

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ИНСТРУКЦИЯ

ПО МЕДИЦИНСКОМУ ПРИМЕНЕНИЮ ЛЕКАРСТВЕННОГО ПРЕПАРАТА

Зарсио®

наименование лекарственного препарата

раствор для внутривенного и подкожного введения, 30 млн. ЕД/0,5 мл, 48 млн. ЕД/0,5 мл
лекарственная форма, дозировка

Ай Ди Ти Биология ГмбХ, Германия

наименование производителя, страна

Изменение № 2

Дата внесения Изменения « » 20 г.

СООТВЕТСТВУЕТ ЭКСПЕРТНОМУ ОТЧЕТУ
от 14.12.2023 № 26269
(Входящий МЗ №4254889)

Старая редакция	Новая редакция
Фармакологические свойства <u>Фармакодинамика</u>	Фармакологические свойства <u>Фармакодинамика</u>

Старая редакция	Новая редакция
Человеческий гранулоцитарный фактор (Г-КСФ) представляет собой гликопротеин, регулирующий продукцию и высвобождение функциональных нейтрофилов из костного мозга. Препарат Зарсио® содержит рекомбинантный метионилированный человеческой Г-КСФ (филграстим), вызывающий значительное повышение числа нейтрофилов в периферической крови в течение 24 часов, сопровождающееся незначительным повышением количества моноцитов. У ряда пациентов с тяжелой хронической нейтропенией (ТХН) филграстим способен также индуцировать незначительное повышение количества циркулирующих эозинофилов и базофилов по сравнению с исходным уровнем; у некоторых из этих пациентов эозинофилия или базофилия может присутствовать до начала терапии. Повышение количества нейтрофилов является	Человеческий гранулоцитарный фактор (Г-КСФ) представляет собой гликопротеин, регулирующий продукцию и высвобождение функциональных нейтрофилов из костного мозга. Препарат Зарсио® содержит рекомбинантный метионилированный человеческой Г-КСФ (филграстим), вызывающий значительное повышение числа нейтрофилов в периферической крови в течение 24 часов, сопровождающееся незначительным повышением количества моноцитов. У ряда пациентов с тяжелой хронической нейтропенией (ТХН) филграстим способен также индуцировать незначительное повышение количества циркулирующих эозинофилов и базофилов по сравнению с исходным уровнем; у некоторых из этих пациентов эозинофилия или базофилия может присутствовать до начала терапии. Повышение количества нейтрофилов является

Старая редакция	Новая редакция
дозозависимым при применении препарата в рекомендуемых дозах. Нейтрофилы, продуцирующие в ответ на введение филграстима, характеризуются нормальной или повышенной функциональной активностью, что было продемонстрировано в тестах хемотаксической и фагоцитарной функции. После окончания терапии филграстимом количество циркулирующих нейтрофилов снижается на 50 % в течение 1-2 дней и достигает нормального значения в течение 1-7 дней. Применение филграстима у пациентов, получающих цитотоксическую химиотерапию, приводит к значительному снижению частоты, степени тяжести и продолжительности нейтропении и фебрильной нейтропении. Терапия филграстимом значительно снижает продолжительность фебрильной нейтропении, использование антибиотиков и частоту госпитализации после индукционной химиотерапии	дозозависимым при применении препарата в рекомендуемых дозах. Нейтрофилы, продуцирующие в ответ на введение филграстима, характеризуются нормальной или повышенной функциональной активностью, что было продемонстрировано в тестах хемотаксической и фагоцитарной функции. После окончания терапии филграстимом количество циркулирующих нейтрофилов снижается на 50 % в течение 1-2 дней и достигает нормального значения в течение 1-7 дней. Применение филграстима у пациентов, получающих цитотоксическую химиотерапию, приводит к значительному снижению частоты, степени тяжести и продолжительности нейтропении и фебрильной нейтропении. Терапия филграстимом значительно снижает продолжительность фебрильной нейтропении, использование антибиотиков и частоту госпитализации после индукционной химиотерапии

Старая редакция	Новая редакция
по поводу острого миелолейкоза или миелоаблативной терапии с последующей трансплантацией костного мозга. Частота повышения температуры тела и документированных инфекций не снижалась в обеих ситуациях. Продолжительность периода повышения температуры тела не снижалась у пациентов, получавших миелоаблативную терапию с последующей трансплантацией костного мозга. Применение филграстима как самостоятельно, так и после химиотерапии, мобилизует гемопоэтические клетки-предшественники в периферическую кровь. Возможен забор мобилизованных таким образом аутологичных гемопоэтических клеток-предшественников из периферической крови (КПГ ПК) с последующей инфузией их после завершения высокодозной цитотоксической терапии вместо или в дополнение к трансплантации костного мозга. Инфузия КПГ ПК ускоряет восстановление гемопоэза,	по поводу острого миелолейкоза или миелоаблативной терапии с последующей трансплантацией костного мозга. Частота повышения температуры тела и документированных инфекций не снижалась в обеих ситуациях. Продолжительность периода повышения температуры тела не снижалась у пациентов, получавших миелоаблативную терапию с последующей трансплантацией костного мозга. Применение филграстима как самостоятельно, так и после химиотерапии, мобилизует гемопоэтические клетки-предшественники в периферическую кровь. Возможен забор мобилизованных таким образом аутологичных гемопоэтических клеток-предшественников из периферической крови (КПГ ПК) с последующей инфузией их после завершения высокодозной цитотоксической терапии вместо или в дополнение к трансплантации костного мозга. Инфузия КПГ ПК ускоряет восстановление гемопоэза,

Старая редакция	Новая редакция
снижает продолжительность периода риска развития геморрагических осложнений и необходимость переливания тромбоцитарной массы. У реципиентов аллогенных КПП ПК, мобилизованных филграстимом, отмечалось значительно более быстрое гематологическое восстановление, приводившее к значительному сокращению времени до восстановления количества тромбоцитов без соответствующей поддерживающей терапии, по сравнению с аллогенной трансплантацией костного мозга. В проводимом в Европе ретроспективном исследовании оценивали использование Г-КСФ после аллогенной трансплантации костного мозга у пациентов с острыми лейкозами, в результате было зафиксировано повышение риска реакции «трансплантат против хозяина», летальности, связанной с трансплантацией (посттрансплантационная летальность), и общей	снижает продолжительность периода риска развития геморрагических осложнений и необходимость переливания тромбоцитарной массы. У реципиентов аллогенных КПП ПК, мобилизованных филграстимом, отмечалось значительно более быстрое гематологическое восстановление, приводившее к значительному сокращению времени до восстановления количества тромбоцитов без соответствующей поддерживающей терапии, по сравнению с аллогенной трансплантацией костного мозга. В проводимом в Европе ретроспективном исследовании оценивали использование Г-КСФ после аллогенной трансплантации костного мозга у пациентов с острыми лейкозами, в результате было зафиксировано повышение риска реакции «трансплантат против хозяина», летальности, связанной с трансплантацией (посттрансплантационная летальность), и общей

СООТВЕТСТВУЕТ ЭКСПЕРТНОМУ ОТЧЕТУ
от 14.12.2023 № 26269
(Входящий МЗ №4254889)

Старая редакция	Новая редакция
летальности при применении Г-КСФ. В отдельном ретроспективном международном исследовании у пациентов с острыми и хроническими миелолейкозами не было продемонстрировано влияния подобной терапии на риск реакции «трансплантат против хозяина», посттрансплантационную летальность и общую летальность. Мета-анализ исследований при аллогенной трансплантации, в том числе девяти проспективных рандомизированных исследований, восьми ретроспективных исследований и одного исследования типа «случай-контроль», не выявил влияния данной терапии на риск острой и хронической реакции «трансплантат против хозяина» или ранней связанной с терапией летальности (Таблица 1). Таблица 1. Относительный риск (95 % ДИ) реакции «трансплантат против хозяина» и посттрансплантационная	летальности при применении Г-КСФ. В отдельном ретроспективном международном исследовании у пациентов с острыми и хроническими миелолейкозами не было продемонстрировано влияния подобной терапии на риск реакции «трансплантат против хозяина», посттрансплантационную летальность и общую летальность. Мета-анализ исследований при аллогенной трансплантации, в том числе девяти проспективных рандомизированных исследований, восьми ретроспективных исследований и одного исследования типа «случай-контроль», не выявил влияния данной терапии на риск острой и хронической реакции «трансплантат против хозяина» или ранней связанной с терапией, летальности (Таблица 1). Таблица 1. Относительный риск (95 % ДИ) реакции «трансплантат против хозяина» и посттрансплантационная

СООТВЕТСТВУЕТ ЭКСПЕРТНОМУ ОТЧЕТУ
от 14.12.2023 № 26269
(Входящий МЗ №4254889)

СООТВЕТСТВУЕТ ЭКСПЕРТНОМУ ОТЧЕТУ
от 14.12.2023 № 26269
(Входящий МЗ №4254889)

Новая редакция						
летальность при использовании Г-КСФ трансплантации костного мозга					после	
Публикация	Период исследования	Номер	Острая реакция «трансплантат против хозяина» II-IV степени	Хроническая реакция «трансплантат против хозяина»	Посттрансплантационная летальность	
Мета-анализ (2003)	1986-2001 ^a	1198	1,08 (0,87; 1,33)	1,02 (0,82; 1,26)	0,70 (0,38; 1,31)	
Европейское ретроспективное исследование (2004)	1992-2002 ^b	1789	1,33 (1,08; 1,64)	1,29 (1,02; 1,61)	1,73 (1,30; 2,32)	
Международное	1995-2000 ^b	2110	1,11	1,10	1,26	

Старая редакция						
летальность при использовании Г-КСФ трансплантации костного мозга					после	
Публикация	Период исследования	Номер	Острая реакция «трансплантат против хозяина» II-IV степени	Хроническая реакция «трансплантат против хозяина»	Посттрансплантационная летальность	
Мета-анализ (2003)	1986-2001 ^a	1198	1,08 (0,87; 1,33)	1,02 (0,82; 1,26)	0,70 (0,38; 1,31)	
Европейское ретроспективное исследование (2004)	1992-2002 ^b	1789	1,33 (1,08; 1,64)	1,29 (1,02; 1,61)	1,73 (1,30; 2,32)	
Международное	1995-2000 ^b	2110	1,11	1,10	1,26	

Старая редакция					Новая редакция				
ретроспективное исследование (2006)	(0,86; 1,42)	(0,86; 1,39)	(0,95; 1,67)		ретроспективное исследование (2006)	(0,86; 1,42)	(0,86; 1,39)	(0,95; 1,67)	
^a В анализ включены исследования, в рамках которых производилась трансплантация костного мозга в течение данного периода; в ряде исследований применялся гранулоцитарно-макрофагальный колониестимулирующий фактор (ГМ-КСФ). ^b В анализ включены пациенты, перенесшие трансплантацию костного мозга в течение данного периода. <i>Применение филграстима для мобилизации КПП ПК у здоровых доноров перед аллогенной трансплантацией</i> <i>КПП ПК</i> У здоровых доноров применение препарата в дозе 10 мкг/кг/сут (подкожно) в течение последовательных 4-5 дней обеспечивало возможность забора $\geq 4 \times 10^6$ CD34⁺ клеток/кг массы тела реципиента у					^a В анализ включены исследования, в рамках которых производилась трансплантация костного мозга в течение данного периода; в ряде исследований применялся гранулоцитарно-макрофагальный колониестимулирующий фактор (ГМ-КСФ). ^b В анализ включены пациенты, перенесшие трансплантацию костного мозга в течение данного периода. <i>Применение филграстима для мобилизации КПП ПК у здоровых доноров перед аллогенной трансплантацией</i> <i>КПП ПК</i> У здоровых доноров применение препарата в дозе 10 мкг/кг/сут (подкожно) в течение последовательных 4-5 дней обеспечивало возможность забора $\geq 4 \times 10^6$ CD34⁺ клеток/кг массы тела реципиента у				

Старая редакция	Новая редакция
большинства доноров после двух процедур лейкофереза. Применение филгастима у пациентов (детей или взрослых) с ТХН приводило к стойкому повышению абсолютного числа нейтрофилов в периферической крови и снижению частоты инфекций и связанных с ними явлений. Применение филгастима у пациентов с ВИЧ-инфекцией поддерживало нормальное число нейтрофилов, что обеспечивало возможность проведения противовирусной и/или другой миелосупрессивной терапии в запланированных режимах дозирования. Данных о том, что у пациентов с ВИЧ-инфекцией применение филгастима повышает репликацию ВИЧ, получено не было. Как и другие гемопозитические факторы роста, Г-КСФ демонстрировал стимулирующее воздействие на клетки эндотелия человека <i>in vitro</i>.	большинства доноров после двух процедур лейкофереза. Применение филгастима у пациентов (детей или взрослых) с ТХН приводило к стойкому повышению абсолютного числа нейтрофилов в периферической крови и снижению частоты инфекций и связанных с ними явлений. Применение филгастима у пациентов с ВИЧ-инфекцией поддерживало нормальное число нейтрофилов, что обеспечивало возможность проведения противовирусной и/или другой миелосупрессивной терапии в запланированных режимах дозирования. Данных о том, что у пациентов с ВИЧ-инфекцией применение филгастима повышает репликацию ВИЧ, получено не было. Как и другие гемопозитические факторы роста, Г-КСФ демонстрировал стимулирующее воздействие на клетки эндотелия человека <i>in vitro</i>.

СООТВЕТСТВУЕТ ЭКСПЕРТНОМУ ОТЧЕТУ
от 14.12.2023 № 26269
(Входящий МЗ №4254889)

Старая редакция	Новая редакция
<u>Фармакокинетика</u> Клиренс филграстима после его подкожного и внутривенного введения, как было показано, описывается фармакокинетической моделью первого порядка. Период полувыведения филграстима из сыворотки крови составлял приблизительно 3,5 часа, скорость элиминации составляет приблизительно 0,6 мл/мин/кг. Длительная инфузия филграстима в течение до 28 дней у пациентов, находящихся в периоде восстановления после аутологичной трансплантации костного мозга, не приводила к кумуляции препарата и характеризовалась сравнимыми значениями периода полувыведения. Имеется положительная линейная корреляция между дозой и концентрацией филграстима в сыворотке крови как при внутривенном, так и подкожном введении. После подкожного введения в рекомендуемых дозах концентрация препарата в	<u>Фармакокинетика</u> Клиренс филграстима после его подкожного и внутривенного введения, как было показано, описывается фармакокинетической моделью первого порядка. Период полувыведения филграстима из сыворотки крови составлял приблизительно 3,5 часа, скорость элиминации составляет приблизительно 0,6 мл/мин/кг. Длительная инфузия филграстима в течение до 28 дней у пациентов, находящихся в периоде восстановления после аутологичной трансплантации костного мозга, не приводила к кумуляции препарата и характеризовалась сравнимыми значениями периода полувыведения. Имеется положительная линейная корреляция между дозой и концентрацией филграстима в сыворотке крови как при внутривенном, так и подкожном введении. После подкожного введения в рекомендуемых дозах концентрация препарата в

Старая редакция	Новая редакция
сыворотке крови поддерживалась на уровне > 10 нг/мл в течение 8-16 часов. Объем распределения препарата в крови составляет приблизительно 150 мл/кг.	сыворотке крови поддерживалась на уровне > 10 нг/мл в течение 8-16 часов. Объем распределения препарата в крови составляет приблизительно 150 мл/кг.
С осторожностью Необходимо соблюдать осторожность при назначении препарата пациентам: - с серповидно-клеточной анемией; - с гетерозиготной формой гемоглобинопатии S; - с заболеваниями костей (включая остеопороз); - с острым вторичным миелолейкозом (ввиду ограниченных данных по безопасности и эффективности); - получавшим высокодозную химиотерапию.	С осторожностью Необходимо соблюдать осторожность при назначении препарата пациентам: - с серповидноклеточной анемией; - с гетерозиготной формой гемоглобинопатии S; - с заболеваниями костей (включая остеопороз); - с острым вторичным миелолейкозом (ввиду ограниченных данных по безопасности и эффективности); - получавшим высокодозную химиотерапию.
Способ применения и дозы Терапию препаратом Зарсио® необходимо проводить только совместно со специалистами онкологического центра, имеющими опыт применения Г-КСФ и лечения гематологических нарушений, а также при	Способ применения и дозы Терапию препаратом Зарсио® необходимо проводить только совместно со специалистами онкологического центра, имеющими опыт применения Г-КСФ и лечения гематологических нарушений, а также при

Старая редакция	Новая редакция
наличии необходимого диагностического оборудования. Процедуры мобилизации и афереза должны выполняться совместно со специалистами онкогематологического центра, имеющими необходимый опыт работы в данной сфере, а также в условиях, позволяющих осуществить правильный мониторинг клеток-предшественников гемопоэза. Препарат Зарсио® выпускается в следующих дозах: 30 млн. ЕД/0,5 мл (0,300 мг) и 48 млн. ЕД/0,5 мл (0,480 мг).	наличии необходимого диагностического оборудования. Процедуры мобилизации и афереза должны выполняться совместно со специалистами онкогематологического центра, имеющими необходимый опыт работы в данной сфере, а также в условиях, позволяющих осуществить правильный мониторинг клеток-предшественников гемопоэза. Препарат Зарсио® выпускается в следующих дозах: 30 млн. ЕД/0,5 мл (0,300 мг) и 48 млн. ЕД/0,5 мл (0,480 мг).
<u>Цитотоксическая химиотерапия</u> <i>Режим дозирования</i> Рекомендуемая доза препарата Зарсио® составляет 0,5 млн. ЕД/кг (5 мкг/кг) массы тела в сутки. Первая доза препарата должна вводиться не ранее чем через 24 часа после цитотоксической химиотерапии. В рандомизированных клинических исследованиях	<u>Цитотоксическая химиотерапия</u> <i>Режим дозирования</i> Рекомендуемая доза препарата Зарсио® составляет 0,5 млн. ЕД/кг (5 мкг/кг) массы тела в сутки. Первая доза препарата должна вводиться не ранее чем через 24 часа после цитотоксической химиотерапии. В рандомизированных клинических исследованиях

Старая редакция	Новая редакция
использовалось подкожное введение препарата в дозе 230 мкг/м² в сутки (4,0-8,4 мкг/кг/сут). Ежедневные введения препарата Зарсио® необходимо продолжать до тех пор, пока число нейтрофилов не превысит ожидаемый минимум и не восстановится до нормальных значений. После проведения стандартной химиотерапии солидных опухолей, лимфом и лимфолейкозов, ожидаемая длительность терапии до достижения указанного эффекта составляет 14 дней. После индукционной и консолидационной терапии острого миелоидного лейкоза длительность терапии может значительно увеличиваться (до 38 дней), в зависимости от вида, дозы и режима использовавшейся цитотоксической химиотерапии. У пациентов, получающих цитотоксическую химиотерапию, преходящее повышение числа нейтрофилов обычно отмечается через 1-2 дня после начала лечения филграстимом. Однако для	использовалось подкожное введение препарата в дозе 230 мкг/м² в сутки (4,0-8,4 мкг/кг/сут). Ежедневные введения препарата Зарсио® необходимо продолжать до тех пор, пока число нейтрофилов не превысит ожидаемый минимум и не восстановится до нормальных значений. После проведения стандартной химиотерапии солидных опухолей, лимфом и лимфолейкозов, ожидаемая длительность терапии до достижения указанного эффекта составляет 14 дней. После индукционной и консолидационной терапии острого миелоидного лейкоза длительность терапии может значительно увеличиваться (до 38 дней), в зависимости от вида, дозы и режима использовавшейся цитотоксической химиотерапии. У пациентов, получающих цитотоксическую химиотерапию, преходящее повышение числа нейтрофилов обычно отмечается через 1-2 дня после начала лечения филграстимом. Однако для

СООТВЕТСТВУЕТ ЭКСПЕРТНОМУ ОТЧЕТУ

от 14.12.2023 № 26269

(Входящий МЗ №4254889)

Старая редакция	Новая редакция
достижения стабильного терапевтического эффекта терапию препаратом Зарсио® не следует прекращать до окончания ожидаемого периода минимального числа нейтрофилов и восстановления до нормальных значений. Преждевременная отмена терапии препаратом Зарсио® до окончания ожидаемого периода минимального числа нейтрофилов не рекомендуется.	достижения стабильного терапевтического эффекта терапию препаратом Зарсио® не следует прекращать до окончания ожидаемого периода минимального числа нейтрофилов и восстановления до нормальных значений. Преждевременная отмена терапии препаратом Зарсио® до окончания ожидаемого периода минимального числа нейтрофилов не рекомендуется.
<i>Способ введения</i> Препарат Зарсио® может вводиться ежедневно в виде подкожной инъекции или внутривенной инфузии (после разведения 5 % раствором декстрозы, в течение 30 мин) (см. «Особые инструкции по применению и обращению»). В большинстве случаев предпочтительно подкожное введение препарата. В рамках исследования однократного введения были получены доказательства того, что внутривенное введение препарата может укорачивать длительность	<i>Способ введения</i> Препарат Зарсио® может вводиться ежедневно в виде подкожной инъекции или внутривенной инфузии (после разведения 5 % раствором декстрозы, в течение 30 мин) (см. «Особые инструкции по применению и обращению»). В большинстве случаев предпочтительно подкожное введение препарата. В рамках исследования однократного введения были получены доказательства того, что внутривенное введение препарата может укорачивать длительность

Старая редакция	Новая редакция
его эффекта. Клиническая значимость этих данных применительно к многократному введению препарата неясна. Выбор способа введения препарата зависит от индивидуальных клинических обстоятельств. <u>Пациенты, получающие миелоаблативную терапию с последующей трансплантацией костного мозга</u>	его эффекта. Клиническая значимость этих данных применительно к многократному введению препарата неясна. Выбор способа введения препарата зависит от индивидуальных клинических обстоятельств. <u>Пациенты, получающие миелоаблативную терапию с последующей трансплантацией костного мозга</u>
<i>Режим дозирования</i> Рекомендуемая начальная доза препарата Зарсио® составляет 1,0 млн. ЕД/кг (10 мкг/кг) массы тела в сутки.	<i>Режим дозирования</i> Рекомендуемая начальная доза препарата Зарсио® составляет 1,0 млн. ЕД/кг (10 мкг/кг) массы тела в сутки.
Первая доза препарата должна вводиться не ранее, чем через 24 ч после цитотоксической химиотерапии, и не ранее, чем через 24 ч после инфузии костного мозга. После истечения периода минимального числа нейтрофилов суточная доза препарата Зарсио® титруется в соответствии с ответом нейтрофилов следующим образом.	Первая доза препарата должна вводиться не ранее, чем через 24 ч после цитотоксической химиотерапии, и не ранее, чем через 24 ч после инфузии костного мозга. После истечения периода минимального числа нейтрофилов суточная доза препарата Зарсио® титруется в соответствии с ответом нейтрофилов следующим образом.

Старая редакция		Новая редакция	
Таблица 2. Подбор дозы препарата Зарсио® в ответ на достижение надира		Таблица 2. Подбор дозы препарата Зарсио® в ответ на достижение надира	
Абсолютное нейтрофилов (АЧН)	число	Корректировка препарата Зарсио®	дозы
АЧН $> 1,0 \times 10^9/\text{л}$ в течение 3 последовательных дней	Снизить до 0,5 млн. ЕД (5 мкг)/кг/сут	Снизить до 0,5 млн. ЕД (5 мкг)/кг/сут	препарата Зарсио®
Если АЧН остается на уровне $> 1,0 \times 10^9/\text{л}$ в течение 3 последовательных дней	Отменить препаратом Зарсио®	Отменить препаратом Зарсио®	терапию
При снижении АЧН $< 1,0 \times 10^9/\text{л}$ в течение периода терапии доза препарата Зарсио® должна быть вновь увеличена в соответствии с приведенными выше этапами.		При снижении АЧН $< 1,0 \times 10^9/\text{л}$ в течение периода терапии доза препарата Зарсио® должна быть вновь увеличена в соответствии с приведенными выше этапами.	
<i>Способ введения</i>		<i>Способ введения</i>	
Препарат Зарсио® может вводиться посредством внутривенной инфузии длительностью 30 мин или 24 ч либо посредством длительной подкожной инфузии в течение 24 ч. Препарат Зарсио® необходимо развести		Препарат Зарсио® может вводиться посредством внутривенной инфузии длительностью 30 мин или 24 ч либо посредством длительной подкожной инфузии в течение 24 ч. Препарат Зарсио® необходимо развести	

Старая редакция	Новая редакция
20 мл 5 % раствора декстрозы (см. «Особые инструкции по применению и обращению»). <u>Мобилизация клеток-предшественников гемопоэза периферической крови (КПГ ПК) у пациентов, получающих миелосупрессивную или миелоаблативную терапию с последующей аутологичной трансплантацией гемопоэтических стволовых клеток (ГСК)</u> <i>Режим дозирования</i> Рекомендуемая доза препарата Зарсио® для мобилизации КПГ ПК при применении в виде монотерапии составляет 1,0 млн. ЕД (10 мкг)/кг/сут в течение 5-7 последовательных дней. Сроки проведения лейкафереза: одной или двух процедур лейкафереза в 5-й и 6-й дни обычно достаточно. В других условиях может потребоваться проведение дополнительных процедур лейкафереза. Терапию	развести 20 мл 5 % раствора декстрозы (см. «Особые инструкции по применению и обращению»). <u>Мобилизация клеток-предшественников гемопоэза периферической крови (КПГ ПК) у пациентов, получающих миелосупрессивную или миелоаблативную терапию с последующей аутологичной трансплантацией гемопоэтических стволовых клеток (ГСК)</u> <i>Режим дозирования</i> Рекомендуемая доза препарата Зарсио® для мобилизации КПГ ПК при применении в виде монотерапии составляет 1,0 млн. ЕД (10 мкг)/кг/сут в течение 5-7 последовательных дней. Сроки проведения лейкафереза: одной или двух процедур лейкафереза в 5-й и 6-й дни обычно достаточно. В других условиях может потребоваться проведение дополнительных процедур лейкафереза. Терапию

Старая редакция	Новая редакция
препаратом Зарсио® необходимо продолжать до последней процедуры лейкафереза. Рекомендуемая доза препарата Зарсио® для мобилизации КППГ ПК после миелосупрессивной химиотерапии составляет 0,5 млн. ЕД (5 мкг)/кг/сут, начиная с первого дня после завершения химиотерапии и до истечения ожидаемого периода минимального числа нейтрофилов, а также восстановления показателя до нормальных значений. Лейкаферез следует выполнять в течение периода, когда значения АЧН находятся в диапазоне от $< 0,5 \times 10^9/\text{л}$ до $> 5,0 \times 10^9/\text{л}$. Для пациентов, не получавших интенсивной химиотерапии, часто достаточно одной процедуры лейкафереза. В других ситуациях рекомендуется проведение дополнительных процедур лейкафереза. <i>Способ введения</i>	препаратом Зарсио® необходимо продолжать до последней процедуры лейкафереза. Рекомендуемая доза препарата Зарсио® для мобилизации КППГ ПК после миелосупрессивной химиотерапии составляет 0,5 млн. ЕД (5 мкг)/кг/сут, начиная с первого дня после завершения химиотерапии и до истечения ожидаемого периода минимального числа нейтрофилов, а также восстановления показателя до нормальных значений. Лейкаферез следует выполнять в течение периода, когда значения АЧН находятся в диапазоне от $< 0,5 \times 10^9/\text{л}$ до $> 5,0 \times 10^9/\text{л}$. Для пациентов, не получавших интенсивной химиотерапии, часто достаточно одной процедуры лейкафереза. В других ситуациях рекомендуется проведение дополнительных процедур лейкафереза. <i>Способ введения</i>

Старая редакция	Новая редакция
Применение препарата Зарсио® для мобилизации КППГ ПК при монотерапии: препарат Зарсио® может вводиться посредством длительной подкожной инфузии в течение 24 часов или посредством подкожной инъекции. Для инфузионного введения препарат Зарсио® необходимо развести 20 мл 5 % раствора декстрозы (см. «Особые инструкции по применению и обращению»). Применение препарата Зарсио® для мобилизации КППГ ПК после миелосупрессивной химиотерапии: препарат Зарсио® должен вводиться посредством подкожной инъекции. <u>Мобилизация КППГ ПК у здоровых доноров перед аллогенной трансплантацией ГСК</u> <i>Режим дозирования</i> Для мобилизации КППГ ПК у здоровых доноров препарат Зарсио® должен вводиться в дозе 1,0 млн. ЕД (10 мкг)/кг/сут в течение 4-5 последовательных дней.	Применение препарата Зарсио® для мобилизации КППГ ПК при монотерапии: препарат Зарсио® может вводиться посредством длительной подкожной инфузии в течение 24 часов или посредством подкожной инъекции. Для инфузионного введения препарат Зарсио® необходимо развести 20 мл 5 % раствора декстрозы (см. «Особые инструкции по применению и обращению»). Применение препарата Зарсио® для мобилизации КППГ ПК после миелосупрессивной химиотерапии: препарат Зарсио® должен вводиться посредством подкожной инъекции. <u>Мобилизация КППГ ПК у здоровых доноров перед аллогенной трансплантацией ГСК</u> <i>Режим дозирования</i> Для мобилизации КППГ ПК у здоровых доноров препарат Зарсио® должен вводиться в дозе 1,0 млн. ЕД (10 мкг)/кг/сут в течение 4-5 последовательных дней.

Старая редакция	Новая редакция
Лейкаферез должен быть начат на пятый и продолжаться до шестого дня, при необходимости, до забора 4×10^6 CD34⁺ клеток/кг массы тела реципиента. <i>Способ введения</i> Препарат Зарсио® должен вводиться посредством подкожной инъекции. <u>Пациенты с тяжелой врожденной, циклической или идиопатической нейтропенией</u> <i>Режим дозирования</i> Врожденная нейтропения: рекомендуемая начальная доза составляет 1,2 млн. ЕД (12 мкг)/кг/сут и вводится одномоментно либо разделяется на несколько введений. Идиопатическая и циклическая нейтропения: рекомендуемая начальная доза составляет 0,5 млн. ЕД (5 мкг)/кг/сут и вводится одномоментно либо разделяется на несколько введений.	Лейкаферез должен быть начат на пятый и продолжаться до шестого дня, при необходимости, до забора 4×10^6 CD34⁺ клеток/кг массы тела реципиента. <i>Способ введения</i> Препарат Зарсио® должен вводиться посредством подкожной инъекции. <u>Пациенты с тяжелой врожденной, циклической или идиопатической нейтропенией</u> <i>Режим дозирования</i> Врожденная нейтропения: рекомендуемая начальная доза составляет 1,2 млн. ЕД (12 мкг)/кг/сут и вводится одномоментно либо разделяется на несколько введений. Идиопатическая и циклическая нейтропения: рекомендуемая начальная доза составляет 0,5 млн. ЕД (5 мкг)/кг/сут и вводится одномоментно либо разделяется на несколько введений.

СООТВЕТСТВУЕТ ЭКСПЕРТНОМУ ОТЧЕТУ
от 14.12.2023 № 26269
(Входящий МЗ №4254889)

Старая редакция	Новая редакция
Коррекция дозы: препарат Зарсио® должен вводиться ежедневно, подкожно, до достижения и возможности поддержания числа нейтрофилов на уровне $> 1,5 \times 10^9/\text{л}$. После достижения ответа подбирается минимальная эффективная доза для поддержания числа нейтрофилов на адекватном уровне. После 1-2 недель терапии начальная доза может быть увеличена или уменьшена в 2 раза в зависимости от ответа пациента. В дальнейшем доза может корректироваться индивидуально каждые 1-2 недели для поддержания среднего числа нейтрофилов в диапазоне от $1,5 \times 10^9/\text{л}$ до $10 \times 10^9/\text{л}$. Режимы, предусматривающие более быстрое увеличение дозы, могут рассматриваться у пациентов с тяжелыми инфекциями. В клинических исследованиях у 97 % ответивших пациентов полный ответ отмечался при применении препарата в дозах ≤ 24 мг/кг/сут. Безопасность длительной терапии	Коррекция дозы: препарат Зарсио® должен вводиться ежедневно, подкожно, до достижения и возможности поддержания числа нейтрофилов на уровне $> 1,5 \times 10^9/\text{л}$. После достижения ответа подбирается минимальная эффективная доза для поддержания числа нейтрофилов на адекватном уровне. После 1-2 недель терапии начальная доза может быть увеличена или уменьшена в 2 раза в зависимости от ответа пациента. В дальнейшем доза может корректироваться индивидуально каждые 1-2 недели для поддержания среднего числа нейтрофилов в диапазоне от $1,5 \times 10^9/\text{л}$ до $10 \times 10^9/\text{л}$. Режимы, предусматривающие более быстрое увеличение дозы, могут рассматриваться у пациентов с тяжелыми инфекциями. В клинических исследованиях у 97 % ответивших пациентов полный ответ отмечался при применении препарата в дозах ≤ 24 мг/кг/сут. Безопасность длительной терапии

Старая редакция	Новая редакция
препаратом Зарсио® в дозах выше 24 мкг/кг/сут в сутки у пациентов с ТХН не установлена.	препаратом Зарсио® в дозах выше 24 мкг/кг/сут у пациентов с ТХН не установлена.
<i>Способ введения</i>	<i>Способ введения</i>
Врожденная, идиопатическая или циклическая нейтропения: препарат Зарсио® должен вводиться подкожно.	Врожденная, идиопатическая или циклическая нейтропения: препарат Зарсио® должен вводиться подкожно.
<u>Пациенты с ВИЧ-инфекцией</u>	<u>Пациенты с ВИЧ-инфекцией</u>
<i>Режим дозирования</i>	<i>Режим дозирования</i>
С целью купирования нейтропении: рекомендуемая начальная доза препарата Зарсио® составляет 0,1 млн. ЕД (1 мкг)/кг/сут с последующим постепенным повышением до максимум 0,4 млн. ЕД (4 мкг)/кг/сут до достижения и поддержания нормального числа нейтрофилов (АЧН > 2,0 x 10 ⁹ /л). В клинических исследованиях у > 90 % пациентов отмечался ответ при применении препарата в указанных дозах, что позволяло корректировать нейтропению в течение 2 дней	С целью купирования нейтропении: рекомендуемая начальная доза препарата Зарсио® составляет 0,1 млн. ЕД (1 мкг)/кг/сут с последующим постепенным повышением до максимум 0,4 млн. ЕД (4 мкг)/кг/сут до достижения и поддержания нормального числа нейтрофилов (АЧН > 2,0 x 10 ⁹ /л). В клинических исследованиях у > 90 % пациентов отмечался ответ при применении препарата в указанных дозах, что позволяло корректировать нейтропению в течение 2 дней

Старая редакция	Новая редакция
(медиана). У небольшого количества пациентов (< 10 %) требовалось применение препарата в дозах до 1,0 млн. ЕД (10 мкг)/кг/сут для коррекции нейтропении.	(медиана). У небольшого количества пациентов (< 10 %) требовалось применение препарата в дозах до 1,0 млн. ЕД (10 мкг)/кг/сут для коррекции нейтропении.
Для поддержания нормального числа нейтрофилов: после коррекции нейтропении необходимо определение минимальной эффективной дозы, необходимой для поддержания нормального числа нейтрофилов. В качестве начальной коррекции дозы рекомендуемая доза 30 млн. ЕД (300 мкг) в сутки, вводимая через день. Может потребоваться дополнительная коррекция в зависимости от значений АЧН у пациента для поддержания числа нейтрофилов на уровне $> 2,0 \times 10^9/\text{л}$. В клинических исследованиях было необходимо введение препарата в дозе ЕД (300 мкг) в сутки 1-7 раз в неделю для поддержания значений АЧН на уровне $> 2,0 \times 10^9/\text{л}$ при медиане частоты введения препарата, составившей 3 раза в	Для поддержания нормального числа нейтрофилов: после коррекции нейтропении необходимо определение минимальной эффективной дозы, необходимой для поддержания нормального числа нейтрофилов. В качестве начальной коррекции дозы рекомендуемая доза 30 млн. ЕД (300 мкг) в сутки, вводимая через день. Может потребоваться дополнительная коррекция в зависимости от значений АЧН у пациента для поддержания числа нейтрофилов на уровне $> 2,0 \times 10^9/\text{л}$. В клинических исследованиях было необходимо введение препарата в дозе 30 млн. ЕД (300 мкг) в сутки 1-7 раз в неделю для поддержания значений АЧН на уровне $> 2,0 \times 10^9/\text{л}$ при медиане частоты введения препарата, частоты введения препарата,

Старая редакция	Новая редакция
неделю. Длительная терапия может потребоваться для поддержания значений на уровне АЧН $> 2,0 \times 10^9/\text{л}$. <i>Способ введения</i> Коррекция нейтропении или поддержание числа нейтрофилов на нормальном уровне: препарат Зарсио® должен вводиться посредством подкожных инъекций. <u>Дозирование в особых случаях</u> <i>Пожилый возраст</i> В клинические исследования филграстима было включено небольшое количество пациентов пожилого возраста, однако специальных исследований в данной возрастной группе не проводилось, и поэтому невозможно дать конкретные рекомендации по дозированию препарата у данной популяции. <i>Нарушение функции почек</i> В исследованиях филграстима у пациентов с тяжелым нарушением функции почек или печени было показано, что данный препарат характеризуется	составившей 3 раза в неделю. Длительная терапия может потребоваться для поддержания значений на уровне АЧН $> 2,0 \times 10^9/\text{л}$. <i>Способ введения</i> Коррекция нейтропении или поддержание числа нейтрофилов на нормальном уровне: препарат Зарсио® должен вводиться посредством подкожных инъекций. <u>Дозирование в особых случаях</u> <i>Пожилый возраст</i> В клинические исследования филграстима было включено небольшое количество пациентов пожилого возраста, однако специальных исследований в данной возрастной группе не проводилось, и поэтому невозможно дать конкретные рекомендации по дозированию препарата у данной популяции. <i>Нарушение функции почек</i> В исследованиях филграстима у пациентов с тяжелым нарушением функции почек или печени было

Старая редакция	Новая редакция
сходными фармакокинетическим и фармакодинамическим профилями с теми, которые отмечаются у пациентов с нормальными соответствующими показателями. Коррекции дозы у данных пациентов не требуется. <i>Дети с тяжелой хронической нейтропенией (ТХН) и злокачественными опухолями</i> В программе исследования ТХН 65 % пациентов были младше 18 лет. Эффективность терапии в данной возрастной группе, которую преимущественно составили пациенты с врожденной нейтропенией, была очевидна. Различия в отношении безопасности при применении препарата у детей, страдавших ТХН, не зафиксировано. Результаты клинических исследований филгастима у детей показали, что его безопасность и эффективность аналогичны как у взрослых, так и у детей, получающих цитотоксическую химиотерапию. Рекомендации по	показано, что данный препарат характеризуется сходными фармакокинетическим и фармакодинамическим профилями с теми, которые отмечаются у пациентов с нормальными соответствующими показателями. Коррекции дозы у данных пациентов не требуется. <i>Дети с тяжелой хронической нейтропенией (ТХН) и злокачественными опухолями</i> В программе исследования ТХН 65 % пациентов были младше 18 лет. Эффективность терапии в данной возрастной группе, которую преимущественно составили пациенты с врожденной нейтропенией, была очевидна. Различия в отношении безопасности при применении препарата у детей, страдавших ТХН, не зафиксировано. Результаты клинических исследований филгастима у детей показали, что его безопасность и эффективность аналогичны как у взрослых, так и у детей, получающих

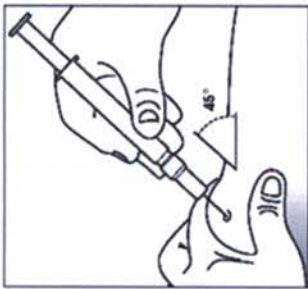
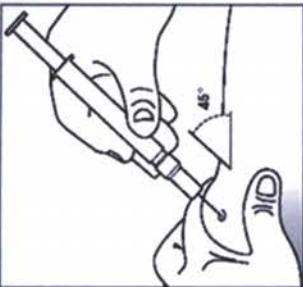
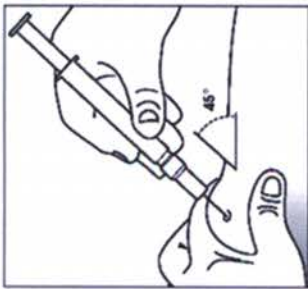
Старая редакция	Новая редакция
дозированию препарата у детей аналогичны таковым у взрослых, получающих миелосупрессивную цитотоксическую химиотерапию. <u>Особые инструкции по применению и обращению</u> При необходимости препарат Зарсио® можно разводить 5 % раствором декстрозы. Ни при каких обстоятельствах не рекомендуется разведение до конечной концентрации менее 0,2 млн. ЕД (2 мкг)/мл. Перед применением проводят визуальный осмотр раствора. Допускается применение только прозрачных растворов, не содержащих видимых частиц. Для пациентов, получающих филграстим, разведенный до концентрации менее 1,5 млн. ЕД (15 мкг)/мл, необходимо прибавить человеческий сывороточный альбумин до конечной концентрации 2 мг/мл. Пример: в конечный объем инъекции 20 мл, содержащей общую дозу филграстима менее 30 млн.	цитотоксическую химиотерапию. Рекомендации по дозированию препарата у детей аналогичны таковым у взрослых, получающих миелосупрессивную цитотоксическую химиотерапию. <u>Особые инструкции по применению и обращению</u> При необходимости препарат Зарсио® можно разводить 5 % раствором декстрозы. Ни при каких обстоятельствах не рекомендуется разведение до конечной концентрации менее 0,2 млн. ЕД (2 мкг)/мл. Перед применением проводят визуальный осмотр раствора. Допускается применение только прозрачных растворов, не содержащих видимых частиц. Для пациентов, получающих филграстим, разведенный до концентрации менее 1,5 млн. ЕД (15 мкг)/мл, необходимо прибавить человеческий сывороточный альбумин до конечной концентрации 2 мг/мл.

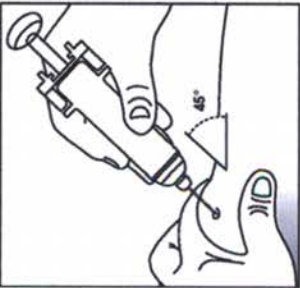
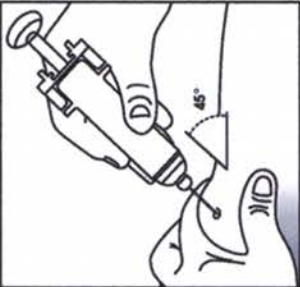
Старая редакция	Новая редакция
ЕД (300 мкг), необходимо добавить 0,2 мл 20 % раствора человеческого альбумина (Евр.Ф.). Препарат Зарсио® не содержит консервантов. Учитывая возможный риск микробной контаминации, препарат Зарсио® предназначен только для однократного применения. При разведении 5 % раствором декстрозы препарат Зарсио® совместим со стеклом и широким спектром пластиков, в том числе поливинилхлоридом, полиолефином (сополимером полипропилена и полиэтилена) и полипропиленом. Инструкции по самостоятельному введению инъекции В этом разделе содержится информация о том, как сделать себе инъекцию препарата Зарсио®. Инъекцию следует выполнять самостоятельно только в том случае, если врач или медсестра/медбрат обучили вас надлежащей процедуре. Шприц с препаратом	Пример: в конечный объем инъекции 20 мл, содержащей общую дозу филграстима менее 30 млн. ЕД (300 мкг), необходимо добавить 0,2 мл 20 % раствора человеческого альбумина (Евр.Ф.). Препарат Зарсио® не содержит консервантов. Учитывая возможный риск микробной контаминации, препарат Зарсио® предназначен только для однократного применения. При разведении 5 % раствором декстрозы препарат Зарсио® совместим со стеклом и широким спектром пластиков, в том числе поливинилхлоридом, полиолефином (сополимером полипропилена и полиэтилена) и полипропиленом. Инструкции по самостоятельному введению инъекции В этом разделе содержится информация о том, как сделать себе инъекцию препарата Зарсио®. Инъекцию следует выполнять самостоятельно только в том

Зарсио® может предоставляться со специальным устройством защиты иглы или без него. Врач или медсестра/медбрат покажут вам, как обращаться со шприцом соответствующего типа. Если вы не понимаете, как делать инъекцию, или у вас возникли вопросы, обратитесь за помощью к своему врачу или медсестре/медбрату. 1. Вымойте руки. 2. Извлеките один шприц из упаковки и снимите защитный колпачок с иглы для инъекций. На шприц нанесены градуировочные кольца, что позволяет при необходимости вводить только часть препарата. Каждое деление шкалы соответствует объему 0,1 мл. Если требуется ввести дозу частично, удалите ненужную часть раствора перед инъекцией.	Зарсио® может предоставляться со специальным устройством защиты иглы или без него. Врач или медсестра/медбрат покажут вам, как обращаться со шприцом соответствующего типа. Если вы не понимаете, как делать инъекцию, или у вас возникли вопросы, обратитесь за помощью к своему врачу или медсестре/медбрату. 1. Вымойте руки. 2. Извлеките один шприц из упаковки и снимите защитный колпачок с иглы для инъекций. На шприц нанесены градуировочные кольца, что позволяет при необходимости вводить только часть препарата. Каждое деление шкалы соответствует объему 0,1 мл. Если требуется ввести дозу частично, удалите ненужную часть раствора перед инъекцией. 3. Очистите кожу в месте инъекции спиртовой салфеткой.
случае, если врач или медсестра/медбрат обучили вас надлежащей процедуре. Шприц с препаратом Зарсио® может предоставляться со специальным устройством защиты иглы или без него. Врач или медсестра/медбрат покажут вам, как обращаться со шприцом соответствующего типа. Если вы не понимаете, как делать инъекцию, или у вас возникли вопросы, обратитесь за помощью к своему врачу или медсестре/медбрату. 1. Вымойте руки. 2. Извлеките один шприц из упаковки и снимите защитный колпачок с иглы для инъекций. На шприц нанесены градуировочные кольца, что позволяет при необходимости вводить только часть препарата. Каждое деление шкалы соответствует объему 0,1 мл. Если требуется ввести дозу частично, удалите ненужную часть раствора перед инъекцией.	

Старая редакция	Новая редакция
4. Сожмите кожу большим и указательным пальцами, сформировав складку. 5. Введите иглу в складку кожи быстрым и уверенным движением. Введите раствор Зарсио® в соответствии с рекомендациями врача. Если у вас возникли сомнения по поводу процедуры, обратитесь к врачу или фармацевту. <u>Предварительно</u> <u>наполненный</u> <u>шприц</u> <u>без</u> <u>специального устройства защиты иглы</u>	3. Очистите кожу в месте инъекции спиртовой салфеткой. 4. Сожмите кожу большим и указательным пальцами, сформировав складку. 5. Введите иглу в складку кожи быстрым и уверенным движением. Введите раствор Зарсио® в соответствии с рекомендациями врача. Если у вас возникли сомнения по поводу процедуры, обратитесь к врачу или фармацевту. <u>Предварительно</u> <u>наполненный</u> <u>шприц</u> <u>без</u> <u>специального устройства защиты иглы</u> 6. Удерживая кожу зажатой, медленно и равномерно нажимайте на поршень.

СООТВЕТСТВУЕТ ЭКСПЕРТНОМУ ОТЧЕТУ
от 14.12.2023 № 26269
(Входящий МЗ №4254889)

6. Удерживая кожу зажатой, медленно и равномерно нажимайте на поршень. 	 7. После введения жидкости извлеките иглу и отпустите кожу. 8. Поместите использованный шприц в контейнер для утилизации. Каждый шприц может использоваться только для одной инъекции. <u>Предварительно наполненный шприц со специальным устройством защиты иглы</u> 6. Удерживая кожу зажатой, медленно и равномерно нажимайте на поршень до упора, пока не будет введена вся доза. Не прекращайте давить на поршень!
 7. После введения жидкости извлеките иглу и отпустите кожу. 8. Поместите использованный шприц в контейнер для утилизации. Каждый шприц может использоваться только для одной инъекции. <u>Предварительно наполненный шприц со специальным устройством защиты иглы</u> 6. Удерживая кожу зажатой, медленно и равномерно нажимайте на поршень до упора, пока не будет введена вся доза. Не прекращайте давить на поршень!	6. Удерживая кожу зажатой, медленно и равномерно нажимайте на поршень до упора, пока не будет введена вся доза. Не прекращайте давить на поршень!

Старая редакция	Новая редакция
 7. После введения жидкости извлеките иглу, прижимая поршень, а затем отпустите кожу. 8. Отпустите поршень. Устройство защиты иглы быстро сместится, закрыв иглу. 9. Утилизируйте все неиспользованные препараты и изделия, а также отходы. Каждый шприц может использоваться только для одной инъекции.	 7. После введения жидкости извлеките иглу, прижимая поршень, а затем отпустите кожу. 8. Отпустите поршень. Устройство защиты иглы быстро сместится, закрыв иглу. 9. Утилизируйте все неиспользованные препараты и изделия, а также отходы. Каждый шприц может использоваться только для одной инъекции.
Побочное действие <i>Обзор профиля безопасности</i> Наиболее серьезные нежелательные реакции, которые могут отмечаться в процессе терапии филтрастимом, являются: анафилактическая реакция, серьезные нежелательные явления со стороны легких, в том	Побочное действие <i>Обзор профиля безопасности</i> Наиболее серьезные нежелательные реакции, которые могут отмечаться в процессе терапии филтрастимом, являются: анафилактическая реакция, серьезные нежелательные явления со стороны легких, в том

Старая редакция	Новая редакция
числе интерстициальная пневмония и острый респираторный дистресс-синдром (ОРДС), синдром повышенной проницаемости капилляров, тяжелая спленомегалия или разрыв селезенки, трансформация в миелодиспластический синдром или лейкоз у пациентов с ТХН, реакция «трансплантат против хозяина» у пациентов, получающих аллогенную трансплантацию костного мозга или трансплантацию клеток-предшественников гемопоэза периферической крови, и серповидно-клеточный криз у пациентов с серповидноклеточной анемией. Наиболее часто отмечавшимися нежелательными явлениями являются: пирексия, скелетно-мышечная боль, которая включает боли в костях, боли в спине, артралгию, миалгию, боли в конечностях, скелетно-мышечную боль в грудной клетке, боль в шее, анемия, рвота и тошнота.	числе интерстициальная пневмония и острый респираторный дистресс-синдром (ОРДС), синдром повышенной проницаемости капилляров, тяжелая спленомегалия или разрыв селезенки, трансформация в миелодиспластический синдром или лейкоз у пациентов с ТХН, реакция «трансплантат против хозяина» у пациентов, получающих аллогенную трансплантацию костного мозга или трансплантацию клеток-предшественников гемопоэза периферической крови, и серповидноклеточный криз у пациентов с серповидноклеточной анемией. Наиболее часто отмечавшимися нежелательными явлениями являются: пирексия, скелетно-мышечная боль, которая включает боли в костях, боли в спине, артралгию, миалгию, боли в конечностях, скелетно-мышечную боль в грудной клетке, боль в шее, анемия, рвота и тошнота.

Старая редакция	Новая редакция																						
В клинических исследованиях у пациентов со злокачественными новообразованиями скелетно-мышечная боль имела легкую или среднюю степень тяжести у 10 % пациентов, и была тяжелой у 3 % пациентов. <i>Табличный перечень нежелательных реакций</i> Перечисленные нежелательные реакции зарегистрированы в рамках клинических исследований и фигурировали в спонтанных сообщениях. В рамках каждой категории частоты встречаемости нежелательные явления перечислены в порядке убывания степени серьезности.	В клинических исследованиях у пациентов со злокачественными новообразованиями скелетно-мышечная боль имела легкую или среднюю степень тяжести у 10 % пациентов, и была тяжелой у 3 % пациентов. <i>Табличный перечень нежелательных реакций</i> Перечисленные нежелательные реакции зарегистрированы в рамках клинических исследований и фигурировали в спонтанных сообщениях. В рамках каждой категории частоты встречаемости нежелательные явления перечислены в порядке убывания степени серьезности.																						
<table><tr><th rowspan="2">Класс систем органов MedDRA</th><th colspan="5">Нежелательные реакции</th></tr><tr><th>Очень часто (≥ 1/10)</th><th>Часто (от ≥ 1/100 до < 1/10)</th><th>Нечасто (от ≥ 1/1000 до < 1/100)</th><th>Редко (от ≥ 1/1000 до < 1/100)</th><th>Очень редко (< 1/1000)</th></tr></table>	Класс систем органов MedDRA	Нежелательные реакции					Очень часто (≥ 1/10)	Часто (от ≥ 1/100 до < 1/10)	Нечасто (от ≥ 1/1000 до < 1/100)	Редко (от ≥ 1/1000 до < 1/100)	Очень редко (< 1/1000)	<table><tr><th rowspan="2">Класс систем органов MedDR A</th><th colspan="5">Нежелательные реакции</th></tr><tr><th>Очень часто (≥ 1/10)</th><th>Часто (от ≥ 1/100 до < 1/10)</th><th>Нечасто (от ≥ 1/1000 до < 1/100)</th><th>Редко (от ≥ 1/1000 до < 1/100)</th><th>Очень редко (< 1/1000)</th></tr></table>	Класс систем органов MedDR A	Нежелательные реакции					Очень часто (≥ 1/10)	Часто (от ≥ 1/100 до < 1/10)	Нечасто (от ≥ 1/1000 до < 1/100)	Редко (от ≥ 1/1000 до < 1/100)	Очень редко (< 1/1000)
Класс систем органов MedDRA		Нежелательные реакции																					
	Очень часто (≥ 1/10)	Часто (от ≥ 1/100 до < 1/10)	Нечасто (от ≥ 1/1000 до < 1/100)	Редко (от ≥ 1/1000 до < 1/100)	Очень редко (< 1/1000)																		
Класс систем органов MedDR A	Нежелательные реакции																						
	Очень часто (≥ 1/10)	Часто (от ≥ 1/100 до < 1/10)	Нечасто (от ≥ 1/1000 до < 1/100)	Редко (от ≥ 1/1000 до < 1/100)	Очень редко (< 1/1000)																		

Старая редакция					Новая редакция				
				< 1/1000)				< 1/1000)	
Инфекции и инвазии	Сепсис, бронхит, инфекция верхних дыхательных путей, инфекция мочевыводящих путей				Инфекции и инвазии	Сепсис, бронхит, инфекция верхних дыхательных путей, инфекция мочевыводящих путей			
Нарушения со стороны крови и лимфатической системы	Тромбоцитопения, анемия ^с	Сplenomegaly ^а , снижение	Лейкоцитоз ^а	Разрыв селезенки ^а , серповидная	Нарушения со стороны крови и лимфатической системы	Сplenomegaly ^а , снижение	Лейкоцитоз ^а	Разрыв селезенки ^а , серповидная	

Новая редакция					Старая редакция				
Нарушения со стороны обмена веществ и питания	Снижение аппетита, повышение концентрации активно-сти лактатдегидрогеназы в крови	Гиперурикемия, повышение концентрации мочевой кислоты в крови	Снижение концентрации глюкозы в крови, псевдоподагра ^а , (пиррофосфатный хондрокальциноз), нарушение жидкостного баланса	Снижение концентрации глюкозы в крови, псевдоподагра ^а , (пиррофосфатный хондрокальциноз), нарушение жидкостного баланса					
Нарушения психики	Бессонница								
Нарушения психики	Бессонница								

Старая редакция				Новая редакция			
Нарушения психики		Бессонница		Нарушения со стороны нервной системы	Головная боль ^a	Головокружение, гипестезия, парестезия	
Нарушения со стороны нервной системы		Головокружение, гипестезия, парестезия					
Нарушения со стороны сосудов		Гипертензия, гипотензия	Веноокклюзионная болезнь ^d	Нарушения со стороны сосудов		Гипертензия, гипотензия	Синдром повышенной проницаемости капилляров ^a , аортит
				Нарушения со стороны дыхательной		Кровохарканье, одышка, кашель ^a	Острый респираторный дистресс-с-

СООТВЕТСТВУЕТ ЭКСПЕРТНОМУ ОТЧЕТУ
от 14.12.2023 № 26269
(Входящий МЗ №4254889)

Старая редакция				Новая редакция			
Нарушения со стороны дыхательной системы, органов грудной клетки и средостения	Кровохарканье, одышка, кашель ^a , боль в ротоглотке ^{a,c} , носовое кровотечение	Острый респираторный дистресс-синдром ^a , дыхательная недостаточность ^a , отек легких ^a , легочно-сердечное, интерстициальная болезнь		системы, органов грудной клетки и средостения	, боль в ротоглотке ^{a,c} , носовое кровотечение	синдром ^a , дыхательная недостаточность ^a , отек легких ^a , легочно-сердечное, интерстициальная болезнь ^a , легких ^a , инфильтрация легкого ^a	

Старая редакция				Новая редакция			
	легих ^а , инфиль трация легкого ^а , гипокси я					гипокси я	
Нарушен ия со стороны желудоч но- кишечно го тракта	Диарея ^а , е, рвота ^{а,е} , тошнота ^а	Боли в полости рта, запор ^е		Наруше ния со стороны гепатоб и- лиарной системы	Диарея ^а , е, рвота ^{а,е} , тошнот а ^а	Боли в полости рта, запор ^е	
Нарушен ия со стороны	Повыше ние активно	Гепатом егалия, повыше		Наруше ния со стороны гепатоб и- лиарной системы	Гепатом егалия, повыше ние активно сти щелочн ой фосфата	Повыше ние активно сти аспарта та- минотра нс- феразы, повыше	

Новая редакция					Старая редакция				
			зы в к р о в и	ние активно сти гамма- глутами л- трансле птидазы					
			Наруше ния со стороны кожных покровов	Алопец ия ^а	Кожные высыпа ния ^а , эритема	Кожные высыпа ния макуло папу- лезные	Кожны й васкули т ^а , синдро м Свита (острый фебрил ьный нейтро фильны й		
гелатоби лиарной системы	ние активно сти щелочн ой фосфата повыше ны в к р о в и	сти аспарт таминот ранс- феразы, повыше ние активно							
Нарушен ия со стороны кожных покровов	Алопец ия ^а	Кожные высыпа ния ^а , эритема	Кожные высыпа ния макулоп апу- лезные	Кожный васкули т ^а , синдро м Свита (острый фебриль					

Старая редакция					Новая редакция				
				ный нейтроф ильный дермато з)				дермато з)	
Нарушен ия со стороны скелетно- мышечно й и соединит ельной ткани	Скелетн о- мышечн ая боль ^с	Мышеч ные спазмы	Остеопороз	Снижен ие минерал ьной плотнос ти кости, обостре ние ревмато идного артрита		Скелетн о- мышечн ая боль ^с	Мышеч ные спазмы	Остеопороз	Снижен ие минерал ьной плотнос ти кости, обостре ние ревмато идного артрита
Наруше ния со стороны почек и мочевы водящи х путей		Дизури я, гематур ия	Протеи нурия	Гломер уло- нефрит, патолог ические изменен ия		Наруше ния со стороны почек и мочевы водящи х путей	Дизури я, гематур ия	Протеи нурия	Гломер уло- нефрит, патолог ические изменен ия

Старая редакция				Новая редакция				
Нарушения со стороны почек и мочевыводящих путей	Дизурия, гематурия	Протеинурия	Гломеруло-нефрит, патологические изменения состава мочи				состав мочи	
Общие расстройства и нарушения в месте введения	Утомляемость ^а , воспаленные слизистых ^а , пирексия	Боли в грудной клетке ^а , боль ^а , астения ^а , недомогание ^с , периферические отеки ^с	Реакции в месте введения	Утомляемость ^а , воспаленные слизистых ^а , пирексия	Боли в грудной клетке ^а , боль ^а , астения ^а , недомогание ^с , периферические отеки ^с	Реакции в месте введения		
Травмы, интоксикации и осложнения манипуляций				Травмы, интоксикации и осложнения манипуляций	Трансфузионная реакция			

Старая редакция				Новая редакция
Травмы, интоксикации и осложнения манипуляций	Трансфузионная реакция ^с			^а см. подраздел «Описание отдельных нежелательных реакций»; ^б отмечались случаи реакции «трансплантат против хозяина» и случаи с летальным исходом у пациентов после аллогенной трансплантации костного мозга; ^с в том числе боли в костях, боли в спине, артралгия, миалгия, боли в конечности, скелетно-мышечная боль, скелетно-мышечная боль в грудной клетке, боль в шее; ^д данные случаи отмечались в процессе пострегистрационного применения препарата у пациентов, перенесших трансплантацию костного мозга или мобилизацию КПП ПК; ^е нежелательные явления, наблюдавшиеся с более высокой частотой у пациентов, получавших филграстим, по сравнению с пациентами, получавшими плацебо, и ассоциировавшиеся с остаточными явлениями злокачественного новообразования или эффектами цитотоксической химиотерапии. <u>Описание отдельных нежелательных реакций</u> <u>Гиперчувствительность</u> Реакции гиперчувствительности, в том числе анафилаксия, кожные высыпания, крапивница, ангионевротический отек, одышка и гипотензия,
				^а см. подраздел «Описание отдельных нежелательных реакций»; ^б отмечались случаи реакции «трансплантат против хозяина» и случаи с летальным исходом у пациентов после аллогенной трансплантации костного мозга; ^с в том числе боли в костях, боли в спине, артралгия, миалгия, боли в конечности, скелетно-мышечная боль, скелетно-мышечная боль в грудной клетке, боль в шее; ^д данные случаи отмечались в процессе пострегистрационного применения препарата у пациентов, перенесших трансплантацию костного мозга или мобилизацию КПП ПК; ^е нежелательные явления, наблюдавшиеся с более высокой частотой у пациентов, получавших филграстим, по сравнению с пациентами, получавшими плацебо, и ассоциировавшиеся с

Старая редакция	Новая редакция
остаточными явлениями злокачественного новообразования или эффектами цитотоксической химиотерапии. <u>Описание отдельных нежелательных реакций</u> <u>Гиперчувствительность</u> Реакции гиперчувствительности, в том числе анафилаксия, кожные высыпания, крапивница, ангионевротический отек, одышка и гипотензия, отмечались в начальном или последующем периоде терапии в клинических исследованиях и пострегистрационном опыте применения. В целом, данные случаи чаще регистрировались после внутривенного введения препарата. В некоторых случаях симптомы рецидивировали при повторном введении препарата, что свидетельствует о причинно-следственной связи. Необходима полная отмена терапии филграстима без последующего возобновления его применения у пациентов, у которых отмечались серьезные аллергические реакции. <i>Нежелательные явления со стороны легких</i> В клинических исследованиях и в пострегистрационном опыте применения отмечались нежелательные явления со стороны легких, в том числе интерстициальная болезнь легких, отек легких и инфильтраты легкого, которые в некоторых случаях	отмечались в начальном или последующем периоде терапии в клинических исследованиях и пострегистрационном опыте применения. В целом, данные случаи чаще регистрировались после внутривенного введения препарата. В некоторых случаях симптомы рецидивировали при повторном введении препарата, что свидетельствует о причинно-следственной связи. Необходима полная отмена терапии филграстима без последующего возобновления его применения у пациентов, у которых отмечались серьезные аллергические реакции. <i>Нежелательные явления со стороны легких</i> В клинических исследованиях и в пострегистрационном опыте применения отмечались нежелательные явления со стороны легких, в том числе интерстициальная болезнь легких, отек легких и инфильтраты легкого, которые в некоторых случаях

Старая редакция	Новая редакция
которых отмечались серьезные аллергические реакции. <i>Нежелательные явления со стороны легких</i> В клинических исследованиях и в пострегистрационном опыте применения отмечались нежелательные явления со стороны легких, в том числе интерстициальная болезнь легких, отек легких и инфильтраты легкого, которые в некоторых случаях приводили к дыхательной недостаточности или острому респираторному дистресс-синдрому (ОРДС), в том числе с летальным исходом (см. раздел «Особые указания»). <i>Спленомегалия и разрыв селезенки</i> После введения филграстима регистрировались случаи спленомегалии и разрыва селезенки. В некоторых случаях разрыв селезенки приводил к летальному исходу (см. раздел «Особые указания»). <i>Синдром повышенной проницаемости капилляров</i> При применении гранулоцитарного колониестимулирующего фактора отмечались случаи синдрома повышенной проницаемости капилляров. Данное осложнение обычно регистрировалось у пациентов с распространенными злокачественными опухолями, сепсисом, получавших большое количество химиопрепаратов или аферез (см. раздел «Особые указания»).	приводили к дыхательной недостаточности или острому респираторному дистресс-синдрому (ОРДС), в том числе с летальным исходом (см. раздел «Особые указания»). <i>Спленомегалия и разрыв селезенки</i> После введения филграстима регистрировались случаи спленомегалии и разрыва селезенки. В некоторых случаях разрыв селезенки приводил к летальному исходу (см. раздел «Особые указания»). <i>Синдром повышенной проницаемости капилляров</i> При применении гранулоцитарного колониестимулирующего фактора отмечались случаи синдрома повышенной проницаемости капилляров. Данное осложнение обычно регистрировалось у пациентов с распространенными злокачественными опухолями, сепсисом, получавших большое количество химиопрепаратов или аферез (см. раздел «Особые указания»).

Старая редакция	Новая редакция
При применении гранулоцитарного колониестимулирующего фактора отмечались случаи синдрома повышенной проницаемости капилляров. Данное осложнение обычно регистрировалось у пациентов с распространенными злокачественными опухолями, сепсисом, получавших большое количество химиопрепаратов или аферез (см. раздел «Особые указания»).	<i>Кожный васкулит</i> У пациентов, получавших филграстим, регистрировались случаи кожного васкулита. Механизм данного васкулита у пациентов, получающих филграстим, неизвестен. При длительной терапии кожный васкулит отмечался у 2 % пациентов с ТХН.
<i>Кожный васкулит</i> У пациентов, получавших филграстим, регистрировались случаи кожного васкулита. Механизм данного васкулита у пациентов, получающих филграстим, неизвестен. При длительной терапии кожный васкулит отмечался у 2 % пациентов с ТХН.	<i>Лейкоцитоз</i> Лейкоцитоз (повышение количества лейкоцитов $> 50 \times 10^9/\text{л}$) отмечался у 41 % здоровых доноров, а транзиторная тромбоцитопения (снижение количества тромбоцитов $< 100 \times 10^9/\text{л}$) после терапии филграстимом и лейкоафереза – у 35 % доноров (см. раздел «Особые указания»). <i>Синдром Свита</i> Случаи синдрома Свита (острого фебрильного нейтрофильного дерматоза) отмечались у пациентов, получавших филграстим.

Старая редакция	Новая редакция
транзиторная тромбоцитопения (снижение количества тромбоцитов $< 100 \times 10^9/\text{л}$) после терапии филграстимом и лейкофереза – у 35 % доноров (см. раздел «Особые указания»). <i>Синдром Свита</i> Случаи синдрома Свита (острого фебрильного нейтрофильного дерматоза) отмечались у пациентов, получавших филграстим. <i>Псевдоподагра (пирофосфатный хондрокальциноз)</i> Случаи псевдоподагры (пирофосфатного хондрокальциноза) отмечались у пациентов со злокачественными опухолями, получавших филграстим. <i>Реакция «трансплантат против хозяина» (РТПХ)</i> Отмечались случаи РТПХ и летальные исходы у пациентов, получавших Г-КСФ после аллогенной трансплантации костного мозга (см. разделы «Фармакодинамика» и «Особые указания»).	<i>Псевдоподагра (пирофосфатный хондрокальциноз)</i> Случаи псевдоподагры (пирофосфатного хондрокальциноза) отмечались у пациентов со злокачественными опухолями, получавших филграстим. <i>Реакция «трансплантат против хозяина» (РТПХ)</i> Отмечались случаи РТПХ и летальные исходы у пациентов, получавших Г-КСФ после аллогенной трансплантации костного мозга (см. разделы «Фармакодинамика» и «Особые указания»).
<i>Дети</i> Данные клинических исследований у детей свидетельствуют о том, что безопасность и эффективность филграстима у взрослых и детей, получающих цитотоксическую химиотерапию, аналогичны, что свидетельствует об отсутствии связанных с возрастом различий в параметрах фармакокинетики филграстима. Стабильно	<i>Дети</i> Данные клинических исследований у детей свидетельствуют о том, что безопасность и эффективность филграстима у взрослых и детей, получающих цитотоксическую химиотерапию, аналогичны, что свидетельствует об отсутствии связанных с возрастом различий в параметрах фармакокинетики филграстима. Стабильно

СООТВЕТСТВУЕТ ЭКСПЕРТНОМУ ОТЧЕТУ
от 14.12.2023 № 26269
(Входящий МЗ №4254889)

Старая редакция	Новая редакция
Дети Данные клинических исследований у детей свидетельствуют о том, что безопасность и эффективность филграстима у взрослых и детей, получающих цитотоксическую химиотерапию, аналогичны, что свидетельствует об отсутствии связанных с возрастом различий в параметрах фармакокинетики филграстима. Стабильно отмечавшимся нежелательным явлением была скелетно-мышечная боль, характеристика которой не отличалась от таковых во взрослой популяции. Для дальнейшей оценки применения филграстима у детей данных недостаточно.	отмечавшимся нежелательным явлением была скелетно-мышечная боль, характеристика которой не отличалась от таковых во взрослой популяции. Для дальнейшей оценки применения филграстима у детей данных недостаточно.
Другие особые популяции <u>Пациенты пожилого возраста</u> Различий в безопасности или эффективности у пациентов в возрасте старше 65 лет по сравнению с более молодыми пациентами (в возрасте > 18 лет), получавшими цитотоксическую химиотерапию, не отмечалось; при клиническом применении препарата также не зафиксировано различий ответа между пожилыми и более молодыми взрослыми пациентами. Данные для оценки применения филграстима у пациентов пожилого возраста по другим зарегистрированным показаниям недостаточны.	Другие особые популяции <u>Пациенты пожилого возраста</u> Различий в безопасности или эффективности у пациентов в возрасте старше 65 лет по сравнению с более молодыми пациентами (в возрасте > 18 лет), получавшими цитотоксическую химиотерапию, не отмечалось; при клиническом применении препарата также не зафиксировано различий ответа между пожилыми и более молодыми взрослыми пациентами. Данные для оценки применения филграстима у пациентов пожилого возраста по другим зарегистрированным показаниям недостаточны.
Другие особые популяции <u>Пациенты пожилого возраста</u> Различий в безопасности или эффективности у пациентов в возрасте старше 65 лет по сравнению с более молодыми пациентами (в возрасте > 18 лет),	<u>Дети, страдающие ТХН</u>

Старая редакция	Новая редакция
получавшими цитотоксическую химиотерапию, не отмечалось; при клиническом применении препарата также не зафиксированно различий ответа между пожилыми и более молодыми взрослыми пациентами. Данные для оценки применения филграстима у пациентов пожилого возраста по другим зарегистрированным показаниям недостаточны. <u>Дети, страдающие ТХН</u> У детей, страдавших ТХН и получавших длительную терапию филграстимом, отмечались случаи снижения плотности костной ткани и остеопороза.	У детей, страдавших ТХН и получавших длительную терапию филграстимом, отмечались случаи снижения плотности костной ткани и остеопороза.
Взаимодействие с другими лекарственными средствами Безопасность и эффективность введения филграстима в один тот же день с миелосупрессивной цитотоксической химиотерапией подробно не изучены. Ввиду чувствительности быстродействующих миелоидных клеток к миелосупрессивной	Взаимодействие с другими лекарственными средствами Безопасность и эффективность введения филграстима в один и тот же день с миелосупрессивной цитотоксической химиотерапией подробно не изучены. Ввиду чувствительности быстродействующих миелоидных клеток к миелосупрессивной

Старая редакция	Новая редакция
цитотоксической химиотерапии не рекомендуется вводить препарата Зарсио® в период, начинающийся за 24 ч до химиотерапии и заканчивающийся через 24 ч после нее. Предварительные результаты применения филграстима в комбинации с 5-фторурацилом у небольшой группы пациентов показывают, что в этом случае тяжесть нейтропении может увеличиваться. Возможное взаимодействие других гемопозитических факторов роста и цитокинов в клинических исследованиях не изучено. Поскольку препараты лития стимулируют высвобождение нейтрофилов, они вероятно способны потенцировать эффект препарата Зарсио®. Хотя данное взаимодействие формально не исследовалось, отсутствуют доказательства того, что оно может быть неблагоприятным.	цитотоксической химиотерапии не рекомендуется вводить препарат Зарсио® в период, начинающийся за 24 ч до химиотерапии и заканчивающийся через 24 ч после нее. Предварительные результаты применения филграстима в комбинации с 5-фторурацилом у небольшой группы пациентов показывают, что в этом случае тяжесть нейтропении может увеличиваться. Возможное взаимодействие других гемопозитических факторов роста и цитокинов в клинических исследованиях не изучено. Поскольку препараты лития стимулируют высвобождение нейтрофилов, они, вероятно, способны потенцировать эффект препарата Зарсио®. Хотя данное взаимодействие формально не исследовалось, отсутствуют доказательства того, что оно может быть неблагоприятным. <i>Вследствие фармацевтической несовместимости препарат Зарсио® нельзя смешивать с раствором</i>

Старая редакция	Новая редакция
Вследствие фармацевтической несовместимости препарат Зарсио® нельзя смешивать с раствором натрия хлорида 0,9 %.	натрия хлорида 0,9 %.
Особые указания Особые указания и меры предосторожности для всех показаний <i>Гиперчувствительность</i> У пациентов, получавших терапию филграстимом впервые или повторно, регистрировали реакции гиперчувствительности, в том числе анафилактические реакции. У пациентов с клинически значимой гиперчувствительностью необходимо отменить терапию препаратом Зарсио® без последующего возобновления терапии. Не допускается введение препарата Зарсио® пациентам, имеющим в анамнезе реакции гиперчувствительности на филграстим или пэгфилграстим. <i>Нежелательные реакции со стороны легких</i>	Особые указания Особые указания и меры предосторожности для всех показаний <i>Гиперчувствительность</i> У пациентов, получавших терапию филграстимом впервые или повторно, регистрировали реакции гиперчувствительности, в том числе анафилактические реакции. У пациентов с клинически значимой гиперчувствительностью необходимо отменить терапию препаратом Зарсио® без последующего возобновления терапии. Не допускается введение препарата Зарсио® пациентам, имеющим в анамнезе реакции гиперчувствительности на филграстим или пэгфилграстим. <i>Нежелательные реакции со стороны легких</i>

Старая редакция	Новая редакция
При применении Г-КСФ регистрировались нежелательные эффекты со стороны легких, в частности, интерстициальная болезнь легких. Более высокий риск может отмечаться у пациентов, имеющих в недавнем анамнезе инфильтраты легких или пневмонию. Появление нарушений со стороны легких, в частности кашля, повышения температуры тела и одышки, в сочетании с рентгенологическими признаками инфильтратов легких и ухудшением функции легких могут являться ранними признаками ОРДС. При этом необходимо отменить терапию препаратом Зарсио® и начать соответствующую терапию. <i>Гломерулонефрит</i> Случаи гломерулонефрита отмечались у пациентов, получавших филграстим и пэгфилграстим. Обычно гломерулонефрит разрешался после снижения дозы или отмены терапии филграстимом и	При применении Г-КСФ регистрировались нежелательные эффекты со стороны легких, в частности, интерстициальная болезнь легких. Более высокий риск может отмечаться у пациентов, имеющих в недавнем анамнезе инфильтраты легких или пневмонию. Появление нарушений со стороны легких, в частности кашля, повышения температуры тела и одышки, в сочетании с рентгенологическими признаками инфильтратов легких и ухудшением функции легких могут являться ранними признаками ОРДС. При этом необходимо отменить терапию препаратом Зарсио® и начать соответствующую терапию. <i>Гломерулонефрит</i> Случаи гломерулонефрита отмечались у пациентов, получавших филграстим и пэгфилграстим. Обычно гломерулонефрит разрешался после снижения дозы или отмены терапии филграстимом и

Старая редакция	Новая редакция
пэгфилграстимом. Рекомендуется мониторинг показателей мочи. <i>Синдром повышенной проницаемости капилляров</i> При применении Г-КСФ отмечались случаи синдрома повышенной проницаемости капилляров, который при несвоевременном назначении терапии может угрожать жизни и характеризуется развитием гипотензии, гипоальбуминемии, отеков и гемоконцентрации. Необходим тщательный мониторинг пациентов при развитии синдрома повышенной проницаемости капилляров; данные пациенты должны получать стандартную симптоматическую терапию, которая может включать интенсивную терапию (см. раздел «Побочное действие»). <i>Спленомегалия и разрыв селезенки</i> У пациентов и здоровых доноров после введения препарата Зарсио® отмечались случаи обычно бессимптомной спленомегалии и разрыва селезенки. В	пэгфилграстимом. Рекомендуется мониторинг показателей мочи. <i>Синдром повышенной проницаемости капилляров</i> При применении Г-КСФ отмечались случаи синдрома повышенной проницаемости капилляров, который при несвоевременном назначении терапии может угрожать жизни и характеризуется развитием гипотензии, гипоальбуминемии, отеков и гемоконцентрации. Необходим тщательный мониторинг пациентов при развитии синдрома повышенной проницаемости капилляров; данные пациенты должны получать стандартную симптоматическую терапию, которая может включать интенсивную терапию (см. раздел «Побочное действие»). <i>Спленомегалия и разрыв селезенки</i> У пациентов и здоровых доноров после введения препарата Зарсио® отмечались случаи обычно бессимптомной спленомегалии и разрыва селезенки. В

Старая редакция	Новая редакция
ряде случаев разрыв селезенки сопровождался летальным исходом. Поэтому необходим тщательный контроль размеров селезенки (например, путем клинического или ультразвукового исследования). При появлении боли в левых верхних отделах живота или плече у доноров и/или пациентов необходимо рассмотреть возможность разрыва селезенки. Было показано, что снижение дозы филграстима замедляло или останавливало прогрессирование увеличения селезенки при тяжелой хронической нейтропении, а 3 % пациентов потребовалась спленэктомия. <i>Рост злокачественных клеток</i> Г-КСФ способен стимулировать рост миелоидных клеток <i>in vitro</i>, аналогичные эффекты могут отмечаться в отношении ряда немиелоидных клеток <i>in vitro</i>. Миелодиспластический синдром или хронический миелолейкоз	ряде случаев разрыв селезенки приводил к летальному исходу. Поэтому необходим тщательный контроль размеров селезенки (например, путем клинического или ультразвукового исследования). При появлении боли в левых верхних отделах живота или плече у доноров и/или пациентов необходимо рассмотреть возможность разрыва селезенки. Было показано, что снижение дозы филграстима замедляло или останавливало прогрессирование увеличения селезенки при тяжелой хронической нейтропении, а 3 % пациентов потребовалась спленэктомия. <i>Рост злокачественных клеток</i> Г-КСФ способен стимулировать рост миелоидных клеток <i>in vitro</i>, аналогичные эффекты могут отмечаться в отношении ряда немиелоидных клеток <i>in vitro</i>. Миелодиспластический синдром или хронический миелолейкоз

СООТВЕТСТВУЕТ ЭКСПЕРТНОМУ ОТЧЕТУ
от 14.12.2023 № 26269
(Входящий МЗ №4254889)

Старая редакция	Новая редакция
Безопасность и эффективность применения препарата Зарсио® у пациентов с миелодиспластическим синдромом (МДС) и хроническим миелолейкозом не установлены. Препарата Зарсио® не показан при указанных состояниях. Следует соблюдать особую осторожность в дифференциальной диагностике бластной трансформации хронического миелолейкоза от острого миелолейкоза. <i>Острый миелоидный лейкоз (ОМЛ)</i> С учетом ограниченных данных по безопасности и эффективности применения препарата Зарсио® при вторичных ОМЛ, данный препарат должен применяться в этой ситуации с осторожностью. Безопасность и эффективность применения препарата Зарсио® <i>de novo</i>, у пациентов с ОМЛ в возрасте < 55 лет с благоприятной цитогенетикой [t(8; 21), t(15; 17) и inv(16)] не установлены. <i>Тромбоцитопения</i>	Безопасность и эффективность применения препарата Зарсио® у пациентов с миелодиспластическим синдромом (МДС) и хроническим миелолейкозом не установлены. Препарат Зарсио® не показан при указанных состояниях. Следует соблюдать особую осторожность в дифференциальной диагностике бластной трансформации хронического миелолейкоза от острого миелолейкоза. <i>Острый миелоидный лейкоз (ОМЛ)</i> С учетом ограниченных данных по безопасности и эффективности применения препарата Зарсио® при вторичных ОМЛ, данный препарат должен применяться в этой ситуации с осторожностью. Безопасность и эффективность применения препарата Зарсио® <i>de novo</i>, у пациентов с ОМЛ в возрасте < 55 лет с благоприятной цитогенетикой [t(8; 21), t(15; 17) и inv(16)] не установлены. <i>Тромбоцитопения</i>

СООТВЕТСТВУЕТ ЭКСПЕРТНОМУ ОТЧЕТУ
от 14.12.2023 № 26269
(Входящий МЗ №4254889)

Старая редакция	Новая редакция
Случаи тромбоцитопении отмечались у пациентов, получавших терапию филграстимом. Необходим тщательный мониторинг количества тромбоцитов, особенно в течение первых нескольких недель терапии препаратом Зарсио®. Следует рассмотреть вопрос о временной отмене или снижении дозы препарата Зарсио® у пациентов с тяжелой хронической нейтропенией, у которых отмечается развитие тромбоцитопении (снижение количества тромбоцитов $< 100 \times 10^9/\text{л}$). <i>Лейкоцитоз</i> У менее 5 % пациентов со злокачественными опухолями, получавших терапию филграстимом в дозах выше 0,3 млн. ЕД/кг/сут (3 мг/кг/сут) массы тела отмечалось повышение количества лейкоцитов $> 100 \times 10^9/\text{л}$. При этом не регистрировали нежелательных эффектов, которые могли быть напрямую связаны с лейкоцитозом такой выраженности. Однако, учитывая	Случаи тромбоцитопении отмечались у пациентов, получавших терапию филграстимом. Необходим тщательный мониторинг количества тромбоцитов, особенно в течение первых нескольких недель терапии препаратом Зарсио®. Следует рассмотреть вопрос о временной отмене или снижении дозы препарата Зарсио® у пациентов с тяжелой хронической нейтропенией, у которых отмечается развитие тромбоцитопении (снижение количества тромбоцитов $< 100 \times 10^9/\text{л}$). <i>Лейкоцитоз</i> У менее 5 % пациентов со злокачественными опухолями, получавших терапию филграстимом в дозах выше 0,3 млн. ЕД/кг/сут (3 мг/кг/сут), отмечалось повышение количества лейкоцитов $> 100 \times 10^9/\text{л}$. При этом не регистрировали нежелательных эффектов, которые могли быть напрямую связаны с лейкоцитозом такой выраженности. Однако, учитывая

Старая редакция	Новая редакция
потенциальные риски тяжелого лейкоцитоза, необходим регулярный контроль количества лейкоцитов в процессе терапии препаратом Зарсио®. При повышении количества лейкоцитов более 50 x 10⁹/л после ожидаемого периода минимального их снижения, необходимо немедленно отменить терапию препаратом Зарсио®. При применении с целью мобилизации КПГ ПК необходимо отменить терапию препаратом Зарсио® либо снизить его дозу при повышении количества лейкоцитов до > 70 x 10⁹/л. <i>Иммуногенность</i> При применении всех терапевтических белков имеется риск иммуногенности. Частота продукции антител к филграстиму обычно низкая. Продукция связывающих антител ожидается при применении всех биологических препаратов; однако данный феномен не ассоциировался с нейтрализующей активностью.	потенциальные риски тяжелого лейкоцитоза, необходим регулярный контроль количества лейкоцитов в процессе терапии препаратом Зарсио®. При повышении количества лейкоцитов более 50 x 10⁹/л после ожидаемого периода минимального их снижения, необходимо немедленно отменить терапию препаратом Зарсио®. При применении с целью мобилизации КПГ ПК необходимо отменить терапию препаратом Зарсио® либо снизить его дозу при повышении количества лейкоцитов до > 70 x 10⁹/л. <i>Иммуногенность</i> При применении всех терапевтических белков имеется риск иммуногенности. Частота продукции антител к филграстиму обычно низкая. Продукция связывающих антител ожидается при применении всех биологических препаратов; однако данный феномен не ассоциировался с нейтрализующей активностью.

Старая редакция	Новая редакция
<i>Аортит</i> После введения Г-КСФ здоровым добровольцам и пациентам со злокачественными новообразованиями регистрировали случаи аортита. Проявления данного состояния включали повышение температуры тела, боли в животе, недомогание, боль в спине и повышение уровня воспалительных маркеров (в частности, С-реактивного белка и количества лейкоцитов). В большинстве случаев аортит диагностировался по данным КТ и обычно разрешался после отмены терапии Г-КСФ (см. раздел «Побочное действие»). Особые указания и меры предосторожности, ассоциированные с сопутствующей патологией Особые указания при гетерозиготной форме гемоглобинопатии S и серповидноклеточной анемии При применении филграстима у пациентов с гетерозиготной формой гемоглобинопатии S и	<i>Аортит</i> После введения Г-КСФ здоровым добровольцам и пациентам со злокачественными новообразованиями регистрировали случаи аортита. Проявления данного состояния включали повышение температуры тела, боли в животе, недомогание, боль в спине и повышение уровня воспалительных маркеров (в частности, С-реактивного белка и количества лейкоцитов). В большинстве случаев аортит диагностировался по данным КТ и обычно разрешался после отмены терапии Г-КСФ (см. раздел «Побочное действие»). Особые указания и меры предосторожности, ассоциированные с сопутствующей патологией Особые указания при гетерозиготной форме гемоглобинопатии S и серповидноклеточной анемии При применении филграстима у пациентов с гетерозиготной формой гемоглобинопатии S и

Старая редакция	Новая редакция
серповидно-клеточной анемией отмечались случаи серповидноклеточных кризов, в некоторых случаях фатальные. Необходимо соблюдать осторожность при назначении препарата Зарсио® пациентам с гетерозиготной формой гемоглобинопатии S и серповидно-клеточной анемией. <i>Остеопороз</i> Пациентам с остеопорозом, получающим длительную терапию препаратом Зарсио® в течение более 6 месяцев, может быть показан мониторинг минеральной плотности костной ткани. <i>Особые указания для пациентов со злокачественными новообразованиями</i> Препарат Зарсио® не должен применяться с целью повышения дозы цитотоксической химиотерапии по сравнению с установленными режимами дозирования. <i>Риски, ассоциированные с повышением дозы химиотерапии</i>	серповидноклеточной анемией отмечались случаи серповидноклеточных кризов, в некоторых случаях фатальные. Необходимо соблюдать осторожность при назначении препарата Зарсио® пациентам с гетерозиготной формой гемоглобинопатии S и серповидно-клеточной анемией. <i>Остеопороз</i> Пациентам с остеопорозом, получающим длительную терапию препаратом Зарсио® в течение более 6 месяцев, может быть показан мониторинг минеральной плотности костной ткани. <i>Особые указания для пациентов со злокачественными новообразованиями</i> Препарат Зарсио® не должен применяться с целью повышения дозы цитотоксической химиотерапии по сравнению с установленными режимами дозирования. <i>Риски, ассоциированные с повышением дозы химиотерапии</i>

Старая редакция	Новая редакция
Следует соблюдать особую осторожность при проведении высокодозной химиотерапии, поскольку не было продемонстрировано улучшения исходов злокачественных опухолей в данной ситуации, а повышение дозы химиотерапии может приводить к ее токсичности, в том числе со стороны сердца, легких, нервной системы и кожи (см. инструкции по медицинскому применению применяемых химиотерапевтических препаратов). <i>Влияние химиотерапии на эритроциты и тромбоциты</i> Монотерапия препаратом Зарсио® не оказывает влияния на выраженность тромбоцитопении и анемии, обусловленных миелосупрессивной химиотерапией. Вследствие возможности получения более высоких доз химиопрепаратов (в частности, стандартных режимов в полной дозе) пациенты могут находиться в группе повышенного риска развития	Следует соблюдать особую осторожность при проведении высокодозной химиотерапии, поскольку не было продемонстрировано улучшения исходов злокачественных опухолей в данной ситуации, а повышение дозы химиотерапии может приводить к ее токсичности, в том числе со стороны сердца, легких, нервной системы и кожи (см. инструкции по медицинскому применению применяемых химиотерапевтических препаратов).
<i>Влияние химиотерапии на эритроциты и тромбоциты</i> Монотерапия препаратом Зарсио® не оказывает влияния на выраженность тромбоцитопении и анемии, обусловленных миелосупрессивной химиотерапией. Вследствие возможности получения более высоких доз химиопрепаратов (в частности, стандартных режимов в полной дозе) пациенты могут находиться в группе повышенного риска развития	<i>Влияние химиотерапии на эритроциты и тромбоциты</i> Монотерапия препаратом Зарсио® не оказывает влияния на выраженность тромбоцитопении и анемии, обусловленных миелосупрессивной химиотерапией. Вследствие возможности получения более высоких доз химиопрепаратов (в частности, стандартных режимов в полной дозе) пациенты могут находиться в группе повышенного риска развития

Старая редакция	Новая редакция
тромбоцитопении и анемии. Рекомендуется регулярный мониторинг количества тромбоцитов и гематокрита. Следует соблюдать особую осторожность при моно- или комбинированной химиотерапии, которая, как известно, способна вызывать тяжелую тромбоцитопению. Было показано, что применение филграстима с целью мобилизации КПК ПК снижает глубину и длительность тромбоцитопении после миелоаблативной химиотерапии.	тромбоцитопении и анемии. Рекомендуется регулярный мониторинг количества тромбоцитов и гематокрита. Следует соблюдать особую осторожность при моно- или комбинированной химиотерапии, которая, как известно, способна вызывать тяжелую тромбоцитопению. Было показано, что применение филграстима с целью мобилизации КПК ПК снижает глубину и длительность тромбоцитопении после миелоаблативной химиотерапии.
<u>Прочие особые указания</u> Действие препарата Зарсио® у пациентов со значительным снижением резерва миелоидных клеток-предшественников не исследовалась. При реализации терапевтического эффекта, заключающегося в повышении числа нейтрофилов, препарат Зарсио® преимущественно воздействует на предшественники нейтрофилов. Поэтому у пациентов	<i>Миелодиспластический синдром и острый миелолейкоз при применении у пациентов со злокачественными новообразованиями молочной железы и легкого</i> В пострегистрационном наблюдательном исследовании была выявлена связь между развитием миелодиспластического синдрома и острого миелолейкоза с применением пэгфилграстима,

СООТВЕТСТВУЕТ ЭКСПЕРТНОМУ ОТЧЕТУ
от 14.12.2023 № 26269
(Входящий МЗ №4254889)

Старая редакция	Новая редакция
со сниженным резервом клеток-предшественников нейтрофилов (в частности, получавших интенсивную лучевую или химиотерапию, а также с наличием опухолевой инфильтрации костного мозга), ответ на терапию препаратом Зарсио® может быть уменьшен. Имеются данные о развитии реакции «трансплантат против хозяина» (РТПХ) и летальных исходах у пациентов, получавших Г-КСФ после аллогенной трансплантации костного мозга. Нарушения со стороны сосудистой системы, в том числе веноокклюзионные состояния и расстройства водного баланса, отмечались в некоторых случаях у пациентов, получавших высокодозную химиотерапию с последующей трансплантацией. Также отмечались случаи развития реакций «трансплантат против хозяина» и летальных исходов у пациентов, получавших Г-КСФ после аллогенной трансплантации костного мозга (см. разделы «Побочное действие» и	альтернативного Г-КСФ, при применении у пациентов со злокачественными новообразованиями молочной железы и легкого в сочетании с химиотерапией и/или лучевой терапией. Подобной связи между применением филграстима и развитием МДС и ОМЛ выявлено не было. Тем не менее следует осуществлять тщательный мониторинг за пациентами со злокачественными новообразованиями молочной железы и легкого на предмет наличия признаков и симптомов МДС и ОМЛ. <u>Прочие особые указания</u> Действие препарата Зарсио® у пациентов со значительным снижением резерва миелоидных клеток-предшественников не исследовалось. При реализации терапевтического эффекта, заключающегося в повышении числа нейтрофилов, препарат Зарсио® преимущественно воздействует на предшественники нейтрофилов. Поэтому у пациентов

Старая редакция	Новая редакция
«Фармакодинамика»). Повышение гематопозитической активности костного мозга в ответ на терапию факторами роста ассоциировалось с транзиторными патологическими изменениями при остеосцинтиграфии. Это необходимо принимать во внимание при интерпретации результатов данного лучевого исследования.	со сниженным резервом клеток-предшественников нейтрофилов (в частности, получавших интенсивную лучевую или химиотерапию, а также с наличием опухолевой инфильтрации костного мозга), ответ на терапию препаратом Зарсио® может быть уменьшен. Имеются данные о развитии реакции «трансплантат против хозяина» (РТПХ) и летальных исходах у пациентов, получавших Г-КСФ после аллогенной трансплантации костного мозга. Нарушения со стороны сосудистой системы, в том числе веноокклюзионные состояния и расстройства водного баланса, отмечались в некоторых случаях у пациентов, получавших высокодозную химиотерапию с последующей трансплантацией. Также отмечались случаи развития реакций «трансплантат против хозяина» и летальных исходов у пациентов, получавших Г-КСФ после аллогенной трансплантации костного мозга (см. разделы «Побочное действие» и
Особые указания для пациентов, которым проводится мобилизация КПП ПК <u>Мобилизация</u> К настоящему времени не проводились проспективные рандомизированные сравнительные исследования двух рекомендуемых методов мобилизации (применение филгратима в монотерапии или в комбинации с миелосупрессивной химиотерапией) в рамках одной и той же популяции пациентов. Вариабельность индивидуальных характеристик пациентов и лабораторных анализов	

Старая редакция	Новая редакция
CD34⁺ клеток затрудняет выполнение прямых сравнений данных различных исследований. Поэтому трудно рекомендовать оптимальный метод мобилизации, и его выбор должен соотноситься с целями терапии у конкретного пациента. <u>Предшествующее лечение цитотоксическими средствами</u> У пациентов, которым ранее проводилась интенсивная миелосупрессивная терапия, на фоне применения препарата Зарсио® для мобилизации КППГ ПК может не происходить увеличения числа КППГ ПК, достаточного до рекомендуемой минимальной концентрации (> 2,0 x 10⁶ CD34⁺ клеток/кг) или повышения скорости восстановления тромбоцитов. Некоторые цитотоксические средства обладают особой токсичностью в отношении клеток-предшественников гемопоэза и могут оказывать отрицательное воздействие на их мобилизацию.	«Фармакодинамика»). Повышение гематопозитической активности костного мозга в ответ на терапию факторами роста ассоциировалось с транзиторными патологическими изменениями при остеосцинтиграфии. Это необходимо принимать во внимание при интерпретации результатов данного лучевого исследования. Особые указания для пациентов, которым проводится мобилизация КППГ ПК <u>Мобилизация</u> К настоящему времени не проводились проспективные рандомизированные сравнительные исследования двух рекомендуемых методов мобилизации (применение филграстима в монотерапии или в комбинации с миелосупрессивной химиотерапией) в рамках одной и той же популяции пациентов. Вариабельность индивидуальных характеристик пациентов и лабораторных анализов

Старая редакция	Новая редакция
Длительное применение таких препаратов как мелфалан, карбоплатин или кармустин перед мобилизацией клеток-предшественников может привести к ухудшению результатов. Однако одновременное применение мелфалана, карбоплатина или кармустина с филграстимом эффективно при мобилизации КППГ ПК. Если планируется трансплантация КППГ ПК, рекомендуется провести мобилизацию стволовых клеток на ранней стадии лечения пациента. Особое внимание следует обратить на количество клеток-предшественников, активированных у таких пациентов до применения препаратов химиотерапии в высоких дозах. Если результаты мобилизации в соответствии с вышеприведенными критериями недостаточны, следует рассмотреть применение альтернативных методов лечения, не требующих применения клеток-предшественников.	CD34⁺ клеток затрудняет выполнение прямых сравнений данных различных исследований. Поэтому трудно рекомендовать оптимальный метод мобилизации, и его выбор должен соотноситься с целями терапии у конкретного пациента. <u>Предшествующее лечение цитотоксическими средствами</u> У пациентов, которым ранее проводилась интенсивная миелосупрессивная терапия, на фоне применения препарата Зарсио® для мобилизации КППГ ПК может не происходить увеличения числа КППГ ПК, достаточного до рекомендуемой минимальной концентрации (> 2,0 x 10⁶ CD34⁺ клеток/kg) или повышения скорости восстановления тромбоцитов. Некоторые цитотоксические средства обладают особой токсичностью в отношении клеток-предшественников гемопоэза и могут оказывать отрицательное воздействие на их мобилизацию.

СООТВЕТСТВУЕТ ЭКСПЕРТНОМУ ОТЧЕТУ
от 14.12.2023 № 26269
(Входящий МЗ №4254889)

Старая редакция	Новая редакция
<u>Оценка количества КППГ ПК</u> При оценке числа КППГ ПК, мобилизованных у пациентов на фоне применения препарата Зарсио®, особое внимание следует уделить методу количественного определения. Результаты проточного цитометрического анализа по количеству CD34⁺ клеток различаются в зависимости от выбранного метода, поэтому нужно с осторожностью интерпретировать результаты, полученные при проведении исследований в разных лабораториях. Статистический анализ показал, что существует сложная, но устойчивая взаимосвязь между количеством введенных в реинфузию CD34⁺ клеток и скоростью восстановления числа тромбоцитов после применения высоких доз препаратов химиотерапии. Минимальное количество $> 2,0 \times 10^6$ CD34⁺ клеток/кг приводит к достаточному восстановлению гематологических показателей и рекомендовано на	Длительное применение таких препаратов как мелфалан, карбоплатин или кармустин перед мобилизацией клеток-предшественников может привести к ухудшению результатов. Однако одновременное применение мелфалана, карбоплатина или кармустина с филграстимом эффективно при мобилизации КППГ ПК. Если планируется трансплантация КППГ ПК, рекомендуется провести мобилизацию стволовых клеток на ранней стадии лечения пациента. Особое внимание следует обратить на количество клеток-предшественников, активированных у таких пациентов до применения препаратов химиотерапии в высоких дозах. Если результаты мобилизации в соответствии с вышеприведенными критериями недостаточны, следует рассмотреть применение альтернативных методов лечения, не требующих применения клеток-предшественников.

Старая редакция	Новая редакция
основании опубликованных данных. Количество CD34⁺ клеток, превосходящее указанное значение, сопровождается более быстрой нормализацией; если количество клеток не достигает данной концентрации, восстановление показателей крови происходит медленнее. <u>Особые указания для здоровых доноров, проходящих процедуру мобилизации КПП ПК</u> Мобилизация КПП ПК не имеет клинических преимуществ для здоровых доноров и должна рассматриваться только в целях проведения аллогенной трансплантации стволовых клеток. Возможность мобилизации КПП ПК должна рассматриваться только у доноров, соответствующих клиническим и лабораторным критериям отбора для донорства стволовых клеток, уделяя особое внимание гематологическим показателям и наличию инфекционных заболеваний.	<u>Оценка количества КПП ПК</u> При оценке числа КПП ПК, мобилизованных у пациентов на фоне применения препарата Зарσιο®, особое внимание следует уделить методу количественного определения. Результаты проточного цитометрического анализа по количеству CD34⁺ клеток различаются в зависимости от выбранного метода, поэтому нужно с осторожностью интерпретировать результаты, полученные при проведении исследований в разных лабораториях. Статистический анализ показал, что существует сложная, но устойчивая взаимосвязь между количеством введенных в реинфузию CD34⁺ клеток и скоростью восстановления числа тромбоцитов после применения высоких доз препаратов химиотерапии. Минимальное количество $> 2,0 \times 10^6$ CD34⁺ клеток/кг приводит к достаточному восстановлению гематологических показателей и рекомендовано на

Старая редакция	Новая редакция
Безопасность и эффективность применения филгастима не оценивались у здоровых доноров в возрасте < 16 лет и > 60 лет. Сообщалось об очень частых случаях развития тромбоцитопении у здоровых доноров. Необходимо строго контролировать количество тромбоцитов. Транзиторная тромбоцитопения (со снижением количества тромбоцитов < $100 \times 10^9/\text{л}$) после введения филгастима и лейкоафереза отмечалась у 35 % доноров. Из них два случая снижения количества тромбоцитов < $50 \times 10^9/\text{л}$, как было зафиксировано, были связаны с процедурой лейкоафереза. При необходимости выполнения нескольких процедур лейкоафереза особенно следует уделять особое внимание донорам, у которых количество тромбоцитов составляет < $100 \times 10^9/\text{л}$ до лейкоафереза; процедура афереза не выполняется, если количество тромбоцитов составляет < $75 \times 10^9/\text{л}$.	основании опубликованных данных. Количество $\text{CD}34^+$ клеток, превосходящее указанное значение, сопровождается более быстрой нормализацией; если количество клеток не достигает данной концентрации, восстановление показателей крови происходит медленнее. <u>Особые указания для здоровых доноров, проходящих процедуру мобилизации КПП ПК</u> Мобилизация КПП ПК не имеет клинических преимуществ для здоровых доноров и должна рассматриваться только в целях проведения аллогенной трансплантации стволовых клеток. Возможность мобилизации КПП ПК должна рассматриваться только у доноров, соответствующих клиническим и лабораторным критериям отбора для донорства стволовых клеток, уделяя особое внимание гематологическим показателям и наличию инфекционных заболеваний.

Старая редакция	Новая редакция
Кроме того, лейкаферез не должен выполняться донорам, получающим антикоагулянтную терапию или страдающим известными нарушениями гемостаза. Следует отменить или снизить применяемую дозу препарата Зарсио[®], если количество лейкоцитов увеличивается $> 70 \times 10^9/\text{л}$. Доноры, получающие Г-КСФ с целью мобилизации КПГ ПК, должны наблюдаться до нормализации гематологических показателей. У здоровых доноров после введения Г-КСФ отмечались транзиторные цитогенетические изменения. Клиническое значение этих данных не известно. Наблюдение за безопасностью применения препарата Зарсио[®] у здоровых доноров продолжается. Тем не менее, нельзя исключить риск стимулирования злокачественного миелоидного клона. В центре афереза рекомендуется вести систематический учет и	Безопасность и эффективность применения филграстима не оценивались у здоровых доноров в возрасте < 16 лет и > 60 лет. Сообщалось об очень частых случаях развития тромбоцитопении у здоровых доноров. Необходимо строго контролировать количество тромбоцитов. Транзиторная тромбоцитопения (со снижением количества тромбоцитов $< 100 \times 10^9/\text{л}$) после введения филграстима и лейкафереза отмечалась у 35 % доноров. Из них два случая снижения количества тромбоцитов $< 50 \times 10^9/\text{л}$, как было зафиксировано, были связаны с процедурой лейкафереза. При необходимости выполнения нескольких процедур лейкафереза следует уделять особое внимание донорам, у которых количество тромбоцитов составляет $< 100 \times 10^9/\text{л}$ до лейкафереза; процедура афереза не выполняется, если количество тромбоцитов составляет $< 75 \times 10^9/\text{л}$.

СООТВЕТСТВУЕТ ЭКСПЕРТНОМУ ОТЧЕТУ
от 14.12.2023 № 26269
(Входящий МЗ №4254889)

Старая редакция	Новая редакция
отслеживание доноров стволовых клеток на протяжении не менее 10 лет с целью мониторинга долгосрочной безопасности. <u>Особые указания для реципиентов аллогенных КПП ПК, полученных с помощью препарата Зарсио®</u> Современные данные свидетельствуют о том, что иммунологические взаимодействия между аллогенным трансплантатом КПП ПК и реципиентом могут ассоциироваться с повышением риска острой и хронической реакции «трансплантат против хозяина» по сравнению с трансплантацией костного мозга. <u>Особые указания для пациентов с ТХН</u> Препарат Зарсио® не должен применяться у пациентов с тяжелой врожденной нейтропенией, у которых отмечается развитие лейкоза либо признаков лейкозной трансформации. <u>Мониторинг показателей периферической крови</u> Возможно развитие других изменений клеточного	Кроме того, лейкаферез не должен выполняться донорам, получающим антикоагулянтную терапию или страдающим известными нарушениями гемостаза. Следует отменить или снизить применяемую дозу препарата Зарсио®, если количество лейкоцитов увеличивается $> 70 \times 10^9/\text{л}$. Доноры, получающие Г-КСФ с целью мобилизации КПП ПК, должны наблюдаться до нормализации гематологических показателей. <u>Особые указания для реципиентов аллогенных КПП ПК, полученных с помощью препарата Зарсио®</u> Современные данные свидетельствуют о том, что иммунологические взаимодействия между аллогенным трансплантатом КПП ПК и реципиентом могут ассоциироваться с повышением риска острой и хронической реакции «трансплантат против хозяина» по сравнению с трансплантацией костного мозга. <u>Особые указания для пациентов с ТХН</u>

СООТВЕТСТВУЕТ ЭКСПЕРТНОМУ ОТЧЕТУ
от 14.12.2023 № 26269
(Входящий МЗ №4254889)

Старая редакция	Новая редакция
состава крови, в том числе анемии и транзиторного повышения миелоидных клеток-предшественников, которые требуют тщательного контроля. <u>Трансформация в лейкоз или миелодиспластический синдром</u> Необходимо соблюдать особую осторожность при применении препарата у пациентов с ТХН, что обусловлено необходимостью дифференцировать данное состояние от других нарушений кроветворения, в частности, апластической анемии, миелодисплазии и миелолейкоза. Перед началом терапии необходимо выполнить развернутый анализ	Препарат Зарсио® не должен применяться у пациентов с тяжелой врожденной нейтропенией, у которых отмечается развитие лейкоза либо признаков лейкозной трансформации. <i>Мониторинг показателей периферической крови</i> Возможно развитие других изменений клеточного состава крови, в том числе анемии и транзиторного повышения миелоидных клеток-предшественников, которые требуют тщательного контроля. <u>Трансформация в лейкоз или миелодиспластический синдром</u> Необходимо соблюдать особую осторожность при применении препарата у пациентов с ТХН, что обусловлено необходимостью дифференцировать данное состояние от других нарушений кроветворения, в частности, апластической анемии, миелодисплазии и миелолейкоза. Перед началом терапии необходимо выполнить развернутый анализ

Старая редакция	Новая редакция
Эти данные были получены у пациентов с врожденной нейтропенией. МДС и лейкозы являются естественным осложнением данного патологического состояния, и их связь с применением филграстима неясна. Примерно у 12 % пациентов, у которых отмечались нормальные результаты цитогенетического исследования на момент исходной оценки, в последствии при рутинном контрольном исследовании были выявлены патологические изменения, в частности, моносомия по седьмой хромосоме. Если у пациента с ТХН проявляются цитогенетические нарушения, необходимо тщательно оценить соотношение польза-риск от продолжения терапии препаратом Зарсио®; прием препарата следует отменить в случае развития МДС или лейкоза. В настоящее время неизвестно, предрасполагает ли длительная терапия пациентов с ТХН к развитию цитогенетических патологических изменений, МДС	крови с определением лейкоцитарной формулы и числа тромбоцитов, оценку морфологических характеристик костного мозга и кариотип. У небольшого числа (приблизительно 3 %) пациентов с ТХН, получавших филграстим, наблюдался миелодиспластический синдром (МДС) или лейкоз. Эти данные были получены у пациентов с врожденной нейтропенией. МДС и лейкозы являются естественным осложнением данного патологического состояния, и их связь с применением филграстима неясна. Примерно у 12 % пациентов, у которых отмечались нормальные результаты цитогенетического исследования на момент исходной оценки, в последствии при рутинном контрольном исследовании были выявлены патологические изменения, в частности, моносомия по седьмой хромосоме. Если у пациента с ТХН проявляются цитогенетические нарушения, необходимо тщательно

СООТВЕТСТВУЕТ ЭКСПЕРТНОМУ ОТЧЕТУ
от 14.12.2023 № 26269
(Входящий МЗ №4254889)

Старая редакция	Новая редакция
или лейкозной трансформации. Рекомендуются регулярное выполнение морфологических и цитогенетических исследований костного мозга у данных пациентов (приблизительно каждые 12 месяцев). <u>Прочие особые указания</u> Необходимо исключить причины транзиторной нейтропении, в частности, вирусные инфекции. Часто отмечается гематурия, у небольшого количества пациентов – протеинурия. Для контроля указанных нарушений необходимы регулярные анализы мочи. Безопасность и эффективность применения препарата у новорожденных и пациентов с аутоиммунной нейтропенией не установлены. <u>Особые указания для пациентов с ВИЧ-инфекцией</u> <u>Мониторинг показателей периферической крови</u> Необходим тщательный мониторинг абсолютного числа нейтрофилов (АЧН), особенно в течение первых	оценить соотношение польза-риск от продолжения терапии препаратом Зарсио[®], прием препарата следует отменить в случае развития МДС или лейкоза. В настоящее время неизвестно, предрасполагает ли длительная терапия пациентов с ТХН к развитию цитогенетических патологических изменений, МДС или лейкозной трансформации. Рекомендуется регулярное выполнение морфологических и цитогенетических исследований костного мозга у данных пациентов (приблизительно каждые 12 месяцев). <u>Прочие особые указания</u> Необходимо исключить причины транзиторной нейтропении, в частности, вирусные инфекции. Часто отмечается гематурия, у небольшого количества пациентов – протеинурия. Для контроля указанных нарушений необходимы регулярные анализы мочи. Безопасность и эффективность применения препарата

Старая редакция	Новая редакция
нескольких недель терапии препаратом Зарсио®. У ряда пациентов может отмечаться очень быстрый ответ со значительным повышением числа нейтрофилов после введения первой дозы препарата Зарсио®. Рекомендуются ежедневная оценка АЧН в течение первых 2-3 дней терапии препаратом Зарсио®. Затем оценку АЧН рекомендуется проводить не менее 2 раз в неделю – в течение первых 2 недель, и 1 раз в неделю или 1 раз в 2 недели – в процессе поддерживающей терапии. В процессе интермиттирующей терапии препаратом Зарсио® в дозе 30 млн. ЕД/день (300 мкг/сутки) могут регистрироваться широкие колебания значений АЧН в отдельных временных точках. Для определения минимального значения АЧН у пациента рекомендуется забор образцов крови для измерения АЧН непосредственно перед введением каждой запланированной дозы препарата Зарсио®.	у новорожденных и пациентов с аутоиммунной нейтропенией не установлены. <u>Особые указания для пациентов с ВИЧ-инфекцией</u> <u>Мониторинг показателей периферической крови</u> Необходим тщательный мониторинг абсолютного числа нейтрофилов (АЧН), особенно в течение первых нескольких недель терапии препаратом Зарсио®. У ряда пациентов может отмечаться очень быстрый ответ со значительным повышением числа нейтрофилов после введения первой дозы препарата Зарсио®. Рекомендуются ежедневная оценка АЧН в течение первых 2-3 дней терапии препаратом Зарсио®. Затем оценку АЧН рекомендуется проводить не менее 2 раз в неделю – в течение первых 2 недель, и 1 раз в неделю или 1 раз в 2 недели – в процессе поддерживающей терапии. В процессе интермиттирующей терапии препаратом Зарсио® в дозе 30 млн. ЕД/день (300 мкг/сутки) могут

Старая редакция	Новая редакция
<i>Риски, ассоциированные с повышением дозы миелосупрессивной терапии</i> Моноterapia препаратом Зарсио® не устраняет риска развития тромбоцитопении и анемии, обусловленных применением миелосупрессивной терапии. В результате потенциального использования более высоких доз или большего количества данных препаратов на фоне терапии препаратом Зарсио® пациенты могут характеризоваться более высоким риском развития тромбоцитопении и анемии. Рекомендуется регулярный контроль показателей крови (см. выше). <i>Инфекции и злокачественные новообразования, вызывающие миелосупрессию</i> Нейтропения может быть обусловлена инфильтрацией костного мозга при оппортунистических инфекциях, например, комплексом <i>Mycobacterium avium</i>, или злокачественными новообразованиями, например, при	регистрироваться широкие колебания значений АЧН в отдельных временных точках. Для определения минимального значения АЧН у пациента рекомендуется забор образцов крови для измерения АЧН непосредственно перед введением каждой запланированной дозы препарата Зарсио®. <i>Риски, ассоциированные с повышением дозы миелосупрессивной терапии</i> Моноterapia препаратом Зарсио® не устраняет риска развития тромбоцитопении и анемии, обусловленных применением миелосупрессивной терапии. В результате потенциального использования более высоких доз или большего количества данных препаратов на фоне терапии препаратом Зарсио® пациенты могут характеризоваться более высоким риском развития тромбоцитопении и анемии. Рекомендуется регулярный контроль показателей крови (см. выше).

Старая редакция	Новая редакция
лимфомах. У пациентов с известной инфильтрацией костного мозга, обусловленной инфекционным процессом или злокачественным новообразованием, необходимо рассмотреть вопрос о проведении соответствующей терапии основного заболевания, помимо введения препарата Зарсио® с целью лечения нейтропении. Влияние препарата Зарсио® на выраженность нейтропении, обусловленной инфильтрацией костного мозга вследствие инфекции или злокачественного новообразования, не установлено. <i>Вспомогательные вещества</i> Препарат Зарсио® содержит сорбитол. Пациентам с редкой наследственной непереносимостью фруктозы не следует применять данный лекарственный препарат.	<i>Инфекции и злокачественные новообразования, вызывающие миелосупрессию</i> Нейтропения может быть обусловлена инфильтрацией костного мозга при оппортунистических инфекциях, например, комплексом <i>Mycobacterium avium</i>, или злокачественными новообразованиями, например, при лимфомах. У пациентов с известной инфильтрацией костного мозга, обусловленной инфекционным процессом или злокачественным новообразованием, необходимо рассмотреть вопрос о проведении соответствующей терапии основного заболевания, помимо введения препарата Зарсио® с целью лечения нейтропении. Влияние препарата Зарсио® на выраженность нейтропении, обусловленной инфильтрацией костного мозга вследствие инфекции или злокачественного новообразования, не установлено. <i>Вспомогательные вещества</i>

Старая редакция	Новая редакция
	Препарат Зарсио® содержит сорбитол. Пациентам с редкой наследственной непереносимостью фруктозы не следует применять данный лекарственный препарат.

Руководитель группы регистрации
новых продуктов
АО «Сандоз»


Бобрышева Е.А.

СООТВЕТСТВУЕТ ЭКСПЕРТНОМУ ОТЧЕТУ
от 14.12.2023 № 26269
(Входящий МЗ №4254889)