

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЛЕКАРСТВЕННОГО ПРЕПАРАТА

1. НАИМЕНОВАНИЕ ЛЕКАРСТВЕННОГО ПРЕПАРАТА

Эверолимус-АМЕДАРТ, 0,25 мг, таблетки.

Эверолимус-АМЕДАРТ, 0,5 мг, таблетки.

Эверолимус-АМЕДАРТ, 0,75 мг, таблетки.

Эверолимус-АМЕДАРТ, 1 мг, таблетки.

2. КАЧЕСТВЕННЫЙ И КОЛИЧЕСТВЕННЫЙ СОСТАВ

Действующее вещество: эверолимус.

Эверолимус-АМЕДАРТ, 2,5 мг, таблетки

Каждая таблетка содержит 2,5 мг эверолимуса.

Эверолимус-АМЕДАРТ, 0,5 мг, таблетки

Каждая таблетка содержит 0,5 мг эверолимуса.

Эверолимус-АМЕДАРТ, 0,75 мг, таблетки

Каждая таблетка содержит 0,75 мг эверолимуса.

Эверолимус-АМЕДАРТ, 1 мг, таблетки

Каждая таблетка содержит 1 мг эверолимуса.

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

Полный перечень вспомогательных веществ приведен в разделе 6.1.

3. ЛЕКАРСТВЕННАЯ ФОРМА

Таблетки.

Эверолимус-АМЕДАРТ, 2,5 мг, таблетки

Круглые двояковыпуклые таблетки от белого до белого с желтоватым оттенком цвета.

Допускается мраморность.

Эверолимус-АМЕДАРТ, 0,5 мг, таблетки

Круглые двояковыпуклые таблетки от белого до белого с желтоватым оттенком цвета.

Допускается мраморность.

Эверолимус-АМЕДАРТ, 0,75 мг, таблетки

Круглые двояковыпуклые таблетки от белого до белого с желтоватым оттенком цвета.

Допускается мраморность.

Эверолимус-АМЕДАРТ, 1 мг, таблетки

Круглые двояковыпуклые таблетки от белого до белого с желтоватым оттенком цвета.

Допускается мраморность.

4. КЛИНИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ

4.1. Показания к применению

Препарат Эверолимус-АМЕДАРТ показан к применению у взрослых (в возрасте старше 18 лет):

- Трансплантация почки и сердца.

Профилактика отторжения трансплантата у взрослых реципиентов почки и сердца с низким и средним иммунологическим риском, получающих базовую иммуносупрессивную терапию циклоспорином в форме микроэмульсии и глюкокортикостероидами.

- Трансплантация печени.

Профилактика отторжения трансплантата у реципиентов печени с низким и средним иммунологическим риском, получающих базовую иммуносупрессивную терапию такролимусом и глюкокортикостероидами.

4.2. Режим дозирования и способ применения

Режим дозирования

Лечение препаратом следует проводить только под наблюдением врача, имеющего опыт проведения иммуносупрессивной терапии после трансплантации органов, и при наличии возможности мониторинга концентрации эверолимуса в цельной крови.

Взрослые

Трансплантация почки и сердца

Рекомендуемая начальная доза препарата для пациентов с трансплантатами почек и сердца составляет 0,75 мг 2 раза в сутки; следует начать применение препарата как можно скорее после трансплантации.

Трансплантация печени

Рекомендуемая начальная доза препарата для пациентов с трансплантатом печени составляет 1 мг 2 раза в сутки, терапию начинают примерно через 4 недели после трансплантации.

Суточную дозу эверолимуса всегда разделяют на 2 приема; препарат принимают или всегда с пищей, или всегда без нее. Эверолимус-АМЕДАРТ принимают в одно и то же время с циклоспорином в форме микроэмульсии или такролимусом. Может потребоваться коррекция режима дозирования эверолимуса с учетом достигнутых концентраций в плазме крови, переносимости, индивидуального ответа на лечение, изменений сопутствующей медикаментозной терапии и клинической ситуации. Коррекцию режима дозирования можно проводить с интервалами 4–5 дней.

Особые группы пациентов

Представители негроидной расы

Частота случаев развития острого отторжения трансплантата почки, подтвержденного биопсией, была выше у представителей негроидной расы по сравнению с пациентами в общей популяции. Согласно имеющейся ограниченной информации представителям негроидной расы может потребоваться более высокая доза эверолимуса для достижения такого же эффекта, как у остальных пациентов, получающих препарат в рекомендуемых для взрослых дозах. Имеющихся в настоящее время данных по эффективности и безопасности недостаточно для предоставления специфических рекомендаций по применению эверолимуса у представителей негроидной расы.

Пациенты пожилого возраста (≥ 65 лет)

Клинический опыт применения эверолимуса у пациентов в возрасте ≥ 65 лет ограничен. Тем не менее, явных различий фармакокинетики эверолимуса у пациентов в возрасте $\geq 65 - 70$ лет по сравнению с более молодыми взрослыми пациентами не отмечалось (см. раздел 5).

Пациенты с нарушением функции почек

У пациентов с нарушениями функции почек коррекция дозы не требуется.

Пациенты с нарушениями функции печени

У пациентов с нарушением функции печени следует тщательно контролировать C_0 эверолимуса в цельной крови. У пациентов с нарушением функции печени легкой степени (класс А по классификации Чайлд-Пью) дозу эверолимуса следует уменьшить приблизительно до $2/3$ по сравнению со стандартной дозой. У пациентов с нарушением функции печени средней тяжести (класс В по классификации Чайлд-Пью) доза эверолимуса должна быть уменьшена приблизительно в 2 раза. У пациентов с нарушением функции печени тяжелой степени (класс С по классификации Чайлд-Пью) дозу эверолимуса следует уменьшить приблизительно до $1/3$. Дальнейший подбор дозы проводят, основываясь на данных терапевтического мониторинга.

В таблице 1 представлены рекомендации по уменьшению дозы для пациентов с нарушением функции печени, округленные до ближайшей дозировки таблеток.

Таблица 1. Уменьшение дозы эверолимуса у пациентов с нарушениями функции печени

	Нормальная функция печени	Нарушение функции печени легкой степени (Чайлд-Пью А)	Нарушение функции печени средней степени (Чайлд-Пью В)	Нарушение функции печени тяжелой степени (Чайлд-Пью С)
Трансплантация почки и сердца	0,75 мг 2 раза в день	0,5 мг 2 раза в день	0,5 мг 2 раза в день	0,25 мг 2 раза в день
Трансплантация печени	1 мг 2 раза в день	0,75 мг 2 раза в день	0,5 мг 2 раза в день	0,5 мг 2 раза в день

Терапевтический мониторинг

Эверолимус обладает узким терапевтическим диапазоном, что может требовать коррекции режима дозирования для поддержания терапевтического ответа. Рекомендован регулярный контроль концентрации эверолимуса в цельной крови. На основании анализа зависимости эффективности и безопасности от экспозиции установлено, что при $C_0 \geq 3,0$ нг/мл частота подтвержденного биопсией острого отторжения трансплантата почек, сердца и печени была ниже, чем у пациентов с $C_0 < 3,0$ нг/мл. Рекомендуемый верхний предел диапазона терапевтической концентрации эверолимуса составляет 8 нг/мл. Не изучена концентрация > 12 нг/мл. Указанные границы терапевтического диапазона концентрации определяли с использованием метода хроматографии.

Особенно важно контролировать концентрацию уровня эверолимуса в крови у пациентов с нарушением функции печени при одновременном применении мощных индукторов и/или ингибиторов изофермента CYP3A4, при переходе на другую лекарственную форму препарата и/или при значительном уменьшении дозы циклоспорина. Концентрация эверолимуса в крови может быть несколько ниже при приеме препарата в форме диспергируемых таблеток.

Оптимально корректировать дозу препарата исходя из его концентрации в крови через $> 4-5$ дней после предыдущей коррекции дозы. Вследствие взаимодействия возможно снижение концентрации эверолимуса в крови после значительного снижения дозы циклоспорина (например, при $C_0 < 50$ нг/мл).

Коррекция режима дозирования циклоспорина в комбинированной терапии с эверолимусом у пациентов после трансплантации почки

Не следует применять длительную комбинированную терапию препаратом с полной дозой циклоспорина. У реципиентов почки, получавших лечение эверолимусом, уменьшение экспозиции циклоспорина приводит к улучшению функции почек. Снижение дозы циклоспорина следует начинать непосредственно после трансплантации в пределах указанного ниже рекомендованного диапазона концентрации у пациентов, получающих эверолимус.

Таблица 2. Рекомендованный диапазон C_0 концентрации циклоспорина у реципиентов почки, получающих эверолимус

	Месяц 1	Месяц 2-3	Месяц 4-5	Месяц 6-12
Целевой диапазон C_0 концентрации циклоспорина, нг/мл	100–200	75–150	50–100	25–50

Перед снижением дозы циклоспорина необходимо убедиться, что равновесная C_0 эверолимуса в крови равна или выше 3 нг/мл.

Ограничены данные по применению эверолимуса в поддерживающей фазе у реципиентов почки в комбинации с циклоспорином при его $C_0 < 50$ нг/мл или C_2 (концентрация в крови через 2 часа после приема очередной дозы) < 350 нг/мл.

При индивидуальной непереносимости сниженной экспозиции циклоспорина следует пересмотреть возможность дальнейшего применения эверолимуса.

Коррекция режима дозирования циклоспорина в комбинированной терапии с эверолимусом у пациентов после трансплантации сердца

У реципиентов сердца в поддерживающей фазе следует снижать дозу циклоспорина, исходя из переносимости, через месяц после трансплантации с целью улучшения функции почек. При прогрессировании нарушения функции почек или при уменьшении КК < 60 мл/мин необходима коррекция режима терапии.

Коррекцию режима дозирования циклоспорина у пациентов, получающих эверолимус, следует проводить в пределах указанного ниже рекомендованного диапазона концентрации на основании данных, полученных в клинических исследованиях.

Таблица 3. Рекомендованный диапазон C_0 концентрации циклоспорина у реципиентов сердца, получающих эверолимус

	Месяц 1	Месяц 2	Месяц 3–4	Месяц 5–6	Месяц 7–12
Целевой диапазон C_0 концентрации циклоспорина, нг/мл	200–350	150–250	100–200	75–150	50–100

Перед снижением дозы циклоспорина необходимо удостовериться, что равновесная C_0 эверолимуса в крови равна или выше 3 нг/мл.

Ограничены данные по применению эверолимуса у реципиентов сердца в комбинации с циклоспорином при его C_0 50–100 нг/мл после 12 месяцев терапии.

При индивидуальной непереносимости сниженной экспозиции циклоспорина следует пересмотреть возможность дальнейшего применения эверолимуса.

Коррекция режима дозирования такролимуса в комбинированной терапии с эверолимусом у пациентов после трансплантации печени

У пациентов после трансплантации печени следует снижать дозу такролимуса с целью минимизировать токсическое влияние ингибиторов кальциневрина на почки. Снижение дозы такролимуса следует начинать примерно через 3 недели после начала комбинированной терапии с эверолимусом до достижения в крови целевой C_0 такролимуса в пределах 3–5 нг/мл. В контролируемом клиническом исследовании полная отмена

терапии такролимусом ассоциировалась с увеличением риска острого отторжения трансплантата.

Терапия эверолимусом в комбинации с полной дозой такролимуса в контролируемых клинических исследованиях не изучена.

Дети

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

Способ применения

Для приема внутрь.

Препарат принимают внутрь. Таблетки следует принимать целиком, не дробить перед использованием; запивать стаканом воды.

Суточную дозу эверолимуса всегда разделяют на 2 приема; препарат принимают или всегда с пищей, или всегда без нее. Эверолимус-АМЕДАРТ принимают в одно и то же время с циклоспорином в форме микроэмульсии или такролимусом.

4.3. Противопоказания

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

4.4. Особые указания и меры предосторожности при применении

Лекарственный препарат необходимо применять с осторожностью при следующих состояниях:

- Нарушение функции печени.
- Одновременное применение с другими лекарственными средствами, оказывающими отрицательное влияние на функцию почек.
- Индукционная терапия тимоглобулином (кроличий антитромбоцитарный глобулин) и схема иммуносупрессии эверолимус/циклоспорин/глюкокортикостероиды.
- Одновременное применение с субстратами изофермента CYP3A4 с узким терапевтическим диапазоном (например, пимозид, терфенадин, астемизол, цизаприд, хинидин или производные алкалоидов спорыньи).
- Не рекомендовано одновременное применение с мощными ингибиторами или индукторами изофермента CYP3A4 (например, кетоконазол, итраконазол, вориконазол, кларитромицин, телитромицин, ритонавир и/или рифампицин, рифабутин).

Контроль иммуносупрессии

Данные о применении препарата без ингибиторов кальциневрина (циклоспорин или такролимус) ограничены. У пациентов, которые прекратили прием ингибиторов кальциневрина, отмечено увеличение риска развития острого отторжения трансплантата

по сравнению с теми, кто продолжил прием указанных препаратов. В клинических исследованиях эверолимус применяли в комбинации с циклоспорином в форме микроэмульсии, или с такролимусом, базиликсимабом и глюкокортикостероидами. Применение препарата с иными иммуносупрессантами изучено недостаточно. Применение препарата у пациентов с высоким иммунологическим риском изучено недостаточно.

Комбинированная терапия с индукцией тимоглобулином

Следует соблюдать осторожность при индукции тимоглобулином (кроличий анти timoцитарный глобулин) и комбинированным режимом иммуносупрессии эверолимус/циклоспорин/глюкокортикостероид. В клиническом исследовании у подгруппы реципиентов сердца, получавших индукционную терапию кроличьим анти timoцитарным глобулином в комбинации с эверолимусом, циклоспорином и глюкокортикостероидом отмечено увеличение частоты развития серьезных инфекций в первые три месяца после трансплантации. Отмечена также ассоциация данного явления с увеличением смертности у пациентов, которым перед проведением трансплантации требовалась госпитализация или устройство для вспомогательного кровообращения, предположительно в связи с тем, что данные пациенты более уязвимы при проведении интенсивной иммуносупрессии.

Серьезные и оппортунистические инфекции

Пациенты, получающие иммуносупрессивные препараты, в том числе эверолимус, входят в группу риска развития инфекций, в особенности вызываемых оппортунистическими патогенами (бактериями, грибами, вирусами, простейшими). У пациентов, получавших терапию препаратом, получены сообщения о развитии инфекций и сепсиса с летальным исходом. К оппортунистическим инфекциям, которым могут быть наиболее подвержены пациенты, получающие иммуносупрессивную терапию, относится полиомавирусная инфекция с возможным развитием ВК вирус-ассоциированной нефропатии, приводящей к отторжению трансплантата почки, и потенциально фатальной JC вирус-ассоциированной прогрессирующей множественной лейкоэнцефалопатии (ПМЛ). Эти инфекции, зачастую обусловленные общим комплексом иммуносупрессии, следует учитывать при дифференциальной диагностике в случае ухудшения функции пересаженной почки и при развитии неврологической симптоматики. В клинических исследованиях рекомендовали проведение профилактики развития пневмонии, вызванной *Pneumocystis jiroveci* (*carini*) цитомегаловирусной инфекции после трансплантации, в особенности у пациентов с повышенным риском развития оппортунистических инфекций.

Нарушение функции печени

У пациентов с нарушением функции печени следует тщательно контролировать C_0 концентрацию эверолимуса в цельной крови и корректировать его дозу.

Взаимодействие с мощными ингибиторами и индукторами изофермента CYP3A4

Не рекомендовано одновременное применение препарата с мощными ингибиторами изофермента CYP3A4 (например, кетоконазол, итраконазол, вориконазол, кларитромицин, телитромицин, ритонавир) и индукторами (например, рифампицин, рифабутин), за исключением тех случаев, когда ожидаемая польза такой терапии превышает потенциальный риск.

Рекомендуется контролировать концентрацию эверолимуса в цельной крови при одновременном применении с индукторами или ингибиторами изофермента CYP3A4 и после их отмены.

Лимфомы и другие новообразования

У пациентов, получающих терапию иммуносупрессивными средствами, включая эверолимус, повышается риск развития лимфом и других злокачественных заболеваний, особенно кожи. Абсолютный риск связан скорее с длительностью и интенсивностью иммуносупрессии, чем с использованием конкретного препарата. Следует регулярно контролировать состояние пациентов для выявления кожных новообразований. Пациентам следует рекомендовать сведение к минимуму воздействие ультрафиолетового излучения, солнечного света и использовать соответствующие солнцезащитные средства.

Гиперлипидемия

Одновременное применение эверолимуса с циклоспорином в форме микроэмульсии или такролимусом у пациентов после трансплантации ассоциировалось с повышением концентрации холестерина и триглицеридов в сыворотке крови, которые требовали соответствующего лечения. Пациентов, получающих эверолимус, следует наблюдать с целью выявления гиперлипидемии; при необходимости проводить лечение гиполипидемическими средствами и рекомендовать соответствующую диету. Необходимо оценить соотношение риск/польза для пациентов, у которых выявлена гиперлипидемия до начала терапии иммуносупрессивными средствами, включая эверолимус. Также следует оценить соотношение риск/польза продолжения терапии эверолимусом у пациентов с тяжелой рефрактерной гиперлипидемией. Пациентов, получающих ингибиторы ГМГ-КоА-редуктазы и/или фибраты, следует наблюдать на предмет развития рабдомиолиза и других нежелательных явлений, указанных в инструкции по применению вышеуказанных лекарственных средств.

Ангионевротический отек

Применение эверолимуса ассоциировалось с развитием ангионевротического отека. В подавляющем большинстве таких случаев пациенты одновременно получали ингибиторы АПФ.

Нарушение функции почек, индуцированное эверолимусом и ингибиторами кальциневрина

Применение эверолимуса у реципиентов сердца или почки с полной дозой ингибитора кальциневрина приводит к увеличению риска развития нарушения функции почек. Во избежание развития нарушения функции почек эверолимус следует применять со сниженной дозой ингибитора кальциневрина. При повышении концентрации креатинина сыворотки крови следует рассмотреть возможность коррекции режима иммуносупрессии, в особенности – уменьшение дозы ингибитора кальциневрина.

В клиническом исследовании у реципиентов печени применение эверолимуса в сочетании со сниженной экспозицией такролимуса не приводило к ухудшению функции почек по сравнению со стандартной экспозицией такролимуса.

У всех пациентов следует регулярно контролировать функцию почек. Следует соблюдать осторожность при применении препарата одновременно с другими лекарственными средствами, которые могут ухудшать функцию почек.

Протеинурия

Применение эверолимуса одновременно с ингибиторами кальциневрина у пациентов после трансплантации ассоциировалось с усугублением протеинурии. У реципиентов почки с уже существующей протеинурией легкой степени, получающих поддерживающую иммуносупрессивную терапию с ингибитором кальциневрина, зарегистрированы случаи усугубления протеинурии при замене ингибитора кальциневрина эверолимусом. Явление было обратимо при отмене препарата и возобновлении терапии ингибитором кальциневрина. Риск развития протеинурии пропорционален концентрации эверолимуса в сыворотке крови. Безопасность и эффективность перехода с ингибитора кальциневрина на эверолимус у данного контингента пациентов не установлена. У пациентов, получающих эверолимус, следует контролировать степень протеинурии.

Тромбоз сосудов трансплантированной почки

Получены сообщения об увеличении риска развития артериального и венозного тромбоза трансплантированной почки, приводящего к потере трансплантата, преимущественно в первые 30 дней после трансплантации.

Осложненное заживление ран

Эверолимус, как и другие ингибиторы m-TOR, может ухудшать процесс заживления ран, приводить к возникновению посттрансплантационных осложнений, требующих хирургического вмешательства: расхождение краев раны, скопление экссудата,

инфицирование раны. Лимфоцеле является наиболее распространенным из таких осложнений у реципиентов почки, к которому более склонны пациенты с избыточной массой тела. У пациентов после трансплантации сердца возможно развитие выпота в полость перикарда и плевры. У пациентов после трансплантации печени повышена частота развития послеоперационных грыж.

Тромботические микроангиопатии

Одновременное применение эверолимуса с ингибитором кальциневрина может увеличивать риск развития гемолитического уремического синдрома, тромбоцитопенической пурпуры, тромботической микроангиопатии, индуцированных ингибитором кальциневрина.

Интерстициальная болезнь легких / неинфекционный пневмонит

Существуют данные о развитии интерстициальной болезни легких (интрапаренхиматозного воспаления (пневмонита), а также фиброза неинфекционной этиологии, сопровождавшихся в некоторых случаях летальным исходом) среди пациентов, получающих лечение препаратами рапамицина и его производных, в т.ч. эверолимусом.

У пациентов с постоянно сохраняющейся клинической картиной пневмонии при неэффективности антибактериальной терапии и исключении инфекционных, неопластических и других, не связанных с применением лекарственных средств, процессов, следует заподозрить интерстициальное поражение легких. Как правило, состояние разрешается самостоятельно после прекращения приема эверолимуса и/или добавления к терапии глюкокортикостероидов.

Впервые выявленный сахарный диабет

На фоне применения эверолимуса повышается риск возникновения впервые диагностированного сахарного диабета после трансплантации. В связи с вышесказанным, следует тщательно контролировать концентрацию глюкозы в сыворотке крови.

Мужское бесплодие

В литературе упоминались случаи развития обратимой азооспермии и олигоспермии у пациентов, получавших терапию ингибиторами m-TOR. Поскольку в доклинических исследованиях показано, что эверолимус может ингибировать сперматогенез, следует учитывать риск развития мужского бесплодия при длительной терапии эверолимусом.

Вспомогательные вещества

Пациентам с редко встречающейся наследственной непереносимостью галактозы, дефицитом лактазы лопарей или глюкозо-галактозной мальабсорбцией не следует принимать этот препарат.

4.5. Взаимодействие с другими лекарственными препаратами и другие виды взаимодействия

Эверолимус метаболизируется главным образом в печени и в некоторой степени в кишечной стенке при участии изофермента CYP3A4. Также эверолимус является субстратом для белка-переносчика Р-гликопротеина. Следовательно, на абсорбцию и последующую элиминацию системно абсорбировавшегося эверолимуса могут оказывать влияние препараты, взаимодействующие с изоферментом CYP3A4 и/или Р-гликопротеином.

Выявленные нежелательные взаимодействия (одновременное применение не рекомендуется)

Рифампицин (индуктор изофермента CYP3A4)

После приема многократных доз рифампицина с последующей однократной дозой эверолимуса у здоровых добровольцев наблюдалось почти 3-кратное повышение клиренса эверолимуса, уменьшение $C_{\max}$ на 58 % и AUC – на 63 %. Одновременное применение эверолимуса с рифампицином не рекомендуется.

Кетоконазол (ингибитор изофермента CYP3A4)

После приема многократных доз кетоконазола с последующей однократной дозой эверолимуса у здоровых добровольцев наблюдалось увеличение $C_{\max}$ эверолимуса почти в 4 раза, а AUC – в 15 раз.

Ожидаемые нежелательные взаимодействия (одновременное применение не рекомендуется)

Одновременное применение эверолимуса с мощными ингибиторами или индукторами изофермента CYP3A4 не рекомендуется (например, итраконазол, вориконазол, кларитромицин, телитромицин, ритонавир, рифабутин).

Лекарственные взаимодействия, которые следует учитывать при одновременном применении

Препараты, влияющие на действие эверолимуса

Циклоспорин (ингибитор изофермента CYP3A4/Р-гликопротеина)

Биодоступность эверолимуса значительно увеличивалась при одновременном применении циклоспорина. В исследовании однократной дозы у здоровых добровольцев циклоспорин в виде микроэмульсии увеличивал AUC эверолимуса на 168 % (46 – 365 %) и $C_{\max}$ – на 82 % (25 – 158 %) по сравнению с применением только одного эверолимуса. При изменении дозы циклоспорина может потребоваться коррекция режима дозирования эверолимуса.

Эритромицин (ингибитор изофермента CYP3A4)

После приема многократных доз эритромицина с последующей однократной дозой эверолимуса у здоровых добровольцев наблюдалось увеличение $C_{\max}$ эверолимуса в 2 раза, и AUC в 4,5 раз.

Верапамил (ингибитор изофермента CYP3A4)

После приема многократных доз верапамила с последующей однократной дозой эверолимуса, у здоровых добровольцев $C_{\max}$ эверолимуса возрастала в 2,3 раза, а AUC – в 3,5 раз.

Влияние эверолимуса на действие одновременно применяемых препаратов

Циклоспорин

Клиническая значимость влияния эверолимуса на фармакокинетику циклоспорина минимальна у пациентов с трансплантантом почки и сердца, получающих циклоспорин в форме микроэмульсии.

Октреотид

При одновременном применении эверолимуса и октреотида $C_{\min}$ последнего увеличивалась со средним геометрическим отношением (эверолимус к плацебо) в 1,47 раз.

Аторвастатин (субстрат изофермента CYP3A4) и правастатин (субстрат Р-гликопротеина)

При приеме однократной дозы препарата с аторвастатином или правастатином у здоровых добровольцев не отмечено клинически значимого влияния на фармакокинетику аторвастатина, правастатина и эверолимуса, так же, как и на общую биореактивность ГМГ-КоА-редуктазы в плазме. Однако, эти результаты не могут быть экстраполированы на другие ингибиторы ГМГ-КоА-редуктазы. Пациентов, получающих ингибиторы ГМГ-КоА-редуктазы, следует наблюдать на предмет развития рабдомиолиза и других нежелательных явлений в соответствии с инструкциями по применению вышеуказанных средств.

Мидазолам (субстрат изофермента CYP3A4A)

В перекрестном исследовании лекарственного взаимодействия с фиксированной последовательностью приема с двумя периодами 25 здоровых добровольцев получали 4 мг мидазолама однократно внутрь в первом периоде; во втором периоде добровольцы принимали эверолимус 1 раз в сутки в дозе 10 мг в течение 5 дней, а также 4 мг мидазолама однократно с последующей дозой эверолимуса. $C_{\max}$ мидазолама увеличивалась в 1,25 раз (90 % ДИ, 1,14 – 1,37), AUC (терминальной) мидазолама – в 1,3 раза (1,22 – 1,39). Период полувыведения мидазолама не изменялся. В результате исследования показано, что мидазолам является слабым ингибитором изофермента CYP3A4.

Ожидаемые лекарственные взаимодействия, которые следует учитывать при одновременном применении

Препараты, влияющие на активность эверолимуса

Умеренные индукторы изофермента CYP3A4

Умеренные индукторы изофермента CYP3A4 могут повышать метаболизм эверолимуса и уменьшать концентрации эверолимуса в крови (например, Зверобой продырявленный; *противосудорожные средства*: карбамазепин, фенobarбитал, фенитоин; *противовирусные средства (ингибиторы протеазы)*, в том числе для лечения ВИЧ-инфекции: эфавиренз, невирапин).

Умеренные ингибиторы изофермента CYP3A4

Умеренные ингибиторы изофермента CYP3A4 и Р-гликопротеина могут повышать концентрацию эверолимуса в крови (например, *противогрибковые средства* – флуконазол; *блокаторы «медленных» кальциевых каналов* – нифедипин, дилтиазем; *противовирусные средства*, в том числе для лечения ВИЧ-инфекции: нелфинавир, индинавир, ампренавир).

Ингибиторы Р-гликопротеина

Ингибиторы Р-гликопротеина могут снизить высвобождение эверолимуса из кишечных клеток и повысить концентрацию эверолимуса в сыворотке.

Изоферменты CYP3A4 и CYP2D6

In vitro эверолимус являлся конкурентным ингибитором изоферментов CYP3A4 и CYP2D6, потенциально увеличивающим концентрации в плазме препаратов, выводящихся при участии этих изоферментов. Таким образом, следует соблюдать осторожность при одновременном применении эверолимуса с субстратами изоферментов CYP3A4 (например, пимозид, терфенадин, астемизол, цизаприд, хинидин или производные алкалоидов спорыньи) и CYP2D6, имеющими узкий терапевтический диапазон.

Такролимус (ингибитор изофермента CYP3A4)

Такролимус ингибирует только CYP3A4, не влияя на активность Р-гликопротеина, и, таким образом, не оказывает клинически значимого влияния на фармакокинетику эверолимуса.

Другое возможное взаимодействие

Грейпфрут и грейпфрутовый сок влияют на активность цитохрома Р450 и Р-гликопротеина, поэтому следует избегать их употребления на фоне применения эверолимуса.

Вакцинация

Иммунодепрессанты могут оказывать влияние на ответ при вакцинации; на фоне лечения препаратом вакцинация может быть менее эффективной. Следует избегать использования живых вакцин.

4.6. Фертильность, беременность и лактация

Женщины с детородным потенциалом (контрацепция у мужчин и женщин)

Пациенткам с сохранным репродуктивным потенциалом следует рекомендовать применять надежные методы контрацепции в период лечения эверолимусом и в течение 8 недель после окончания терапии.

Беременность

Резюме рисков

Достаточных данных по применению эверолимуса у беременных женщин нет. В доклинических исследованиях показано наличие репродуктивной токсичности, включая эмбриотоксичность и фетотоксичность. Неизвестно, существует ли потенциальный риск для человека. Не следует применять препарат у беременных женщин, за исключением тех случаев, когда ожидаемая польза от терапии превышает потенциальный риск для плода.

Данные доклинических исследований

У крыс эверолимус проникал через плаценту и оказывал токсическое влияние на оплодотворенную яйцеклетку. Эмбрио- и фетотоксичность проявлялась увеличением смертности, уменьшением массы тела плода и увеличением частоты возникновения вариантов развития скелета и скелетных мальформаций при системной экспозиции эверолимуса, ниже целевой терапевтической для человека. У кроликов эмбриотоксичность проявлялась увеличением частоты поздней резорбции плода при системной экспозиции сравнимой с таковой для человека.

Лактация

Неизвестно, выделяется ли эверолимус с грудным молоком у человека. В экспериментальных исследованиях было показано, что эверолимус и/или его метаболиты быстро проникали в молоко лактирующих крыс. Поэтому женщинам, получающим эверолимус, не следует кормить грудью.

Фертильность

В литературных источниках сообщалось о развитии обратимой азооспермии и олигоспермии у пациентов, получавших терапию препаратами ингибиторами m-TOR (см. раздел 4.4.).

В исследованиях у крыс не отмечено влияния на фертильность у самок.

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

Исследования влияния эверолимуса на способность к управлению транспортными средствами и работе с механизмами не проводились.

4.8. Нежелательные реакции

Резюме профиля безопасности

Комбинированная терапия эверолимусом с циклоспорином в форме микроэмульсии изучена в 5 клинических исследованиях у 2497 реципиентов почки (в двух из которых контрольная группа также получала эверолимус) и 3 клинических исследованиях у 1538 реципиентов сердца. У 719 реципиентов печени в 1 клиническом исследовании эверолимус применяли в сочетании с такролимусом. Обобщенный профиль безопасности в данном исследовании не отличался от ранее полученных и ожидаемых результатов при терапии продолжительностью до 36 месяцев (реципиенты печени).

Частота нежелательных явлений (НЯ) может зависеть от степени и продолжительности режима иммуносупрессии. В клинических исследованиях повышение концентрации креатинина в сыворотке крови отмечалось чаще при применении препарата в комбинации с полной дозой циклоспорина в форме микроэмульсии по сравнению с контрольной группой. В клинических исследованиях частота, а также среднее и срединное значение повышения концентрации креатинина в сыворотке крови было ниже при применении эверолимуса в комбинации со сниженной дозой циклоспорина в форме микроэмульсии.

Общий профиль безопасности препарата в клинических исследованиях при его применении в сочетании со сниженной дозой циклоспорина в форме микроэмульсии был сопоставим с результатами клинических исследований, где пациенты получали его с полной дозой циклоспорина (за исключением повышения концентрации креатинина в группе, где пациенты получали эверолимус с полной дозой циклоспорина). Однако, частота НЯ была ниже при применении циклоспорина в сниженной дозе. При наблюдении в течение минимум 1 года в контролируемых клинических исследованиях у 3,1 % из 3256 пациентов, получавших препарат в комбинации с другими иммуносупрессантами, зарегистрировано развитие злокачественных новообразований, при этом 1,0 % составляли новообразования кожи и 0,6 % - лимфомы или лимфопролиферативные заболевания.

Ниже указаны нежелательные реакции (НР), выявленные при анализе данных о явлениях, зарегистрированных в течение 12 месяцев, в многоцентровых рандомизированных контролируемых клинических исследованиях эверолимуса в комбинации с ингибиторами кальциневрина и глюкокортикостероидами у пациентов после трансплантации. Все указанные исследования включали группы пациентов, получавших стандартную терапию на основе ингибиторов кальциневрина без эверолимуса.

Ниже перечислены НР, возможно или вероятно имеющие связь с применением эверолимуса, по данным клинических исследований III фазы. За исключением некоторых случаев (отмечены отдельно) для всех нарушений указана частота развития, зарегистрированная у пациентов, получавших терапию эверолимусом в клинических исследованиях III фазы (по сравнению с контрольной группой, получавшей стандартные

режимы иммуносупрессии), дополнительно может быть указана частота для препарата контроля, в случае, если нарушение известно, как характерное для такого препарата (например, в исследованиях у реципиентов сердца и почки). За исключением некоторых случаев (отмечены отдельно) профиль НР был относительно схожим у пациентов по всем показаниям к применению.

Резюме нежелательных реакций

Нежелательные лекарственные реакции (НЛР) сгруппированы в соответствии с классификацией органов и систем MedDRA. В пределах каждого класса НЛР перечислены в порядке уменьшения частоты. Для определения частоты использованы следующие критерии: 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 ($< 1/10000$), частота неизвестна (на основании имеющихся данных оценить невозможно). Для НЛР, выявленных путем спонтанных сообщений и опубликованных в литературных источниках в ходе пострегистрационного наблюдения, указано «частота неизвестна», т.к. достоверно определить частоту их развития не представляется возможным.

Инфекции и инвазии: очень часто – инфекции (бактериальные, вирусные и грибковые), инфекции нижних дыхательных путей (в т.ч. пневмония)¹, инфекции верхних дыхательных путей, инфекции мочевыводящих путей²; часто – сепсис, раневая инфекция.

Доброкачественные, злокачественные и неуточненные новообразования (включая кисты и полипы): часто – злокачественные или неуточненные новообразования, злокачественные или неуточненные новообразования кожи; нечасто – лимфомы/посттрансплантационный лимфопролиферативный синдром.

Нарушения со стороны крови и лимфатической системы: очень часто – анемия/эритроцитопения, лейкопения, тромбоцитопения; часто – панцитопения, тромботическая микроангиопатия (в т.ч. тромботическая тромбоцитопеническая пурпура/гемолитический уремический синдром).

Эндокринные нарушения: нечасто – гипогонадизм у мужчин (снижение концентрации тестостерона, повышение концентрации фолликулостимулирующего гормона (ФСГ) и лютеинизирующего гормона (ЛГ)).

Нарушения метаболизма и питания: очень часто – гиперлипидемия (холестерин, триглицериды), впервые выявленный сахарный диабет, гипокалиемия.

Психические нарушения: очень часто – бессонница, тревожность.

Нарушения со стороны нервной системы: очень часто – головная боль.

Нарушения со стороны сердца: очень часто – выпот в полость перикарда³; часто – тахикардия.

Нарушения со стороны сосудов: очень часто – артериальная гипертензия, венозный тромбоз; часто – носовое кровотечение, лимфоцеле⁴, тромбоз сосудов трансплантированной почки; частота неизвестна – лейкоцитокластический васкулит.

Нарушения со стороны дыхательной системы, органов грудной клетки и средостения: очень часто – выпот в полость плевры¹, кашель¹, одышка¹; нечасто – интерстициальная болезнь легких⁵; частота неизвестна – легочный альвеолярный протеиноз.

Желудочно-кишечные нарушения: очень часто – диарея, тошнота, рвота, боль в животе; часто – боль в области ротоглотки, панкреатит, стоматит/изъязвление слизистой оболочки полости рта.

Нарушения со стороны печени и желчевыводящих путей: нечасто – гепатит неинфекционной этиологии, желтуха.

Нарушения со стороны кожи и подкожных тканей: часто – ангионевротический отек⁶, акне, сыпь; частота неизвестна – эритродермия.

Нарушения со стороны мышечной, скелетной и соединительной ткани: часто – миалгия, артралгия.

Нарушения со стороны почек и мочевыводящих путей: часто – протеинурия², некроз почечных канальцев⁷.

Нарушения со стороны репродуктивной системы и молочных желез: часто – эректильная дисфункция; частота неизвестна – киста яичника.

Общие нарушения и реакции в месте введения: очень часто – боль, лихорадка, периферические отеки, замедление репаративных процессов; часто – послеоперационная грыжа.

Лабораторные и инструментальные данные: часто – повышение активности ферментов печени^{4,8} (аланинаминотрансферазы (АЛТ), аспартатаминотрансферазы (АСТ), гамма-глутамилтрансферазы (ГГТ)).

Ссылки:

- 1 – встречается часто при трансплантации почек и печени.
- 2 – встречается часто при трансплантации сердца и печени.
- 3 – встречается часто при трансплантации сердца.
- 4 – встречается часто при трансплантации почек и сердца.
- 5 – по результатам широкого поиска в базе данных безопасности по стандартному MedDRA запросу по термину «интерстициальная болезнь легких», данные явления также включали случаи, в т.ч. обусловленные сопутствующими явлениями, например, инфекциями. Категория частоты присвоена после медицинской оценки.

- 6 – в основном у пациентов, получающих лечение ингибиторами ангиотензинпревращающего фермента (АПФ).
- 7 – встречается часто при трансплантации почек.
- 8 – увеличение активности АСТ, АЛТ, ГГТ – указана частота явления «отклонение от нормы показателя функции печени» по данным исследований.

При применении рифампицина и его производных, включая эверолимус, отмечались случаи интерстициальной болезни легких, включая воспаление паренхимы легких (пневмонит) и/или фиброз легких неинфекционной этиологии, в некоторых случаях с летальным исходом. В большинстве случаев после отмены терапии эверолимусом и/или применения глюкокортикостероидов отмечалось разрешение указанных состояний.

Если любые из указанных в инструкции побочных эффектов усугубляются, или Вы заметили любые другие побочные эффекты, не указанные в инструкции, сообщите об этом врачу.

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

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

Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения (Росздравнадзор)

Телефон: +7 (800) 550-99-03

Электронная почта: pharm@roszdravnadzor.gov.ru

Сайт в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»:
www.roszdravnadzor.gov.ru

Республика Беларусь

220037, г. Минск, Товарищеский пер., 2а

Республиканское унитарное предприятие «Центр экспертиз и испытаний в здравоохранении»

Телефон: +375-17-242-00-29

Электронная почта: rcpl@rceth.by

Сайт в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»: <http://www.rceth.by>

Республика Армения

0051, Ереван, пр. Комитаса 49/5

«Научный Центр экспертизы лекарств и медицинских технологий им. Академика
Э. Габриеляна» АОЗТ

Телефон: +37410230896

Электронная почта: vigilance@pharm.am

Сайт в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»: www.pharm.am

Республика Казахстан

010000, г. Астана, район Байконур, ул. А. Иманова, 13 (БЦ «Нурсаулет 2»)

РГП на ПХВ «Национальный Центр экспертизы лекарственных средств и медицинских
изделий»

Телефон: +7 (7172) 23-51-35

Электронная почта: farm@dari.kz

Сайт в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»: www.ndda.kz

Кыргызская Республика

Департамент лекарственных средств и медицинских изделий при Министерстве
Кыргызской Республики

Адрес: 720044, г. Бишкек, ул. 3-я Линия, 25

Тел.: +996 (312) 21-92-86

Электронная почта: inspection@pharm.kg

Сайт в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»: <http://pharm.kg>

4.9. Передозировка

В экспериментальных исследованиях было показано, что эверолимус обладает низким потенциалом острой токсичности. После однократных доз 2000 мг/кг перорально не наблюдалось летальных исходов или тяжелой токсичности у мышей и крыс (контроль по диапазону значений).

Сообщения о случаях передозировки у человека очень ограничены. Имеется единственный факт случайного проглатывания 1,5 мг эверолимуса ребенком в возрасте 2 лет, при этом нежелательных явлений не наблюдалось. При однократном приеме внутрь в дозах вплоть до 25 мг у пациентов после трансплантации отмечалась приемлемая переносимость препарата. Во всех случаях передозировки следует начать проведение общих поддерживающих мероприятий.

5. ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА

5.1. Фармакодинамические свойства

Фармакотерапевтическая группа: иммунодепрессанты; селективные иммунодепрессанты.

Код АТХ: L04AA18.

Механизм действия

Эверолимус является ингибитором пролиферативного сигнала, препятствующий отторжению аллотрансплантата в моделях аллотрансплантации у грызунов и приматов. Оказывает иммуносупрессивный эффект путем ингибирования антиген-активированной пролиферации Т-клеток и, таким образом, клональной экспансии, вызываемой специфическими интерлейкинами Т-клеток, например, интерлейкином-2 и интерлейкином-15. Эверолимус ингибирует внутриклеточный сигнальный путь, который в норме приводит к клеточной пролиферации, запускаемой связыванием этих факторов роста Т-клеток с соответствующими рецепторами. Блокада этого сигнала эверолимусом приводит к остановке деления клеток на стадии G1 клеточного цикла.

На молекулярном уровне эверолимус образует комплекс с цитоплазматическим белком FKBP-12. В присутствии эверолимуса происходит ингибирование фосфорилирования p70 S6 киназы, стимулируемой фактором роста. Поскольку фосфорилирование p70 S6 киназы находится под контролем FRAP (так называемого m-TOR), эти данные позволяют предположить, что комплекс эверолимус-FKBP-12 связывается с FRAP. FRAP – это ключевой регуляторный белок, который управляет клеточным метаболизмом, ростом и пролиферацией; нарушение функции FRAP, таким образом, объясняет остановку клеточного цикла, вызываемую эверолимусом. Механизм действия эверолимуса отличается от циклоспорина. В доклинических моделях аллотрансплантации показана более высокая эффективность комбинации эверолимуса с циклоспорином, чем при изолированном использовании каждого из них.

Эффект эверолимуса не ограничивается влиянием на Т-клетки. Он ингибирует стимулируемую факторами роста пролиферацию как гемопоэтических, так и негемопоэтических клеток (например, клеток гладкой мускулатуры сосудов). Стимулируемая фактором роста пролиферация гладкомышечных клеток сосудов, которая запускается при повреждении эндотелиальных клеток и приводит к образованию неинтимы, играет ключевую роль в патогенезе хронического отторжения. В экспериментальных исследованиях показано ингибирование образования неинтимы у крыс с аллотрансплантатом аорты.

5.2. Фармакокинетические свойства

Абсорбция

После приема внутрь максимальная концентрация (C_{max}) достигается через 1–2 часа. У пациентов после трансплантации концентрация эверолимуса в крови пропорциональна

принятой дозе в диапазоне доз от 0,25 до 15 мг. По отношению площади под фармакокинетической кривой концентрация-время (AUC) относительная биодоступность диспергируемых таблеток по сравнению с обычными таблетками составляет 0,90 (90 % доверительный интервал (ДИ) 0,76–1,07).

Влияние пищи

$C_{\max}$ и AUC эверолимуса уменьшались на 60 % и на 16 %, соответственно, при приеме таблетированной лекарственной формы с очень жирной пищей. Чтобы свести к минимуму вариабельность, эверолимус следует принимать или только с пищей, или только без нее.

Распределение

Соотношение концентрации эверолимуса в крови и его концентрации в плазме находится в пределах от 17 % до 73 % и зависит от значений концентрации в диапазоне от 5 до 5000 нг/мл. У здоровых добровольцев и пациентов с нарушениями функции печени средней степени тяжести связывание с белками плазмы составляет приблизительно 74%. Объем распределения в конечной фазе (V_z/F) у пациентов после трансплантации почки, находящихся на поддерживающей терапии, составляет 342 ± 107 л.

Биотрансформация

Эверолимус является субстратом изофермента CYP3A4 и Р-гликопротеина (Р-ГП). После приема препарата внутрь в системном кровотоке определяется эверолимус и его шесть основных метаболитов, в т.ч. три моногидроксилированных метаболита, два продукта гидролиза с разорванным кольцом и фосфодиэтилхолиновый конъюгат эверолимуса. Эти метаболиты также определялись при изучении токсичности в исследованиях у животных, где активность была приблизительно в сто раз ниже исходного вещества. Таким образом, принято считать, что большая часть общей фармакологической активности эверолимуса обусловлена действием неизменного соединения.

Элиминация

После введения однократной дозы меченого радиоактивной меткой эверолимуса пациентам после трансплантации, получающим циклоспорин, большая часть (80 %) радиоактивности определялась в кале, небольшое количество (5 %) выделялось с мочой. Неизменное вещество не определялось ни в моче, ни в кале.

Фармакокинетика в равновесном состоянии

Фармакокинетика у реципиентов почки или сердца, получавших эверолимус 2 раза в день одновременно с циклоспорином в форме микроэмульсии, была сопоставима. Равновесное состояние достигалось на 4 день с кумуляцией в крови в концентрациях, которые в 2–3 раза превышали концентрацию в крови после приема первой дозы. Время достижения максимальной концентрации в крови ($T_{\max}$) составляет 1–2 часа. При применении в дозах

0,75 мг и 1,5 мг 2 раза в день средняя $C_{\max}$ эверолимуса составляет $11,1 \pm 4,6$ и $20,3 \pm 8,0$ нг/мл, средняя площадь под фармакокинетической кривой «концентрация – время» (AUC) – 75 ± 31 и 131 ± 59 нг*ч/мл соответственно. При применении в дозе 0,75 мг и 1,5 мг 2 раза в день концентрация эверолимуса в крови перед приемом очередной дозы ($C_{\min}$) составляет в среднем $4,1 \pm 2,1$ и $7,1 \pm 4,6$ нг/мл соответственно. Экспозиция эверолимуса остается стабильной в течение первого года после трансплантации. $C_{\min}$ в высокой степени коррелирует с AUC с коэффициентом 0,86–0,94. По результатам анализа популяционной фармакокинетики у пациентов после трансплантации клиренс после приема внутрь (CL/F) составляет 8,8 л/ч (межиндивидуальные колебания составляют 27 %), центральный объем распределения (Vc/F) составляет 110 л (межиндивидуальные колебания составляют 36 %). Остаточная вариабельность концентрации в крови составляет 31 %. Период полувыведения составляет 28 ± 7 ч.

Печеночная недостаточность

По сравнению с фармакокинетикой эверолимуса у здоровых добровольцев, при применении препарата у 6 пациентов с нарушением функции печени легкой степени (класс А по Чайлд-Пью) AUC эверолимуса увеличивается примерно в 1,6 раз; в двух отдельных группах пациентов (8 и 9 пациентов) с нарушениями функции печени средней степени тяжести (класс В по классификации Чайлд-Пью) средняя AUC была выше в 2,1 и 3,3 раз, у 6 пациентов с нарушениями функции печени тяжелой степени (класс С по классификации Чайлд-Пью) – средняя AUC была выше в 3,6 раз.

У пациентов с нарушением функции печени легкой, средней и тяжелой степени тяжести период полувыведения эверолимуса составлял соответственно 52, 59 и 78 часов. Увеличение периода полувыведения эверолимуса способствует отсроченному достижению равновесного состояния.

Почечная недостаточность

Посттрансплантационное нарушение функции почек (клиренс креатинина (КК) 11–107 мл/мин) не влияло на фармакокинетические параметры эверолимуса.

Другие особые группы пациентов

Взрослые пациенты

У взрослых пациентов в возрасте от 16 до 70 лет наблюдалось снижение клиренса после приема эверолимуса внутрь на 0,33 % в год. Коррекции дозы не требуется.

Раса/этническая принадлежность

По результатам анализа популяционной фармакокинетики клиренс эверолимуса после приема внутрь был выше у пациентов негроидной расы в среднем на 20 %.

Влияние экспозиции на эффективность

У реципиентов почки и сердца в течение 6 месяцев после трансплантации была выявлена связь между C_0 эверолимуса и частотой подтвержденного биопсией острого отторжения и тромбоцитопении. У реципиентов печени связь между C_0 эверолимуса и клиническими проявлениями менее определенная, однако, более высокая экспозиция эверолимуса не коррелирует с повышением частоты нежелательных явлений.

Таблица 4. Влияние экспозиции на эффективность эверолимуса у пациентов после трансплантации

Трансплантация почки					
C_0 (нг/мл)	$\leq 3,4$	3,5–4,5	4,6–5,7	5,8–7,7	7,8–15,0
Отсутствие отторжения	68 %	81 %	86 %	81 %	91 %
Тромбоцитопения ($< 100 \times 10^9/\text{л}$)	10 %	9 %	7 %	14 %	17 %
Трансплантация сердца					
C_0 (нг/мл)	$\leq 3,5$	3,6–5,3	5,4–7,3	7,4–10,2	10,3–21,8
Отсутствие отторжения	65 %	69 %	80 %	85 %	85 %
Тромбоцитопения ($< 75 \times 10^9/\text{л}$)	5 %	5 %	6 %	8 %	9 %
Трансплантация печени					
C_0 (нг/мл)	≤ 3	3–8		≥ 8	
Отсутствие отторжения	88 %	98 %		92 %	
Тромбоцитопения ($< 75 \times 10^9/\text{л}$)	35 %	13 %		18 %	
Нейтропения ($< 1,75 \times 10^9/\text{л}$)	70 %	31 %		44 %	

Дети

Клиренс эверолимуса (CL/F) повышался линейно с увеличением возраста (от 1 до 16 лет), площади поверхности тела ($0,49\text{--}1,92 \text{ м}^2$) и массы тела ($11\text{--}77 \text{ кг}$). В равновесном состоянии клиренс составлял $10,2 \pm 3,0 \text{ л/ч/м}^2$, период полувыведения – $30 \pm 11 \text{ ч}$. Девятнадцать *de novo* пациентов после трансплантации почки в возрасте от 1 года до 16 лет получали эверолимус в форме диспергируемых таблеток в дозе $0,8 \text{ мг/м}^2$ (максимально – $1,5 \text{ мг}$) 2 раза в сутки с циклоспорином в форме микроэмульсии. У этих пациентов AUC эверолимуса составляла $87 \pm 27 \text{ нг} \times \text{ч/мл}$, что соответствовало таковой у взрослых, получающих $0,75 \text{ мг}$ 2 раза в сутки. Базальная концентрация эверолимуса в равновесном состоянии (C_0 , перед приемом очередной дозы) составляла $4,4 \pm 1,7 \text{ нг/мл}$.

6. ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА

6.1. Перечень вспомогательных веществ

Бутилгидрокситолуол

Лактозы моногидрат

Гипромеллоза

Кросповидон

Магния стеарат

Лактоза безводная

6.2. Несовместимость

Неприменимо.

6.3. Срок годности (срок хранения)

3 года.

6.4. Особые меры предосторожности при хранении

В защищенном от света месте при температуре не выше 25 °С.

6.5. Характер и содержание первичной упаковки

По 50, 60, 100 или 250 таблеток в банку из полиэтилена высокой плотности с завинчивающимися крышками из полипропилена с осушителем или без него, с защитой от детей или без нее, с контролем первого вскрытия или без него.

По 1 банке вместе с листком-вкладышем помещают в пачку из картона.

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

Любые неиспользованные лекарственные средства или отходы должны быть утилизированы в соответствии с местными требованиями.

7. ДЕРЖАТЕЛЬ РЕГИСТРАЦИОННОГО УДОСТОВЕРЕНИЯ

Российская Федерация

ООО «АМЕДАРТ»

109316, г. Москва, Волгоградский проспект, д. 42, к. 24, этаж 2, ком. 11.1

Тел.: +7(495)-741-46-65

Факс: +7(495)-741-46-65

Адрес электронной почты: info@amedart.ru

7.1. Представитель держателя регистрационного удостоверения

Претензии потребителей направлять по адресу:

Российская Федерация

ООО «АМЕДАРТ»

109316, г. Москва, Волгоградский проспект, д. 42, к. 24, этаж 2, ком. 11.1

Тел.: +7(495)-741-46-65

Факс: +7(495)-741-46-65

Адрес электронной почты: info@amedart.ru

8. НОМЕР РЕГИСТРАЦИОННОГО УДОСТОВЕРЕНИЯ

9. ДАТА ПЕРВИЧНОЙ РЕГИСТРАЦИИ (ПОДТВЕРЖДЕНИЯ РЕГИСТРАЦИИ, ПЕРЕРЕГИСТРАЦИИ)

Дата первой регистрации:

10. ДАТА ПЕРЕСМОТРА ТЕКСТА

Общая характеристика лекарственного препарата Эверолимус-АМЕДАРТ доступна на информационном портале Евразийского экономического союза в информационно-коммуникационной сети «Интернет» <http://eec.eaeunion.org/>.