



Мастер-класс
по уротелиальному раку на базе

**КГБУЗ «КРАСНОЯРСКИЙ
КРАЕВОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ
ОНКОЛОГИЧЕСКИЙ ДИСПАНСЕР
ИМ. А.И. КРЫЖАНОВСКОГО»**

20 февраля 2026

09:30 - 15:45

Красноярск,
ул. 1-я Смоленская, 16



Председатели:



Зуков Руслан Александрович

д.м.н., профессор, заведующий кафедрой онкологии и лучевой терапии, главный врач КГБУЗ «Красноярский краевой клинический онкологический диспансер им. А.И. Крыжановского»



Анжиганова Юлия Владимировна

заведующая урогинекологическим отделением Красноярского краевого онкологического диспансера

Спикеры:



Анжиганова Юлия Владимировна

заведующая урогинекологическим отделением Красноярского краевого онкологического диспансера

Образ Ирина Леонидовна

заведующая Химиотерапевтическим отделением Красноярского краевого онкологического диспансера

Булычкин Петр Владиславович

к.м.н., член правления РООУ, старший научный сотрудник отделения радиотерапии ФГБУ «НМИЦ онкологии им.Н.Н.Блохина» Минздрава России



Организатор мероприятия
АНО Умная медицина



Программа


09:30 – 09:40	Приветствие	Зуков Р.А.
09:40 – 11:10	Участие в реальном консилиуме (ПКР, УР)	Анжиганова Ю.В. Образ И.Л.
11:10 – 12:20	Обход отделений: - Приемное отделение - Паллиативное отделение - Отделение ХТ - Центр разведения ЛП	Анжиганова Ю.В.
12:20 – 12:30	Кофе-брейк	
12:30 – 13:00	Стандарт качества: проведение платиносодержащей терапии у больных с мУР (профилактика, менеджмент НЯ и оценка эффекта) <i>При поддержке Мерк</i>	Образ И.Л.
13:00 – 13:10	Обсуждение	
13:10 – 13:40	Собственный опыт ведения пациентов с УР	Анжиганова Ю.В.
13:40 – 13:50	Обсуждение	Все участники
13:50 – 14:20	Отменить нельзя, продолжить. Как долго вести пациента на поддерживающей терапии? <i>При поддержке Мерк</i>	Анжиганова Ю.В. Все участники
14:20 – 14:40	Использование стереотаксической терапии в лечении больных с мУР	Булычкин П.В.
14:40 – 15:00	Обсуждение	
15:00 – 15:10	Авелумаб + акситиниб в лечении пациентов с почечно-клеточным раком. Особенности комбинации	Анжиганова Ю.В.
15:10 – 15:45	Обед	

Рекомендации по лечению в соответствии с пригодностью пациента для терапии препаратами платины



Каким пациентам показана платиносодержащая терапия?

Согласно критериям Гальского пациенту не может быть назначен цисплатин, если:

Показания к препаратам платины		Противопоказаны любые препараты платины
Цисплатин-пригодные	Карбоплатин-пригодные	
 ECOG 0-1	ECOG 2	Любое из: <ul style="list-style-type: none">• СКФ <30 мл/мин• ECOG ≥3• Одновременно ECOG 2 и СКФ <60 мл/мин
 СКФ >50-60 мл/мин	СКФ 30-60 мл/мин	
 Тугоухость < 2 степени	Тугоухость ≥ 2 степени	
 Периферическая нейропатия < 2 степени	Периферическая нейропатия ≥ 2 степени	
 Сердечная недостаточность по системе NYHA <III класса	Сердечная недостаточность по системе NYHA III-IV класса	

9 из 10 пациентов могут перенести платину в 1 линии УР

Расшифровка критериев

	ЕСОГ ИЛИ ИНДЕКС КАРНОВСКОГО	ПЕРИФЕРИЧЕСКАЯ НЕЙРОПАТИЯ	ТУГОУХОСТЬ	СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ПО СИСТЕМЕ <III КЛАССА (NYHA)
0	Больной полностью активен, способен выполнять все, как и до заболевания (90-100 баллов по шкале Карновского)			
1	Больной неспособен выполнять тяжелую, но может выполнять легкую или сидячую работу (70-80 баллов по шкале Карновского)	Отсутствуют субъективные и клинические признаки	<ul style="list-style-type: none"> • Взрослые: по данным аудиограммы тестирование на частотах на 1, 2, 4, 3, 6, и 8 кГц. Пороговое смещение в среднем на 15-25 дБ на 2 смежных тестовых частотах по крайней мере в одном ухе. • Субъективное изменение слуха с помощью речи, камертонов. 	<ul style="list-style-type: none"> • Бессимптомное течение • Возможны лабораторные отклонения (например, В-натрийуретический пептид) или аномалии при визуальном обследовании сердца
2	Больной лечится амбулаторно, способен к самообслуживанию, но не может выполнять работу. Более 50% времени бодрствования проводит активно в вертикальном положении (50-60 баллов по шкале Карновского)	Ограничение инструментальной деятельности в повседневной жизни. Снижение силы тыльного сгибания стопы не более чем на 50% с обеих сторон	<ul style="list-style-type: none"> • Взрослые: по данным аудиограммы пороговое смещение >25 дБ в среднем на 2 смежных тестовых частотах по крайней мере в одном ухе. • Потеря слуха без слухового аппарата. • Ограничение инструментальной деятельности в повседневной жизни. 	Появление симптомов при умеренной физической активности или перенапряжении
3	Больной способен лишь к ограниченному самообслуживанию, проводит в кресле или постели более 50% времени бодрствования (30-40 баллов по шкале Карновского)	Ограничение ухода за собой в повседневной жизни. Снижение силы тыльного сгибания стопы более чем на 50% с обеих сторон	<ul style="list-style-type: none"> • Взрослые: по данным аудиограммы пороговое смещение >25 дБ в среднем на 3 смежных тестовых частотах по крайней мере в одном ухе. • Есть показания для терапевтического вмешательства. • Потеря слуха без слухового аппарата. • Ограничение ухода за собой в повседневной жизни 	<ul style="list-style-type: none"> • Появление симптомов в покое или при минимальной физической активности или нагрузке • Госпитализации в истории болезни • Появление новых симптомов
4	Инвалид, совершенно не способен к самообслуживанию, прикован к креслу или постели (10-20 баллов по шкале Карновского)	Выраженный сенсомоторный дефект, интенсивный болевой синдром, тяжелая вегетативная недостаточность, трофические язвы, диабетическая стопа, остеоартропатия	<ul style="list-style-type: none"> • Взрослые: снижение слуха до глубокой двусторонней потери (абсолютный порог >80 дБ при частоте 2 кГц и выше) • Полная потеря слуха 	<ul style="list-style-type: none"> • Критическое состояние представляющее угрозу для жизни • Показано срочное вмешательство (например, непрерывная внутривенная терапия или механическая гемодинамическая поддержка

Эффективность ИО препаратов уступает платине в 1 линии

Цисплатин-неподходящие пациенты, PD-L1+ гиперэкспрессоры

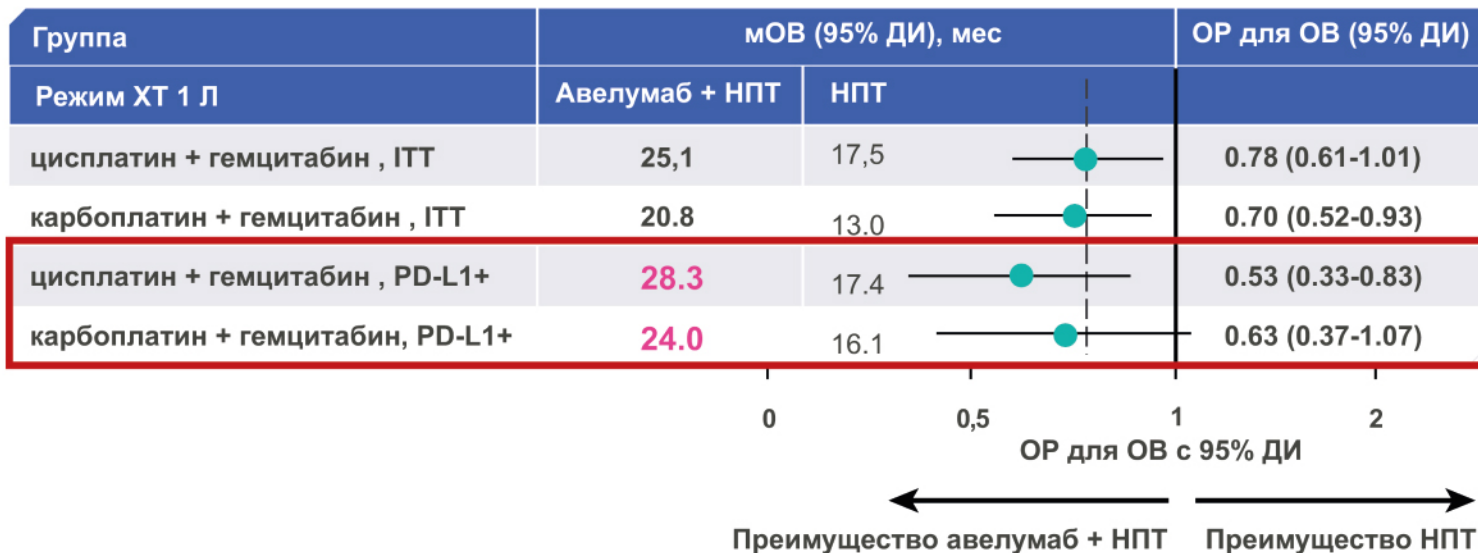
Исследование	IMvigor-130 n=1213	
	Атезолизумаб (n=190)	Карбоплатин+ Гемцитабин (n=183)
ЧОО, %	40	32.6
ЧКЗ, %	62	76.6
Прогрессирование, %	28	9
мОВ, PD-L1 +	18,6 (n=50)	10 (n=43)
ОР	0.56	
Медиана длительности терапии, мес	2.7	3.5

- Контроль над заболеванием выше на карбоплатин-содержащей ХТ даже у PD-L1+ гиперэкспрессоров
- мОВ выше у цисплатин-непригодных PD-L1+ пациентов, но малая выборка пациентов
 - Только гиперэкспрессоры!
- Длительность терапии на ИО препаратах короткая!
 - В исследовании атезо 52% пациентов завершают терапию в течение 3 мес!
- Медиана длительности терапии была выше на терапии платиной. Пациенты получали от 4 до 6 циклов ХТ. ИО терапия проводилась до прогрессирования, однако медиана длительности всего 2.7 месяцев

≈ 65%-80% пациентов

достигают контроля над заболеванием в 1 линии
терапии при УР на фоне ХТ препаратами платины

Достоверное увеличение ОВ у пациентов, получавших как цисплатин -, так и карбоплатин-содержащие схемы ХТ



У 14.3% пациентов - углубление ответа на авелумабе после PtXT

Общая популяция

	Авелумаб + НПТ (n = 350)	НПТ (n = 350)
Подтвержденная ЧОО* (95% ДИ), %	14.3 (10.8-18.4)	4.0 (2.2-6.6)
Подтвержденный лучший ответ, n (%)		
ПО	25 (7.1)	4 (1.1)
ЧО	25 (7.1)	10 (2.9)
СЗ	74 (21.1)	50 (14.3)
Контроль над заболеванием, n (%)**	178 (50.9)	119 (34.0)
Медиана времени до ответа, мес	2,0 (1,7-16,4)	2,0 (1,8-7,0)

Контроль над заболеванием чаще достигался у пациентов, получавших поддерживающую терапию авелумабом (50.9% vs 34%)

Корректировка НЯ на платине без прекращения терапии

ЦИС- И КАРБОПЛАТИН-АССОЦИИРОВАННАЯ ТОКСИЧНОСТЬ

Астенический синдром, нарушение вкуса, снижение массы тела, расстройства стула, стоматит, отеки, кожная токсичность, инфекции

ЦИСПЛАТИН-АССОЦИИРОВАННАЯ ТОКСИЧНОСТЬ:

Периферическая сенсорная полинейропатия,
венозная тромбоземболия,
нефротоксичность
Нейтропения, анемия,
Тошнота и рвота
Ототоксичность
Тромбоземболические осложнения

КАРБОПЛАТИН-АССОЦИИРОВАННАЯ ТОКСИЧНОСТЬ:

Периферическая сенсорная полинейропатия
Нейтропения, анемия
Тромбоцитопения
Тромбоземболические осложнения

Управление:



Симптоматическое лечение,
гидратация



Редукция доз препаратов



Ограниченное (до 4) числов
циклов ХТ

Режимы дозирования препаратов платины



Препарат	Доза	Дни цикла
Гемцитабин	1000 мг/м ² в/в	1, 8 и 15
Цисплатин	70 мг/м ² в/в	2
Гемцитабин	1000 мг/м ² в/в	1,8
Цисплатин	70 мг / м ² в/в	1
Гемцитабин	1000 мг/м ² в/в	1,8
Карбоплатин	AUC-4,5 в/в	1



**! Возможно разделение
ГС:**

Цикл 21 день
гемцитабин 1000 мг/м² в 1, 8 и
15 дни и цисплатин 35 мг/м² в 2
и 3 дни (либо 2 и 9 дни)

- Скорость внутривенной инфузии не более 1 мг за 1 минуту;
- Обязательна трехкомпонентная антиэметическая терапия;
- Риск развития фебрильной нейтропении низкий => первичная профилактика Г-КСФ не требуется;
- При разведении карбоплатина используют физ. раствор в объеме 1 мл на каждые 0,5 мг препарата. Вводится в течение 60 минут;
- Для расчета дозы карбоплатина используется формула Кальверта (максимальная доза – 1000 мг).

Рекомендации по гидратации для предотвращения нефротоксичности цисплатина

Гидратация необходима всем пациентам для предотвращения нефротоксичности, вызванной цисплатином

Доза цисплатина	Гидратация/рекомендации
Цисплатин < 50 мг/м ²	<ul style="list-style-type: none">• Краткосрочный курс (2-6 часов)• Небольшие объемы гидратации (2-4 л)• +/- добавление калия• +/- добавление магния (8-16мЕ)
Цисплатин ≥ 50 мг/м ²	<ul style="list-style-type: none">• Краткосрочный курс (2-6 часов)• Небольшие объемы гидратации (2-4 л)• +/- добавление калия• +/- добавление магния (8-16мЕ)
Цисплатин ≥ 100 мг/м ² Пациент с исходной гипертензией	<ul style="list-style-type: none">• Рассмотреть добавление маннитола;• Дробные введения?• Тщательный контроль АД, диуреза;• Скорректировать АД до начала терапии

Профилактика ВТЭО в процессе лекарственной терапии

- Пациентам с высоким риском ВТЭО со 2 цикла ХТ на основе платины рекомендуется:

1. проводить тромбопрофилактику:

- низкомолекулярный гепарин (НМГ)
- *или* фондапаринукс натрия
- *или* гепарин натрия
- *или* апиксабан
- *или* ривороксабан

При тромбоцитопении ($< 50 \times 10^9/\text{л}$)
дозу НМГ следует уменьшить в 2 раза

2. ультразвуковое ангиосканирование (УЗАС) нижних конечностей каждые 2 цикла

3. У пациентов с ВТЭО возможно проведение **лекарственной или лучевой терапии** через **несколько дней** после начала антикоагулянтной терапии при условии положительной клинической динамики (уменьшение отека, болей)

Возможный протокол введения цисплатина

	День 1	День 2	День 3	День 4
Апрепитант *	125 мг внутрь	80 мг внутрь	80мг внутрь	
Дексаметазон + Ондансетрон NaCl 0,9%	12 мг 8 мг 100 мл в/в 15 мин	8мг внутрь	8мг внутрь	8мг внутрь
NaCl 0,9% + MgSO4 25%	1000 мл 8 -16 мл в/в 60 мин			
Маннитол 10%* или 20%	375 мл 200 мл в/в кап 30 мин			
NaCl 0,9% + Цисплатин 60-100мг/м ²	1000 мл в/в 60 мин			
NaCl 0,9% +/- KCl 4%*	1000 мл 10 мл в/в 60 мин			
Оланзапин*	5 – 10 мг внутри	5 – 10 мг внутри	5 – 10 мг внутри	

Дексаметазон 20 мг в Д1,
16мг в Д2-4,
Ондансетрон 16 мг в Д1,
если нет апрепитанта

Использование
фуросемида – только
при симптомах
избыточной гидратации

* - опционально

ПАРТНЕРЫ

MERCK



Чтобы ознакомиться с инструкцией
по медицинскому применению
препарата Бавенσιο (авелумаб),
отсканируйте QR-код

115054, Москва, ул. Валовая, д. 35, этаж 6
Бизнес центр Wall Street
Тел.: +7 495 937 33 04, факс: +7 495 937 33 05
www.merckgroup.com/ru-ru

RU-AVE-02151