП и ОВ по сравнению с плацебо–Rd



Кол-во пациентов в группе риска	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Иксазомиб–Rd	57	54	49	38	34	24	18	14	7	6	4	1	1	1	0	0
Плацебо–Rd	58	50	40	28	21	14	10	6	4	3	3	1	0	0	0	0



Кол-во пациентов в группе риска	0	3	6	9	12	15	18	21	24	27
Иксазомиб–Rd	57	56	55	48	43	39	28	10	2	0
Плацебо–Rd	58	55	45	38	30	27	15	7	1	0

Устойчивое преимущество в отношении ВБП также наблюдалось в заранее заданных подгруппах пациентов

*Медиана наблюдения составила 7,4 и 6,9 месяца в группах иксазомиб–Rd и плацебо–Rd, соответственно; †Медиана наблюдения составила 20,2 и 19,1 месяца в группах иксазомиб–Rd и плацебо–Rd, соответственно.

ДИ, доверительный интервал; CCS, China Continuation Study; ОР, отношение рисков; IRd, иксазомиб + леналидомид + дексаметазон; ОВ, общая выживаемость; ВБП, выживаемость без прогрессирования;

Rd, леналидомид + дексаметазон.

Hou J et al. *J Hematol Oncol* 2017;10:137.



ОНКОЛОГИЯ

[RU/IXZ/0320/0041](https://www.takeda.com/ru/ixz/0320/0041)



TOURMALINE-MM1 и CCS: заключение

В исследовании TOURMALINE-MM1 добавление иксазомиба к Rd продемонстрировало:¹

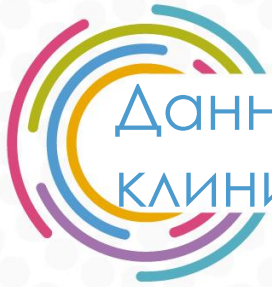
- Значимое увеличение ВБП по сравнению с плацебо-Rd во всех заранее определенных подгруппах пациентов, включая высокий риск цитогенетический риск и предшествующую терапию.
- Минимальную дополнительную токсичность
- Сохранение качества жизни

В исследовании China Continuation study добавление иксазомиба к Rd продемонстрировало:²

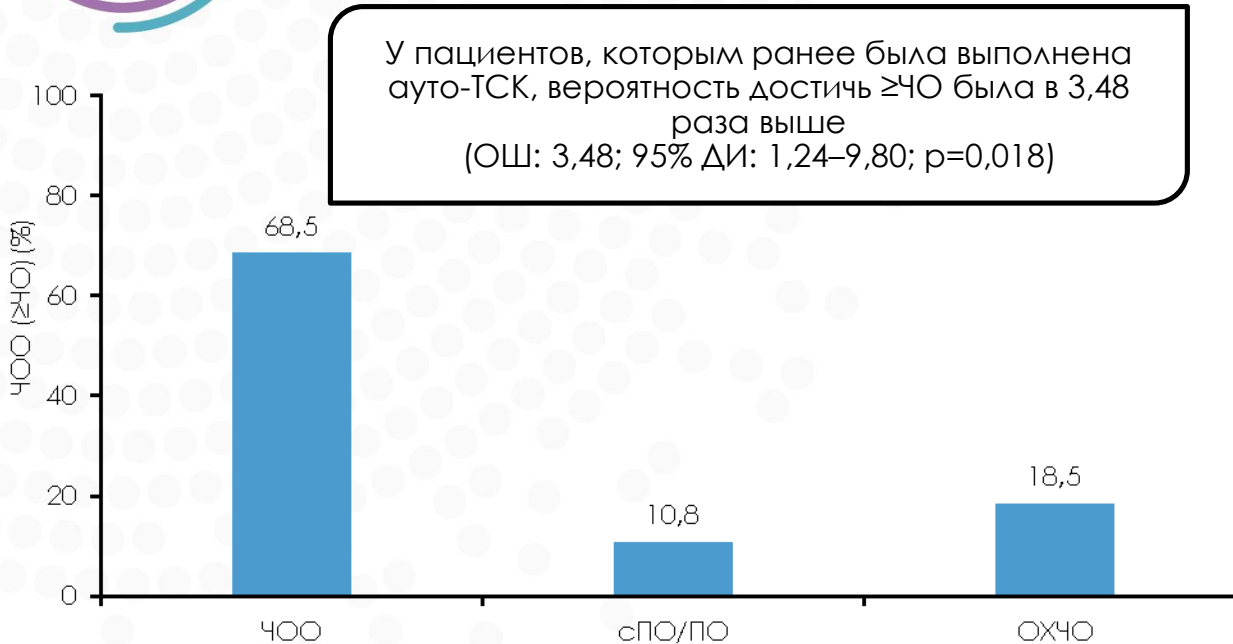
- Значимое превосходство режима Ixa-Rd в отношении ВБП и ОВ во всех подгруппах пациентов, определяемым по возрасту, функциональному статусу и предыдущей терапии
- Минимальную дополнительную токсичность

В соответствии со статистическими принципами, анализ в подгруппах не обладал необходимой мощностью для выявления статистического различия.
CCS, China Continuation Study; СЗКЖ, связанное со здоровьем качество жизни; ОВ, общая выживаемость; ВБП, выживаемость без прогрессирования; РРММ, рецидивирующая/рефрактерная форма множественной миеломы.

1. Moreau P et al. *N Engl J Med* 2016;374:1621–1634; 2. Hou J et al. *J Hematol Oncol* 2017;10:137.



Данные применения режима IRd в условиях реальной клинической практики Греции, Чехии и Великобритании



У пациентов, которым ранее была выполнена ауто-ТСК, вероятность достичь \geq ЧО была в 3,48 раза выше (ОШ: 3,48; 95% ДИ: 1,24–9,80; $p=0,018$)

Результат	Значение
Медиана наблюдения, месяцы	9,1
Медиана ВПБ, месяцы (95% ДИ)	27,6 (11,3–27,6)
Расчетная медиана ВДП, месяцы (95% ДИ)	27,6 (15,2–27,6)
ЧОО* (\geq ЧО) в зависимости от кол-во линий предшествующей терапии	
1	76,6
2	64,3
3	55,0
ЧОО (\geq ЧО) в зависимости от продолжительности предшествующей терапии	
≥ 6 месяцев	84,4
≥ 7 месяцев	87,0
≥ 8 месяцев	94,2

- У 9% пациентов лечение прерывалось, в большинстве случаев вследствие НЯ (75%)
- У 14% пациентов терапия по схеме IRd была прекращена, преимущественно вследствие НЯ (53%) и выполнения второй ауто-ТСК (26%)
- У 28% пациентов развилась ПН; она разрешалась (в 39% случаев) или была 1/2 степени

- Другие НЯ включали пневмонию (8%), гипертензию (6%), ТГВ (4%) и опоясывающий лишай (3%)
- НЯ со стороны сердца отсутствовали
- Зарегистрировано 11 случаев смерти во время исследования (четыре вследствие ПЗ)

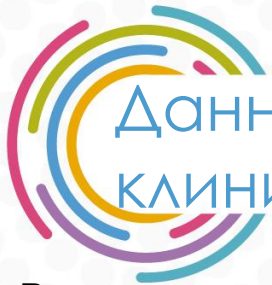
*Среди 94,1% (130/138) пациентов с подлежащими оценке ответа данными.

НЯ, нежелательное явление; ауто-ТСК, аутологичная трансплантация стволовых клеток; ПО, полный ответ; ТГВ, тромбоз глубоких вен; IRd, иксазомиб + леналидомид + дексаметазон; ОШ, отношение шансов;

ЧОО, частота общего ответа; ВПБ, выживаемость без прогрессирования; ПЗ, прогрессирование заболевания; ПН, периферическая нейропатия; ЧО, частичный ответ; сПО, строгий полный ответ;

ВДП, время до прогрессирования; ОХЧО, очень хороший частичный ответ.

Terpos E et al. ASH 2017. Abstract #3087.



Данные применения режима IRd в условиях реальной клинической практики Израиля

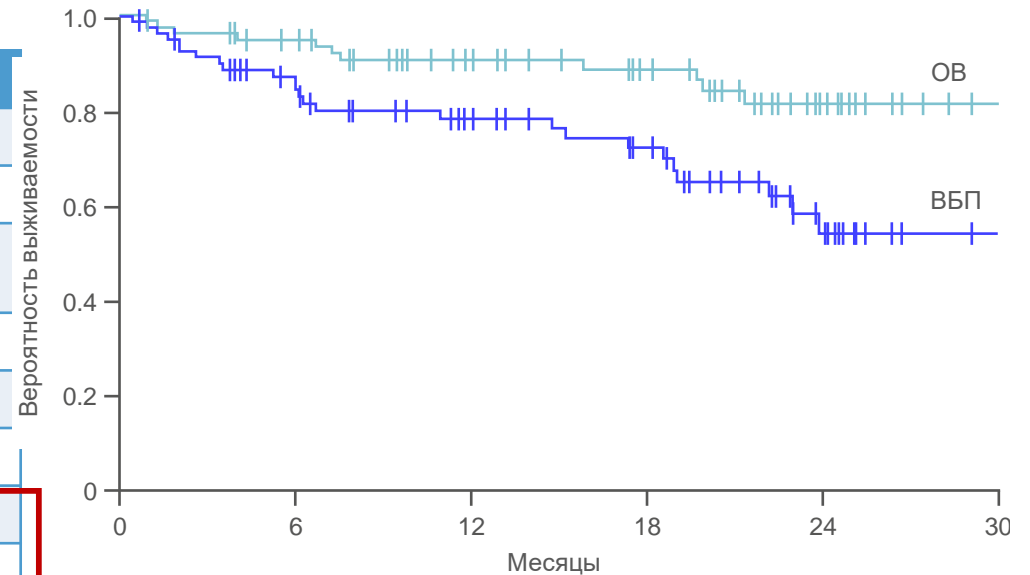
Ретроспективное многоцентровое когортное исследование израильского регистра пациентов с множественной миеломой ¹

- Пациенты получили по крайней мере 1 цикл препарата НИНЛАРО
- НИНЛАРО можно было сочетать с разными режимами
- Сбор данных из 7 различных центров Израиля

Демографические характеристики пациентов		Результаты	
N	78	Лечение продолжается, %	56
Медиана возраста, лет	68	Медиана ПТ (месяцы)	19
Предшествующая тер-я	1–7 линий	Комбинированная тер-я с НИНЛАРО, %	
Медиана наблюдения, месяцы	22,0	N + леналидомид	69
Предшествующая тер-я, %		N + помалидомид	9
Бортезомиб	86	N + даратумумаб	4
ИМП	41	ЧОО, %	88
Леналидомид	22	ПО, %	10
ауто-ТСК	35	ОХЧО, %	36
Высокий цитогенетический риск t4;14, amp 1q21, del17p	48% пациентов с имеющимися данными	12-мес. ВБП, %	78
		24-мес. ВБП, %	54



60-й ежегодный конгресс ASH® с выставкой (Сан-Диего, Калифорния • 1-4 декабря 2018 г.)

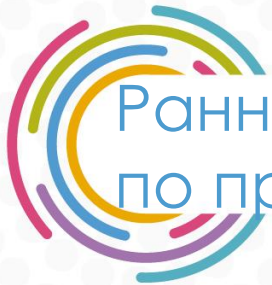


Интерпретация

При применении препарата НИНЛАРО в различных комбинациях (включая леналидомид, помалидомид или даратумумаб) в условиях реальной клинической практики после 1–7 линий предшествующей терапии показатели ВБП были близки к тем, что наблюдались в исследовании Tourmaline-MM1, при уровне ВБП равном 54% на отметке 24 месяцев

Cohen YC et al. ASH 2018.

ауто-ТСК, аутологичная трансплантация стволовых клеток; ПТ, продолжительность терапии; ИМП, иммуномодулирующий препарат; ЧОО, частота общего ответа; ОВ, общая выживаемость; ВБП, выживаемость без прогрессирования; тер-я, терапия; ОХЧО, очень хороший частичный ответ.

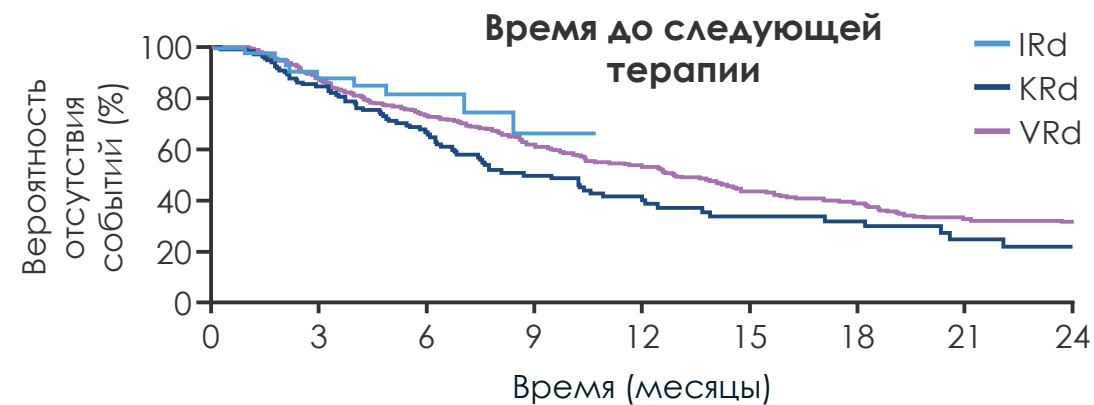
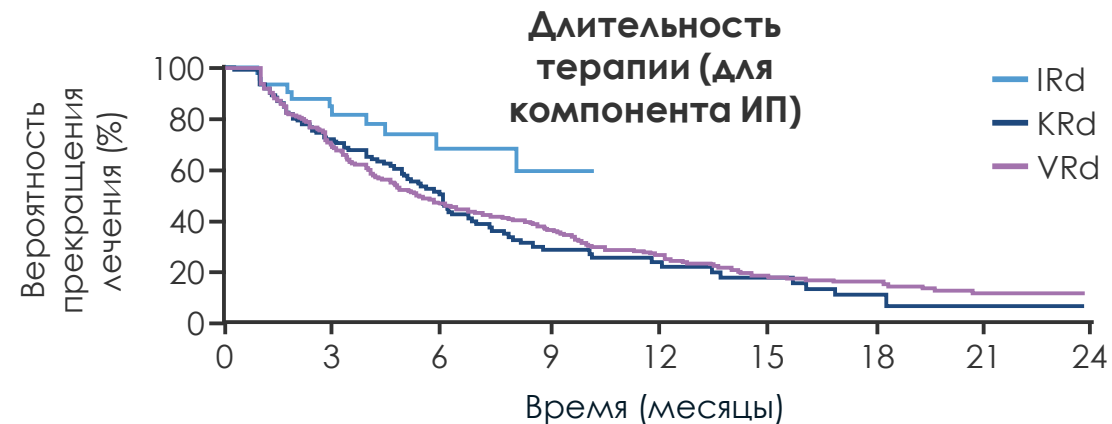


Ранние данные реальной клинической практики США по применению режима IRd по сравнению с VRd или KRd

Конечные точки:
ВДСТ и ДТ

Пациенты: 531 пациента, которые начали получать лечение по схеме KRd, VRd или IRd (индексный режим) в качестве терапии 2, 3 или 4 линии, отслеживали с января 2008 г. по декабрь 2016 г. в «Хумедика», крупной базе данных ЭМД США

	VRd	KRd	IRd
n	343	139	49
Медиана возраста, лет	69	65	73
Медиана наблюдения, месяцы	17,3	8,3	5,2
Медиана ПТ (месяцы)			
Только для компонента ИП	5,4	6,1	НД
Для всего режима	8,7	6,3	НД
Медиана ВДСТ, месяцы	12,9	8,7	НД



ДТ, продолжительность терапии; ЭМД, электронная медицинская документация; IRd, иксазомиб + леналидомид + дексаметазон; KRd, карфилзомиб + леналидомид + дексаметазон;

НД, не достигнуто; ВБП, выживаемость без прогрессирования; ВДСТ, время до следующей терапии; VRd, бортезомиб + леналидомид + дексаметазон.

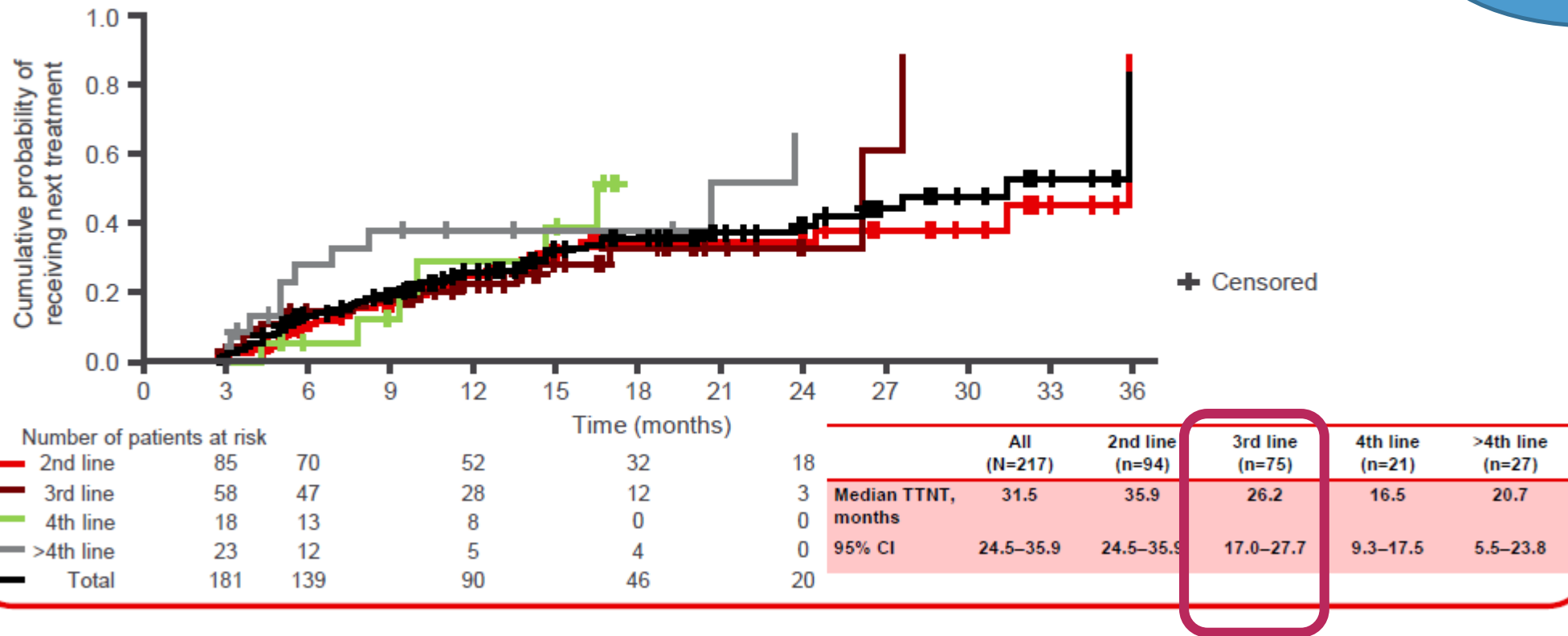
Chari A et al. ASH 2017. Abstract #1818.



Медиана времени до назначения следующей линии терапии на терапии Ixa Rd продолжительнее при раннем назначении

New data
ASH 2019

Figure 6. Cumulative incidence analysis of TTNT with IRd, overall, and by line of therapy



http://emedfusionms.com/takeda/hajek_poster_number_1845_ash_2019.pdf



ОНКОЛОГИЯ

RU/IXZ/0320/0041



Выбор режима на основе ИП для лечения пациентов с РРММ в условиях реальной клинической практики: физическое состояние пациента и агрессивность заболевания

- Физическое состояние пациента и агрессивность заболевания[†] необходимо учитывать при выборе режима на основе ИП у пациентов с РРММ



*Ослабленный пациент = пациент в возрасте ≥ 80 лет или < 80 и с наличием сопутствующей патологии; [†]Агрессивное заболевание = заболевание с крайне выраженными симптомами и быстрое прогрессирование (удвоение М-белка в течение < 2 месяцев).

ИП, ингибитор протеасом; РКИ, рандомизированное контролируемое исследование; РРММ, рецидивирующая/рефрактерная форма множественной миеломы.

*В случае отсутствия ВБП в условиях РКП вместо нее использовали время до следующей терапии



ОНКОЛОГИЯ

[RU/IXZ/0320/0041](https://www.takeda.com/ru/ixz/0320/0041)



Заключение

- Появляется все больше данных, свидетельствующих в пользу длительной непрерывной терапии ММ, что является основанием для изменений существующих принципов лечения
- По мере увеличения длительности лечения на первое место выходят вопросы побочных эффектов терапии и качества жизни пациентов
- Непрерывная терапия будет осуществимой только в случае хорошей переносимости и возможности для пациентов получать лечение в течение длительного времени
- Данные РКИ и метаанализов демонстрируют значимое преимущество триплетов vs дуплеты, улучшая ВБП и ОВ у пациентов с РРММ.
- **Полностью пероральный триплет Иксазомиб+Леналидомид+Дексаметазон во второй линии терапии РРММ позволяет длительно контролировать заболевания при благоприятном профиле безопасности и сохраненном качестве жизни пациентов.**
- **У пациентов с высоким цитогенетическим риском комбинация Иксазомиб+Леналидомид+Дексаметазон значительно увеличивает ВБП по сравнению с плацебо + Rd (Медиана ВБП составила 21,4 месяца по сравнению с 9,7 месяца (ОР 0,54))**
- **ВБП при применении режима Иксазомиб+Леналидомид+Дексаметазон у пациентов с высоким риском была сопоставима с таковой у пациентов стандартного риска**
ВБП составила 21,4 и 20,6 месяца, соответственно.

A decorative graphic on the left side of the slide, consisting of several overlapping, curved lines in various colors: pink, green, blue, yellow, purple, and teal. These lines form a partial circular shape that frames the central text.

Благодарю за внимание!