



# «Место полностью перорального триплета в лечении пациентов с РРММ»

**Зейналова Первин Айдыновна**

Заместитель руководителя Онкологического центра, заведующий отделением онкогематологии Клинического госпиталя «Лапино-2» Группы компаний «Мать и дитя»

**12 марта 2021,  
Москва**

APROM/RU/NINL/0115

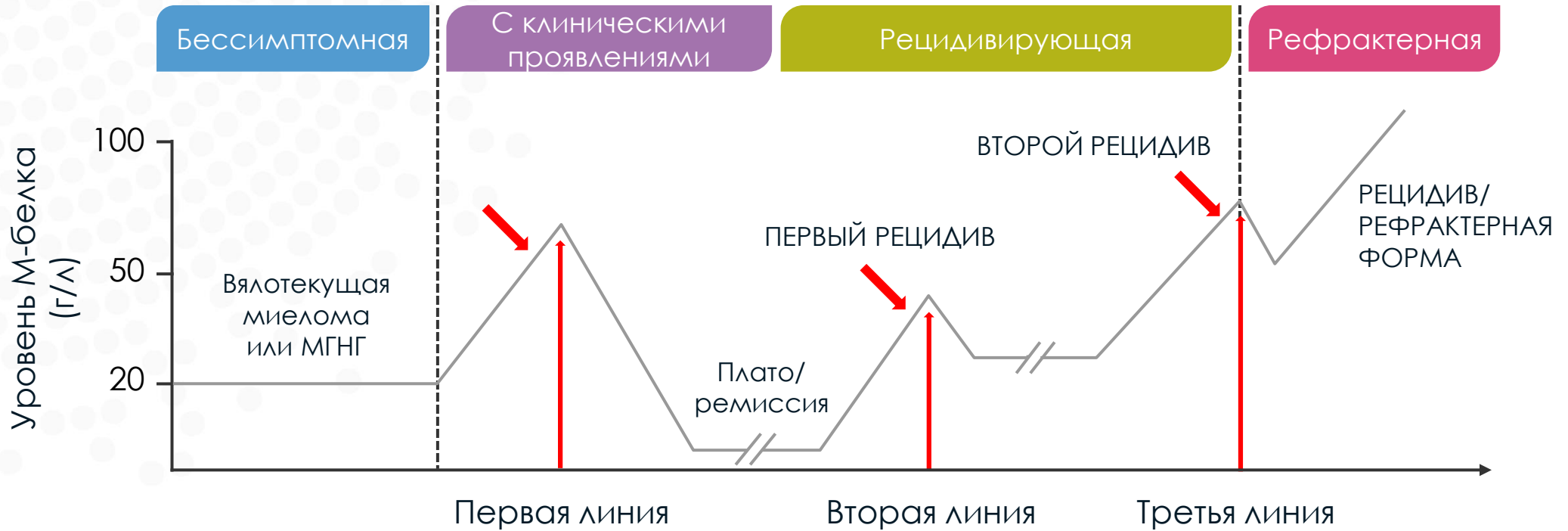
Лекция при поддержке компании Такеда

Мнение лектора не всегда может совпадать с точкой зрения компании Такеда

Информация для специалистов здравоохранения



# ММ это марафон, а не спринт





## Каковы цели терапии при РРММ?

Краткосрочные  
Ответ

Долгосрочные  
Увеличение ВБП  
и ОВ

В течение всего лечения  
Минимизация токсичности  
Сохранение Качества Жизни

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 выживаемости<sup>1-3</sup>



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

Эффективность

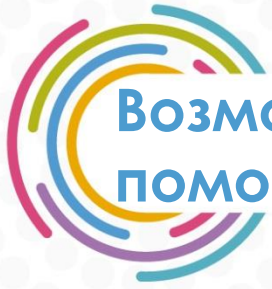
Удобство применения

Долгосрочная переносимость

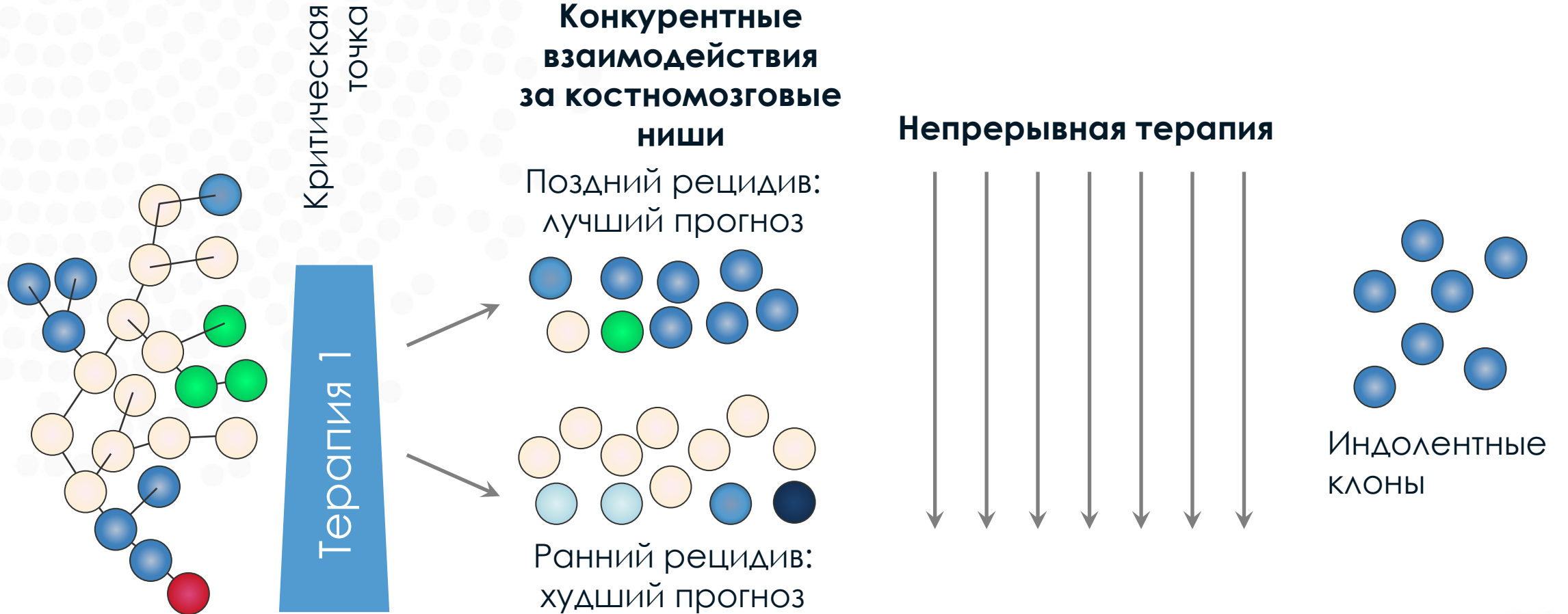
Осуществимость длительной терапии

Отсутствие кумулятивной токсичности

Отсутствие поздней токсичности



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

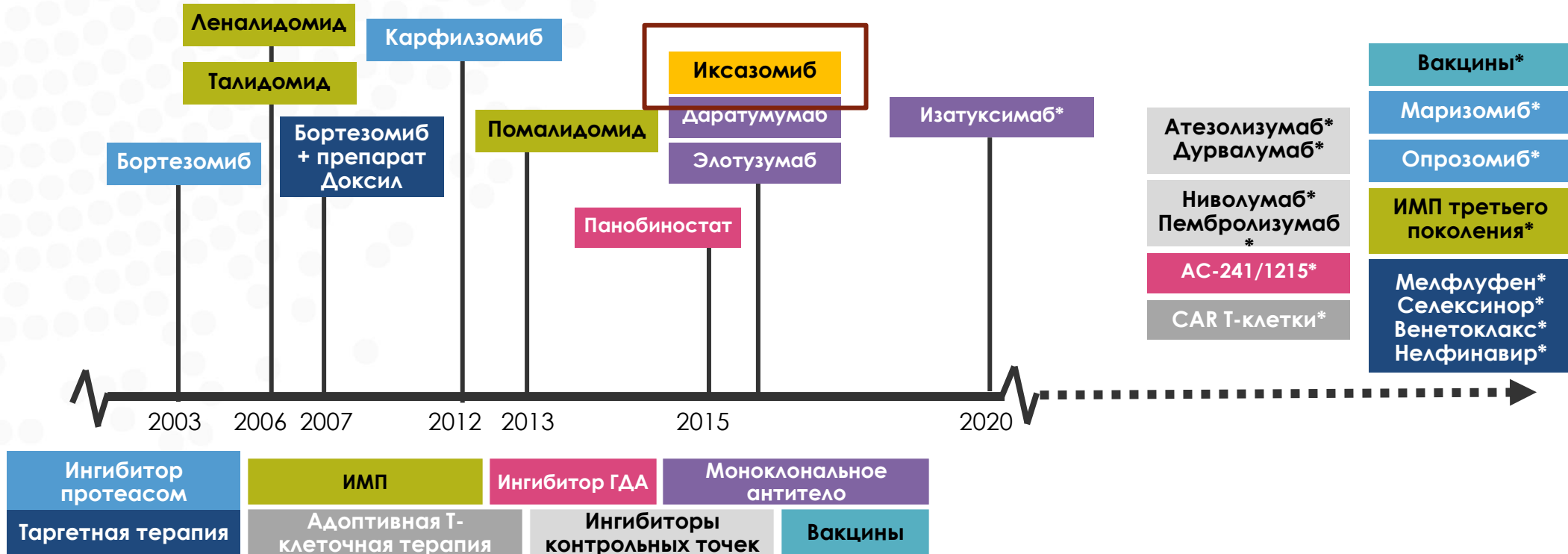




# В настоящее время для лечения ММ доступно множество вариантов

## Новые препараты первого поколения

## Новые препараты второго поколения/иммунотерапия



\*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.



Printed by Olga Aikova on 11/24/2020 9:56:55 AM. For personal use only. Not approved for distribution. Copyright © 2020 National Comprehensive Cancer Network, Inc., All Rights Reserved.



National Comprehensive Cancer Network®

## NCCN Guidelines Version 3.2021 Multiple Myeloma

[NCCN Guidelines Index](#)  
[Table of Contents](#)  
[Discussion](#)

### MYELOMA THERAPY<sup>a-d</sup>

| THERAPY FOR PREVIOUSLY TREATED MULTIPLE MYELOMA <sup>l,m</sup>  |  |
|---|--|
| <p><b>Preferred Regimens</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bortezomib/lenalidomide/dexamethasone</li> <li>• Carfilzomib/lenalidomide/dexamethasone (category 1)<sup>n</sup></li> <li>• Daratumumab<sup>f</sup>/bortezomib/dexamethasone (category 1)</li> <li>• Daratumumab<sup>f</sup>/carfilzomib/dexamethasone (category 1)</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Daratumumab<sup>f</sup>/lenalidomide/dexamethasone (category 1)</li> <li>• Isatuximab-irfc/pomalidomide/dexamethasone (category 1)<sup>o</sup></li> <li>• Ixazomib/lenalidomide/dexamethasone (category 1)</li> <li>• Ixazomib/pomalidomide<sup>p</sup>/dexamethasone</li> <li>• Pomalidomide<sup>p</sup>/bortezomib/dexamethasone (category 1)</li> </ul>  |
| <p><b>Other Recommended Regimens</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Belantamab mafodotin-blmf<sup>q</sup></li> <li>• Bendamustine/bortezomib/dexamethasone</li> <li>• Bendamustine/lenalidomide/dexamethasone</li> <li>• Bortezomib/liposomal doxorubicin/dexamethasone (category 1)</li> <li>• Bortezomib/cyclophosphamide/dexamethasone</li> <li>• Carfilzomib/cyclophosphamide/dexamethasone</li> <li>• Carfilzomib (twice weekly)/dexamethasone (category 1)</li> <li>• Cyclophosphamide/lenalidomide/dexamethasone</li> <li>• Daratumumab<sup>f</sup>/cyclophosphamide/bortezomib/dexamethasone</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Daratumumab<sup>f</sup>/pomalidomide<sup>p</sup>/dexamethasone</li> <li>• Elotuzumab/bortezomib/dexamethasone</li> <li>• Elotuzumab<sup>r</sup>/lenalidomide/dexamethasone (category 1)<sup>n</sup></li> <li>• Elotuzumab/pomalidomide/dexamethasone<sup>r</sup></li> <li>• Ixazomib/cyclophosphamide/dexamethasone</li> <li>• Panobinostat<sup>u</sup>/bortezomib/dexamethasone (category 1)</li> <li>• Pomalidomide<sup>p</sup>/cyclophosphamide/dexamethasone</li> <li>• Pomalidomide<sup>p</sup>/carfilzomib/dexamethasone</li> </ul> |
| <p><b>Useful In Certain Circumstances</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bendamustine</li> <li>• Bortezomib/dexamethasone (category 1)</li> <li>• Carfilzomib/cyclophosphamide/thalidomide/dexamethasone</li> <li>• Carfilzomib (weekly)/dexamethasone</li> <li>• Daratumumab<sup>f,v</sup></li> <li>• Dexamethasone/cyclophosphamide/etoposide/cisplatin (DCEP)<sup>h</sup></li> <li>• Dexamethasone/thalidomide/cisplatin/doxorubicin/cyclophosphamide/etoposide (DT-PACE)<sup>h</sup> ± bortezomib (VTD-PACE)<sup>h</sup></li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• High-dose cyclophosphamide</li> <li>• Ixazomib/dexamethasone</li> <li>• Lenalidomide/dexamethasone<sup>t</sup> (category 1)</li> <li>• Panobinostat<sup>u</sup>/carfilzomib</li> <li>• Panobinostat<sup>u</sup>/lenalidomide/dexamethasone</li> <li>• Pomalidomide<sup>p</sup>/dexamethasone<sup>t</sup> (category 1)</li> <li>• Selinexor/dexamethasone<sup>w</sup></li> <li>• Venetoclax/dexamethasone only for t(11;14) patients</li> </ul>  |

<sup>a</sup> Selected, but not inclusive of all regimens.

<sup>b</sup> See [Supportive Care Treatment for Multiple Myeloma \(MYEL-H\)](#).

<sup>c</sup> See [Principles of Myeloma Therapy \(MYEL-F\)](#).

<sup>d</sup> See [Management of Renal Disease in Multiple Myeloma \(MYEL-I\)](#).

<sup>f</sup> Includes both daratumumab for intravenous infusion and daratumumab and hyaluronidase-tnj for subcutaneous injection. Daratumumab and hyaluronidase-tnj for subcutaneous injection has different dosing and administration instructions compared to daratumumab for intravenous infusion.

<sup>h</sup> Generally reserved for the treatment of aggressive multiple myeloma.

<sup>i</sup> Consideration for appropriate regimen is based on the context of clinical relapse.

<sup>m</sup> If a regimen listed on this page was used as a primary induction therapy and relapse is >6 mo, the same regimen may be repeated.

<sup>n</sup> Clinical trials with these regimens primarily included patients who were lenalidomide-naïve or with lenalidomide-sensitive multiple myeloma.

<sup>o</sup> Indicated for patients who have received at least two prior therapies, including lenalidomide and a proteasome inhibitor.

<sup>p</sup> Indicated for the treatment of patients who have received at least two prior therapies including an immunomodulatory agent and a proteasome inhibitor and who have demonstrated disease progression on or within 60 days of completion of the last therapy.

<sup>q</sup> Indicated for patients who have received at least four prior therapies, including an anti-CD38 monoclonal antibody, a proteasome inhibitor, and an immunomodulatory agent.

<sup>r</sup> Indicated for the treatment of patients who have received at least two prior therapies including an immunomodulatory agent and a proteasome inhibitor.

<sup>s</sup> Indicated in combination with lenalidomide and dexamethasone for the treatment of patients who have received one to three prior therapies.

<sup>t</sup> Consider single-agent lenalidomide or pomalidomide for patients with steroid intolerance.

<sup>u</sup> Indicated for the treatment of patients who have received at least two prior therapies, including bortezomib and an immunomodulatory agent.

<sup>v</sup> Indicated for the treatment of patients who have received at least three prior therapies, including a proteasome inhibitor (PI) and an immunomodulatory agent or who are double refractory to a PI and immunomodulatory agent.

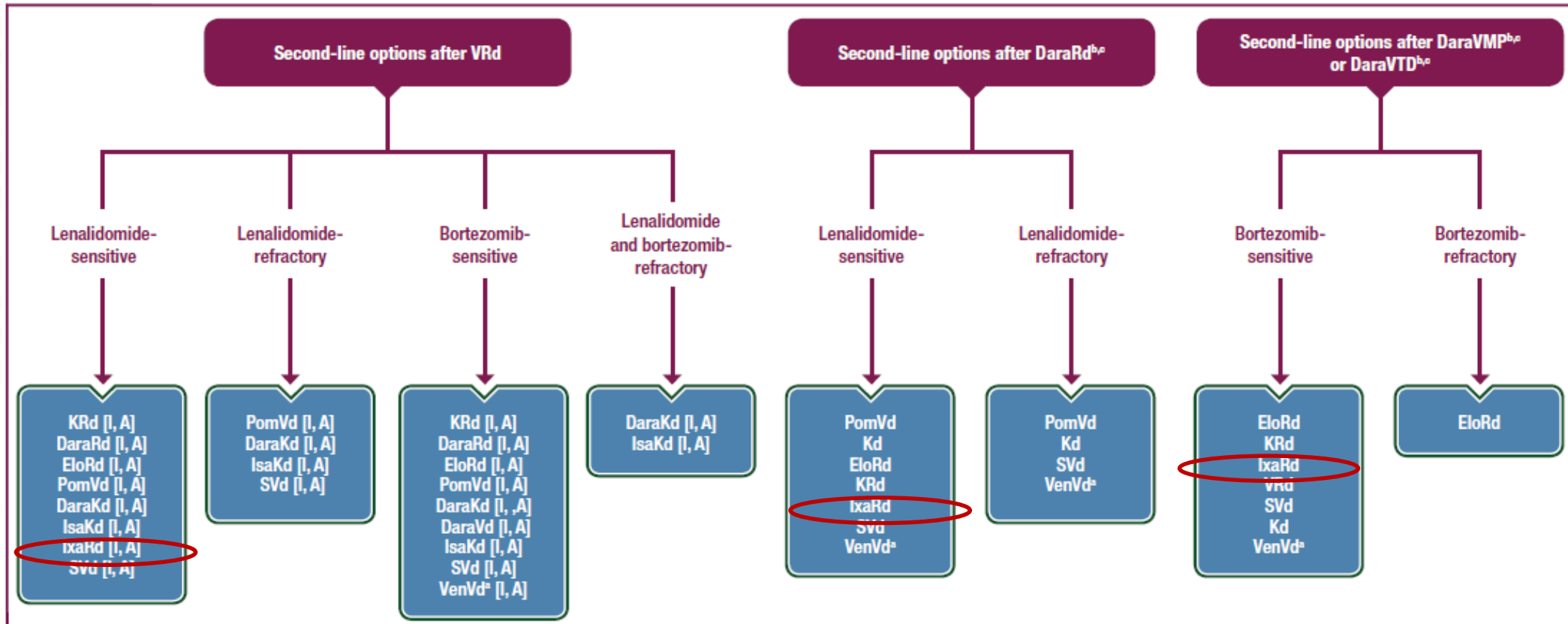
<sup>w</sup> Indicated for patients who have received at least four prior therapies and whose disease is refractory to at least two proteasome inhibitors, at least two immunomodulatory agents, and an anti-CD38 monoclonal antibody.

**Note:** All recommendations are category 2A unless otherwise indicated.

**Clinical Trials:** NCCN believes that the best management of any patient with cancer is in a clinical trial. Participation in clinical trials is especially encouraged.



# ESMO 2021: ЛЕЧЕНИЕ РЕЦИДИВОВ



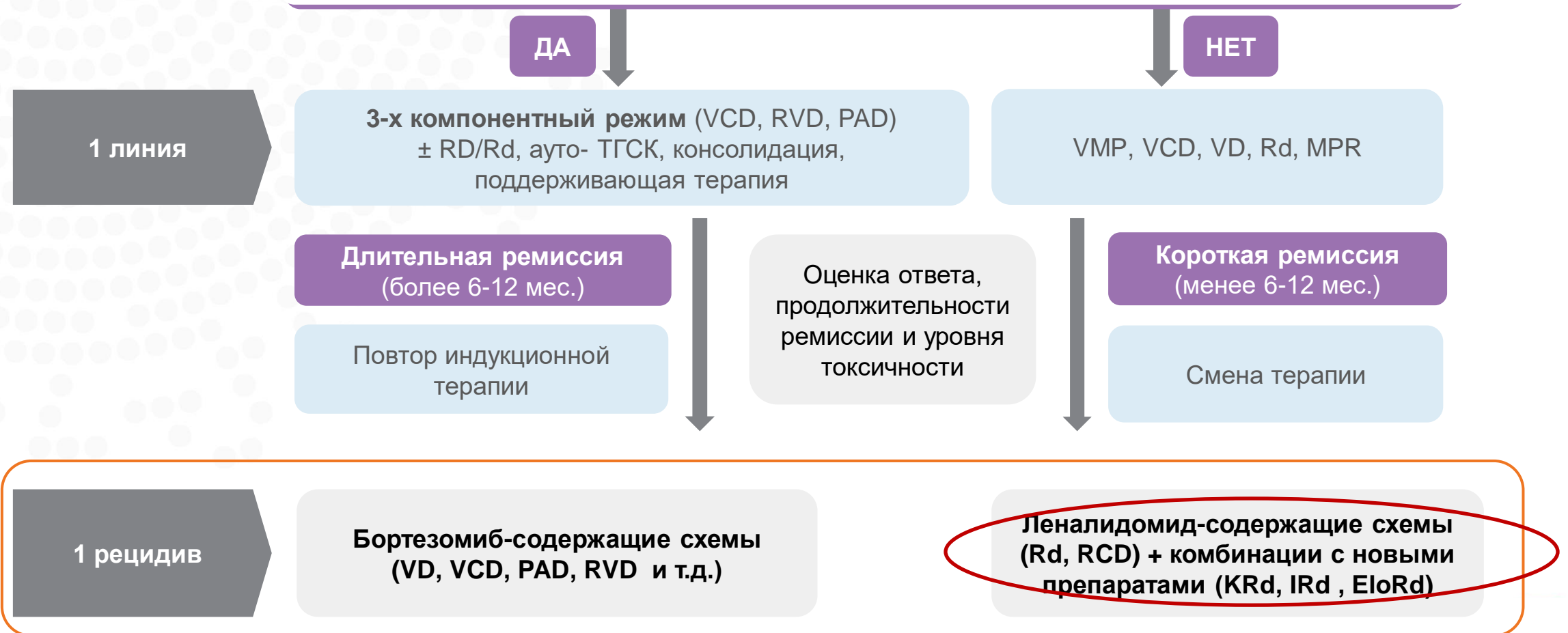
1. M. A. Dimopoulos et al. Multiple myeloma: EHA-ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann. Oncol.* Volume 32 - Issue 3 2021, <https://doi.org/10.1016/j.annonc.2020.11.014>





# ТЕРАПИЯ 1-ГО РЕЦИДИВА В РФ

## ВОЗМОЖНОСТЬ ПРОВЕДЕНИЯ АТСК





# ПОДХОДЫ К ТЕРАПИИ ВТОРОГО И ПОСЛЕДУЮЩЕГО РЕЦИДИВОВ В РФ

## ОЦЕНКА ОТВЕТА, ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ РЕМИССИИ И УРОВНЯ ТОКСИЧНОСТИ

2-ой рецидив

- ▶ Леналидомид содержащие схемы (Rd, RCD)
- ▶ + комбинации с новыми препаратами (KRd, IRd, EloRd)

Оценка рефрактерности

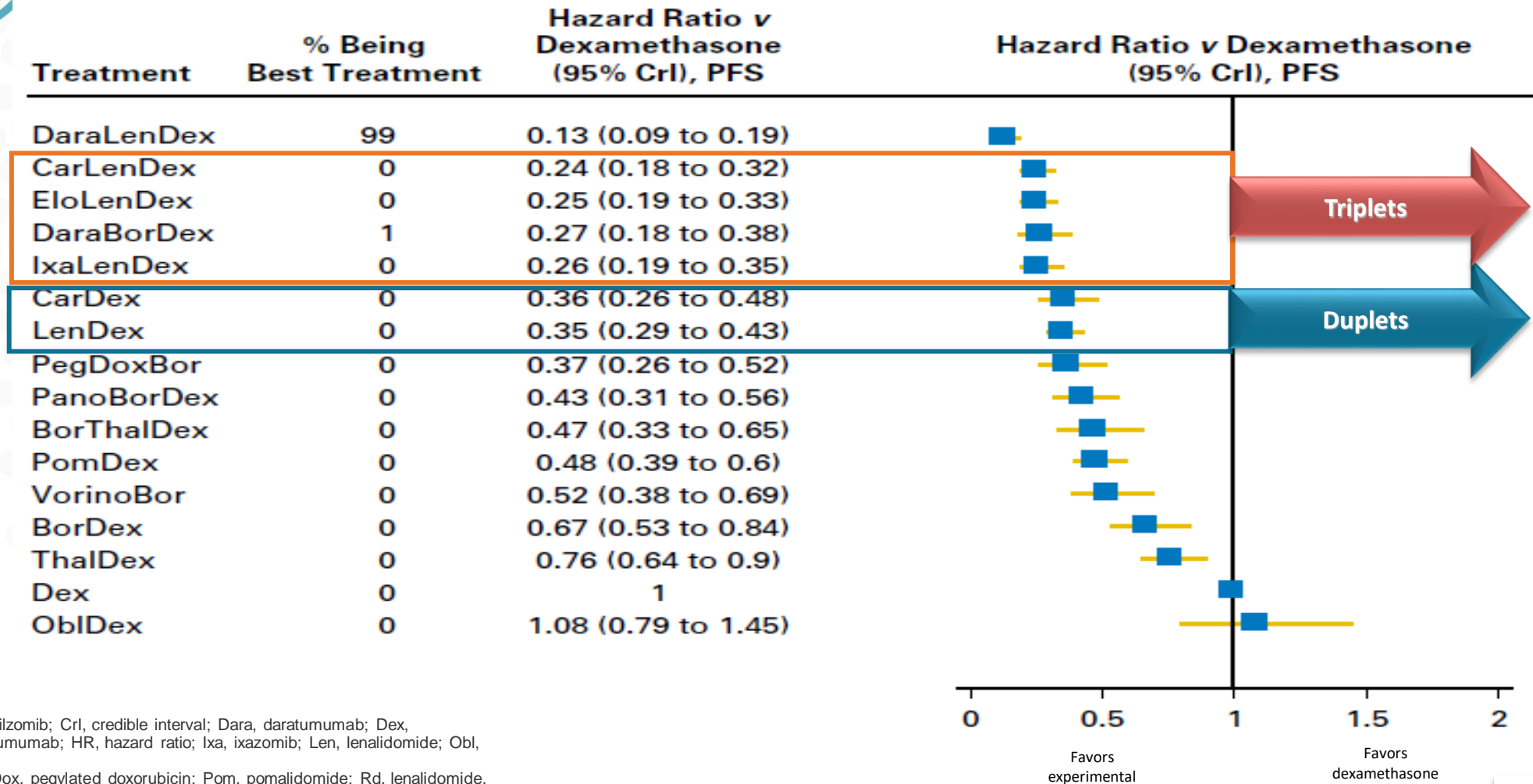
Рефрактерный рецидив

### ВАРИАНТЫ ТЕРАПИИ:

- ▶ Даратумумаб монотерапия
- ▶ Помалидомид+Дексаметазон,
- ▶ Карфилзомиб монотерапия



# Установлено преимущество трехкомпонентных режимов над двухкомпонентами при РРММ: результаты сетевого метаанализа

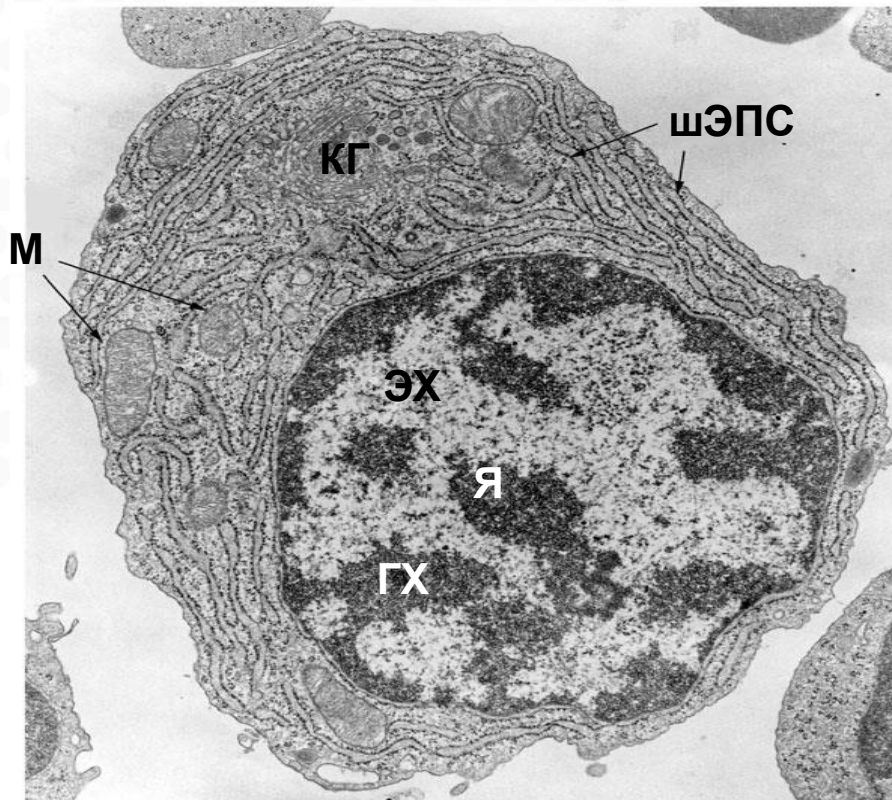


Bor, bortezomib; Car, carfilzomib; CrI, credible interval; Dara, daratumumab; Dex, dexamethasone; Elo, elotumumab; HR, hazard ratio; Ixa, ixazomib; Len, lenalidomide; Obi, oblimersen; Pano, panobinostat; PegDox, pegylated doxorubicin; Pom, pomalidomide; Rd, lenalidomide, dexamethasone; Thal, thalidomide; Vd, bortezomib, dexamethasone; Vorino, vorinostat



## Клетки ММ в значительной степени зависят от функции протеасом

Плазматическая клетка костного мозга <sup>1</sup>



Клетки ММ быстро синтезируют и выделяют большое количество иммуноглобулина из эндоплазматического ретикулама <sup>2,3</sup>

Активные протеасомы являются инструментом контроля качества, обеспечивая деградацию неправильно свернутых молекул иммуноглобулинов<sup>3</sup>

Ингибирование протеасом подавляет способность клетки справиться с большим объемом белка и приводит к апоптозу клеток ММ <sup>4</sup>

ЭХ, эухроматин; КГ, комплекс Гольджи; ГХ, гетерохроматин; М, митохондрия; ММ, множественная миелома; Я, ядро; шЭПС, шероховатый эндоплазматический ретикулум.

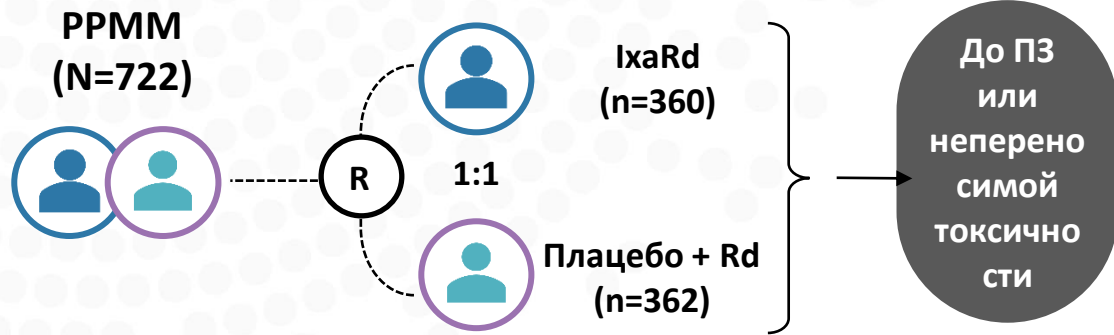
1. [http://missinglink.ucsf.edu/lm/IDS\\_101\\_histo\\_resource/images/cell\\_structure\\_lab\\_micrograph\\_B.jpg](http://missinglink.ucsf.edu/lm/IDS_101_histo_resource/images/cell_structure_lab_micrograph_B.jpg). Accessed March 2018;

2. Kurtoglu M et al. *Cancer Chemother Pharmacol* 2010;66:129–140; 3. Obeng EA et al. *Blood* 2006;107:4907–4916; 4. Vincenz L et al. *Mol Cancer Ther* 2013;12:831–843.



# TOURMALINE-MM1: первое двойное слепое плацебо-контролируемое исследование III фазы по изучению еженедельного перорального приема иксазомиба в комбинации с режимом леналидомид+дексаметазон

## Дизайн исследования



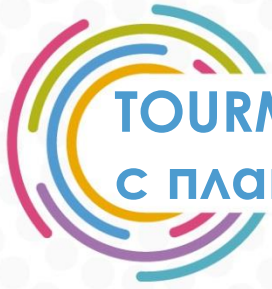
**Цель: сравнение эффективности и безопасности IxazRd vs плацебо + Rd у пациентов с РРММ**

## Выборочные характеристики пациентов

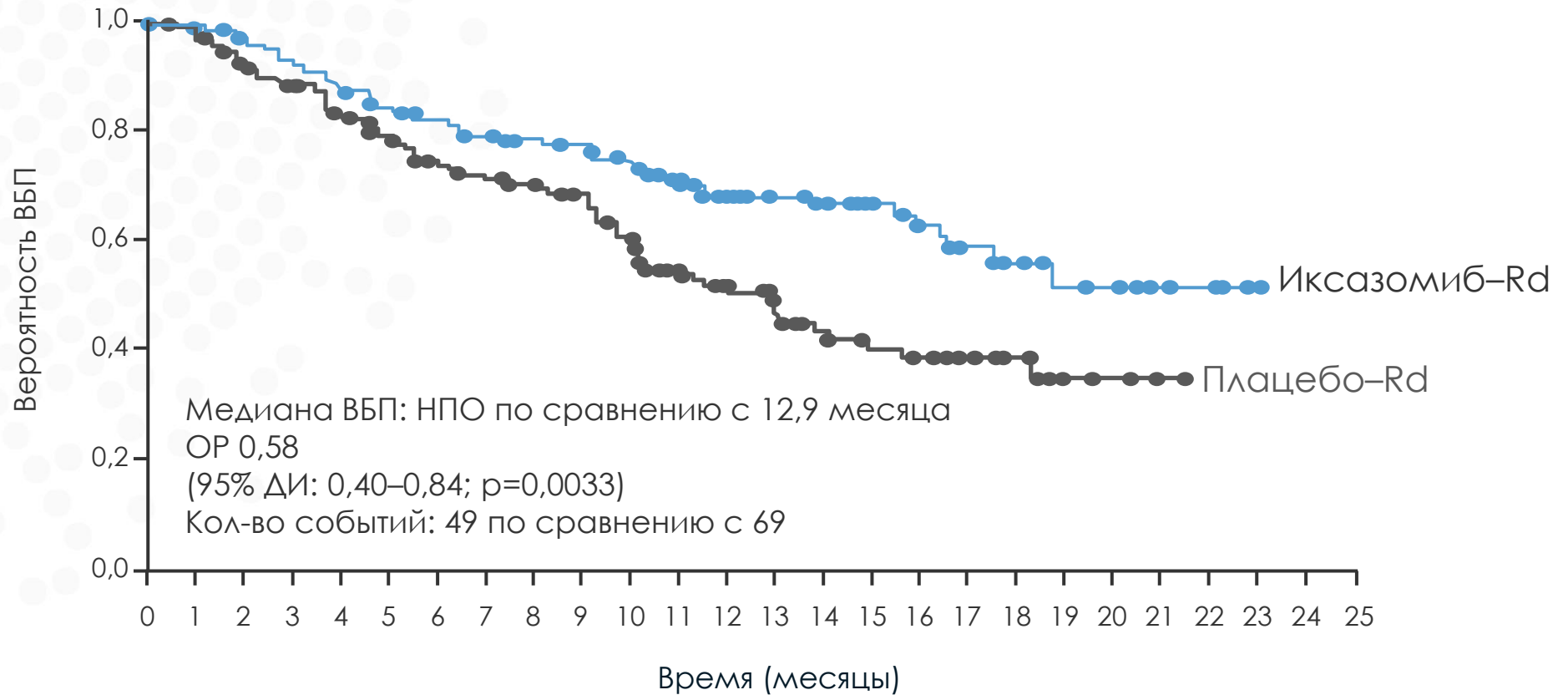
|   | IxazRd (n=360)   | Placebo + Rd (n=362) |
|---|------------------|----------------------|
| Median age, years (range)                 | 66 (38–91)       | 66 (30–89)           |
| Мужчины, n (%)                            | 207 (58)         | 202 (56)             |
| Но. предшествующих линий терапии, %       |                  |                      |
| 1/2/3                                     | 62/27/11         | 60/31/9              |
| Высокий цитогенетический риск, n(%)*      | 75 (21)          | 62 (17)              |
| ISS stage, %                              |                  |                      |
| I/II/III                                  | 63/25/12         | 64/24/12             |
| Предшествующая АТСК, n (%)                | 212 (59)         | 199 (55)             |
| <b>Предшествующая терапия ИП, n (%)</b>   | <b>249 (69)</b>  | <b>253 (70)</b>      |
| Бортезомиб/Карфилзомиб                    | 248 (69)/1 (<1)  | 250 (69)/4 (1)       |
| Предшествующая терапия ИМИД, n (%)        | 193 (54)         | 204 (56)             |
| Леналидомид/Талидомид                     | 44 (12)/157 (44) | 44 (12)/170 (47)     |
| Категории заболевания, n (%) <sup>†</sup> |                  |                      |
| Рецидив                                   | 276 (77)         | 280 (77)             |
| Рецидив/рефрактерная форма <sup>‡</sup>   | 42 (12)          | 40 (11)              |
| <b>Relapsed and refractory</b>            | <b>41 (11)</b>   | <b>42 (12)</b>       |

Moreau P, et al. N Engl J Med 2016;374:1621–34

\*Хромосомные абберации высокого цитогенетического риска(17p, t(4;14), and t(14;16); †N=359 для общего числа пациентов в группе IxazRd; ‡ Первично рефрактерные: 7% в группе IxazRd и 6% в группе плацебо + Rd del, делеция; ИМИД, иммуномодуляторы; IxazRd, иксазомиб + леналидомид + дексаметазон; ISS, International Staging System; ИП, ингибитор протеасомы; R, рандомизация; Rd, леналидомид + дексаметазон; РРММ, рецидивирующая / рефрактерная множественная миелома; ТСК, трансплантация стволовых клеток; †, транслокация, ПЗ – прогрессия заболевания.



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



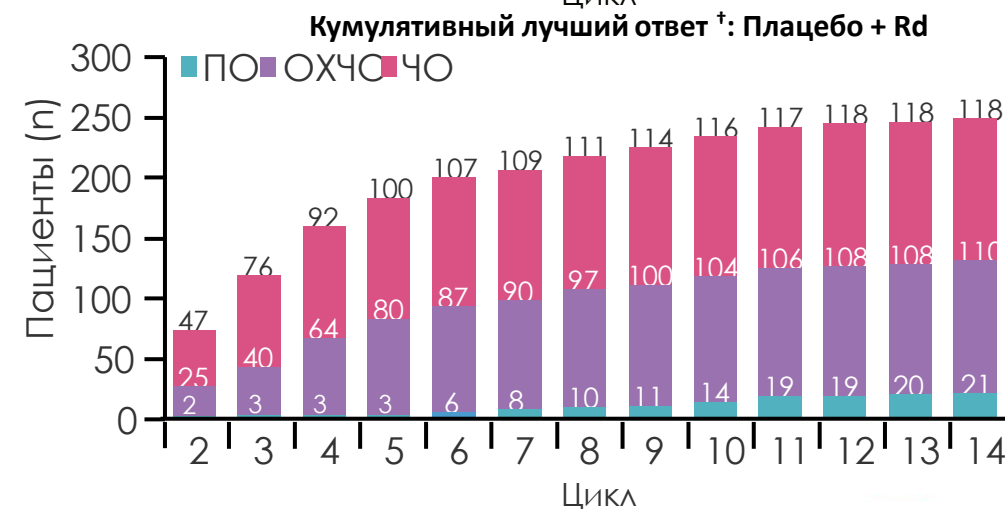
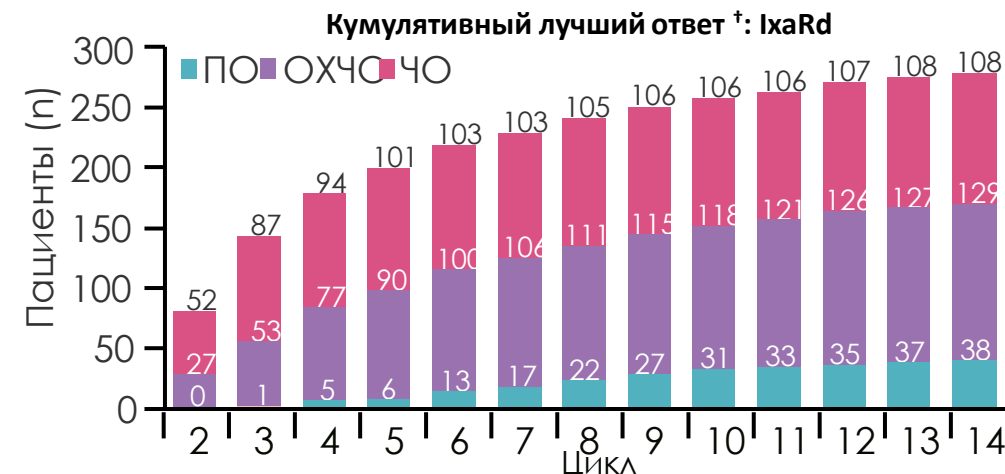
Кол-во пациентов в группе риска:

|              |     |     |     |     |     |     |     |     |     |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |   |   |   |
|--------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|---|---|---|---|---|
| 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 |



# TOURMALINE-MM1: все вторичные конечные точки улучшились, глубина ответа увеличилась с течением времени на режиме IxaRd

| Частота наилучшего ответа*† | IxaRd (n=360)   | Placebo + Rd (n=362) | p-value                                   |
|-----------------------------|-----------------|----------------------|---|
| ЧОО, n (%)                  | <b>282 (78)</b> | 259 (72)             | 0.04                                      |
| ≥ОХЧО, n (%)                | <b>173 (48)</b> | 141 (39)             | 0.01                                      |
| Наилучший ответы, n (%)     |                 |                      |   |
| ПО, %                       | 42 (12)         | 24 (7)               | 0.02                                      |
| сПО, %                      | 9 (2)           | 3 (<1)               | –   |
| ЧО, %                       | 240 (67)        | 235 (65)             | –   |
| ОХЧО, %                     | 131 (36)        | 117 (32)             | –   |
| СЗ, %                       | 40 (11)         | 59 (16)              | –   |
| Медиана ВДО, месяцы         | 1.1             | 1.9                  | 0.009                                     |
| Медиана ДО, месяцы          | 20.5            | 15.0                 | –   |
| Медиана ВДП, месяцы         | 21.4            | 15.7                 | 0.007<br>HR: 0.71<br>(95% ДИ: 0.56, 0.91) |



HR- отношение рисков; ДИ- доверительный интервал; ВВП- выживаемость без прогрессирования; ДО длительность ответа; ВДО время до ответа; ; IxaRd, иксазомиб-леналедомид-дексаметазон Rd- леналидомид+ дексаметазон; ЧОО- частота общего ответа; ПО- полный ответ; ОХЧО- очень хороший частичный ответ; ЧО- частичный ответ; P- критерий Стьюдента



## Исходы в зависимости от группы цитогенетического риска

|                                  | ЧОО, % |            | ≥ ОХЧО, % |            | ≥ ПО, % |            | Медиана ВБП, месяцы |             |        |
|----------------------------------|--------|------------|-----------|------------|---------|------------|---------------------|-------------|--------|
|                                  | IxaRd  | Плацебо-Rd | IxaRd     | Плацебо-Rd | IxaRd   | Плацебо-Rd | IxaRd               | Плацебо-Rd  | ОР     |
| Все пациенты                     | 78,3*  | 71,5       | 48,1*     | 39         | 11,7*   | 6,6        | <u>20,6</u>         | <u>14,7</u> | 0,742* |
| Пациенты со стандартным риском   | 80     | 73         | 51        | 44         | 12      | 7          | 20,6                | 15,6        | 0,640* |
| Все пациенты с высоким риском    | 79*    | 60         | 45*       | 21         | 12*     | 2          | <u>21,4</u>         | <u>9,7</u>  | 0,543* |
| Пациенты с del(17p)†             | 72     | 48         | 39        | 15         | 11*     | 0          | 21,4                | 9,7         | 0,596  |
| Пациенты с изолированной t(4;14) | 89     | 76         | 53        | 28         | 14      | 4          | 18,5                | 12,0        | 0,645  |

\*  $p < 0,05$  для сравнения между режимами. † Изолированной либо в комбинации с t(4;14) или t(14;16).  
Данные для пациентов с изолированной t(14;16) не включены из-за малого количества ( $n = 7$ ).

В группе Ixa -Rd медиана ВБП у пациентов с высоким риском была сходна с таковой в общей популяции пациентов и у пациентов со стандартным цитогенетическим риском





# 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 множественной миеломой.

**ИНТЕНСИФИКАЦИЯ ТЕРАПИИ**



**ТОКСИЧНОСТЬ**



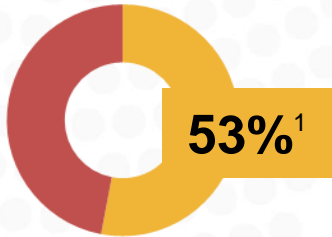
**ПРЕКРАЩЕНИЕ ЛЕЧЕНИЯ**



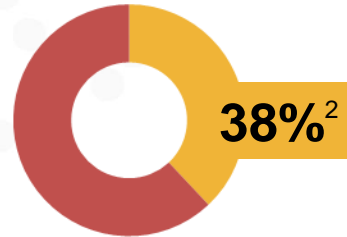
# ПЕРИФЕРИЧЕСКАЯ ПОЛИНЕЙРОПАТИЯ, ОБУСЛОВЛЕННАЯ ТЕРАПИЕЙ

## НЕЙРОПАТИЯ ЛЮБОЙ СТЕПЕНИ

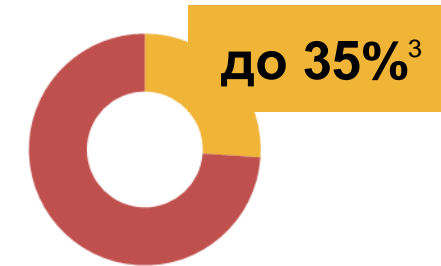
у пациентов с  
рецидивом



вновь диагностированных  
пациентов



## НЕЙРОПАТИЯ 3-4 СТЕПЕНИ



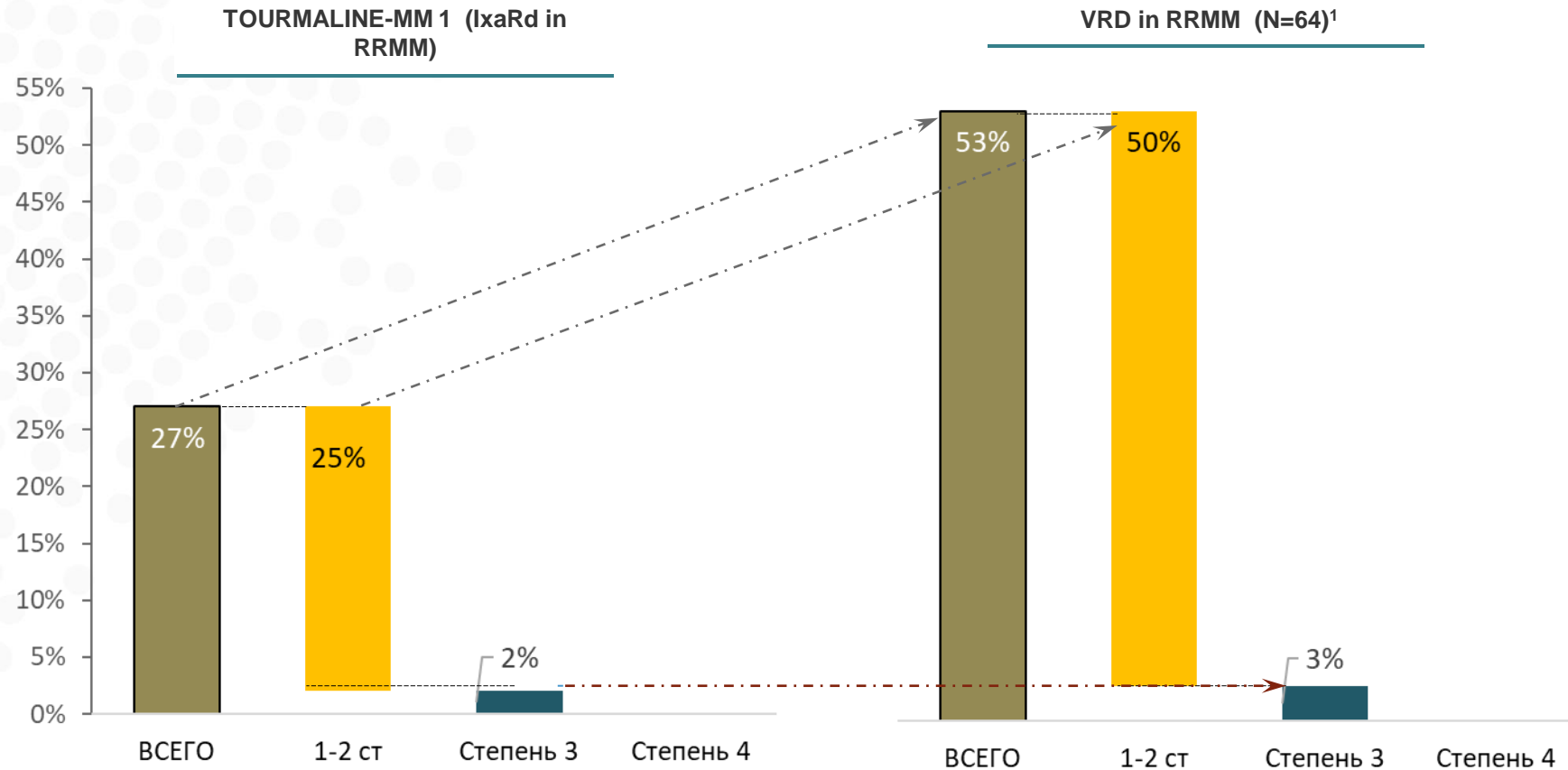
**Как частота, так и тяжесть нейротоксичности, выше у пациентов**

- ▶ с предшествующей нейропатией
- ▶ у тех, кто получает более высокую суммарную дозу в течение первых пяти курсов терапии

1. Richardson PG, Wanling Xie, Sundar Jagannath, et al. A phase 2 trial of lenalidomide, bortezomib, and dexamethasone in patients with relapsed and relapsed/refractory myeloma. *Blood*. 2014;123(10):1461-1469, <https://doi.org/10.1182/blood-2013-07-517276>  
2. Rosiñol L., Jesus F. San Miguel, et al. Bortezomib, lenalidomide, and dexamethasone as induction therapy prior to autologous transplant in multiple myeloma. *Blood*. 2019 Oct 17; 134(16): 1337-1345, doi: 10.1182/blood.2019000241  
3. Brian G. M. Durie et al., Longer term follow-up of the randomized phase III trial SWOG S0777: bortezomib, lenalidomide and dexamethasone vs. lenalidomide and dexamethasone in patients (Pts) with previously untreated multiple myeloma without an intent for immediate autologous stem cell transplant (ASCT). *Blood Cancer Journal* ( 2020) 10:53 <https://doi.org/10.1038/s41408-020-0311-8>



# ПОЛИНЕЙРОПАТИЯ: при терапии IxaRd и VRd у пациентов с RRMM

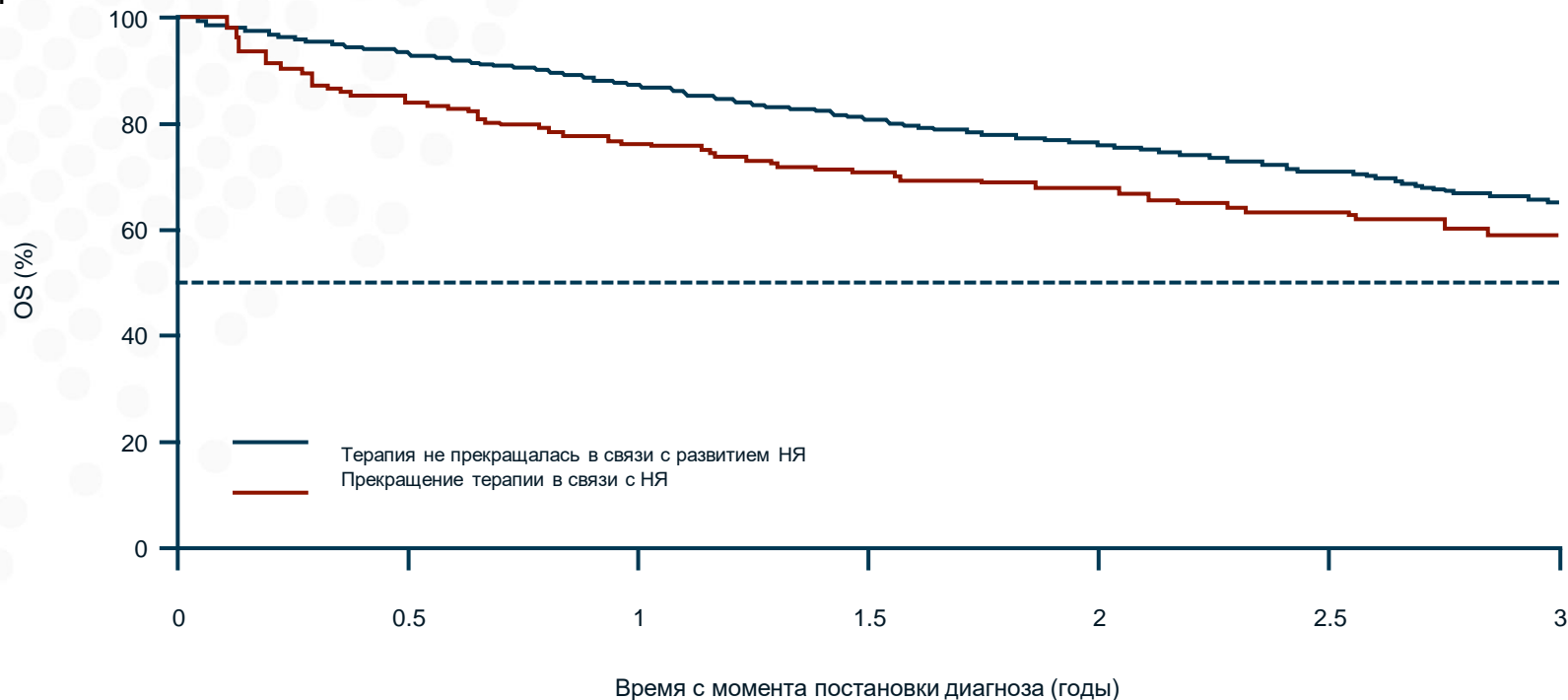


<sup>1</sup> Paul G. Richardson, Wanling Xie, Sundar Jagannath, et al. A phase 2 trial of lenalidomide, bortezomib, and dexamethasone in patients with relapsed and relapsed/refractory myeloma. Blood. 2014;123(10):1461-1469, <https://doi.org/10.1182/blood-2013-07-5172762> Moreau P et al. N Engl J Med 2016;374(17):1621-34..



## 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.

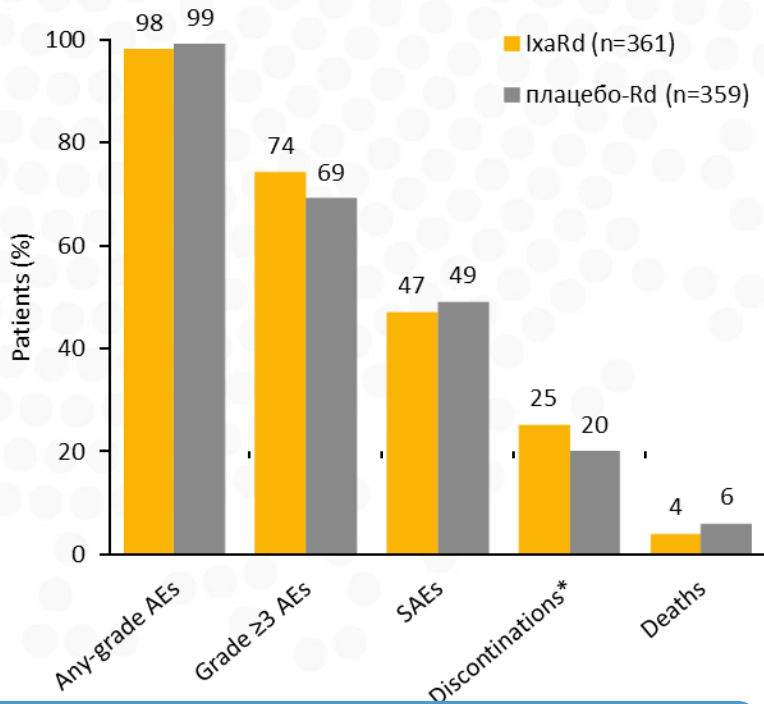


Мета-анализ европейских исследований (MP vs MPT, VMP vs VTP, VMP vs VMPT-VT) у 1435 вновь диагностированных пациентов с ММ



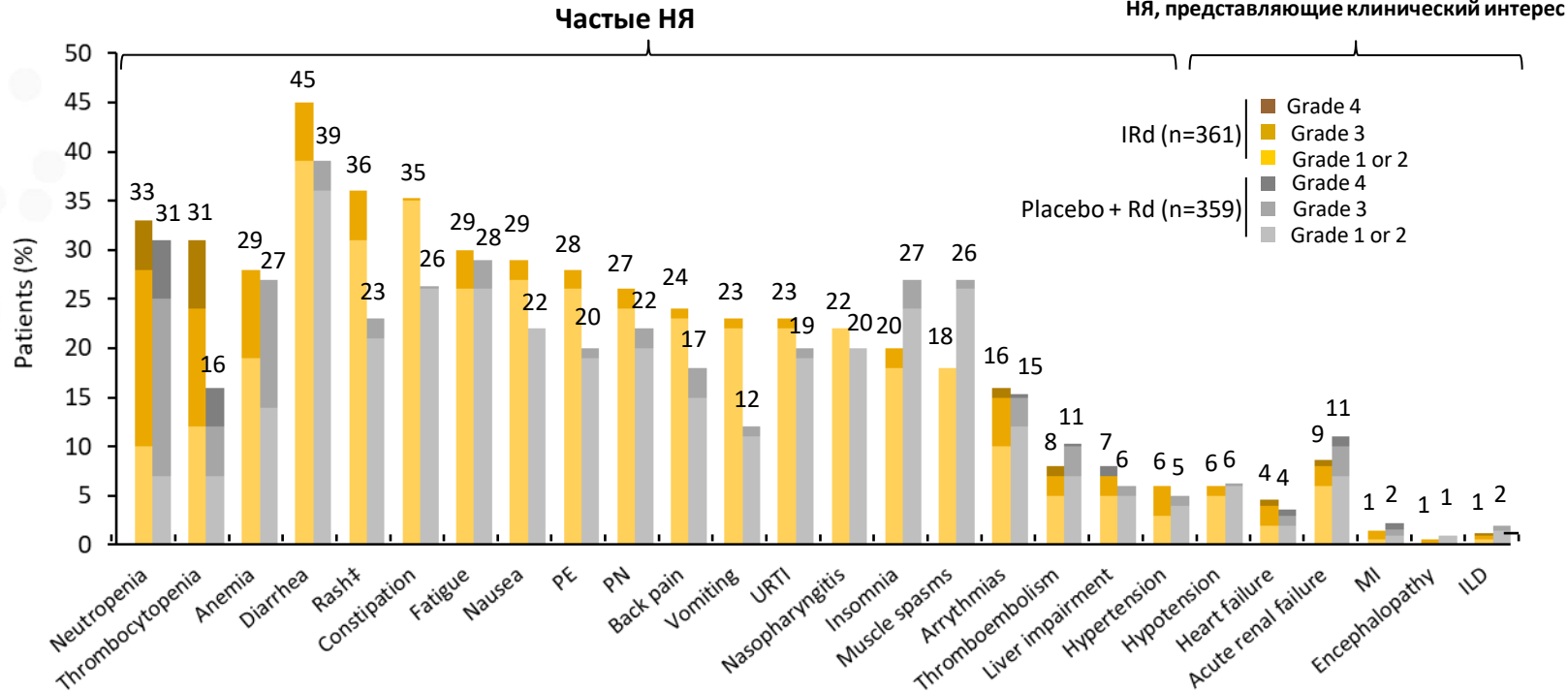
# TOURMALINE-MM1: IxaRd ограниченная дополнительная токсичность IxaRd по сравнению с плацебо + Rd

## Обзор профиля безопасности



Частота СНЯ, НЯ, приведших к прекращению терапии или смерти сопоставима в обеих группах

## Частые НЯ (≥20% в каждой группе) и НЯ, представляющие клинический интерес



- Более высокая частота НЯ ≥3 ст., на режиме IxaRd за счет гематологических НЯ
- Отсутствие признаков кардиальной, почечной, респираторной токсичности, связанных с приемом иксазомиба
- Полинейропатия ≥3 ст. - 2% в обеих группах
- Частота первичных злокачественных новообразований (особый интерес) 5% и 4% в группах IxaRd and плацебо + Rd, соответственно

Moreau P, et al. N Engl J Med 2016;374:1621–34

Analysis at median follow-up of 23.3 and 22.9 months in the IRd and placebo + Rd groups, respectively. \*AE resulting in discontinuation of any agent. †In addition, the following Grade 5 events occurred: thromboembolism (n=1 in each group); hypotension (n=1 in the IRd group); heart failure (n=1 in the IRd group, n=3 in the placebo + Rd group); MI (n=1 in the IRd group, n=2 in the placebo + Rd group); ‡Standardized MedDRA query; §Grade 3 constipation was <1% in both treatment groups



# Рекомендации по ведению пациентов с ММ в условиях COVID-19

## Специальные рекомендации:

- Решения о назначении той или иной терапии должны приниматься индивидуально на основе стадии заболевания, риска, 1-я линия или рецидив, возраст, коморбидность, цитогенетический статус
- Минимализировать контакты между пациентами во время лечения
- Как можно больше консультаций переводить в режим Телемедицины
- **Назначать как можно больше пероральных препаратов (иммуномодуляторы, ингибиторы протеасом)**
- Дозы и частота применения Дексаметазона должны быть уменьшены

### Для пациентов с рецидивирующей/рефрактерной ММ:

При хорошем ответе на 3-х компонентные режимы, скорректировать режим введения для минимизации посещений клиники/стационара =>

- перевести на однократное введение в неделю вместо 2-х кратного (например, карфилзомиб, бортезомиб)
- **применение пероральных форм, например, Иксазомиб, если возможно**
- перейти на режим введения даратумумаба однократно в месяц, как можно раньше

## Рекомендации Российских экспертов<sup>1</sup>:

- В целях снижения риска инфицирования SARS CoV-2 рекомендовано минимизировать контакты между пациентами во время диагностики и лечения,
- шире использовать возможности телемедицины для проведения заочных консультаций
- **Приоритет имеет более активное назначение пероральных препаратов (иммуномодуляторы, ингибиторы протеасом).**
- **Пероральные препараты (леналидомид, иксазомиб) следует выдавать пациенту на 2–3 мес для уменьшения частоты визитов в клинику.**

1. Резолюция Совета экспертов по особенностям терапии множественной миеломы в условиях пандемии COVID-19. Онкогематология 2020;15(2):108–12.



## ВЫВОДЫ

Назначение триплетов на ранних линиях терапии РРММ позволяет добиться **ДЛИТЕЛЬНОГО** контроля заболевания

$I\alpha + R_d$  позволяет значительно увеличить частоту ответов и пролонгирует ВБП по сравнению с  $R_d$  во всех подгруппах пациентов, включая высокий цитогенетический риск

Результаты исследования реальной клинической практики подтверждают данные клинических исследований  $I\alpha R_d$  и показывают, что  $I\alpha R_d$  является эффективным (ЧОО 78% и медианы ВБП 27.6 месяцев) и удобным амбулаторным пероральным терапевтическим вариантом лечения, что важно для пожилых, ослабленных пациентов и живущих на удалении от гематологических стационаров



**Благодарю за  
внимание!**