

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЛЕКАРСТВЕННОГО ПРЕПАРАТА

1. НАИМЕНОВАНИЕ ЛЕКАРСТВЕННОГО ПРЕПАРАТА

Эрлатера, 25 мг, таблетки, покрытые пленочной оболочкой

Эрлатера, 100 мг, таблетки, покрытые пленочной оболочкой

Эрлатера, 150 мг, таблетки, покрытые пленочной оболочкой

2. КАЧЕСТВЕННЫЙ И КОЛИЧЕСТВЕННЫЙ СОСТАВ

Действующее вещество: эрлотиниб.

Эрлатера, 25 мг, таблетки, покрытые пленочной оболочкой

Каждая таблетка содержит 25 мг эрлотиниба (в виде гидрохлорида).

Эрлатера, 100 мг, таблетки, покрытые пленочной оболочкой

Каждая таблетка содержит 100 мг эрлотиниба (в виде гидрохлорида).

Эрлатера, 150 мг, таблетки, покрытые пленочной оболочкой

Каждая таблетка содержит 150 мг эрлотиниба (в виде гидрохлорида).

Вспомогательные вещества, наличие которых надо учитывать в составе лекарственного препарата: натрий (см. раздел 4.4)

Полный перечень вспомогательных веществ см. в разделе 6.1.

3. ЛЕКАРСТВЕННАЯ ФОРМА

Таблетки, покрытые пленочной оболочкой.

Эрлатера, 25 мг, таблетки, покрытые пленочной оболочкой

Круглые двояковыпуклые таблетки, покрытые пленочной оболочкой белого или белого с желтоватым оттенком цвета. На поперечном разрезе ядро таблетки белого или почти белого цвета.

Эрлатера, 100 мг, таблетки, покрытые пленочной оболочкой

Овальные двояковыпуклые таблетки, покрытые пленочной оболочкой белого или белого с желтоватым оттенком цвета. На поперечном разрезе ядро таблетки белого или почти белого цвета.

Эрлатера, 150 мг, таблетки, покрытые пленочной оболочкой

Овальные двояковыпуклые таблетки, покрытые пленочной оболочкой белого или белого с желтоватым оттенком цвета. На поперечном разрезе ядро таблетки белого или почти белого цвета.

4. КЛИНИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ

4.1. Показания к применению

Препарат Эрлатера показан к применению у взрослых.

Немелкоклеточный рак легкого

Первая линия терапии и поддерживающая терапия местно-распространенного или метастатического (III–IV стадии) немелкоклеточного рака легкого с активирующими мутациями в гене EGFR (рецептор эпидермального фактора роста).

Местно-распространенный или метастатический немелкоклеточный рак легкого после неудачи одной или более схем химиотерапии.

Рак поджелудочной железы.

Первая линия терапии местно-распространенного или метастатического рака поджелудочной железы в комбинации с гемцитабином.

4.2. Режим дозирования и способ применения

Терапию препаратом Эрлатера должен проводить врач, имеющий опыт лечения злокачественных новообразований.

Режим дозирования

Немелкоклеточный рак легкого

Рекомендуемая доза препарата Эрлатера – по 150 мг 1 раз в сутки ежедневно. При появлении признаков прогрессирования заболевания или развития непереносимой токсичности терапию препаратом Эрлатера следует прекратить. Перед применением препарата Эрлатера в качестве первой линии терапии или поддерживающей терапии местно-распространенного или метастатического немелкоклеточного рака легкого необходимо провести анализ на наличие мутации L858R в 21 экзоне или делеции в 19 экзоне гена EGFR (см. раздел 4.1).

Рак поджелудочной железы

Рекомендуемая доза препарата Эрлатера – по 100 мг 1 раз в сутки ежедневно (см. официальную информацию по медицинскому применению гемцитабина, показание – рак поджелудочной железы). При появлении признаков прогрессирования заболевания терапию препаратом Эрлатера следует прекратить. Если у пациента в течение 4–8 недель лечения не развивается сыпь, дальнейшую терапию препаратом Эрлатера следует пересмотреть.

Коррекция дозы

При сопутствующей терапии субстратами или модуляторами изофермента CYP3A4 может потребоваться изменение дозы препарата Эрлатера (раздел 4.5).

При необходимости доза препарата Эрлатера снижается на 50 мг постепенно (раздел 4.4).

Особые группы пациентов

Пациенты с нарушением функции почек

Безопасность и эффективность у пациентов с нарушением функции почек (концентрация креатинина в сыворотке крови более чем в 1,5 раза выше верхней границы нормы) не изучались. Согласно фармакокинетическим данным при легкой и умеренной почечной недостаточности коррекции дозы не требуется (см. раздел 5.2). Прием препарата Эрлатера не рекомендуется при тяжелом нарушении функции почек.

Пациенты с нарушением функции печени

Несмотря на то, что экспозиция эрлотиниба была одинаковой у пациентов со средней степенью нарушения печеночной функции (7–9 баллов по шкале Чайлд-Пью) и у пациентов без нарушения функции печени, необходимо проявлять осторожность при назначении препарата Эрлатера пациентам с нарушением функции печени. Прием препарата Эрлатера не рекомендуется при тяжелом нарушении функции печени (см. раздел 5.2).

При развитии тяжелых нежелательных реакций, следует рассмотреть вопрос о снижении дозы или перерыве терапии препаратом Эрлатера.

Безопасность и эффективность у пациентов с тяжелым нарушением функции печени (активность аланинаминотрансферазы (АЛТ) и аспаратаминотрансферазы (АСТ) более чем в 5 раз выше верхней границы нормы) не изучались.

Курение

Курение снижает экспозицию эрлотиниба на 50–60%. Максимально переносимая доза эрлотиниба у курящих пациентов с немелкоклеточным раком легкого составляет 300 мг. При применении препарата в дозе 300 мг во второй линии терапии после неудачи химиотерапии у пациентов, продолжающих курение, увеличение эффективности по сравнению с рекомендуемой дозой 150 мг не наблюдалось. Следует рекомендовать отказ от курения при применении препарата Эрлатера (см. разделы 4.4, 4.5 и 5.2).

Дети

Безопасность и эффективность препарата Эрлатера у детей в возрасте от 0 до 18 лет на данный момент не установлены. Данные отсутствуют.

Способ применения

Для приема внутрь. Препарат следует принимать не менее чем за 1 час до или через 2 часа после приема пищи.

4.3. Противопоказания

- Гиперчувствительность к эрлотинибу или к любому из вспомогательных веществ, перечисленных в разделе 6.1.

4.4. Особые указания и меры предосторожности при применении

Оценка статуса мутаций в гене EGFR

При оценке статуса мутаций в гене EGFR пациентов с местно-распространенным или метастатическим немелкоклеточным раком легкого, перед применением препарата Эрлатера в качестве первой линии терапии или поддерживающей терапии, необходимо выбирать хорошо проверенные и надежные методы анализа, чтобы избежать ложных отрицательных или ложных положительных определений. Препарат Эрлатера не рекомендуется применять в качестве поддерживающей терапии первой линии у пациентов без активирующих мутаций в гене EGFR.

Курение

Курящим пациентам следует рекомендовать отказаться от курения, так как концентрация эрлотиниба в плазме у курящих пациентов по сравнению с некурящими значительно снижается (см. разделы 4.2, 4.5 и 5.2).

Интерстициальное заболевание легких (ИЗЛ)

У пациентов с немелкоклеточным раком легкого, раком поджелудочной железы или другими распространенными солидными опухолями, получавших эрлотиниб, ИЗЛ-подобные симптомы, в том числе с летальным исходом, диагностировались нечасто.

В исследовании при немелкоклеточном раке легкого серьезные ИЗЛ-подобные явления отмечались с частотой 0,8% как у пациентов, получавших эрлотиниб так и у пациентов, не получавших его.

По результатам мета-анализа рандомизированных контролируемых клинических исследований при немелкоклеточном раке легкого частота ИЗЛ-подобных явлений составила 0,9% у пациентов, получавших эрлотиниб, и 0,4% у пациентов, не получавших

его.

В исследовании при раке поджелудочной железы частота ИЗЛ-подобных явлений составила 2,5% у пациентов, получавших эрлотиниб и гемцитабин, и 0,4% у пациентов, получавших только гемцитабин.

Наиболее частыми диагнозами у пациентов с подозрением на ИЗЛ-подобные симптомы являются: пневмонит, интерстициальная пневмония, лучевой пневмонит, аллергический интерстициальный пневмонит, интерстициальное заболевание легких, облитерирующий бронхиолит, фиброз легких, острый респираторный дистресс-синдром, инфильтрация легких и альвеолит.

Перечисленные ИЗЛ-подобные явления возникали в период от нескольких дней до нескольких месяцев после начала терапии эрлотинибом. Большинство случаев было связано с отягчающими или способствующими факторами, такими как сопутствующая или ранее проводимая химиотерапия, лучевая терапия, паренхиматозное заболевание легких в анамнезе, метастатическое поражение легких или инфекция. При остром развитии новых и/или прогрессировании необъяснимых легочных симптомов (одышка, кашель и лихорадка) прием препарата Эрлатера необходимо прервать до выяснения причины. В случае подтверждения диагноза ИЗЛ необходимо отменить препарат Эрлатера и провести необходимое лечение (см. раздел 4.8).

Диарея, дегидратация, электролитные нарушения и почечная недостаточность

При возникновении тяжелой или умеренной диареи необходимо назначить лоперамид. В некоторых случаях может потребоваться снижение дозы эрлотиниба.

При тяжелой или устойчивой диарее, тошноте, анорексии или рвоте с обезвоживанием, терапия препаратом Эрлатера должна быть прервана и проведена регидратация (см. раздел 4.8).

Сообщалось о редких случаях развития гипокалиемии и почечной недостаточности, в том числе с летальным исходом.

Некоторые случаи почечной недостаточности были вызваны тяжелой дегидратацией вследствие диареи, рвоты и/или анорексии, другие – сопутствующей химиотерапией. В случаях тяжелой или устойчивой диареи или состояниях, приводящих к дегидратации, особенно у пациентов в группе риска (сопутствующая терапия или заболевания, или при наличии других предрасполагающих факторов, в том числе пожилой возраст), прием препарата Эрлатера прерывают и проводят парентеральную регидратацию. У пациентов с высоким риском дегидратации следует контролировать электролиты сыворотки крови, включая калий, и функцию почек.

Гепатит, печеночная недостаточность

Во время приема эрлотиниба сообщалось о редких случаях печеночной недостаточности, включая случаи с летальным исходом. Рекомендуются периодически контролировать функцию печени пациентам с сопутствующими заболеваниями печени или получающим гепатотоксичные лекарственные средства. При развитии тяжелого поражения печени (см. раздел 4.8) прием препарата Эрлатера прерывают.

Перфорация желудочно-кишечного тракта

Пациенты, получающие эрлотиниб, имеют повышенный риск развития перфорации желудочно-кишечного тракта, которая наблюдалась нечасто, в некоторых случаях с летальным исходом. В группу повышенного риска входят пациенты, получающие сопутствующую терапию антиангиогенными препаратами, глюкокортикостероидами, НПВП (нестероидные противовоспалительные препараты) и/или химиотерапию на основе таксанов, или пациенты, имеющие в анамнезе пептическую язву или дивертикулярную болезнь.

В случае развития перфорации желудочно-кишечного тракта (см. раздел 4.8) терапию

препаратом Эрлатера следует прекратить и не возобновлять в дальнейшем.

Буллезные или эксфолиативные нарушения

Сообщалось о случаях буллезных, сопровождающихся образованием волдырей и эксфолиативных нарушений, в том числе об очень редких случаях подозрения на развитие синдрома Стивенса-Джонсона/токсического эпидермального некролиза, в некоторых случаях с летальным исходом (см. раздел 4.8). В случае развития тяжелых буллезных, сопровождающихся образованием волдырей или эксфолиативных поражений кожи, лечение препаратом Эрлатера должно быть прервано или отменено.

Офтальмологические нарушения

При применении эрлотиниба зарегистрированы очень редкие случаи перфорации или изъязвления роговицы (см. раздел 4.8). При лечении эрлотинибом наблюдались и другие офтальмологические нарушения, включая неправильный рост ресниц, сухой кератоконъюнктивит или кератит, которые также являются факторами риска развития перфорации/изъязвления роговицы. Лечение препаратом Эрлатера должно быть прервано или отменено при появлении острых офтальмологических симптомов, таких как боль в глазу, или ухудшении хронических офтальмологических заболеваний.

Вспомогательные вещества

Данный препарат содержит менее 1 ммоль (23 мг) натрия на таблетку, то есть, по сути, не содержит натрия.

4.5. Взаимодействие с другими лекарственными препаратами и другие виды взаимодействия

Исследования взаимодействия проведены только у взрослых.

Эрлотиниб и ингибиторы или индукторы изофермента CYP3A4

Эрлотиниб у человека метаболизируется изоферментами системы цитохрома P450 главным образом при участии изофермента CYP3A4 и в меньшей степени CYP1A2, и легочным изоферментом CYP1A1. Возможно взаимодействие при применении эрлотиниба в комбинации с ингибиторами или индукторами ферментов, а также препаратами, которые метаболизируются посредством этих ферментов.

Мощные ингибиторы изофермента CYP3A4 снижают метаболизм эрлотиниба и увеличивают его концентрацию в плазме. Ингибирование метаболизма изофермента CYP3A4 под действием *кетоназола* (200 мг внутрь 2 раза в сутки в течение 5 дней) приводило к увеличению AUC (площади под кривой «концентрация действующего вещества – время») эрлотиниба на 86% и C_{max} (максимальной концентрации вещества в плазме крови) на 69% по сравнению с теми же показателями при приеме одного эрлотиниба. *Ципрофлоксацин* (ингибитор изофермента CYP3A4 и CYP1A2) увеличивает AUC и C_{max} эрлотиниба на 39% и 17%, соответственно. Одновременное применение эрлотиниба с мощными ингибиторами изофермента CYP3A4 или CYP3A4/CYP1A2 производится только при крайней необходимости. В случае развития токсичности необходимо снизить дозу препарата Эрлатера.

Мощные индукторы изофермента CYP3A4 увеличивают метаболизм эрлотиниба и значительно снижают его концентрацию в плазме. Индукция метаболизма с участием изофермента CYP3A4 при одновременном приеме *рифампицина* (600 мг внутрь ежедневно в течение 7 дней) приводит к снижению медианы AUC эрлотиниба в дозе 150 мг на 69% по сравнению с приемом одного эрлотиниба. После предварительного лечения рифампицином, а также при одновременном приеме рифампицина и эрлотиниба медиана AUC эрлотиниба в дозе

450 мг составляет 57.5% от AUC эрлотиниба в дозе 150 мг без предварительной терапии рифампицином. По возможности необходимо предусмотреть альтернативный метод лечения без индукции активности изофермента CYP3A4. Одновременное применение эрлотиниба с мощными индукторами изофермента CYP3A4, такими как рифампицин, производится только при крайней необходимости, при этом необходимо увеличить дозу эрлотиниба до 300 мг под тщательным контролем профиля безопасности. При хорошей переносимости при применении препарата в течение более чем 2 недель можно рассмотреть вопрос об увеличении дозы препарата до 450 мг, продолжая тщательно контролировать профиль безопасности (см. раздел 4.4). Более высокие дозы в подобных ситуациях не изучались.

Эрлотиниб и субстраты изофермента CYP3A4

Предшествующая терапия или одновременный прием эрлотиниба не нарушает клиренс типичных субстратов изофермента CYP3A4, таких как *мидазолам* и *эритромицин*. Таким образом, значительное влияние эрлотиниба на клиренс других субстратов изофермента CYP3A4 маловероятно. Оказалось, что биодоступность мидазолама при пероральном приеме снижается на 24%, что не связано с влиянием на активность изофермента CYP3A4.

Эрлотиниб и лекарственные препараты, изменяющие pH

Растворимость эрлотиниба зависит от pH. При повышении pH растворимость эрлотиниба снижается. Таким образом, препараты, изменяющие pH в верхних отделах желудочно-кишечного тракта, могут оказывать влияние на растворимость эрлотиниба и его биодоступность. При одновременном приеме эрлотиниба и *омепразола*, ингибитора протонной помпы, AUC и $C_{\max}$ эрлотиниба снижались на 46% и 61%, соответственно. $TC_{\max}$ и период полувыведения не изменялись. При одновременном приеме эрлотиниба и *ранитидина* (300 мг), блокатора H_2 -гистаминовых рецепторов, AUC и $C_{\max}$ эрлотиниба снижались на 33% и 54%, соответственно.

Таким образом, по возможности следует избегать одновременного приема эрлотиниба и средств, понижающих секрецию желез желудка. Маловероятно, что увеличение дозы эрлотиниба при одновременном приеме с подобными препаратами может компенсировать снижение его экспозиции. Однако в тех случаях, когда эрлотиниб назначался в разные часы, т.е. за 2 часа до или через 10 часов после приема ранитидина (150 мг 2 раза в сутки), AUC и $C_{\max}$ эрлотиниба снижались только на 15% и 17%, соответственно. В случае необходимости терапии данными препаратами следует отдавать предпочтение приему блокаторов H_2 -гистаминовых рецепторов, таким как ранитидин, в разные часы. Следует принимать эрлотиниб по крайней мере за 2 часа до или через 10 часов после приема блокатора H_2 -гистаминовых рецепторов.

Эрлотиниб и производные кумарина, включая варфарин

У пациентов, получавших эрлотиниб в комбинации с производными кумарина, включая варфарин, зарегистрированы повышение Международного нормализованного отношения (МНО) и кровотечения, в отдельных случаях с летальным исходом. У пациентов, принимающих производные кумарина, необходимо регулярно контролировать протромбиновое время или МНО.

Эрлотиниб и статины

Эрлотиниб в комбинации со статинами может усиливать миопатию, вызванную статинами, включая *рабдомиолиз*, наблюдавшийся редко.

Эрлотиниб и курение

Следует рекомендовать отказ от курения при применении препарата, поскольку курение, индуцируя изоферменты CYP1A1 и CYP1A2, снижает экспозицию эрлотиниба на 50–60% (см. разделы 4.2, 4.4 и 5.2).

Эрлотиниб и гемцитабин

Не выявлено значительного влияния гемцитабина на фармакокинетику эрлотиниба и наоборот.

Эрлотиниб и препараты платины

Эрлотиниб увеличивает концентрацию платины в плазме крови. Одновременный прием эрлотиниба с карбоплатином и паклитакселом приводит к статистически значимому, но не значимому клинически повышению AUC общей платины на 10,6%. Повышение экспозиции карбоплатина может быть связано с другими факторами, например нарушением функции почек. Не выявлено значительного влияния карбоплатина или паклитаксела на фармакокинетику эрлотиниба.

Эрлотиниб и капецитабин

Капецитабин увеличивает концентрацию эрлотиниба в плазме крови. Применение эрлотиниба в комбинации с капецитабином по сравнению с монотерапией эрлотинибом приводит к статистически значимому повышению AUC эрлотиниба и незначительному повышению C_{max} эрлотиниба. Не выявлено значительного влияния эрлотиниба на фармакокинетику капецитабина.

Эрлотиниб и субстраты гена UGT1A1

Поскольку эрлотиниб является ингибитором УДФ-глюкуронилтрансферазы UGT1A1, возможно взаимодействие с препаратами, которые являются субстратами UGT1A1 и для которых реакция конъюгации с глюкуроновой кислотой является основным путем метаболизма. Необходимо соблюдать осторожность при назначении эрлотиниба пациентам с низким уровнем экспрессии UGT1A1 или с генетическими нарушениями, вызывающими снижение скорости реакции глюкуронизации (например, синдромом Жильбера), поскольку возможно повышение концентрации билирубина в плазме крови.

4.6. Фертильность, беременность и лактация

Женщины с детородным потенциалом (контрацепция у мужчин и женщин)

Во время лечения препаратом Эрлатера и как минимум в течение 2-х недель после его окончания следует применять надежные методы контрацепции.

Беременность

Данные о применении эрлотиниба у беременных женщин отсутствуют или ограничены. Потенциальный риск для человека неизвестен. Поскольку нельзя исключить неблагоприятное влияние препарата во время беременности и (или) у плода (новорожденного), эрлотиниб не следует применять во время беременности.

Лактация

Сведения о проникновении эрлотиниба в грудное молоко человека отсутствуют. Исследования по изучению влияния препарата на выработку молока или проникновения эрлотиниба в грудное молоко не проводились. Поскольку риск для новорожденных (детей), находящихся на грудном вскармливании матерями, принимающими препарат, неизвестен, следует рекомендовать матерям воздержаться от кормления грудью в ходе терапии препаратом Эрлатера и в течение, как минимум, 2-х недель после последнего приема препарата.

4.7. Влияние на способность управлять транспортными средствами и работать с механизмами

Исследования по изучению влияния препарата на способность управлять транспортными средствами и работать с механизмами не проводились, однако эрлотиниб не влияет на способность к концентрации внимания.

4.8. Нежелательные реакции

Табличное резюме нежелательных реакций

Для оценки частоты нежелательных эффектов используются следующие категории частоты: очень часто ($\geq 1/10$); часто ($\geq 1/100$, но $< 1/10$); нечасто ($\geq 1/1000$, но $< 1/100$); редко ($\geq 1/10000$, но $< 1/1000$); очень редко ($< 1/10000$).

Системно-органный класс	Частота	Нежелательные реакции
<i>Инфекции и инвазии</i>	очень часто	тяжелые инфекции (с или без нейтропении, пневмония, сепсис, флегмона)
<i>Нарушения метаболизма и питания</i>	очень часто	анорексия, снижение массы тела
<i>Психические нарушения</i>	очень часто	депрессия
<i>Нарушения со стороны нервной системы</i>	очень часто	головная боль, невропатия
<i>Нарушения со стороны органа зрения</i>	очень часто	конъюнктивит, сухой кератоконъюнктивит
	часто	кератит
	нечасто	нарушение роста ресниц, включая вросшие ресницы, избыточный рост и утолщение ресниц
	очень редко	изъязвление или перфорация роговицы, увеит
<i>Нарушения со стороны дыхательной системы, органов грудной клетки и средостения</i>	очень часто	одышка, кашель
	часто	носовые кровотечения
	нечасто	симптомы, подобные интерстициальным заболеваниям легких, включая случаи с летальным исходом (см. раздел 4.4)
<i>Желудочно-кишечные нарушения</i>	очень часто	диарея, тошнота, рвота, стоматит, боли в животе, метеоризм, диспепсия

	часто	желудочно-кишечные кровотечения, включая отдельные случаи с летальным исходом (см. раздел 4.4), некоторые из которых были связаны с одновременным применением варфарина или НПВП (см. раздел 4.5)
	нечасто	перфорация желудочно-кишечного тракта, в некоторых случаях с летальным исходом.
<i>Нарушения со стороны печени и желчевыводящих путей</i>	часто	нарушение функции печени, включая повышение активности АЛТ, АСТ, концентрации билирубина
	редко	печеночная недостаточность, в том числе с летальным исходом (см. раздел 4.4)
<i>Нарушения со стороны кожи и подкожных тканей</i>	очень часто	сыпь (эритематозные и папулопустулезные высыпания, которые появлялись или усиливались под воздействием солнечных лучей), зуд, сухость кожи, алопеция
	часто	паронихия; трещины кожи, как правило, не носящие серьезного характера, в большинстве случаев ассоциированные с сыпью и сухостью кожи, угри, акнеiformный дерматит, фолликулит (в большинстве случаев данные нежелательные явления были несерьезными, легкой и умеренной степени тяжести)
	нечасто	гиперпигментация, гирсутизм, изменения ресниц/бровей, ломкость и расслоение ногтей, зарегистрированы случаи буллезного, эксфолиативного и сопровождающегося образованием волдырей поражения кожи, включая очень редкие случаи подозрения на развитие синдрома Стивенса-Джонсона (токсического эпидермального некролиза), в некоторых случаях с летальным исходом
	часто	почечная недостаточность

<i>Нарушения со стороны почек и мочевыводящих путей</i>	нечасто	нефрит, протеинурия
<i>Общие нарушения и реакции в месте введения</i>	очень часто	повышенная утомляемость, лихорадка, озноб

Сообщение о подозреваемых нежелательных реакциях

Важно сообщать о подозреваемых нежелательных реакциях после регистрации лекарственного препарата с целью обеспечения непрерывного мониторинга соотношения "польза – риск" лекарственного препарата. Медицинским работникам рекомендуется сообщать о любых подозреваемых нежелательных реакциях лекарственного препарата через национальные системы сообщения о нежелательных реакциях государств – членов Евразийского экономического союза:

Российская Федерация

Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения

Адрес: 109012, г. Москва, Славянская площадь, д. 4, стр. 1

Тел: +7-800-550-99-03

Электронная почта: pharm@roszdravnadzor.gov.ru

Сайт в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»:

<https://www.roszdravnadzor.gov.ru/>

4.9. Передозировка

Симптомы

Однократный прием эрлотиниба внутрь в дозе до 1000 мг здоровыми добровольцами и до 1600 мг 1 раз в неделю пациентами с онкологическими заболеваниями переносились хорошо. Однако повторный прием эрлотиниба в дозе 200 мг 2 раза в день здоровыми добровольцами уже через несколько дней переносился плохо.

При приеме эрлотиниба в дозе выше рекомендованной могут наблюдаться тяжелые нежелательные явления, такие как диарея, кожные высыпания и возможно повышение активности «печеночных» трансаминаз.

Лечение

В случае подозрения на передозировку лечение приостанавливают и проводят симптоматическую терапию. Антидот к эрлотинибу неизвестен.

5. ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА

5.1. Фармакодинамические свойства

Фармакотерапевтическая группа

Противоопухолевые средства; ингибиторы протеинкиназ; ингибиторы тирозинкиназы рецептора эпидермального фактора роста (EGFR)

Код АТХ

L01EB02

Механизм действия

Эрлотиниб мощно ингибирует внутриклеточное фосфорилирование рецептора эпидермального фактора роста HER1/EGFR (HER1 = рецептор эпидермального фактора роста человека 1 типа/ EGFR = рецептор эпидермального фактора роста).

Экспрессия HER1/EGFR наблюдается на поверхности как нормальных, так и раковых клеток. На доклинических моделях ингибирование фосфотирозина EGFR тормозит рост линий опухолевых клеток и/или приводит к их гибели.

Мутации EGFR могут привести к постоянной активации пролиферативных и антиапоптотических сигнальных путей в клетке. Высокая эффективность эрлотиниба в отношении блокирования EGFR-зависимых сигнальных путей в опухолях, несущих мутацию EGFR, обусловлена прочным связыванием эрлотиниба с АТФ-связывающим участком мутированного киназного домена EGFR. При этом блокируется каскад сигнальных реакций, в результате чего угнетается пролиферация клеток и запускается внутренний путь клеточной гибели.

5.2. Фармакокинетические свойства

Абсорбция

Эрлотиниб хорошо всасывается после приема внутрь. Имеет продолжительную фазу всасывания, а среднее значение времени достижения максимальной концентрации (TC_{max}) в плазме составляет 4 ч. Согласно данным исследования на здоровых добровольцах биодоступность эрлотиниба – 59%, прием пищи может увеличивать его биодоступность.

После всасывания в крови эрлотиниб на 95% находится в связанном состоянии, в первую очередь с белками плазмы крови (альбумин и альфа-1-кислый гликопротеин). Свободная фракция составляет приблизительно 5%.

Экспозиция

После приема внутрь 150 мг эрлотиниба в равновесном состоянии медиана C_{max} эрлотиниба в плазме 1,995 нг/мл. Перед приемом следующей дозы через 24 ч медиана минимальной концентрации (C_{min}) эрлотиниба в плазме 1,238 нг/мл. Медиана AUC в междозовом интервале при достижении равновесной концентрации составляет 41,3 мкг/ч*мл.

Распределение

Кажущийся объем распределения 232 л с распределением в ткань опухоли. В образцах опухолевой ткани человека на 9 день лечения эрлотинибом в дозе 150 мг в сутки средняя концентрация эрлотиниба равна 1.185 нг/г, что составляет 63% от C_{max} в плазме в равновесном состоянии. Концентрация основных активных метаболитов в ткани опухоли 160 нг/г, что соответствует 113% C_{max} в плазме в равновесном состоянии. Исследования по изучению распределения в тканях меченного ^{14}C эрлотиниба после перорального приема у бестимусных голых мышей с HN5 опухолевым ксенотрансплантатом (с использованием общей ауторадиографии) продемонстрировали быстрое и интенсивное распределение в тканях. C_{max} в ткани составила около 73% концентрации эрлотиниба, TC_{max} в ткани – 1 час.

Биотрансформация

Эрлотиниб метаболизируется изоферментами системы цитохрома P450 главным образом при участии изофермента CYP3A4 и в меньшей степени изофермента CYP1A2. Внепеченочный метаболизм посредством изофермента CYP3A4 в кишечнике, изофермента CYP1A1 в легких, изофермента CYP1B1 в ткани опухоли обеспечивает метаболический клиренс эрлотиниба. Исследования *in vitro* свидетельствуют о том, что 80–95% эрлотиниба метаболизируется при участии изофермента CYP3A4.

Метаболизм происходит тремя путями: 1) О-деметилирование одной из боковых или обеих цепей с последующим окислением до карбоновых кислот; 2) окисление ацетиленовой части молекулы с последующим гидролизом до арилкарбоновой кислоты; 3) ароматическое гидроксилирование фенилацетиленовой части молекулы. Основные метаболиты образуются в результате О-деметилирования одной из боковых цепей и обладают активностью, сравнимой с эрлотинибом в доклинических исследованиях *in vitro* и на моделях опухолей *in vivo*. Они присутствуют в плазме в концентрациях, которые составляют <10% концентрации эрлотиниба, их фармакокинетика аналогична фармакокинетике эрлотиниба.

Элиминация

Метаболиты и следовые количества эрлотиниба выводятся, преимущественно, с желчью (>90%), почками выводится небольшое количество перорально введенной дозы.

При монотерапии препаратом Эрлотиниб средний кажущийся клиренс 4,47 л/ч, а средний период полувыведения ($T_{1/2}$) 36,2 ч. Следовательно, ожидается, что равновесная концентрация будет достигнута на 7–8 день.

Особые группы пациентов

Значительной связи между кажущимся клиренсом, возрастом, массой тела, полом и расой пациента не выявлено.

Фармакокинетика эрлотиниба зависела от следующих показателей: концентрации общего билирубина в сыворотке, альфа-1-кислого гликопротеина и курения в настоящее время. Снижение клиренса эрлотиниба отмечено при повышении сывороточной концентрации общего билирубина и альфа-1-кислого гликопротеина, а его повышение - у курильщиков.

Курение

Курение увеличивает клиренс и снижает экспозицию эрлотиниба. $AUC_{0-\infty}$ у курящих людей составила 1/3 от $AUC_{0-\infty}$ у некурящих/бывших курильщиков. Наблюдавшееся снижение экспозиции у активных курильщиков возможно связано с индукцией изофермента CYP1A1 в легких и изофермента CYP1A2 в печени.

У курящих пациентов с немелкоклеточным раком легкого минимальная равновесная концентрация составила 0,65 мкг/мл, что в 2 раза ниже, чем у некурящих/бывших курильщиков (1,28 мкг/мл). При этом кажущийся клиренс эрлотиниба увеличивается на 24%. При увеличении дозы эрлотиниба от 150 мг до 300 мг (максимально переносимая доза) наблюдается дозозависимое увеличение экспозиции эрлотиниба. Минимальная равновесная концентрация эрлотиниба в дозе 300 мг у курильщиков составляла 1,22 мкг/мл (см. разделы 4.2, 4.4 и 4.5).

Пациенты пожилого возраста

Специальные исследования у пациентов пожилого пациента не проводились.

Пациенты с нарушениями печени

Эрлотиниб в основном выводится с желчью. Экспозиция эрлотиниба одинакова у пациентов со средней степенью нарушения печеночной функции (7–9 баллов по шкале Чайлд-Пью) и у пациентов без нарушения функции печени, в том числе и у пациентов с первичным очагом опухоли в печени или с метастазами в печень.

Пациенты с нарушениями функции почек

Эрлотиниб и его метаболиты выводятся почками в незначительных количествах – менее 9% однократной дозы. Клинические исследования у пациентов с нарушением функции почек не проводились.

Дети

Специальные исследования у детей не проводились.

6. ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА

6.1. Перечень вспомогательных веществ

Ядро таблетки:

Коповидон

Кросповидон

Целлюлоза микрокристаллическая 200

Карбоксиметилкрахмал натрия

Натрия лаурилсульфат

Магния стеарат

Пленочная оболочка:

Поливиниловый спирт

Тальк

Макрогол 4000

Кальция карбонат

6.2. Несовместимость

Не применимо.

6.3. Срок годности (срок хранения)

4 года.

6.4. Особые меры предосторожности при хранении

Хранить при температуре не выше 25 °С в оригинальной упаковке (контурная ячейковая упаковка/банка в пачке).

6.5. Характер и содержание первичной упаковки

Первичная упаковка лекарственного препарата

По 10 таблеток помещают в контурную ячейковую упаковку из пленки поливинилхлоридной и фольги алюминиевой печатной лакированной.

По 30 таблеток помещают в банку из полиэтилена низкого давления с крышкой натягиваемой с контролем первого вскрытия. Свободное пространство заполняют ватой медицинской гигроскопической. На банку наклеивают этикетку из бумаги этикеточной или писчей, или из полимерных материалов, самоклеящуюся.

Вторичная упаковка лекарственного препарата

По 3 контурных ячейковых упаковки вместе с листком-вкладышем помещают в пачку из картона для потребительской тары подгрупп хромовый или хром - эрзац или другого аналогичного качества. На пачку может быть наклеена самоклеящаяся этикетка с маркировкой из бумаги. Дополнительно на пачку могут наклеивать один или два прозрачных фиксирующих стикера из полимерных материалов. Пачки помещают в групповую упаковку.

По 1 банке вместе с листком-вкладышем помещают в пачку из картона для потребительской тары подгрупп хромовый или хром - эрзац или другого аналогичного

качества. На пачку может быть наклеена самоклеящаяся этикетка с маркировкой из бумаги. Дополнительно на пачку могут наклеивать один или два прозрачных фиксирующих стикера из полимерных материалов. Пачки помещают в групповую упаковку.

6.6. Особые меры предосторожности при уничтожении использованного препарата или отходов, полученных при применении лекарственного препарата, и другие манипуляции с препаратом

Попадание лекарственного препарата в окружающую среду должно быть сведено к минимуму. Не следует утилизировать препарат с помощью сточных вод или вместе с бытовыми отходами. Неиспользованный лекарственный препарат или отходы должны быть утилизированы в соответствии с местными требованиями.

7. ДЕРЖАТЕЛЬ РЕГИСТРАЦИОННОГО УДОСТОВЕРЕНИЯ

Российская Федерация

АО «Фармасинтез-Норд»

Юридический адрес: 197350, г. Санкт-Петербург, дорога в Каменку, д. 74, лит. А, помещ. 1-Н

Тел.: +7 (812) 240-45-15

Адрес электронной почты: info-psn@pharmasyntez.com

7.1. Представитель держателя регистрационного удостоверения

Претензии потребителей направлять по адресу:

Российская Федерация

АО «Фармасинтез-Норд»

197350, Российская Федерация, г. Санкт-Петербург, ул. Лётчика Акаева, д.8, к.3, стр. 1.

Тел.: 8-800-100-15-50

Адрес электронной почты: info-psn@pharmasyntez.com

8. НОМЕР РЕГИСТРАЦИОННОГО УДОСТОВЕРЕНИЯ

9. ДАТА ПЕРВИЧНОЙ РЕГИСТРАЦИИ (ПОДТВЕРЖДЕНИЯ РЕГИСТРАЦИИ, ПЕРЕРЕГИСТРАЦИИ)

Дата первой регистрации:

10. ДАТА ПЕРЕСМОТРА ТЕКСТА

Общая характеристика лекарственного препарата Эрлатера доступна на официальном сайте уполномоченного органа государства – члена Евразийского союза в информационно-коммуникационной сети «Интернет» и/или на информационном портале Евразийского экономического союза в информационно-коммуникационной сети «Интернет» <http://eec.eaeunion.org/>.