

УТВЕРЖДАЮ

Заместитель директора
Департамента лекарственных
средств и медицинских изделий при
Министерстве здравоохранения
Кыргызской Республики

Кысанов Т.А. 
« 04 » июня 2024 г.



ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЛЕКАРСТВЕННОГО ПРЕПАРАТА

1. НАИМЕНОВАНИЕ ЛЕКАРСТВЕННОГО ПРЕПАРАТА

Вифенд, 50 мг, таблетки, покрытые пленочной оболочкой

Вифенд, 200 мг, таблетки, покрытые пленочной оболочкой

2. КАЧЕСТВЕННЫЙ И КОЛИЧЕСТВЕННЫЙ СОСТАВ

Действующее вещество: вориконазол

Вифенд, 50 мг, таблетки, покрытые пленочной оболочкой

В каждой таблетке содержится вориконазола 50 мг.

Вифенд, 200 мг, таблетки, покрытые пленочной оболочкой

В каждой таблетке содержится вориконазола 200 мг.

Вспомогательные вещества, наличие которых надо учитывать в составе лекарственного препарата:

Вифенд, 50 мг, таблетки, покрытые пленочной оболочкой

Каждая таблетка содержит 63,42 мг лактозы моногидрата.

Вифенд, 200 мг, таблетки, покрытые пленочной оболочкой

Каждая таблетка содержит 253,675 мг лактозы моногидрата.

Полный список вспомогательных веществ приведен в разделе 6.1.

3. ЛЕКАРСТВЕННАЯ ФОРМА

Вифенд 50 мг, таблетки, покрытые пленочной оболочкой.

Описание:

Круглые двояковыпуклые таблетки, покрытые пленочной оболочкой, белого или почти белого цвета, с гравировкой «VOR50» на одной стороне и «Pfizer» - на другой стороне.

Вифенд 200 мг, таблетки, покрытые пленочной оболочкой.

Описание:

Продолговатые двояковыпуклые таблетки, покрытые пленочной оболочкой, белого или почти белого цвета, с гравировкой «VOR200» на одной стороне и «Pfizer» - на другой

стороне.

На поперечном срезе ядро таблеток имеет белый или почти белый цвет.

4. КЛИНИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ

4.1. Показания к применению

Вифенд — это противогрибковый препарат из группы триазолов, который обладает широким спектром действия и применяется у взрослых и детей в возрасте от 2 лет и старше по приведенным ниже показаниям:

- Лечение инвазивного аспергиллеза.
- Лечение кандидемии у пациентов без нейтропении.
- Лечение устойчивых к флуконазолу серьезных инвазивных инфекций, вызванных грибами рода *Candida* (в том числе *C. krusei*).
- Лечение тяжелых грибковых инфекций, вызванных грибами рода *Scedosporium* и рода *Fusarium*.
- Вифенд следует применять главным образом у пациентов с прогрессирующими и потенциально угрожающими жизни инфекциями.
- Профилактика инвазивных грибковых инфекций у пациентов, которым была выполнена аллогенная трансплантация гемопоэтических стволовых клеток (ТГСК), и у которых имеется высокий риск развития этих инфекций.

4.2. Режим дозирования и способ применения

Режим дозирования

При необходимости до начала и во время терапии вориконазолом следует выявлять и корректировать такие нарушения электролитного обмена, как гипокалиемия, гипомagneмизм и гипокальциемия (см. раздел 4.4).

Терапия

Взрослые пациенты

Терапию следует начинать с внутривенного введения или перорального приема установленной нагрузочной дозы препарата Вифенд для достижения концентрации препарата в плазме крови на день 1, близкой к равновесной концентрации. Учитывая высокую биодоступность препарата при приеме внутрь (96 %; см. раздел 5.2), при наличии клинических показаний можно менять способ применения препарата с внутривенного на пероральный и наоборот.

Подробные рекомендации по дозированию препарата приведены в следующей таблице.

	Внутривенно	Пероральное применение	
		Пациенты с массой тела 40 кг и более*	Пациенты с массой тела менее 40 кг*
Режим насыщающей дозы (первые 24 часа)	6 мг/кг каждые 12 часов	400 мг каждые 12 часов	200 мг каждые 12 часов

Поддерживающая доза (через 24 часа после начала лечения)	4 мг/кг два раза в сутки	200 мг два раза в сутки	100 мг два раза в сутки
---	--------------------------	-------------------------	-------------------------

* Относится также к пациентам в возрасте от 15 лет и старше.

Продолжительность терапии

Длительность терапии должна быть максимально короткой с учетом клинического и микологического ответа у пациентов. При долгосрочном применении вориконазола (в течение более 180 дней, или 6 месяцев) требуется тщательная оценка соотношения пользы и риска (см. разделы 4.4 и 5.1).

Коррекция дозы (у взрослых)

В случае недостаточного ответа на терапию пероральная поддерживающая доза может быть увеличена до 300 мг два раза в сутки. Для пациентов с массой тела менее 40 кг пероральная доза может быть увеличена до 150 мг два раза в сутки.

В случае непереносимости высоких доз пероральную дозу постепенно снижают с шагом 50 мг до достижения поддерживающей дозы 200 мг два раза в сутки (у пациентов с массой тела менее 40 кг — 100 мг два раза в сутки).

Рекомендации по применению препарата в профилактических целях приведены ниже.

Применение у детей (от 2 до < 12 лет) и подростков младшего возраста с низкой массой тела (от 12 до 14 лет с массой тела < 50 кг)

Вориконазол следует назначать в таких же дозах, как и у детей, поскольку у подростков младшего возраста метаболизм вориконазола более схож с метаболизмом у детей, чем у взрослых.

Рекомендуется следующая схема приема препарата:

	Внутривенно	Пероральное применение
Режим насыщающей дозы (первые 24 часа)	9 мг/кг каждые 12 часов	Не рекомендуется
Поддерживающая доза (через 24 часа после начала лечения)	8 мг/кг два раза в сутки	9 мг/кг два раза в сутки (максимальная доза 350 мг два раза в сутки)

Примечание. По результатам популяционного фармакокинетического анализа данных 112 детей с ослабленным иммунитетом в возрасте от 2 до < 12 лет и 26 подростков с ослабленным иммунитетом в возрасте от 12 до < 17 лет.

Рекомендуется начинать терапию с внутривенного введения препарата; возможность перорального приема следует рассматривать только после значительного клинического улучшения. Следует отметить, что уровни воздействия вориконазола при внутривенном введении препарата в дозе 8 мг/кг приблизительно в два раза выше, чем при пероральном приеме в дозе 9 мг/кг.

Рекомендации относительно выбора дозы при пероральном применении препарата у детей основаны на результатах исследований, в которых вориконазол применяли в форме порошка для приготовления суспензии для приема внутрь. Биозэквивалентность порошка для приготовления суспензии для приема внутрь и таблеток у пациентов детского возраста не изучалась. Учитывая тот факт, что время кишечного транзита у детей меньше, чем у взрослых, эффективность всасывания препарата в форме таблеток у детей и у взрослых может быть разной. В связи с этим у детей в возрасте от 2 до < 12 лет рекомендуется применять суспензию для приема внутрь.

Другие группы подростков (от 12 до 14 лет и с массой тела ≥ 50 кг; от 15 до 17 лет независимо от массы тела)

Вориконазол назначают в дозах, аналогичных дозам для взрослых.

Коррекция дозы (у детей [от 2 до < 12 лет] и подростков младшего возраста с низкой массой тела [от 12 до 14 лет с массой тела < 50 кг])

При недостаточном ответе пациента на терапию доза для перорального применения может быть увеличена с шагом 1 мг/кг (или с шагом 50 мг, если изначально препарат принимался в максимальной пероральной дозе 350 мг). При непереносимости пациентом терапии дозу для перорального применения следует уменьшать с шагом 1 мг/кг (или с шагом 50 мг, если изначально препарат принимался в максимальной пероральной дозе 350 мг).

Применение препарата у детей в возрасте от 2 до < 12 лет с печеночной или почечной недостаточностью не изучалось (см. разделы 4.8 и 5.2).

Профилактическое применение у взрослых и детей

С целью профилактики лечение рекомендуется начинать в день проведения трансплантации с возможным продолжением лечения до 100 дней. Длительность профилактического применения должна быть как можно более короткой и подбираться на основе оценки риска развития инвазивной грибковой инфекции (ИГИ), определяемого по наличию нейтропении или иммуносупрессии. Лечение может продолжаться не более 180 дней после трансплантации в случае продолжительной иммунодепрессии или реакции «трансплантат против хозяина» (РТПХ) (см. раздел 5.1).

Дозировка

Рекомендуемый режим дозирования для профилактики такой же, как и для лечения в соответствующих возрастных группах. Информация о режимах дозирования при лечении предоставлена в таблицах выше.

Длительность профилактического применения

В клинических исследованиях безопасность и эффективность применения вориконазола в течение более 180 дней была изучена недостаточно.

При длительности профилактического применения вориконазола более 180 дней (6 месяцев) требуется тщательная оценка соотношения пользы и риска (см. разделы 4.4 и 5.1).

Нижеследующие инструкции применимы как для терапии, так и для профилактики

Коррекция дозы

При применении с целью профилактики не рекомендуется корректировать дозы в случае недостаточной эффективности препарата или появления связанных с ним нежелательных

явлений. При возникновении связанных с применением данного препарата нежелательных явлений целесообразно отменить вориконазол и рассмотреть возможность применения альтернативного противогрибкового препарата (см. разделы 4.4 и 4.8).

Коррекция дозы при совместном применении с другими препаратами

Фенитоин можно применять совместно с вориконазолом, если поддерживающая доза последнего увеличена с 200 мг до 400 мг два раза в сутки перорально (со 100 мг до 200 мг два раза в сутки перорально у пациентов с массой тела менее 40 кг) (см. разделы 4.4 и 4.5).

По возможности следует избегать применения вориконазола совместно с рифабутином. Однако при крайней необходимости одновременного применения этих препаратов поддерживающую дозу вориконазола можно увеличить с 200 мг до 350 мг два раза в сутки перорально (со 100 мг до 200 мг два раза в сутки перорально у пациентов с массой тела менее 40 кг) (см. разделы 4.4 и 4.5).

Эфавиренз можно применять совместно с вориконазолом, если поддерживающая доза вориконазола увеличена до 400 мг каждые 12 часов и доза эфавиренза уменьшена на 50 %, т. е. до 300 мг один раз в сутки. После прекращения терапии вориконазолом следует возобновить прием эфавиренза в начальной дозе (см. разделы 4.4 и 4.5).

Особые группы пациентов

Пожилые пациенты

Коррекция дозы у пожилых пациентов не требуется (см. раздел 5.2).

Нарушение функции почек

Нарушение функции почек не влияет на фармакокинетику вориконазола при пероральном приеме. В связи с этим у пациентов со степенью нарушения функции почек от умеренной до тяжелой коррекции дозы вориконазола при пероральном приеме не требуется (см. раздел 5.2).

Вориконазол выводится при гемодиализе с клиренсом 121 мл/мин. Сеанс гемодиализа продолжительностью 4 часа не приводит к выведению значительной части вориконазола, что избавляет от необходимости коррекции дозы.

Нарушение функции печени

У пациентов с циррозом печени легкой и умеренной степени тяжести (класс А и В по классификации Чайлда-Пью) рекомендуется использовать стандартную насыщающую дозу вориконазола, но уменьшать поддерживающую дозу вдвое (см. раздел 5.2).

Применение вориконазола у пациентов с тяжелым хроническим циррозом печени не изучалось (класс С по классификации Чайлда-Пью).

Имеются ограниченные данные по безопасности Вифенда у пациентов с отклонением от нормы биохимических показателей функции печени (уровнями аспартатаминотрансферазы (АСТ), аланинаминотрансферазы (АЛТ), щелочной фосфатазы (ЩФ) или общего билирубина более чем в 5 раз превосходящими верхнюю границу нормы).

Применение вориконазола сопровождалось повышением биохимических показателей функции печени и клиническими признаками поражения печени, например желтухой.

Вследствие этого больным с тяжелым нарушением функции печени вориконазол следует назначать только в тех случаях, когда ожидаемая польза превышает возможный риск. За пациентами с тяжелым нарушением функции печени следует осуществлять тщательное наблюдение с целью выявления признаков токсичности препарата (см. раздел 4.8).

Дети

Безопасность и эффективность Вифенда у детей младше 2 лет не установлена. Имеющиеся данные приводятся в разделах 4.8 и 5.1, но вынести по ним рекомендации по дозированию невозможно.

Способ применения

Таблетки препарата Вифенд, покрытые пленочной оболочкой, принимают не менее чем за 1 час до или через 1 час после еды.

4.3. Противопоказания

Гиперчувствительность к действующему веществу или к любому из вспомогательных веществ, перечисленные в подразделе 6.1.

Совместное применение с субстратами изофермента CYP3A4, терфенадином, астемизолом, цизапридом, пимозидом, хинидином или ивабрадином, поскольку повышенные концентрации этих лекарственных средств в плазме крови могут привести к удлинению интервала QTc и в редких случаях к возникновению желудочковой тахикардии типа «пируэт» (torsades depointes) (см. раздел 4.5).

Совместное применение с рифампицином, карбамазепином, фенobarбиталом и препаратами Зверобоя продырявленного, поскольку эти лекарственные средства могут существенно уменьшить концентрации вориконазола в плазме крови (см. раздел 4.5).

Совместное применение стандартных доз вориконазола с эфавирензом в дозах 400 мг один раз в сутки или выше противопоказано, поскольку эфавиренз значительно снижает концентрации вориконазола в плазме крови здоровых пациентов при таких дозах. Вориконазол также существенно повышает концентрации эфавиренза в плазме крови (см. раздел 4.5; информацию о более низких дозах см. в разделе 4.4).

Совместное применение с высокими дозами ритонавира (400 мг и более два раза в сутки), поскольку ритонавир в этой дозе значительно уменьшает концентрации вориконазола в плазме крови у здоровых пациентов (см. раздел 4.5, информацию о более низких дозах см. в разделе 4.4).

Совместное применение с алкалоидами спорыньи (эрготамином, дигидроэрготамином), являющимися субстратами изофермента CYP3A4, поскольку повышенная концентрация этих препаратов в плазме крови может привести к эрготизму (см. раздел 4.5).

Совместное применение с сиролимусом, поскольку вориконазол может значительно повышать концентрации сиролимуса в плазме крови (см. раздел 4.5).

Совместное применение вориконазола с налоксеголом, являющимся субстратом изофермента CYP3A4, поскольку повышенные концентрации налоксегола в плазме крови могут вызвать симптомы опиоидной абстиненции (см. раздел 4.5).

Совместное применение вориконазола с толваптаном, поскольку сильные ингибиторы CYP3A4, такие как вориконазол, значительно повышают концентрацию толваптана в плазме крови (см. раздел 4.5).

Совместное применение вориконазола с луразидоном, поскольку значительное повышение уровня воздействия луразидона повышает риск развития серьезных нежелательных реакций (см. раздел 4.5).

Совместное применение с венетоклаксом в начале и во время подбора дозы венетоклакса, так как вориконазол, вероятно, значительно повышает концентрацию венетоклакса в плазме крови и повышает риск развития синдрома лизиса опухоли (см. раздел 4.5).

4.4. Особые указания и меры предосторожности при применении

Гиперчувствительность

Вифенд следует с осторожностью назначать пациентам с гиперчувствительностью к другим азолам (см. также раздел 4.8).

Сердечно-сосудистые нарушения

Применение вориконазола сопровождалось удлинением интервала QTc. Сообщалось о редких случаях развития желудочковой тахикардии типа «пируэт» (torsades de pointes) при приеме вориконазола у пациентов с факторами риска, такими как кардиотоксическая химиотерапия в анамнезе, кардиомиопатия, гипокалиемия и сопутствующая терапия препаратами, которые могли способствовать развитию данного осложнения. Вориконазол следует с осторожностью назначать пациентам с указанными ниже потенциально проаритмическими состояниями.

- Врожденное или приобретенное удлинение интервала QTc.
- Кардиомиопатия, в особенности при наличии сердечной недостаточности.
- Синусовая брадикардия.
- Существующие аритмии с клиническими симптомами.
- Совместное применение лекарственных препаратов с установленной способностью удлинять интервал QTc. При необходимости до начала и во время терапии вориконазолом следует выявлять и корректировать такие нарушения электролитного обмена, как гипокалиемия, гипомagneмиемия и гипокальциемия (см. раздел 4.2). Было проведено исследование с участием здоровых добровольцев, в котором оценивали влияние на длительность интервала QTc однократных доз вориконазола вплоть до доз, в 4 раза превышающих стандартные суточные дозы. Случаев удлинения интервала выше потенциально клинически значимого порогового значения 500 мсек выявлено не было (см. раздел 5.1).

Гепатотоксичность

В клинических исследованиях при лечении вориконазолом наблюдались случаи серьезных реакций со стороны печени (включая гепатит с клиническими проявлениями, холестаз и фульминантную печеночную недостаточность, в том числе со смертельным исходом). Реакции со стороны печени наблюдались в основном у пациентов с серьезными основными заболеваниями (главным образом гемобластозами). Преходящие реакции со стороны печени, включая гепатит и желтуху, наблюдались у пациентов, не имеющих других

выявленных факторов риска. Функция печени обычно восстанавливалась после прекращения терапии (см. раздел 4.8).

Мониторинг функции печени

Пациенты, получающие лечение препаратом Вифенд должны находиться под тщательным наблюдением с целью выявления признаков гепатотоксичности. Клиническое наблюдение должно включать лабораторную оценку функции печени (в частности, определение уровня АСТ и АЛТ) в начале лечения препаратом Вифенд и по меньшей мере еженедельно в течение первого месяца терапии. Длительность лечения должна быть максимально короткой, однако, если после оценки пользы и риска терапия продолжается (см. раздел 4.2), при отсутствии изменений биохимических показателей функции печени частота обследования может быть уменьшена до одного раза в месяц.

При существенном повышении биохимических показателей функции печени применение препарата Вифенд следует отменить, за исключением случаев, когда медицинское заключение о соотношении риска и пользы лечения для пациента оправдывает дальнейшее применение препарата.

Мониторинг функции печени следует осуществлять как у детей, так и у взрослых.

Серьезные нежелательные реакции со стороны кожи

- Фототоксичность
Кроме того, применение препарата Вифенд было связано с реакциями фототоксичности, включая такие реакции, как веснушки, лентиго, актинический кератоз и псевдопорфирия. Существует потенциально повышенный риск кожных реакций/токсичности при одновременном применении фотосенсибилизирующих средств (например, метотрексата и т.д.). При терапии препаратом Вифенд всем пациентам, включая детей, рекомендуется избегать воздействия прямых солнечных лучей и применять защитные меры в виде ношения защитной одежды и использования солнцезащитных средств с высоким фактором защиты от солнечных лучей (SPF).
- Плоскоклеточный рак кожи (ПРК)
Сообщалось о случаях развития ПРК (включая ПРК *in situ* или болезнь Боуэна) у пациентов, некоторые из которых имели в анамнезе фототоксические реакции. Если возникают фототоксические реакции следует обратиться за многопрофильной консультацией, оценить необходимость отмены препарата Вифенд и применения альтернативных противогрибковых препаратов, а также направить пациента к дерматологу. Тем не менее, если применение препарата Вифенд будет продлено, для раннего выявления и лечения предраковых заболеваний должна регулярно выполняться дерматологическая оценка. Применение препарата Вифенд следует прекратить, если выявлены предраковые заболевания кожи или ПРК (см. ниже раздел «Длительное лечение»).
- Тяжелые кожные нежелательные реакции
При применении вориконазола были зарегистрированы тяжелые кожные нежелательные реакции (ТКНР), включая синдром Стивенса — Джонсона (ССД), токсический эпидермальный некролиз (ТЭН) и лекарственная реакция с

эозинофилией и системными симптомами (drug reaction with eosinophilia and systemic symptom — DRESS), которые могут угрожать жизни или приводить к летальному исходу. При появлении сыпи за пациентом следует вести тщательное наблюдение и отменить Вифенд при прогрессировании поражения кожи.

Явления со стороны надпочечников

Сообщалось о случаях обратимой надпочечниковой недостаточности у пациентов, получавших азолы, включая вориконазол. Надпочечниковая недостаточность была зарегистрирована у пациентов, получавших азолы одновременно с кортикостероидами или без них. У пациентов, получающих азолы без сопутствующего назначения кортикостероидов, надпочечниковая недостаточность связана с прямым угнетением азолами стероидогенеза. У пациентов, получающих кортикостероиды, угнетение вориконазолом их метаболизма, опосредованного цитохромом CYP3A4, может привести к избыточному содержанию кортикостероидов в организме и подавлению функции коры надпочечников (см. раздел 4.5). У пациентов, получавших вориконазол совместно с кортикостероидами, также был зарегистрирован синдром Кушинга с последующей надпочечниковой недостаточностью или без нее.

Пациенты, проходящие долгосрочную терапию вориконазолом и кортикостероидами (включая ингаляционные кортикостероиды, например будесонид и интраназальные кортикостероиды), должны находиться под тщательным наблюдением на предмет развития дисфункции коры надпочечников как во время терапии, так и после отмены вориконазола (см. раздел 4.5). Пациентов следует проинструктировать о необходимости немедленно обращаться за медицинской помощью в случае возникновения у них признаков и симптомов синдрома Кушинга или надпочечниковой недостаточности.

Длительное лечение

При долгосрочном применении препарата Вифенд (в целях терапии или профилактики) в течение более 180 дней (6 месяцев) необходимо тщательно оценивать соотношение риска и пользы, поэтому врачам следует учитывать необходимость ограничения продолжительности применения препарата (см. разделы 4.2 и 5.1).

При длительном применении препарата Вифенд были зарегистрированы случаи развития ПРК (включая ПРК *in situ* или болезнь Боуэна) (см. раздел 4.8).

У пациентов, перенесших трансплантацию, сообщалось о случаях неинфекционного периостита с повышением уровня фтористых соединений и щелочной фосфатазы. При появлении у пациента болей в костях и рентгенологических признаков периостита после консультации различных специалистов следует рассмотреть возможность отмены препарата Вифенд (см. раздел 4.8).

Нежелательные реакции со стороны органа зрения

Сообщалось о случаях длительно сохранявшихся нежелательных реакций со стороны органа зрения, включая нечеткость зрения, неврит зрительного нерва и отек диска зрительного нерва (см. раздел 4.8).

Нежелательные реакции со стороны почек

У тяжелобольных пациентов, получавших Вифенд, наблюдались случаи развития острой почечной недостаточности. Пациенты, получающие вориконазол, могут принимать и другие нефротоксичные лекарственные средства и иметь сопутствующие заболевания, что

■ может приводить к снижению функции почек (см. раздел 4.8).

Мониторинг функции почек

За пациентами следует вести наблюдение с целью выявления признаков нарушения функции почек. Такое наблюдение должно включать лабораторное обследование, в частности определение уровня сывороточного креатинина.

Мониторинг функции поджелудочной железы

Пациенты, особенно детского возраста, с факторами риска развития острого панкреатита (например, недавно проведенная химиотерапия, трансплантация гемопоэтических стволовых клеток (ТГСК)) при терапии Вифендом должны находиться под тщательным наблюдением. В такой клинической ситуации может рассматриваться возможность контроля уровня сывороточной амилазы или липазы.

Применение у детей

Безопасность и эффективность препарата у детей младше 2 лет не установлена (см. разделы 4.8 и 5.1). Вориконазол показан детям в возрасте от двух лет и старше. Более высокая частота повышения уровней печеночных ферментов наблюдалась у пациентов детского возраста (см. раздел 4.8). Функцию печени следует контролировать и у детей, и у взрослых. При пероральном применении биодоступность препарата может быть снижена у детей в возрасте от 2 до < 12 лет с мальабсорбцией и очень низкой относительно возрастной нормы массой тела. В таких случаях рекомендуется внутривенное введение вориконазола.

- Серьезные кожные нежелательные реакции (включая ПРК)

Частота развития фототоксических реакций у детей выше. Учитывая возможность развития ПРК, в этой популяции пациентов оправдано применение строгих мер по защите от воздействия ультрафиолетового облучения. При развитии у детей явлений, связанных с фотостарением кожи, таких как лентиго или веснушки, даже после прекращения терапии рекомендуется избегать воздействия ультрафиолетового облучения и продолжать последующее дерматологическое наблюдение.

Профилактика

При возникновении нежелательных явлений связанных с применением данного препарата (гепатотоксичность, тяжелые кожные реакции, включая фототоксичность и ПРК, тяжелые или длительные нарушения зрения и периостит) следует рассмотреть целесообразность отмены вориконазола и применения альтернативных противогрибковых препаратов.

Фенитоин (субстрат CYP2C9 и сильный индуктор CYP450)

При одновременном применении фенитоина и вориконазола необходим тщательный контроль уровней фенитоина. Совместного применения вориконазола и фенитоина следует избегать, за исключением тех случаев, когда ожидаемая польза превышает возможный риск (см. раздел 4.5).

Эфавиренз (индуктор CYP450; ингибитор и субстрат CYP3A4)

При совместном применении с эфавирензом дозу вориконазола следует увеличить до 400 мг каждые 12 часов, а дозу эфавиренза уменьшить до 300 мг каждые 24 часа (см. разделы 4.2, 4.3 и 4.5).

Глассетиб (субстрат CYP3A4)

Ожидается, что концентрация глассетига в плазме крови, а также риск удлинения интервала QTc будут увеличиваться при совместном применении с вориконазолом (см. раздел 4.5). В случаях, когда совместного применения этих препаратов нельзя избежать, рекомендовано частое проведение ЭКГ.

Ингибиторы тирозинкиназы (субстрат CYP3A4)

Ожидается, что концентрация ингибитора тирозинкиназы в плазме крови, а также риск нежелательных реакций будут увеличиваться при совместном применении вориконазола и ингибитора тирозинкиназы, метаболизируемого посредством CYP3A4. В случаях, когда совместного применения этих препаратов невозможно избежать, рекомендуется снизить дозу ингибитора тирозинкиназы и проводить тщательный клинический контроль состояния пациента (см. раздел 4.5).

Рифабутин (сильный индуктор CYP450)

При совместном применении рифабутин и вориконазола рекомендуется тщательный контроль показателей общего анализа крови и нежелательных реакций на рифабутин (например, увеита). Следует избегать совместного применения вориконазола и рифабутин, за исключением тех случаев, когда ожидаемая польза превышает возможный риск (см. раздел 4.5).

Ритонавир (сильный индуктор CYP450; ингибитор и субстрат CYP3A4)

Следует избегать совместного применения вориконазола и ритонавира в низких дозах (100 мг 2 раза в сутки), за исключением тех случаев, когда соотношение пользы и риска оправдывает применение вориконазола у пациента (см. разделы 4.3 и 4.5).

Эверолимус (субстрат CYP3A4, субстрат Р-гликопротеина)

Совместное применение вориконазола и эверолимуса не рекомендуется, поскольку предполагается, что вориконазол значительно увеличивает концентрации эверолимуса. Имеющихся на сегодняшний день данных недостаточно для вынесения рекомендаций по дозированию препарата в этой ситуации (см. раздел 4.5).

Метадон (субстрат CYP3A4)

При совместном применении метадона и вориконазола рекомендуется частый контроль нежелательных реакций и признаков токсичности метадона, включая удлинение интервала QTc, поскольку содержание метадона повышается при совместном применении с вориконазолом. Может потребоваться снижение дозы метадона (см. раздел 4.5).

Опиаты короткого действия (субстраты CYP3A4)

При совместном применении с вориконазолом альфентанила, фентанила и других опиатов короткого действия, подобных по структуре альфентанилу и метаболизируемых CYP3A4 (например, суфентанила), необходимо рассмотреть возможность снижения дозы перечисленных опиатов (см. раздел 4.5). Поскольку при совместном применении альфентанила с вориконазолом период полувыведения альфентанила увеличивается в 4 раза, а также учитывая тот факт, что согласно опубликованным данным одного независимого исследования, одновременное применение фентанила и вориконазола приводило к увеличению среднего значения $AUC_{0-\infty}$ фентанила, может потребоваться частый мониторинг нежелательных реакций, связанных с применением опиатов (включая более длительный мониторинг дыхательной функции).

Влияние длительного действия (субстраты CYP3A4)
При **одновременном** применении с вориконазолом оксикодона и других опиатов длительного действия, **метаболизиремых** CYP3A4 (например, гидрокодона), необходимо рассмотреть **возможность** снижения дозы перечисленных опиатов. Может потребоваться частый **контроль** нежелательных реакций, связанных с применением опиатов (см. раздел 4.5).

Флуконазол (ингибитор CYP2C9, CYP2C19 и CYP3A4)
Одновременное пероральное применение вориконазола и флуконазола приводило к **значительному** увеличению C_{max} и AUC_t вориконазола у здоровых пациентов. Неизвестно, **приводит ли** снижение дозы и/или частоты применения вориконазола и флуконазола к **исчезновению** данного эффекта. При применении вориконазола непосредственно после **флуконазола** рекомендуется осуществлять мониторинг нежелательных реакций, связанных с **применением** вориконазола (см. раздел 4.5).

Вспомогательные вещества

Лактоза

Этот лекарственный препарат содержит лактозу, и в этой лекарственной форме его не следует применять у пациентов с редкой наследственной непереносимостью галактозы, общим дефицитом лактазы или синдромом мальабсорбции глюкозы и галактозы.

Натрий

Этот лекарственный препарат содержит менее 1 ммоль натрия (23 мг) на таблетку. Пациентов, соблюдающих диету с пониженным содержанием натрия, следует уведомить о том, что этот лекарственный препарат практически не содержит натрия.

4.5. Взаимодействие с другими лекарственными препаратами и другие виды взаимодействия

Вориконазол метаболизируется изоферментами цитохрома P450 (CYP2C19, CYP2C9 и CYP3A4) и ингибирует их активность. Ингибиторы или индукторы этих изоферментов могут, соответственно, повышать или понижать концентрации вориконазола в плазме крови, а также существует вероятность повышения вориконазолом плазменных концентраций веществ, метаболизируемых этими изоферментами цитохрома P450, в частности, для веществ, метаболизируемых изоферментом CYP3A4, поскольку вориконазол является сильным ингибитором изофермента CYP3A4, хотя увеличение AUC зависит от субстрата (см. таблицу ниже).

Исследования взаимодействия лекарственных средств были проведены с участием здоровых взрослых лиц мужского пола с многократным пероральным приемом вориконазола в дозе 200 мг два раза в сутки (2 р/сут) до достижения равновесной концентрации. Эти результаты актуальны и для других групп пациентов и способов введения препарата.

Вориконазол следует с осторожностью применять с лекарственными средствами, способными удлинять интервал QTc. Также противопоказано совместное применение вориконазола с веществами, метаболизируемыми изоферментом CYP3A4 (куда относятся некоторые антигистаминные препараты, хинидин, цизаприд, пимозид и ивабрадин), концентрации которых в плазме крови он может увеличивать (см. ниже и раздел 4.3).

Таблица взаимодействия лекарственных средств

Взаимодействия между вориконазолом и другими лекарственными средствами перечислены в таблице ниже (условные обозначения: один раз в сутки — «1 р/сут», два раза в сутки — «2 р/сут», три раза в сутки — «3 р/сут» и не установлено — «Н/У»). Направление стрелки для каждого фармакокинетического параметра основано на 90 % доверительном интервале соотношения средних геометрических значений и означает «в пределах» ($\leftrightarrow$), «ниже» ($\downarrow$) или «выше» ($\uparrow$) диапазона 80–125 %. Звездочка (*) указывает на двустороннее взаимодействие. AUC_t , AUC_i и $AUC_{0-\infty}$ обозначают площадь под кривой на протяжении интервала времени между введением двух доз, со времени 0 до первой поддающейся обнаружению концентрации и со времени 0 до бесконечности, соответственно.

Взаимодействия в таблице представлены в следующем порядке: препараты, противопоказанные к одновременному применению; препараты, требующие коррекции дозы или тщательного клинического и/или биологического мониторинга, и препараты, не обладающие существенным фармакокинетическим взаимодействием, но взаимодействие с которыми представляет клинический интерес в этой терапевтической области.

Лекарственное средство (механизм взаимодействия)	Взаимодействие Изменения геометрического среднего (%)	Рекомендации относительно совместного применения
Астемизол, цизаприд, пимозид, хинидин, терфенадин и ивабрадин (субстраты CYP3A4)	Несмотря на то, что соответствующие исследования не проводились, повышенные концентрации данных лекарственных средств в плазме крови могут привести к удлинению интервала QTc и, в редких случаях, к возникновению желудочковой тахикардии типа «пируэт» (torsades de pointes).	Противопоказано (см. раздел 4.3)
Карбамазепин и барбитураты длительного действия (включая, но не ограничиваясь: фенобарбитал, мефобарбитал) (сильные индукторы CYP450)	Несмотря на то, что соответствующие исследования не проводились, карбамазепин и барбитураты длительного действия значительно снижают концентрации вориконазола в плазме крови.	Противопоказано (см. раздел 4.3)

Лекарственное средство (механизм взаимодействия)	Взаимодействие Изменения геометрического среднего (%)	Рекомендации относительно совместного применения
Эфавиренз (ненуклеозидный ингибитор обратной транскриптазы) (индуктор CYP450; ингибитор и субстрат CYP3A4) Эфавиренз в дозе 400 мг 1 р/сут одновременно с вориконазолом в дозе 200 мг 2 р/сут* Эфавиренз в дозе 300 мг 1 р/сут одновременно с вориконазолом в дозе 400 мг 2 р/сут*	C_{max} эфавиренза ↑ на 38 % AUC_{0-24} эфавиренза ↑ на 44 % C_{max} вориконазола ↓ на 61 % AUC_{0-24} вориконазола ↓ на 77 % По сравнению с эфавирензом в дозе 600 мг 1 р/сут, C_{max} эфавиренза ↔ AUC_{0-24} эфавиренза ↑ на 17 % По сравнению с вориконазолом в дозе 200 мг 2 р/сут, C_{max} вориконазола ↑ на 23 % AUC_{0-24} вориконазола ↓ на 7 %	Применение вориконазола в стандартных дозах с эфавирензом в дозе 400 мг 1 р/сут или выше противопоказано (см. раздел 4.3). Вориконазол может применяться совместно с эфавирензом, если поддерживающая доза вориконазола повышена до 400 мг 2 р/сут, а доза эфавиренза снижена до 300 мг 1 р/сут. После прекращения терапии вориконазолом возвращаются к применению эфавиренза в начальной дозе (см. разделы 4.2 и 4.4).
Алкалоиды спорыньи (включая, но не ограничиваясь: эрготамин и дигидроэрготамин) (субстраты CYP3A4)	Несмотря на то, что соответствующие исследования не проводились, вориконазол может приводить к повышению концентраций алкалоидов спорыньи в плазме и, как следствие, к эрготизму.	Противопоказано (см. раздел 4.3)
Луразидон (субстрат CYP3A4)	Несмотря на то, что соответствующие исследования не проводились, вориконазол может существенно повышать концентрации луразидона в плазме крови.	Противопоказано (см. раздел 4.3)

Основное средство (механизм взаимодействия)	Взаимодействие Изменения геометрического среднего (%)	Рекомендации относительно совместного применения
Налоксегол (субстрат CYP3A4)	Несмотря на то, что соответствующие исследования не проводились, вориконазол может существенно повышать концентрации налоксегола в плазме крови.	Противопоказано (см. раздел 4.3)
Рифабутин (сильный индуктор CYP450) 300 мг 1 р/сут 300 мг 1 р/сут (при совместном применении с вориконазолом в дозе 350 мг 2 р/сут)* 300 мг 1 р/сут (при совместном применении с вориконазолом в дозе 400 мг 2 р/сут)*	C_{max} вориконазола ↓ на 69 % AUC_{0-24} вориконазола ↓ на 78 % По сравнению с вориконазолом в дозе 200 мг 2 р/сут, C_{max} вориконазола ↓ на 4 % AUC_{0-24} вориконазола ↓ на 32 % C_{max} рифабутина ↑ на 195 % AUC_{0-24} рифабутина ↑ на 331 % По сравнению с вориконазолом в дозе 200 мг 2 р/сут, C_{max} вориконазола ↑ на 104 % AUC_{0-24} вориконазола ↑ на 87 %	Следует избегать совместного применения вориконазола и рифабутина, за исключением тех случаев, когда ожидаемая польза превышает возможный риск. Поддерживающая доза вориконазола может быть увеличена до 5 мг/кг внутривенно 2 р/сут или с 200 мг до 350 мг перорально 2 р/сут (со 100 мг до 200 мг перорально 2 р/сут у пациентов с массой тела менее 40 кг) (см. раздел 4.2). При совместном применении рифабутина и вориконазола рекомендуется тщательный контроль показателей общего анализа крови и нежелательных реакций на рифабутин (например, увеита).
Рифампицин (600 мг 1 р/сут) (сильный индуктор CYP450)	C_{max} вориконазола ↓ на 93 % AUC_{0-24} вориконазола ↓ на 96 %	Противопоказано (см. Раздел 4.3)

Лекарственное средство (механизм взаимодействия)	Взаимодействие Изменения геометрического среднего (%)	Рекомендации относительно совместного применения
Ритонавир (ингибитор протеазы) (<i>сильный индуктор CYP450;</i> <i>ингибитор и субстрат CYP3A4</i>) Высокая доза (400 мг 2 р/сут) Низкая доза (100 мг 2 р/сут)*	$C_{\max}$ и AUC_т ритонавира ↔ $C_{\max}$ вориконазола ↓ на 66 % AUC_т вориконазола ↓ на 82 % $C_{\max}$ ритонавира ↓ на 25 % AUC_т ритонавира ↓ на 13 % $C_{\max}$ вориконазола ↓ на 24 % AUC_т вориконазола ↓ на 39 %	Совместное применение вориконазола и высоких доз ритонавира (400 мг и выше 2 р/сут) противопоказано (см. раздел 4.3). Следует избегать совместного применения вориконазола и ритонавира в низких дозах (100 мг 2 р/сут), за исключением тех случаев, когда соотношение пользы и риска оправдывает применение вориконазола.
Препараты продырявленного зверобоя (<i>индукторы CYP450; индукторы Р-гликопротеина</i>) 300 мг 3 р/сут (совместно с однократной дозой вориконазола 400 мг)	Согласно данным одного опубликованного независимого исследования, AUC_{0-∞} вориконазола ↓ на 59 %	Противопоказано (см. раздел 4.3)
Толваптан (<i>субстрат CYP3A4</i>)	Несмотря на то, что соответствующие исследования не проводились, вориконазол, вероятно, может существенно увеличивать концентрации толваптана в плазме крови.	Противопоказано (см. раздел 4.3)

Лекарственное средство (механизм взаимодействия)	Взаимодействие Изменения геометрического среднего (%)	Рекомендации относительно совместного применения
Венетоклакс (субстрат CYP3A4)	Несмотря на то, что соответствующие исследования не проводились, вориконазол, вероятно, может существенно увеличивать концентрации венетоклакса в плазме крови.	Одновременный прием вориконазола противопоказан в начале терапии венетоклаксом и во время подбора дозы венетоклакса (см. раздел 4.3). Необходимо снижение дозы венетоклакса в соответствии с инструкцией по применению при постоянном ежедневном дозировании; рекомендуется тщательный мониторинг признаков токсичности.
Флуконазол (200 мг 1 р/сут) (ингибитор CYP2C9, CYP2C19 и CYP3A4)	$C_{\max}$ вориконазола ↑ на 57 % AUC_{0-24} вориконазола ↑ на 79 % $C_{\max}$ флуконазола Н/У AUC_{0-24} флуконазола Н/У	Неизвестно, какое снижение дозы и/или частоты применения вориконазола и флуконазола привело бы к исчезновению данного эффекта. При применении вориконазола непосредственно после флуконазола рекомендуется проводить мониторинг нежелательных реакций, связанных с применением вориконазола.

Лекарственное средство (механизм взаимодействия)	Взаимодействие Изменения геометрического среднего (%)	Рекомендации относительно совместного применения
Фенитоин <i>(субстрат CYP2C9 и сильный индуктор CYP450)</i> 300 мг 1 р/сут 300 мг 1 р/сут (при совместном применении с вориконазолом в дозе 400 мг 2 р/сут)*	C _{max} вориконазола ↓ на 49 % AUC _τ вориконазола ↓ на 69 % C _{max} фенитоина ↑ на 67 % AUC _τ фенитоина ↑ на 81 % По сравнению с вориконазолом в дозе 200 мг 2 р/сут, C _{max} вориконазола ↑ на 34 % AUC _τ вориконазола ↑ на 39 %	Следует избегать совместного применения вориконазола и фенитоина, за исключением тех случаев, когда ожидаемая польза превышает возможный риск. Рекомендуется тщательный контроль уровней фенитоина в плазме крови. Фенитоин может применяться совместно с вориконазолом, если поддерживающая доза вориконазола увеличена до 5 мг/кг внутривенно 2 р/сут или с 200 мг до 400 мг перорально 2 р/сут (со 100 мг до 200 мг перорально 2 р/сут у пациентов с массой тела менее 40 кг) (см. раздел 4.2).
Летермовир <i>(индуктор CYP2C9 и CYP2C19)</i>	C _{max} вориконазола ↓ на 39 % AUC ₀₋₁₂ вориконазола ↓ на 44 % C ₁₂ - вориконазола ↓ на 51 %	Если нет возможности избежать совместного применения вориконазола и летермовира, следует контролировать снижение эффективности вориконазола.
Флуклоксациллин <i>(индуктор CYP450)</i>	Сообщалось о значительном снижении концентрации вориконазола в плазме крови.	Если нельзя избежать совместного применения вориконазола с флуклоксациллином, следует контролировать снижение эффективности вориконазола (например, с помощью терапевтического лекарственного мониторинга); может потребоваться повышение дозы вориконазола.

Лекарственное средство (механизм взаимодействия)	Взаимодействие Изменения геометрического среднего (%)	Рекомендации относительно совместного применения
Глаздегиб (субстрат CYP3A4)	Несмотря на то, что соответствующие исследования не проводились, вориконазол, вероятно, увеличивает концентрацию глаздегиба в плазме крови и повышает риск удлинения интервала QTc.	Если нельзя избежать совместного применения, рекомендуется частый мониторинг ЭКГ (см. раздел 4.4).
Ингибиторы тирозинкиназы (включая, но не ограничиваясь: акситиниб, бозутиниб, кабозантиниб, церитиниб, кобиметиниб, дабрафениб, дазатиниб, нилотиниб, сунитиниб, ибрутиниб, рибоциклиб) (субстраты CYP3A4)	Несмотря на то, что соответствующие исследования не проводились, вориконазол может повышать концентрацию в плазме крови ингибиторов тирозинкиназы, метаболизируемых CYP3A4.	Если нельзя избежать совместного применения, рекомендуется снижение дозы ингибитора тирозинкиназы и тщательный клинический мониторинг (см. раздел 4.4).
Антикоагулянты Варфарин (однократный прием в дозе 30 мг совместно с вориконазолом 300 мг 2 р/сут) (субстрат CYP2C9) Другие пероральные кумарины (включая, но не ограничиваясь: фенпрокумон, аценокумарол) (субстраты CYP2C9 и CYP3A4)	Максимальное увеличение протромбинового времени — приблизительно в 2 раза. Несмотря на то, что соответствующие исследования не проводились, вориконазол способен повышать концентрации кумаринов в плазме, что может привести к увеличению протромбинового времени.	Рекомендуется тщательный мониторинг протромбинового времени или других соответствующих показателей коагуляции; дозу антикоагулянтов следует скорректировать соответствующим образом.

Лекарственное средство (механизм взаимодействия)	Взаимодействие Изменения геометрического среднего (%)	Рекомендации относительно совместного применения
Ивакафтор (субстрат CYP3A4)	Несмотря на то, что соответствующие исследования не проводились, вориконазол, вероятно, может повышать плазменные концентрации ивакафтора одновременно с риском повышения вероятности развития нежелательных реакций.	Рекомендуется снижение дозы ивакафтора.
Бензодиазепины (субстраты CYP3A4)		Следует рассмотреть возможность снижения дозы бензодиазепинов.
Мидазолам (0,05 мг/кг внутривенно однократно)	Согласно данным одного опубликованного независимого исследования, $AUC_{0-\infty}$ мидазолама ↑ в 3,7 раз	
Мидазолам (7,5 мг перорально однократно)	Согласно данным одного опубликованного независимого исследования, C_{max} мидазолама ↑ в 3,8 раз $AUC_{0-\infty}$ мидазолама ↑ в 10,3 раз	
Другие бензодиазепины (включая, но не ограничиваясь: триазолам, алпразолам)	Несмотря на то, что соответствующие исследования не проводились, вориконазол может повышать плазменные концентрации других бензодиазепинов, метаболизируемых CYP3A4, что, в свою очередь, может привести к длительному седативному эффекту.	

Иммунодепрессанты (субстраты CYP3A4)		
Сиролимус (разовая доза 2 мг)	Согласно данным одного опубликованного независимого исследования, $C_{\max}$ сиролимуса ↑ в 6,6 раза $AUC_{0-\infty}$ сиролимуса ↑ в 11 раз	Совместное применение вориконазола и сиролимуса противопоказано (см. раздел 4.3).
Эверолимус (также субстрат гликопротеина)	Несмотря на то, что P соответствующие исследования не проводились, вориконазол, вероятно, может существенно увеличивать концентрации эверолимуса в плазме крови.	Совместное применение эверолимуса и вориконазола не рекомендуется, поскольку предполагается, что вориконазол значительно повышает концентрации эверолимуса (см. раздел 4.4).
Циклоспорин (у реципиентов со стабильной функцией почечного трансплантата, получающих циклоспорин на протяжении длительного времени)	$C_{\max}$ циклоспорина ↑ на 13 % AUC_{0-12} циклоспорина ↑ на 70 %	В случае начала терапии вориконазолом у пациентов, уже получающих циклоспорин, рекомендуется вдвое снизить дозу циклоспорина и тщательно контролировать его уровни. Повышение уровней циклоспорина приводило к развитию нефротоксичности. <u>После завершения терапии вориконазолом следует тщательно контролировать уровни циклоспорина и при необходимости повысить его дозу.</u>
Такролимус (разовая доза 0,1 мг/кг)	$C_{\max}$ такролимуса ↑ на 117 % AUC_{0-12} такролимуса ↑ на 221 %	В случае начала терапии вориконазолом у пациентов, уже получающих такролимус, рекомендуется снизить дозу такролимуса на треть и тщательно контролировать его уровни. Повышение уровней такролимуса приводило к развитию нефротоксичности. <u>После завершения терапии</u>

Лекарственное средство (механизм взаимодействия)	Взаимодействие Изменения геометрического среднего (%)	Рекомендации относительно совместного применения
		вориконазолом следует тщательно контролировать уровни такролимуса и при необходимости повысить его дозу.
Опиаты длительного действия (субстраты CYP3A4) Оксикодон (разовая доза 10 мг)	Согласно данным одного опубликованного независимого исследования, $C_{\max}$ оксикодона ↑ в 1,7 раза $AUC_{0-\infty}$ оксикодона ↑ в 3,6 раза	Следует рассмотреть возможность снижения дозы оксикодона и других опиатов длительного действия, метаболизируемых CYP3A4 (например, гидрокодона). Может потребоваться частый контроль нежелательных реакций, возникающих при применении опиатов.
Метадон (32–100 мг 1 р/сут) (субстрат CYP3A4)	$C_{\max}$ R-метадона (активного) ↑ на 31 % AUC_t R-метадона (активного) ↑ на 47 % $C_{\max}$ S-метадона ↑ на 65 % AUC_t S-метадона ↑ на 103 %	Рекомендуется частый контроль нежелательных реакций и выявление признаков токсичности метадона, включая удлинение интервала QTc. Может потребоваться снижение дозы метадона.
Нестероидные противовоспалительные средства (НПВС) (субстраты CYP2C9) Ибупрофен (разовая доза 400 мг) Диклофенак (разовая доза 50 мг)	$C_{\max}$ S-ибупрофена ↑ на 20 % $AUC_{0-\infty}$ S-ибупрофена ↑ на 100 % $C_{\max}$ диклофенака ↑ на 114 % $AUC_{0-\infty}$ диклофенака ↑ на 78 %	Рекомендуется частый контроль нежелательных реакций и признаков токсичности, вызванных НПВС. Может потребоваться снижение дозы НПВС.

Лекарственное средство (механизм взаимодействия)	Взаимодействие Изменения геометрического среднего (%)	Рекомендации относительно совместного применения
Омепразол (40 мг 1 р/сут)* (ингибитор CYP2C19; субстрат CYP2C19 и CYP3A4)	$C_{\max}$ омепразола ↑ на 116 % AUC_т омепразола ↑ на 280 % $C_{\max}$ вориконазола ↑ на 15 % AUC_т вориконазола ↑ на 41 % Вориконазол может также ингибировать метаболизм и других ингибиторов протонного насоса, являющихся субстратами CYP2C19, что может привести к повышению концентраций этих лекарственных средств в плазме крови.	Коррекция дозы вориконазола не рекомендуется. В случае начала терапии вориконазолом у пациентов, уже получающих омепразол в дозах 40 мг или выше, рекомендуется снизить дозу омепразола вдвое.
Пероральные контрацептивы* (субстраты CYP3A4; ингибиторы CYP2C19) Норэтистерон/этинилэстрадиол (1 мг/0,035 мг 1 р/сут)	$C_{\max}$ этинилэстрадиола ↑ на 36 % AUC_т этинилэстрадиола ↑ на 61 % $C_{\max}$ норэтистерона ↑ на 15 % AUC_т норэтистерона ↑ на 53 % $C_{\max}$ вориконазола ↑ на 14 % AUC_т вориконазола ↑ на 46 %	Помимо мониторинга нежелательных реакций, связанных с применением вориконазола, рекомендуется мониторинг и нежелательных реакций, связанных с применением оральных контрацептивов.

Лекарственное средство (механизм взаимодействия)	Взаимодействие Изменения геометрического среднего (%)	Рекомендации относительно совместного применения
Опиаты короткого действия (субстраты CYP3A4) Альфентанил (20 мкг/кг однократно при совместном применении с налоксоном) Фентанил (разовая доза 5 мкг/кг)	Согласно данным одного опубликованного независимого исследования, AUC _{0-∞} альфентанила ↑ в 6 раз Согласно данным одного опубликованного независимого исследования, AUC _{0-∞} фентанила ↑ в 1,34 раза	Следует рассмотреть возможность снижения дозы альфентанила, фентанила и других опиатов короткого действия, подобных по структуре альфентанилу и метаболизируемых CYP3A4 (например, суфентанила). Рекомендуется проведение расширенного и частого контроля с целью выявления признаков угнетения дыхательной функции и других нежелательных реакций, связанных с применением опиатов.
Статины (например, ловастатин) (субстраты CYP3A4)	Несмотря на то, что соответствующие исследования не проводились, вориконазол, вероятно, повышает плазменные концентрации статинов, метаболизируемых CYP3A4, что, в свою очередь, может привести к рабдомиолизу.	В случаях, когда невозможно избежать совместного применения вориконазола и статинов, метаболизируемых CYP3A4, следует рассмотреть необходимость снижения дозы статинов.
Препараты сульфонилмочевины (включая, но не ограничиваясь: толбутамид, глипизид, глибурид) (субстраты CYP2C9)	Несмотря на то, что соответствующие исследования не проводились, вориконазол может повышать концентрации препаратов сульфонилмочевины в плазме и вызывать гипогликемию.	Рекомендуется тщательный контроль уровня глюкозы в крови. Следует рассмотреть необходимость снижения дозы препаратов сульфонилмочевины.
Алкалоиды барвинка (включая, но не ограничиваясь: винкристин и винбластин) (субстраты CYP3A4)	Несмотря на то, что соответствующие исследования не проводились, вориконазол может повышать концентрации алкалоидов барвинка в плазме и приводить к нейротоксичности.	Следует рассмотреть возможность снижения дозы алкалоидов барвинка.

Лекарственное средство (механизм взаимодействия)	Взаимодействие Изменения геометрического среднего (%)	Рекомендации относительно совместного применения
Другие ингибиторы протеазы ВИЧ (включая, но не ограничиваясь: саквинавир, ампренавир и нелфинавир)* (субстраты и ингибиторы CYP3A4)	Клинические исследования не проводились. Результаты исследований <i>in vitro</i> указывают на то, что вориконазол может ингибировать метаболизм ингибиторов протеазы ВИЧ, а ингибиторы протеазы ВИЧ в свою очередь могут ингибировать метаболизм вориконазола.	Может потребоваться тщательное наблюдение с целью выявления признаков лекарственной токсичности и/или отсутствия эффективности препарата, а также коррекция дозы.
Другие ненуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы (ННИОТ) (включая, но не ограничиваясь: делавирдин, невирапин)* (субстраты и ингибиторы CYP3A4, индукторы CYP450)	Клинические исследования не проводились. Результаты исследований <i>in vitro</i> указывают на то, что ННИОТ могут ингибировать метаболизм вориконазола, а вориконазол может ингибировать метаболизм ННИОТ. Данные о влиянии эфавиренза на вориконазол позволяют сделать вывод о том, что метаболизм вориконазола может усиливаться под действием ННИОТ.	Может потребоваться тщательное наблюдение с целью выявления признаков лекарственной токсичности и/или отсутствия эффективности препарата, а также коррекция дозы.
Третиноин (субстрат CYP3A4)	Несмотря на то, что соответствующие исследования не проводились, вориконазол может повышать концентрацию третиноина и повышать риск нежелательных реакций (псевдоопухоль головного мозга, гиперкальциемия).	Рекомендуется коррекция дозы третиноина во время лечения вориконазолом и после его отмены.
Циметидин (400 мг 2 р/сут) (неспецифический ингибитор CYP450, повышает pH желудочного содержимого)	C_{max} вориконазола ↑ на 18 % AUC_{0-24} вориконазола ↑ на 23 %	Коррекция дозы не требуется

Лекарственное средство (механизм взаимодействия)	Взаимодействие Изменения геометрического среднего (%)	Рекомендации относительно совместного применения
Дигоксин (0,25 мг 1 р/сут) (субстрат Р-гликопротеина)	$C_{\max}$ дигоксина $\leftrightarrow$ AUC_t дигоксина $\leftrightarrow$	Коррекция дозы не требуется
Индинавир (800 мг 3 р/сут) (ингибитор и субстрат CYP3A4)	$C_{\max}$ индинавира $\leftrightarrow$ AUC_t индинавира $\leftrightarrow$ $C_{\max}$ вориконазола $\leftrightarrow$ AUC_t вориконазола $\leftrightarrow$	Коррекция дозы не требуется
Макролидные антибиотики Эритромицин (1 г 2 р/сут) (ингибитор CYP3A4) Азитромицин (500 мг 1 р/сут)	$C_{\max}$ и AUC_t вориконазола $\leftrightarrow$ $C_{\max}$ и AUC_t вориконазола $\leftrightarrow$ Воздействие вориконазола на эритромицин или азитромицин неизвестно.	Коррекция дозы не требуется
Микофеноловая кислота (1 г однократно) (субстрат УДФ-глюкуронилтрансферазы)	$C_{\max}$ микофеноловой кислоты $\leftrightarrow$ AUC_t микофеноловой кислоты $\leftrightarrow$	Коррекция дозы не требуется
Кортикостероиды Преднизолон (разовая доза 60 мг) (субстрат CYP3A4)	$C_{\max}$ преднизолон $\uparrow$ на 11 % $AUC_{0-\infty}$ преднизолон $\uparrow$ на 34 %	Коррекция дозы не требуется Пациенты, проходящие долгосрочную терапию вориконазолом и кортикостероидами (включая ингаляционные кортикостероиды, например будесонид и интраназальные кортикостероиды), должны находиться под тщательным наблюдением на предмет развития дисфункции коры надпочечников, как во время терапии, так и после отмены вориконазола (см. раздел 4.4).
Ранитидин (150 мг 2 р./сут.) (повышает pH желудочного содержимого)	$C_{\max}$ и AUC_t вориконазола $\leftrightarrow$	Коррекция дозы не требуется

Фертильность, беременность и лактация

Беременность

Данных о применении препарата Вифенд у беременных женщин недостаточно.

В исследованиях на животных обнаружена репродуктивная токсичность (см. раздел 5.3). Потенциальный риск для человека неизвестен.

Вифенд не следует применять во время беременности, за исключением тех случаев, когда ожидаемая польза для матери явно превышает возможный риск для плода.

Женщины с детородным потенциалом

Женщины, способные к деторождению, должны применять надежные методы контрацепции во время всего курса лечения.

Кормление грудью

Данные о проникновении вориконазола в грудное молоко отсутствуют. При начале лечения препаратом Вифенд грудное вскармливание следует прекратить.

Фертильность

В исследовании на крысах не отмечалось нарушения репродуктивной функции самцов и самок (см. раздел 5.3).

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

Вифенд оказывает умеренное влияние на способность управлять транспортными средствами и работать с механизмами. Препарат может вызвать преходящие и обратимые нарушения зрения, включая нечеткость зрения, нарушение/усиление зрительного восприятия и/или светобоязнь. При наличии таких симптомов пациенты должны избегать потенциально опасных действий, например управления транспортными средствами или работы с механизмами.

4.8. Нежелательные реакции

Резюме профиля безопасности

Профиль безопасности вориконазола для взрослых установлен на основе объединенной базы данных по безопасности, полученных у более чем 2000 пациентов (включая 1603 взрослых пациента в исследованиях с применением вориконазола для лечения) и дополнительно 270 взрослых пациентов в исследованиях с применением вориконазола для профилактики. Эти пациенты представляют собой разнородную группу, включающую лиц с гемобластомами, ВИЧ-инфицированных лиц с кандидозом пищевода и рефрактерными грибковыми инфекциями, лиц без нейтропении с кандидемией или аспергиллезом, а также здоровых добровольцев.

К наиболее частым нежелательным реакциям относились нарушения зрения, пирексия, сыпь, рвота, тошнота, диарея, головная боль, периферический отек, отклонения от нормы биохимических показателей функции печени, респираторный дистресс-синдром и абдоминальная боль.

Нежелательные реакции были обычно легко или умеренно выражены. Клинически значимой зависимости безопасности препарата от возраста, расы или пола при соответствующем анализе данных не выявлено.

Табличное резюме нежелательных реакций

В таблице ниже перечислены нежелательные реакции любой причинной обусловленности и их частотные категории в соответствии с системно-органным классом у 1873 взрослых из объединенных терапевтического (1603) и профилактического (270) исследований, поскольку большинство из них носило открытый характер.

В таблице представлены нежелательные реакции, сгруппированные в зависимости от системно-органного класса и частоты развития. Категории частоты определяются следующим образом: очень часто ($\geq 1/10$); часто (от $\geq 1/100$ до $< 1/10$); нечасто (от $\geq 1/1000$ до $< 1/100$),); редко (от $\geq 1/10\,000$ до $< 1/1\,000$); очень редко ($< 1/10\,000$) или неизвестно (невозможно установить по имеющимся данным).

В каждой категории частоты нежелательные реакции представлены в порядке снижения степени серьезности.

Нежелательные реакции у получавших вориконазол пациентов:

Системно-органный класс	Очень часто ($\geq 1/10$)	Часто (от $\geq 1/100$ до $< 1/10$)	Нечасто (от $\geq 1/1\,000$ до $< 1/100$)	Редко (от $\geq 1/10\,000$ до $< 1/1\,000$)	Неизвестно (невозможно установить по имеющимся данным)
Инфекции и инвазии		синусит	псевдомембранозный колит		
Доброкачественные, злокачественные и неуточненные новообразования (включая кисты и полипы)		плоскоклеточный рак (включая ПРК <i>in situ</i> или болезнь Боуэна)*.**			
Нарушения со стороны крови и лимфатической системы		агранулоцитоз ¹ , панцитопения, тромбоцитопения ² , лейкопения, анемия	недостаточность костного мозга, лимфаденопатия, эозинофилия	диссеминированное внутрисосудистое свертывание крови	
Нарушения со стороны			гиперчувствительность	анафилактическая реакция	

иммунной системы					
Эндокринные нарушения			недостаточность надпочечников, гипотиреоз ³	гипертиреоз	
Нарушения метаболизма питания	и периферический отек	гипогликемия, гипокалиемия, гипонатриемия			
Психические нарушения		депрессия, галлюцинации, тревожность, бессонница, тревожное возбуждение, спутанность сознания			
Нарушения со стороны нервной системы	головная боль	судороги, обморок, тремор, гипертония ³ , парестезия, сонливость, головокружение	отек головного мозга, энцефалопатия ⁴ , экстрапиримидное расстройство ⁵ , периферическая нейропатия, атаксия, гипестезия, дисгевзия	печеночная энцефалопатия, синдром Гийена — Барре, нистагм	
Нарушения со стороны органа зрения	зрительные нарушения ⁶	кровоизлияние в сетчатку	нарушение со стороны зрительного нерва ⁷ , отек диска зрительного нерва ⁸ , окулогирный криз, диплопия,	атрофия зрительного нерва, помутнение роговицы	

			склерит, блефарит		
Нарушения со стороны органа слуха и лабиринта			тугоухость , вертиго, шум в ушах		
Нарушения со стороны сердца		наджелудочко вая аритмия, тахикардия, брадикардия	фибрилляц ии желудочко в, желудочко вая экстрасист олия, желудочко вая тахикарди я, удлинение интервала QT на электрокар диограмме , наджелудо чковая тахикарди я	желудочков ая тахикардия типа «пируэт» (torsades de pointes), полная атриовентр икулярная блокада, блокада ножки пучка Гиса, узловой ритм	
Нарушения со стороны сосудов		артериальная гипотензия, флебит	тромбофле бит, лимфангит		
Нарушения со стороны дыхательной системы, органов грудной клетки и средостения	нарушение дыхания ⁹	острый респираторны й дистресс- синдром, отек легких			
Желудочно- кишечные нарушения	диарея, рвота, боль в животе, тошнота	хейлит, диспепсия, запор, гингивит	перитонит, панкреати т, отекший язык, дуоденит, гастроэнте рит, глоссит		
Нарушения со стороны печени и желчевыводящих путей	отклонени е от нормы биохимиче ских	желтуха, холестатическ ая желтуха, гепатит ¹⁰	печеночна я недостаточ ность,		

	показателе й функции печени		гепатомега лия, холецисти т, холелитиа з		
Нарушения со стороны кожи и подкожных тканей	сыпь	эксфолиативн ый дерматит, алопеция, макулопапуле зная сыпь, зуд, эритема, фототоксично сть**	синдром Стивенса — Джонсо на ⁸ , пурпура, крапивниц а, аллергичес кий дерматит, папулезна я сыпь, макулезна я сыпь, экзема	токсически й эпидермаль ный некролиз ⁸ , лекарственн ая реакция с эозинофили ей и системными симптомам и (DRESS) ⁸ , ангионеврот ический отек, актиническ ий кератоз*, псевдопорф ирия, многоформ ная эритема, псориаз, лекарственн ая сыпь	кожная красная волчанка*, веснушки*, лентиги*
Нарушения со стороны мышечной, скелетной и соединительной ткани		боль в спине	артрит, периостит *, **		
Нарушения со стороны почек и мочевыводящих путей		острая почечная недостаточно сть, гематурия	некроз почечных канальцев, протеинури я, нефрит		
Общие нарушения и реакции в месте введения	пирексия	боль в грудной клетке, отек лица ¹¹ , астения, озноб	реакция в месте инфузии, гриппопод обное заболеван ие		

инструментальные и лабораторные		повышенный уровень креатинина в крови	повышенный уровень мочевины в крови, повышенный уровень холестерина в крови		
---------------------------------	--	---------------------------------------	---	--	--

* НЛР, выявленные в пострегистрационном периоде

** Категория частоты основана на результатах наблюдательного исследования с использованием реальных данных из вторичных источников информации в Швеции.

¹ Включает фебрильную нейтропению и нейтропению.

² Включает иммунную тромбоцитопеническую пурпуру.

³ Включает ригидность затылочных мышц и тетанию.

⁴ Включает гипоксически-ишемическую энцефалопатию и метаболическую энцефалопатию.

⁵ Включает акатизию и паркинсонизм.

⁶ См. пункт «Зрительные нарушения» в разделе 4.8.

⁷ В течение пострегистрационного периода был зарегистрирован случай продолжительного неврита зрительного нерва. См. раздел 4.4.

⁸ См. раздел 4.4.

⁹ Включает диспноэ, одышку при физической нагрузке.

¹⁰ Включает лекарственное поражение печени, токсический гепатит, гепатоцеллюлярное поражение печени и гепатотоксичность.

¹¹ Включает периорбитальный отек, отек губ и отек слизистой ротовой полости.

Описание отдельных нежелательных реакций

Зрительные нарушения

В рамках клинических исследований очень частыми нежелательными реакциями, связанными с вориконазолом, были зрительные нарушения (включая нечеткое зрение, светобоязнь, хлоропсию, хроматопсию, цветовую слепоту, цианопсию, нарушение со стороны органа зрения, наличие в поле зрения радужных кружков, ночную слепоту, осциллопсию, фотопсию, мерцательную скотому, снижение остроты зрения, яркость зрительного восприятия, дефект поля зрения, плавающие помутнения стекловидного тела и ксантопсию). Эти зрительные нарушения имели преходящий характер и были полностью обратимы, самостоятельно разрешались в большинстве случаев в течение 60 минут и не оставляли после себя каких-либо клинических значимых последствий в отдаленном периоде. При повторном применении вориконазола отмечалось ослабление их выраженности. Нарушения зрения, как правило, были легко выражены, редко требовали прекращения лечения и не приводили к каким-либо последствиям в отдаленном периоде. Нарушения зрения могут быть обусловлены более высокими концентрациями препарата в плазме крови и/или более высокими дозами.

Механизм развития зрительных нарушений неизвестен, хотя, вероятнее всего, их возникновение связано с действием препарата на сетчатку. При изучении влияния

вориконазола на функцию сетчатки в исследовании с участием здоровых добровольцев было выявлено снижение амплитуды волн на электроретинограмме (ЭРГ) на фоне приема вориконазола. С помощью ЭРГ измеряют электрический ток в сетчатке. Изменения на ЭРГ не прогрессировали при продолжении терапии в течение 29 дней и полностью исчезали после отмены вориконазола.

В период пострегистрационного применения сообщалось о случаях продолжительных нежелательных реакций со стороны органа зрения (см. раздел 4.4).

Кожные реакции

У пациентов, получавших вориконазол в клинических исследованиях, очень часто отмечались кожные реакции, однако эти пациенты имели серьезные основные заболевания и одновременно принимали другие лекарственные средства. В большинстве случаев сыпь была легкой или умеренной степени тяжести. Во время лечения препаратом Вифенд у пациентов возникали тяжелые кожные нежелательные реакции (ТКНР), такие как синдром Стивенса — Джонсона (ССД) (нечасто), токсический эпидермальный некролиз (ТЭН) (редко), лекарственная реакция с эозинофилией и системными симптомами (DRESS) (редко) и многоформная эритема (редко) (см. раздел 4.4).

При появлении сыпи за пациентом следует вести тщательное наблюдение и отменить Вифенд при прогрессировании поражения кожи. Сообщалось о таких реакциях фоточувствительности, как веснушки, лентиго и актинический кератоз, особенно при длительной терапии (см. раздел 4.4).

Сообщалось о случаях плоскоклеточного рака кожи (включая ПРК *in situ* или болезнь Боуэна) у пациентов, получавших Вифенд в течение длительного времени; механизм возникновения опухоли неизвестен (см. раздел 4.4).

Биохимические показатели функции печени

Общая частота повышения уровня трансаминаз > 3 раз ВГН (что не обязательно было нежелательной реакцией) у пациентов, получавших вориконазол в ходе клинических исследований, составляет 18,0 % (319/1768) у взрослых и 25,8 % (73/283) у пациентов детского возраста, получавших вориконазол в терапевтических и профилактических целях совокупно. Отклонения от нормы биохимических показателей функции печени могут быть связаны с более высокими концентрациями препарата в плазме крови и/или более высокими дозами. В большинстве случаев биохимические показатели функции печени нормализовывались при продолжении лечения без изменения дозы или после коррекции дозы, в том числе после отмены терапии.

При применении вориконазола имели место случаи серьезной гепатотоксичности у пациентов с другими серьезными основными заболеваниями. Гепатотоксичность проявлялась в виде желтухи, гепатита и печеночной недостаточности с летальным исходом (см. раздел 4.4).

Профилактика

В ходе открытого сравнительного многоцентрового исследования для сравнения вориконазола и итраконазола как средств первичной профилактики у взрослых и подростков, реципиентов аллогенных ГСК, ранее не инфицированных подтвержденной или подозреваемой ИГИ, окончательная отмена препарата по причине НЯ была зарегистрирована у 39,3 % пациентов в группе вориконазола по сравнению с 39,6 %

пациентов в группе итраконазола. Нежелательные реакции со стороны печени, возникшие после начала лечения и требовавшие окончательной отмены препарата исследования, наблюдались у 50 пациентов (21,4 %), получавших вориконазол, и у 18 пациентов (7,1 %), получавших итраконазол.

Дети

Безопасность вориконазола изучалась в клинических исследованиях у 288 детей в возрасте от 2 до 12 лет (169) и в возрасте от 12 до < 18 лет (119), которые получали вориконазол для профилактики (183) и лечения (105). Безопасность вориконазола также дополнительно исследовалась у 158 детей в возрасте от 2 до < 12 лет в программах применения незарегистрированного препарата в индивидуальном порядке. В целом профиль безопасности вориконазола у пациентов детского возраста был аналогичен таковому у взрослых. Однако у пациентов детского возраста, по сравнению со взрослыми, в клинических исследованиях наблюдалась тенденция к более высокой частоте повышения уровня печеночных ферментов, отмеченной как нежелательная реакция (повышение уровня трансаминаз на 14,2 % у детей по сравнению с 5,3 % у взрослых). Данные пострегистрационного наблюдения указывают на то, что у детей кожные реакции (особенно эритема) могут встречаться чаще, чем у взрослых. У 22 пациентов младше 2 лет, получавших вориконазол в программе применения незарегистрированного препарата при неэффективности других методов лечения, наблюдались следующие нежелательные реакции (для которых не может быть исключена связь с вориконазолом): реакция светочувствительности (1), аритмия (1), панкреатит (1), повышение уровня билирубина в крови (1), повышение уровня печеночных ферментов (1), сыпь (1) и отек диска зрительного нерва (1). В пострегистрационном периоде сообщалось о случаях панкреатита у детей.

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.

Республика Казахстан

РГП на ПХВ «Национальный центр экспертизы лекарственных средств и медицинских изделий» Комитета медицинского и фармацевтического контроля Министерства здравоохранения Республики Казахстан

Адрес: 010000, г. Астана, район Байконур, ул. А.Иманова 13 (БЦ "Нурсаулет 2")

Тел.: +7 (7172) 235-135

Эл.почта: farm@dari.kz

Сайт в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»: <https://www.ndda.kz/>

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

Эл.почта: pharm@roszdravnadzor.gov.ru

Сайт в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»:
<http://www.roszdravnadzor.gov.ru>

Кыргызская Республика

Департамент лекарственных средств и медицинских изделий при Министерстве здравоохранения Кыргызской Республики

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

Тел.: +996 (312) 21-05-08

Эл.почта: vigilance@pharm.kg

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

4.9. Передозировка

Сообщалось о 3 случаях неумышленной передозировки в ходе клинических исследований. Все случаи наблюдались у детей, получивших вориконазол внутривенно в дозе, в пять раз превышавшей рекомендованную.

Симптомы

Единственной нежелательной реакцией была светобоязнь длительностью 10 минут.

Лечение

Антидот вориконазола неизвестен.

Вориконазол выводится при гемодиализе с клиренсом 121 мл/мин. В случае передозировки гемодиализ может способствовать выведению вориконазола из организма.

5. ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА

5.1. Фармакодинамические свойства

Фармакотерапевтическая группа: Противогрибковые препараты для системного применения. Производные триазола и тетразола. Вориконазол.

Код АТХ: J02AC03

Механизм действия

Вориконазол — это противогрибковый препарат триазольной группы. Основным механизмом действия вориконазола заключается в ингибировании опосредованной грибковым цитохромом Р450 реакции деметилирования 14-альфа-ланостерола, являющейся ключевым этапом биосинтеза эргостерола в грибах. Накопление 14-альфа-метилстеролов коррелирует с последующей потерей эргостерола, входящего в состав клеточной мембраны грибов; этот процесс, возможно, лежит в основе противогрибкового действия вориконазола. Показано, что вориконазол более селективен по отношению к ферментам семейства цитохрома Р-450 грибов, чем по отношению к различным ферментам семейства цитохрома Р-450 млекопитающих.

Клиническая эффективность и безопасность

Вориконазол *in vitro* демонстрирует широкий спектр противогрибковой активности в отношении видов *Candida* (включая резистентные к флуконазолу штаммы *C. krusei* и резистентные штаммы *C. glabrata* и *C. albicans*), а также проявляет фунгицидное действие в отношении всех изученных видов рода *Aspergillus*. Кроме того, в условиях *in vitro* вориконазол обладает противогрибковым действием против новых патогенных грибов, например грибов рода *Scedosporium* или *Fusarium*, имеющих ограниченную чувствительность к существующим противогрибковым средствам.

Клиническая эффективность, определяемая как частичный или полный ответ, была показана относительно грибов рода *Aspergillus*, в том числе *A. flavus*, *A. fumigatus*, *A. terreus*, *A. niger*, *A. nidulans*; грибов рода *Candida*, включая *C. albicans*, *C. glabrata*, *C. krusei*, *C. parapsilosis* и *C. tropicalis*, а также против ограниченного числа штаммов *C. dubliniensis*, *C. inconspicua* и *C. guilliermondii*, а также видов *Scedosporium*, в том числе *S. apiospermum*, *S. prolificans*, и грибов рода *Fusarium*.

Другие грибковые инфекции, при которых применялся препарат (часто с частичным или полным ответом), включали в себя отдельные случаи инфекций, вызванных грибами рода *Alternaria*, *Blastomyces dermatitidis*, *Blastoschizomyces capitatus*, а также рода *Cladosporium*, *Coccidioides immitis*, *Conidiobolus coronatus*, *Cryptococcus neoformans*, *Exserohilum rostratum*, *Exophiala spinifera*, *Fonsecaea pedrosoi*, *Madurella mycetomatis*, *Paecilomyces lilacinus*, рода *Penicillium*, включая *P. marneffeii*, *Phialophora richardsiae*, *Scopulariopsis brevicaulis* и рода *Trichosporon*, включая инфекции, вызванные *T. beigelii*.

Активность препарата в условиях *in vitro* по отношению к клиническим штаммам наблюдалась для грибов рода *Acremonium*, рода *Alternaria*, рода *Bipolaris*, рода *Cladophialophora* и *Histoplasma capsulatum*, причем рост большинства штаммов подавлялся при концентрациях вориконазола от 0,05 мкг/мл до 2 мкг/мл.

В условиях *in vitro* выявлена активность вориконазола в отношении грибов рода *Curvularia* и рода *Sporothrix*.

Пограничные значения

Перед началом терапии необходимо получить образцы грибковой культуры и провести другие надлежащие лабораторные исследования (серологические, гистопатологические) для выделения и идентификации патогенных микроорганизмов-возбудителей инфекции. Терапия может быть начата до получения результатов культурального и других лабораторных исследований, однако после получения этих результатов противoinфекционное лечение следует соответствующим образом скорректировать.

К видам, которые чаще всего служат причиной грибковых инфекций у человека, относятся *C. albicans*, *C. parapsilosis*, *C. tropicalis*, *C. glabrata* и *C. krusei*, причем для всех этих видов минимальная ингибирующая концентрация (МИК) вориконазола составляет менее 1 мг/л.

Однако активность вориконазола *in vitro* в отношении видов рода *Candida* не одинакова. В частности, МИК вориконазола для резистентных к флуконазолу штаммов *C. glabrata* пропорционально выше, чем для штаммов, чувствительных к флуконазолу. Таким образом, необходимо идентифицировать *Candida* до уровня вида. При возможности выполнения исследования по определению чувствительности грибов к противогрибковым препаратам полученные значения МИК могут интерпретироваться с использованием критериев границ чувствительности Европейского комитета по определению чувствительности микроорганизмов к антибактериальным средствам (EUCAST).

Границы чувствительности согласно EUCAST

Виды <i>Candida</i> и <i>Aspergillus</i>	Пограничные значения минимальных ингибирующих концентраций (МИК) (мг/л)
--	---

	< Ч (чувствительные)	> У (устойчивые)
<i>Candida albicans</i> ¹	0,06	0,25
<i>Candida dubliniensis</i> ¹	0,06	0,25
<i>Candida glabrata</i>	Данных недостаточно (ДН)	ДН
<i>Candida krusei</i>	ДН	ДН
<i>Candida parapsilosis</i> ¹	0,125	0,25
<i>Candida tropicalis</i> ¹	0,125	0,25
<i>Candida guilliermondii</i> ²	ДН	ДН
Не зависящие от вида возбудителя пограничные значения для <i>Candida</i> ³	ДН	ДН
<i>Aspergillus fumigatus</i> ⁴	1	1
<i>Aspergillus nidulans</i> ⁴	1	1
<i>Aspergillus flavus</i>	ДН ⁵	ДН ⁵
<i>Aspergillus niger</i>	ДН ⁵	ДН ⁵
<i>Aspergillus terreus</i>	ДН ⁵	ДН ⁵
Не зависящие от вида возбудителя пограничные значения ⁶	ДН	ДН

¹ Штаммы с величинами МИК выше пограничного значения чувствительности / умеренной чувствительности (Ч/П) выявлялись редко или не выявлялись вообще. Идентификацию любого из таких изолятов и исследование его чувствительности к противогрибковым средствам необходимо выполнить повторно и в случае подтверждения полученного результата изолят следует направить в поверочную лабораторию. До получения объективных данных о клиническом ответе для подтвержденных изолятов с МИК выше текущего пограничного значения устойчивости эти изоляты должны сообщаться как устойчивые. Клинический ответ 76 % был достигнут при инфекциях, вызванных перечисленными ниже видами возбудителей, когда значения МИК были ниже или равны эпидемиологическим граничным значениям. Поэтому популяции *C. albicans*, *C. dubliniensis*, *C. parapsilosis* и *C. tropicalis* дикого типа считаются чувствительными.

² Эпидемиологические пороговые значения (ECOFF) для этих видов в целом выше, чем для *C. albicans*.

³ Не зависящие от вида возбудителя пограничные значения определялись главным образом на основе данных ФК/ФД и не зависят от распределения МИК конкретных видов *Candida*. Они предназначены только для организмов, у которых нет определенных пограничных значений чувствительности.

⁴ Область технической неопределенности (ATU). 2. Укажите букву R со следующим комментарием: «В некоторых клинических ситуациях (неинвазивные формы инфекций) вориконазол может использоваться при условии достаточного воздействия».

⁵ ECOFF для этих видов, как правило, на одно двукратное разведение выше, чем для *A. fumigatus*.

⁶ Не зависящие от вида возбудителя пограничные значения не были определены.

Опыт клинического применения

В рамках данного раздела положительный результат применения препарата определяется как полный или частичный ответ на лечение.

Инфекции, вызванные *Aspergillus*: эффективность у пациентов с аспергиллезом и

неблагоприятным прогнозом

В условиях *in vitro* вориконазол проявляет противогрибковое действие против разных видов рода *Aspergillus*. Эффективность вориконазола и его положительное влияние на выживаемость в сравнении со стандартной терапией амфотерицином В при первичном лечении острого инвазивного аспергиллеза были показаны в открытом, рандомизированном, многоцентровом исследовании с участием 277 пациентов с ослабленным иммунитетом, получавших лечение в течение 12 недель. Вориконазол вводили внутривенно в виде насыщающей дозы 6 мг/кг каждые 12 часов в течение первых 24 часов, а затем в виде поддерживающей дозы 4 мг/кг каждые 12 часов в течение не менее 7 дней. Далее можно было перейти к получению препарата перорально в дозе 200 мг каждые 12 часов. Медианная продолжительность в/в терапии вориконазолом составляла 10 дней (диапазон 2–85 дней). Медианная продолжительность пероральной терапии вориконазолом после в/в терапии составляла 76 дней (диапазон 2–232 дня).

Удовлетворительный общий ответ (полное или частичное исчезновение всех ассоциированных признаков, симптомов и рентгенографических/бронхоскопических изменений, имевшихся на исходном уровне) наблюдался у 53 % пациентов, получавших вориконазол, по сравнению с 31 % пациентов, получавших препарат сравнения. Выживаемость пациентов на протяжении 84-дневного периода на фоне применения вориконазола была статистически значимо выше, чем на фоне применения препарата сравнения, при этом были продемонстрированы клинически и статистически значимые преимущества вориконазола как в плане продолжительности периода до наступления смерти, так и в плане продолжительности периода до отмены препарата в связи с его токсичностью.

Это исследование подтвердило результаты предыдущего проспективного исследования, в котором был получен положительный результат у пациентов с факторами риска неблагоприятного прогноза, включая реакцию «трансплантат против хозяина» и, особенно, церебральные инфекции (обычно сопровождающиеся почти 100%-ной летальностью).

Эти исследования включали случаи аспергиллеза головного мозга, придаточных пазух носа, легких и диссеминированной инфекции у пациентов после трансплантации костного мозга и органов, у пациентов с гемобластомами, другими злокачественными опухолями и СПИДом.

Кандидемия у пациентов без нейтропении

Эффективность вориконазола в сравнении с амфотерицином В с последующим применением флуконазола в качестве первичной терапии кандидемии была продемонстрирована в открытом сравнительном исследовании. В исследовании участвовали 370 пациентов без нейтропении (старше 12 лет) с подтвержденной кандидемией, из которых 248 получали вориконазол. Девять пациентов в группе вориконазола и 5 пациентов в группе амфотерицина В с последующим применением флуконазола также имели грибковую инфекцию глубоких тканей, подтвержденную микологическим исследованием. Пациенты с почечной недостаточностью в это исследование не включались. Медианная продолжительность лечения составляла 15 дней в обеих группах лечения. В соответствии с проведенной комитетом по анализу данных (КАД) оценкой результатов, которые были маскированы в отношении исследовавшегося лекарственного препарата, при первичном анализе благоприятный ответ определялся как исчезновение или ослабление всех клинических признаков и симптомов инфекции с отсутствием грибов рода *Candida* в крови и в инфицированных участках глубоких тканей

через 12 недель после окончания терапии (ОТ). Пациенты, не прошедшие оценку через 12 недель после ОТ, рассматривались как не ответившие на лечение. В этом анализе благоприятный ответ наблюдался у 41 % пациентов в обеих группах лечения.

При вторичном анализе, в котором использовались результаты оценки ответа КАД в самую последнюю временную точку (ОТ или через 2, 6 или 12 недель после ОТ), частота благоприятного ответа на терапию вориконазолом и амфотерицином В с последующим применением флуконазола составляла 65 % и 71 % соответственно.

Результаты оценки исследователем удачного исхода лечения в каждой из названных временных точек приводятся в следующей таблице.

Временная точка	Вориконазол (N = 248)	Амфотерицин В флуконазол (N = 122) →
ОТ	178 (72 %)	88 (72 %)
2 недель после ОТ	125 (50 %)	62 (51 %)
6 недель после ОТ	104 (42 %)	55 (45 %)
12 недель после ОТ	104 (42 %)	51 (42 %)

Тяжелые рефрактерные инфекции, вызванные видами *Candida*

В клиническом исследовании приняли участие 55 пациентов с тяжелыми рефрактерными системными инфекциями, вызванными видами *Candida* (включая кандидемию, диссеминированный кандидоз и другие формы инвазивного кандидоза), у которых предыдущая противогрибковая терапия, в частности флуконазолом, была неэффективной. Благоприятный ответ на лечение вориконазолом наблюдался у 24 пациентов (у 15 пациентов полный ответ, у 9 пациентов частичный ответ). У пациентов, инфицированных резистентными к флуконазолу штаммами, не принадлежащими к виду *albicans*, благоприятный ответ на лечение наблюдался у 3 из 3 пациентов, инфицированных *C. krusei* (полный ответ), и у 6 из 8 пациентов, инфицированных *C. glabrata* (у 5 — полный ответ, у 1 — частичный ответ). Данные о клинической эффективности подтверждались немногочисленными результатами определения чувствительности возбудителей к препарату.

Инфекции, вызванные грибами рода *Scedosporium* и *Fusarium*

Была продемонстрирована эффективность вориконазола против следующих редких патогенных грибов.

Грибы рода *Scedosporium*: успешное лечение вориконазолом было зарегистрировано у 16 (у 6 — полный ответ, у 10 — частичный) из 28 пациентов с инфекцией, вызванной *S. apiospermum*, и у 2 (у обоих пациентов частичный ответ) из 7 пациентов с инфекцией, вызванной *S. prolificans*. Кроме того, положительный ответ на лечение отмечен у 1 из 3 пациентов с инфекциями, вызванными более чем одним микроорганизмом, включая *Scedosporium* spp.

Грибы рода *Fusarium*: семь (3 пациента с полным ответом и 4 пациента с частичным) из 17

пациентов были успешно пролечены вориконазолом. У 3 из этих 7 пациентов наблюдалась инфекция глаз, у 1 — инфекция придаточных пазух носа и у 3 пациентов — диссеминированная инфекция. Еще 4 пациента с фузариозом были инфицированы несколькими возбудителями; у 2 из этих пациентов исход лечения был удачным.

У большинства пациентов, получавших вориконазол для лечения вышеуказанных редких инфекций, наблюдалась непереносимость применявшейся ранее противогрибковой терапии или устойчивость к ней.

Первичная профилактика инвазивных грибковых инфекций (ИГИ) — эффективность при применении у реципиентов ГСК, ранее не инфицированных подтвержденной или подозреваемой ИГИ

Вориконазол сравнивали с итраконазолом при применении в качестве первичной профилактики в ходе открытого, сравнительного, многоцентрового исследования с участием взрослых и подростков, реципиентов аллогенных ГСК, ранее не инфицированных подтвержденной или подозреваемой ИГИ. Благоприятным результатом лечения считалась возможность продолжать профилактическое применение исследуемого препарата на протяжении 100 дней после трансплантации ГСК (без перерыва длительностью > 14 дней) и выживаемость без подтвержденной или подозреваемой ИГИ на протяжении 180 дней после трансплантации ГСК. В модифицированной в соответствии с назначенным лечением (MITT) группе насчитывалось 465 реципиентов аллогенных ГСК, причем у 45 % пациентов был острый миелоидный лейкоз (ОМЛ). Среди всех пациентов 58 % лиц предстояло миелоаблативное кондиционирование. Профилактическое применение исследуемого препарата начинали непосредственно после трансплантации ГСК: 224 пациента получали вориконазол, и 241 пациент получал итраконазол. Медиана продолжительности профилактического применения исследуемого препарата в популяции MITT составила 96 дней для вориконазола и 68 дней для итраконазола.

Показатели эффективности и другие вторичные конечные точки представлены в таблице ниже.

Конечные исследования	точки	Вориконазол N = 224	Итраконазол N = 241	Разность процентных долей и 95 % доверительный интервал (ДИ)	P- значение
Эффективность лечения на день 180*		109 (48,7 %)	80 (33,2 %)	16,4 % (7,7 %, 25,1 %)**	0,0002**
Эффективность лечения на день 100		121 (54,0 %)	96 (39,8 %)	15,4 % (6,6 %, 24,2 %)**	0,0006**
Количество пациентов, получавших исследуемый препарат с профилактической целью в течение как минимум 100 дней		120 (53,6 %)	94 (39,0 %)	14,6 % (5,6 %, 23,5 %)	0,0015
Количество выживших пациентов к 180 дню		184 (82,1 %)	197 (81,7 %)	0,4 % (-6,6 %, 7,4 %)	0,9107
Количество пациентов с		3 (1,3 %)	5 (2,1 %)	-0,7 % (-3,1 %, 1,7 %)	0,5390

доказанной или вероятной ИГИ, развившейся к 180 дню			1,6 %)	
Количество пациентов с доказанной или вероятной ИГИ, развившейся к 100 дню	2 (0,9 %)	4 (1,7 %)	−0,8 % (−2,8 %, 1,3 %)	0,4589
Количество пациентов с доказанной или вероятной ИГИ, развившейся при приеме исследуемого препарата	0	3 (1,2 %)	−1,2 % (−2,6 %, 0,2 %)	0,0813

* Первичная конечная точка исследования

** Разность отношений, 95 % ДИ и р-значение, полученные после поправки на рандомизацию

Частота случаев заражения ИГИ после лечения ко дню 180 и первичная конечная точка исследования, определяемая как успешное лечение по данным на день 180, у пациентов с ОМЛ и миелоаблативным кондиционированием соответственно представлены в таблице ниже.

ОМЛ

Конечные точки исследования	Вориконазол (N = 98)	Итраконазол (N = 109)	Разность процентных долей и 95 % доверительный интервал (ДИ)
Частота случаев заражения ИГИ после лечения — день 180	1 (1,0 %)	2 (1,8 %)	−0,8 % (−4,0 %; 2,4 %)**
Эффективность лечения на день 180*	55 (56,1 %)	45 (41,3 %)	14,7 % (1,7 %; 27,7 %)***

* Первичная конечная точка исследования

** При запасе 5 % была показана не меньшая эффективность

*** Разность процентных долей, 95 % ДИ, полученная после поправки на рандомизацию

Миелоаблативное кондиционирование

Конечные исследования	точки	Вориконазол (N = 125)	Итраконазол (N = 143)	Разность долей и 95 % доверительный интервал (ДИ)
Частота случаев заражения ИГИ после лечения — день 180		2 (1,6 %)	3 (2,1 %)	-0,5 % (-3,7 %; 2,7 %)***
Эффективность лечения на день 180*		70 (56,0 %)	53 (37,1 %)	20,1 % (8,5 %; 31,7 %)***

* Первичная конечная точка исследования

** При запасе 5 % была показана не меньшая эффективность

*** Разность процентных долей, 95 % ДИ, полученная после поправки на рандомизацию

Вторичная профилактика ИГИ — эффективность при применении у реципиентов для трансплантации ГСК, ранее инфицированных подтвержденной или подозреваемой ИГИ
Применение вориконазола в качестве вторичной профилактики изучалось в ходе открытого, несравнительного, многоцентрового исследования с участием взрослых пациентов, реципиентов аллогенных ГСК, ранее инфицированных подтвержденной или подозреваемой ИГИ. В качестве первичной конечной точки использовали частоту инфицирования подтвержденной или подозреваемой ИГИ на протяжении первого года после трансплантации ГСК. Популяция МИТТ состояла из 40 пациентов, ранее инфицированных ИГИ, включая 31 пациента с аспергиллезом, 5 пациентов с кандидозом и 4 пациента с другими ИГИ. Медиана продолжительности профилактического применения исследуемого препарата в популяции МИТТ составила 95,5 дня.

Подтвержденные или подозреваемые ИГИ развились у 7,5 % (3/40) пациентов в течение первого года после трансплантации ГСК, включая один случай кандидемии, один случай сседоспориоза (обе инфекции как рецидив имевшейся ранее ИГИ) и один случай зигомикоза. Выживаемость на день 180 составила 80,0 % (32/40), а через 1 год — 70,0 % (28/40).

Продолжительность терапии

В клинических исследованиях 705 пациентов получали вориконазол более 12 недель, причем 164 из них получали вориконазол более 6 месяцев.

Дети

Пятьдесят три (53) пациента детского возраста в возрасте от 2 до < 18 лет получали лечение вориконазолом в двух проспективных открытых несравнительных многоцентровых клинических исследованиях. В одно исследование был включен 31 пациент с возможным, подтвержденным или вероятным инвазивным аспергиллезом (ИА), из которых 14 пациентов имели подтвержденный или вероятный ИА и были включены в анализы эффективности МИТТ. Второе исследование включало 22 пациента с инвазивным кандидозом с кандидемией (ИКК) и кандидозом пищевода (КП), которым была необходима первичная терапия или «терапия спасения», 17 из которых были включены в анализы эффективности МИТТ. У пациентов с ИА показатели частоты общего ответа через 6 недель составляли 64,3 % (9/14), показатель общего ответа составлял 40 % (2/5) среди пациентов в

возрасте от 2 до < 12 лет и 77,8 % (7/9) среди пациентов в возрасте от 12 до < 18 лет. Для пациентов с ИКК глобальный ответ на момент ОТ составил 85,7 % (6/7), и у пациентов с КП глобальный ответ на момент ОТ составлял 70 % (7/10). Общая частота ответа (ИКК и КП объединены) составляла 88,9 % (8/9) для детей от 2 до < 12 лет и 62,5 % (5/8) для от < 12 до 18 лет.

Клинические исследования по оценке интервала QTc

Для оценки влияния трех пероральных доз вориконазола и кетоконазола на интервал QTc было проведено плацебо-контролируемое, рандомизированное, перекрестное исследование с однократным приемом препарата здоровыми добровольцами. Скорректированное относительно плацебо среднее максимальное удлинение интервала QTc по сравнению с исходным уровнем составляло 5,1 мсек, 4,8 мсек и 8,2 мсек после применения 800 мг, 1200 мг и 1600 мг вориконазола, соответственно, и 7,0 мсек после применения кетоконазола в дозе 800 мг. Ни у одного участника исследования удлинение интервала не составляло ≥ 60 мсек по сравнению с исходным уровнем. Случаи удлинения интервала выше потенциально клинически значимого порогового значения 500 мсек отсутствовали.

5.2. Фармакокинетические свойства

Общая характеристика фармакокинетики

Фармакокинетику вориконазола изучали у здоровых лиц, представителей особых групп и пациентов с грибковой инфекцией. Во время перорального применения вориконазола в дозе 200 мг или 300 мг 2 раза в сутки на протяжении 14 дней у пациентов с повышенным риском аспергиллеза (в основном в связи со злокачественными новообразованиями лимфоидной или кроветворной ткани) наблюдаемые фармакокинетические характеристики препарата, такие как скорость и равномерность всасывания, способность к накоплению и отсутствие линейной зависимости фармакокинетических параметров от дозы, были схожими с аналогичными показателями у здоровых лиц.

5.2.1. Абсорбция

Вориконазол быстро и практически полностью всасывается после перорального приема; максимальные концентрации в плазме крови ($C_{\max}$) достигаются через 1–2 часа после приема. Абсолютная биодоступность вориконазола при пероральном приеме составляет 96 %. При многократном приеме суспензии вориконазола для приема внутрь с пищей с высоким содержанием жира $C_{\max}$ и AUC_t уменьшаются на 34 % и 24 %, соответственно. Всасывание вориконазола не зависит от изменений pH желудочного сока.

5.2.2. Распределение

Объем распределения вориконазола в равновесном состоянии составляет 4,6 л/кг, что указывает на широкое распределение препарата в тканях. Связывание с белками плазмы составляет 58 %.

Вориконазол в концентрациях, поддающихся определению, выявлен во всех образцах спинномозговой жидкости, отобранных у 8 пациентов, участвовавших в программе применения незарегистрированного препарата при неэффективности других методов лечения.

5.2.3. Биотрансформация

Исследования *in vitro* показали, что вориконазол метаболизируется печеночными изоферментами цитохрома P450 — CYP2C19, CYP2C9 и CYP3A4.

Для фармакокинетики вориконазола характерна значительная межиндивидуальная вариабельность.

Исследования *in vivo* свидетельствуют о том, что CYP2C19 играет важную роль в метаболизме вориконазола. Для этого фермента характерен генетический полиморфизм. Например, низкой активности метаболизирующих вориконазол ферментов можно ожидать у 15–20 % представителей азиатской расы. Среди представителей европеоидной и негроидной рас распространенность лиц с низкой метаболизирующей активностью ферментов составляет 3–5 %. Исследования у здоровых представителей европеоидной расы и японцев показали, что у пациентов с низкой метаболизирующей активностью ферментов воздействие (AUC_t) препарата в среднем в 4 раза выше, чем у гомозиготных участников с высокой метаболизирующей активностью. У гетерозиготных участников с высокой метаболизирующей активностью ферментов воздействие вориконазола в среднем в 2 раза выше, чем у гомозиготных участников с высокой метаболизирующей активностью ферментов.

Основным метаболитом вориконазола является N-оксид, доля которого составляет 72 % от циркулирующих меченных радиоактивной меткой метаболитов в плазме крови. Этот метаболит обладает минимальной противогрибковой активностью и не влияет на общую эффективность вориконазола.

5.2.4. Элиминация

Вориконазол элиминируется посредством метаболизма в печени, при этом в неизмененном виде с мочой выделяется менее 2 % дозы препарата.

После многократного внутривенного введения и перорального приема меченного радиоактивной меткой вориконазола в моче обнаруживают примерно 80 % и 83 % радиоактивной метки соответственно. После перорального приема и внутривенного введения основная часть (> 94 %) радиоактивной метки выводится в течение первых 96 часов.

Продолжительность терминального периода полувыведения вориконазола зависит от дозы и составляет приблизительно 6 часов после перорального приема 200 мг препарата. В связи с нелинейностью фармакокинетики терминальный период полувыведения не позволяет прогнозировать параметры накопления или элиминации вориконазола.

5.2.5. Линейность (нелинейность)

Фармакокинетика вориконазола имеет нелинейный характер за счет насыщения метаболических путей его превращений. При увеличении дозы наблюдается непропорциональное (более выраженное) повышение уровня воздействия. Согласно расчетам, увеличение принимаемой перорально дозы с 200 мг 2 раза в сутки до 300 мг 2 раза в сутки приводит к увеличению воздействия (AUC_t) в среднем в 2,5 раза. При применении пероральной поддерживающей дозы 200 мг (или 100 мг у пациентов с массой тела менее 40 кг) достигается уровень воздействия вориконазола, аналогичный таковому при в/в введении препарата в дозе 3 мг/кг. При применении пероральной поддерживающей дозы 300 мг (или 150 мг у пациентов с массой тела менее 40 кг) достигается воздействие вориконазола, аналогичное воздействию при в/в введении в дозе 4 мг/кг. При применении рекомендуемых насыщающих доз внутривенно или перорально близкие к равновесным концентрации вориконазола в плазме крови достигаются в течение первых 24 часов после

введения или приема препарата. Без применения насыщающей дозы при многократном приеме два раза в сутки наблюдается накопление препарата с достижением равновесной концентрации вориконазола в плазме крови у большинства пациентов к 6-ому дню.

5.2.6. Фармакокинетическая-фармакодинамическая зависимость

В 10 терапевтических исследованиях медиана средней и максимальной концентрации препарата в плазме крови у отдельных пациентов во всех исследованиях равнялась 2425 нг/мл (межквартильный размах от 1193 до 4380 нг/мл) и 3742 нг/мл (межквартильный размах от 2027 до 6302 нг/мл) соответственно. Положительной связи между средними, максимальными и минимальными значениями концентрации вориконазола в плазме крови и эффективностью препарата в исследованиях с его применением в терапевтических целях не выявлено; в исследованиях с применением вориконазола в профилактических целях такая связь не изучалась.

В результате анализа данных по фармакокинетике и фармакодинамике, полученных в клинических исследованиях, была выявлена положительная связь между концентрациями вориконазола в плазме и отклонениями от нормы биохимических показателей функции печени и зрительными нарушениями. Коррекция дозы в исследованиях с применением вориконазола в профилактических целях не изучалась.

Фармакокинетика у пациентов особых групп

Почечная недостаточность

В исследовании с однократным пероральным приемом исследуемого препарата (200 мг) фармакокинетика вориконазола у пациентов с нормальной функцией почек и у пациентов с нарушением функции почек от легкой (клиренс креатинина 41–60 мл/мин) до тяжелой (клиренс креатинина < 20 мл/мин) степени существенно не зависела от нарушения функции почек. Степень связывания вориконазола с белками плазмы была сходной у пациентов с различной степенью почечной недостаточности (см. разделы 4.2 и 4.4).

Печеночная недостаточность

После однократного перорального приема вориконазола (200 мг) у пациентов с циррозом печени легкой или умеренной степени тяжести (класс А и В по классификации Чайлда-Пью) показатель AUC был на 233 % выше, чем у пациентов с нормальной функцией печени. Нарушение функции печени не влияло на связывание вориконазола с белками крови.

В исследовании с многократным пероральным приемом препарата значение AUC_τ было одинаковым у пациентов с циррозом печени умеренной степени тяжести (класс В по классификации Чайлда — Пью), получавших вориконазол в поддерживающей дозе 100 мг два раза в сутки, и у участников с нормальной функцией печени, получавших вориконазол в дозе 200 мг два раза в сутки. Данные по фармакокинетике препарата у пациентов с тяжелым циррозом печени (класс С по классификации Чайлда — Пью) отсутствуют (см. разделы 4.2 и 4.4).

Лица пожилого возраста

В исследовании с многократным пероральным применением препарата значения C_{max} и AUC_τ у здоровых пожилых мужчин (≥ 65 лет) были соответственно на 61 % и 86 % выше, чем у здоровых молодых мужчин (18–45 лет). Существенных различий в значениях C_{max} и AUC_τ между здоровыми пожилыми женщинами (≥ 65 лет) и здоровыми молодыми женщинами (18–45 лет) не наблюдалось.

В терапевтических исследованиях коррекция дозы в зависимости от возраста участников не осуществлялась. Была установлена взаимосвязь между концентрациями препарата в плазме крови и возрастом пациентов. Профиль безопасности вориконазола у пациентов молодого и пожилого возраста был схож, поэтому необходимость в коррекции дозы у лиц пожилого возраста отсутствует (см. раздел 4.2).

Дети

Дозы препарата, рекомендуемые к применению у детей и подростков, определены по результатам популяционного фармакокинетического анализа объединенных данных 112 детей с ослабленным иммунитетом в возрасте от 2 до <12 лет и 26 подростков с ослабленным иммунитетом в возрасте от 12 до <17 лет. В 3 исследованиях по оценке фармакокинетики препарата у пациентов детского возраста изучали многократные дозы вориконазола 3, 4, 6, 7 и 8 мг/кг при внутривенном введении два раза в сутки. Насыщающие дозы 6 мг/кг при внутривенном введении два раза в сутки на день 1 с последующим введением дозы 4 мг/кг внутривенно два раза в сутки и дозы 300 мг при пероральном приеме два раза в сутки в форме таблеток изучали в одном исследовании по оценке фармакокинетики препарата у подростков. У детей отмечалась более выраженная межиндивидуальная вариабельность, чем у взрослых.

При сравнении данных по фармакокинетике препарата у детей и взрослых было установлено, что прогнозируемое общее воздействие (AUC_{τ}) у детей после в/в введения насыщающей дозы 9 мг/кг было сопоставимо с воздействием у взрослых после в/в введения насыщающей дозы 6 мг/кг. Прогнозируемый суммарный уровень воздействия у детей после в/в введения поддерживающих доз 4 и 8 мг/кг два раза в сутки был сопоставим с таковым у взрослых после в/в введения препарата в дозах 3 и 4 мг/кг два раза в сутки соответственно. Прогнозируемый суммарный уровень воздействия у детей после перорального приема поддерживающей дозы 9 мг/кг (максимум 350 мг) два раза в сутки был сопоставим с таковым у взрослых после перорального приема препарата в дозе 200 мг два раза в сутки. При внутривенном введении препарата в дозе 8 мг/кг уровень воздействия вориконазола будет приблизительно в 2 раза превышать уровень воздействия при пероральном приеме препарата в дозе 9 мг/кг.

Поддерживающая доза для в/в введения у детей выше, чем у взрослых, в связи с наличием у детей более выраженной способности к элиминации препарата, обусловленной более высоким соотношением массы печени к массе тела. Однако биодоступность препарата при пероральном приеме у детей с мальабсорбцией и очень низкой относительно возраста массой тела может быть снижена. В таких случаях рекомендуется внутривенное введение вориконазола.

Уровни воздействия вориконазола у большинства подростков были сопоставимы с таковыми у взрослых пациентов, получавших препарат по такой же схеме лечения. Однако у некоторых пациентов раннего подросткового возраста с низкой массой тела наблюдался более низкий уровень воздействия вориконазола, чем у взрослых. Вполне вероятно, что у этих пациентов метаболизм вориконазола более схож с метаболизмом у детей, чем у подростков/взрослых. Исходя из результатов популяционного фармакокинетического анализа, подростки в возрасте от 12 до 14 лет с массой тела менее 50 кг должны получать детские дозы препарата (см. раздел 4.2).

Другие особые группы

Пол

В исследовании с многократным пероральным применением препарата $C_{\max}$ и AUC_{τ} у здоровых молодых женщин были соответственно на 83 % и 113 % выше, чем у молодых здоровых мужчин (18–45 лет). В этом же исследовании не было выявлено существенных различий в $C_{\max}$ и AUC_{τ} у здоровых пожилых мужчин и здоровых пожилых женщин (≥ 65 лет).

В программе клинического изучения коррекция дозы в зависимости от пола участников не осуществлялась. Профиль безопасности и концентрации препарата в плазме крови у женщин и мужчин были схожими. Таким образом, коррекция дозы препарата в зависимости от пола не требуется.

5.3. Данные доклинической безопасности

Токсикологические исследования с многократным применением вориконазола показали, что препарат оказывает токсическое действие на печень. Признаки гепатотоксичности проявлялись при концентрациях препарата в плазме крови, соответствующих концентрациям при применении в терапевтических дозах у людей, что характерно и для других противогрибковых препаратов. У крыс, мышей и собак вориконазол также вызывал минимальные изменения в надпочечниках. В результате стандартных фармакологических исследований безопасности, генотоксичности или канцерогенного потенциала не было выявлено особых факторов риска для человека.

В исследованиях влияния препарата на репродуктивную функцию вориконазол продемонстрировал наличие тератогенного (исследование на крысах) и эмбриотоксического (исследование на кроликах) потенциала при системных уровнях воздействия, соответствующих таковым при применении препарата у человека в терапевтических дозах. В исследовании пре- и постнатального развития у крыс при более низких уровнях воздействия, чем при применении препарата у людей в терапевтических дозах, вориконазол увеличивал продолжительность беременности и родов и вызывал патологические роды с последующей смертью самок и снижением перинатальной выживаемости потомства. Влияние на роды, вероятно, опосредовано видоспецифическими механизмами, включая снижение уровней эстрадиола, и соответствует влиянию, оказываемому другими азольными противогрибковыми препаратами. Вориконазол при уровнях воздействия, соответствующих уровням воздействия, наблюдавшимся при применении препарата у человека в терапевтических дозах, не оказывал неблагоприятного влияния на репродуктивную функцию самцов или самок крыс.

6. ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА

6.1. Перечень вспомогательных веществ:

Лактозы моногидрат
Крахмал прежелатинизированный
Кроскармеллоза натрия
Повидон К30
Магния стеарат

Пленочная оболочка Опадрай® белый (OY-LS-28914):

Гипромеллоза
Титана диоксид
Лактозы моногидрат
Триацетин

6.2. Несовместимость

Неприменимо.

6.3. Срок годности (срок хранения)

3 года.

6.4. Особые меры предосторожности при хранении

Препарат хранить при температуре не выше 30 °С.

6.5. Характер и содержание первичной упаковки

7 таблеток в блистер из поливинилхлорида и алюминиевой фольги, 2 блистера вместе с листком-вкладышем помещают в картонную пачку с контролем первого вскрытия.

6.6. Особые меры предосторожности при уничтожении использованного лекарственного препарата или отходов, полученных после применения лекарственного препарата или работы с ним

Весь неиспользованный лекарственный препарат или отходы следует утилизировать в соответствии с местными требованиями.

7. ДЕРЖАТЕЛЬ РЕГИСТРАЦИОННОГО УДОСТОВЕРЕНИЯ

Пфайзер Инк.
66 Хадсон Бульвар Ист, Нью-Йорк, штат Нью-Йорк 10001-2192, США
Тел.: +1 (212) 733-23-23
<https://www.pfizer.com/contact/email>

7.1. Представитель держателя регистрационного удостоверения

Республика Казахстан

Филиал компании Pfizer Export B.V. (Пфайзер Экспорт Би.Ви.) в Республике Казахстан
Адрес: 050000, г. Алматы, Медеуский район, пр. Н. Назарбаева, д. 100/4
Тел.: +7 (727) 250 09 16
Факс: +7 (727) 250 42 09
Эл.почта: PfizerKazakhstan@pfizer.com

Российская Федерация (а также для Кыргызской Республики)

ООО «Пфайзер Инновации»
Адрес: 123112, г. Москва, Пресненская наб., д. 10, БЦ «Башня на Набережной» (Блок С)
Тел.: +7 (495) 287-50-00

Факс: +7 (495) 287-53-00
Эл.почта: Russia@pfizer.com

8. НОМЕР РЕГИСТРАЦИОННОГО УДОСТОВЕРЕНИЯ

ЛП-№001588-РГ-КГ

9. ДАТА ПЕРВИЧНОЙ РЕГИСТРАЦИИ

02.12.2022

10. ДАТА ПЕРЕСМОТРА ТЕКСТА

Общая характеристика лекарственного препарата Вифенд 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» <https://eec.eaeunion.org>.