

КРАТКА ХАРАКТЕРИСТИКА НА ПРОДУКТА

1. ИМЕ НА ЛЕКАРСТВЕНИЯ ПРОДУКТ

Сандимун Неорал 100 mg/ml перорален разтвор
Sandimmun Neoral 100 mg/ml oral solution

2. КАЧЕСТВЕН И КОЛИЧЕСТВЕН СЪСТАВ

1 ml перорален разтвор съдържа 100 mg циклоспорин.

Помощни вещества с известно действие:

Етанол: 94,70 mg/ml. Sandimmun Neoral перорален разтвор съдържа 12% о/о етанол (9,5% м/о).

Пропиленгликол: 94,70 mg/ml.

Макроголглицеролов хидроксистеарат/ полиоксил 40 хидрогенирано рициново масло:
383,70 mg/ml.

За пълния списък на помощните вещества вижте точка 6.1.

3. ЛЕКАРСТВЕНА ФОРМА

Перорален разтвор

Бистър, бледожълт до кафяво-жълт разтвор.

Лекарствената форма на Sandimmun Neoral е микроемулсионен прекопцентрат.

4. КЛИНИЧНИ ДАННИ

4.1 Терапевтични показания

Показания в областта на трансплантацията

Трансплантация на солидни органи

Предотвратяване на реакция на отхвърляне на присадката след трансплантация на солидни органи.

Лечение на реакция на клетъчно отхвърляне на присадката при пациенти, приемащи други имunosупресираци средства.

Трансплантация на костен мозък

Предотвратяване на реакцията на отхвърляне на присадката след алогенна костномозъчна трансплантация или трансплантация на стволови клетки.

Профилактика или лечение на болестта, предизвикана от реакцията на присадката срещу приемателя (graft versus host disease - GVHD).

Показания извън областта на трансплантацията

Ендогенен увеит

Лечение на застрашаващо зрението интермедиерен или заден увеит от неинфекциозен произход при пациенти, при които конвенционалната терапия е била неуспешна или е предизвикала неприемливи нежелани реакции.

Лечение на увеит при болест на Бехчет с рецидивиращи възпалителни реакции, засягащи ретината при пациенти без неврологични прояви.

ИЗПЪЛНИТЕЛНА АГЕНЦИЯ ПО ЛЕКАРСТВАТА	
Кратка характеристика на продукта - Приложение 1	
Към Рег. №	20010484
Разрешение №	06-11-2024
BG/MA/MP -	66889
Одобрение №	/



Нефрозен синдром

Стероид-зависим и стероид-резистентен нефрозен синдром, вследствие първични гломерулни заболявания като нефропатия с минимални изменения, фокална и сегментна гломерулосклероза или мембранозен гломерулонефрит.

Sandimmun Neoral може да се използва за индукция и поддържане на ремисия. Може да се използва също така за поддържане на стероид-индуцирана ремисия, позволявайки спиране на кортикостероидите.

Ревматоиден артрит

Лечение на тежък, активен ревматоиден артрит.

Псориазис

Лечение на тежък псориазис при пациенти, при които конвенционалната терапия е неподходяща или без ефект.

Атопичен дерматит

Sandimmun Neoral е показан при пациенти с тежък атопичен дерматит, при които е необходима системна терапия.

4.2 Дозировка и начин на приложение

Дозировка

Приложените схеми за перорално приложение са само насочващи.

Дневната доза на Sandimmun Neoral трябва да се раздели на два отделни приема, разпределени на равни интервали през деня. Препоръчва се да има последователна схема на прилагане на Sandimmun Neoral по отношение на времето от деня и връзката с храненето.

Sandimmun Neoral трябва да се предписва само от, или в тясна колаборация с, лекар с опит в имunosупресивната терапия и/или органната трансплантация.

Трансплантация

Трансплантация на солидни органи

Лечението със Sandimmun Neoral трябва да се започне в рамките на 12 часа преди операцията в доза от 10 до 15 mg/kg, разделена на 2 приема. Тази доза трябва да се поддържа като дневна доза в продължение на 1 до 2 седмици след операцията, като постепенно се намалява в съответствие с плазмените нива, в съответствие с локалния имunosупресивен протокол до достигане на препоръчителната поддържаща доза от около 2 до 6 mg/kg, приложена в 2 отделни приема.

Когато Sandimmun Neoral се прилага с други имunosупресори (напр. кортикостероиди или като част от тройна или четворна лекарствена терапия), може да се прилага в по-ниски дози (напр. 3 до 6 mg/kg, приложени в 2 отделни приема при започване на лечението).

Трансплантация на костен мозък

Началната доза трябва да се даде в деня преди трансплантацията. В повечето случаи за тази цел се предпочита прилагането на Sandimmun концентрат за инфузионен разтвор.

Препоръчителната интравенозна доза е 3 до 5 mg/kg/ден. Инфузията продължава в същата доза по време на непосредствения посттрансплантационен период до 2 седмици след трансплантацията, преди да се премине към перорална поддържаща терапия със Sandimmun Neoral в дневна доза от около 12,5 mg/kg, приложена в 2 отделни приема.

Поддържащото лечение трябва да продължи поне 3 месеца (за предпочитане 6 месеца), след което дозата постепенно да се намали до нула, 1 година след трансплантацията.



Ако при започване на лечението се прилага Sandimmun Neoral, препоръчителната дневна доза е 12,5 до 15 mg/kg, приложена в 2 отделни приема, като се започва в деня преди трансплантацията.

Може да се наложи прилагането на по-високи дози Sandimmun Neoral или прилагане на интравенозно лечение със Sandimmun при наличие на стомашно-чревни нарушения, които могат да намалят абсорбцията.

При някои пациенти след спиране на лечението с циклоспорин може да възникне GVHD, но обикновено се повлиява благоприятно след подновяване на лечението. В такива случаи първоначално се прилага перорално натоварваща доза от 10 до 12,5 mg/kg, след което се прилага поддържащата доза, която преди това е била с добър ефект. При лечение на лека хронична GVHD трябва да се прилагат ниски дози Sandimmun Neoral.

Показания извън областта на трансплантацията

Когато Sandimmun Neoral се използва поради някое от установените показания извън областта на трансплантацията, трябва да се следват следните общи правила:

Преди започване на лечението трябва поне двукратно да се направи оценка на изходната бъбречна функция. Изчислената скорост на гломерулна филтрация (eGFR), изчислена по формулата MDRD, може да се използва за оценка на бъбречната функция при възрастни пациенти, а съответната подходяща формула за деца трябва да се използва за оценка на eGFR при педиатрични пациенти. Тъй като Sandimmun Neoral може да увреди бъбречната функция, е необходимо често да се прави оценка на бъбречната функция. Ако eGFR се понижи с повече от 25% спрямо изходната стойност при повече от едно измерване, дозата на Sandimmun Neoral трябва да се намали с 25 до 50%. Ако понижението на eGFR спрямо изходната стойност е над 35%, трябва да се има предвид по-нататъшно намаляване на дозата на Sandimmun Neoral. Препоръките са валидни, дори когато стойностите при съответния пациент са в рамките на нормалните лабораторни стойности. Ако намаляването на дозата не доведе до подобрене на eGFR в рамките на един месец, лечението със Sandimmun Neoral трябва да се преустанови (вж. точка 4.4).

Необходимо е редовно проследяване на кръвното налягане.

Препоръчва се определяне на билирубина и на останалите показатели за оценка на чернодробната функция преди започване на лечението, както и внимателното им проследяване по време на лечението. Препоръчва се също така определяне на серумните липиди, нивото на калий, магнезий и пикочна киселина, преди започване на лечението и периодично по време на лечението.

Може да се наложи извънредно проследяване на нивото на циклоспорин в кръвта при прилагането му при показания извън областта на трансплантацията, напр. при прилагане на Sandimmun Neoral едновременно с вещества, които могат да повлияят фармакокинетиката на циклоспорин или в случай на необичаен клиничен отговор (напр. липса на ефикасност или повишена лекарствена непоносимост, като например бъбречна дисфункция).

Обичайният начин на приложение е през устата. Ако се използва концентрат за инфузионен разтвор, трябва да се внимава да се осигури прилагането на адекватна интравенозна доза, която да съответства на пероралната доза. Препоръчва се консултация с лекар с опит в прилагането на циклоспорин.

С изключение на пациентите със застрашаващ зрението ендогенен увеит и децата с нефрогенен синдром, общата дневна доза не трябва никога да превишава 5 mg/kg.

За поддържащо лечение най-ниската ефективна и добре поносима доза трябва да се определя индивидуално.



При пациенти, при които за определен период от време (за по-конкретна информация вижте по-долу) не се постигне задоволителен отговор или ефективната доза не е съвместима с установените препоръки за безопасност, лечението със Sandimmun Neoral трябва да се спре.

Ендогенен увеит

Първоначално се препоръчват 5 mg/kg дневно перорално, разделени в 2 приема, докато се постигне ремисия на активното възпаление на увеята и подобрене на зрителната острота. При рефрактерни случаи дозата може да се повиши до 7 mg/kg дневно за ограничен период от време.

За постигане на начална ремисия или за неутрализиране на епизоди на очно възпаление може да се прилага допълнително системно кортикостероидно лечение с дневни дози от 0,2 до 0,6 mg/kg преднизон или негов еквивалент, ако самостоятелното приложение на Sandimmun Neoral не води до задоволителен контрол на състоянието. След 3 месеца дозата на кортикостероидите може да се намали до най-ниската ефективна доза.

За поддържащо лечение дозата трябва бавно да се намали до минималното ефективно ниво, което във фазите на ремисия не трябва да надвишава 5 mg/kg дневно.

Трябва да се изключат инфекциозни причинители на увеит преди употребата на имunosупресори.

Нефрозен синдром

За постигане на ремисия препоръчителната дневна доза се разделя в 2 перорални приема.

Ако бъбречната функция е нормална (с изключение на протеинурия), препоръчителната дневна доза е следната:

- възрастни: 5 mg/kg
- деца: 6 mg/kg

При пациенти с нарушена бъбречна функция началната доза не трябва да надвишава 2,5 mg/kg дневно.

Комбинацията от Sandimmun Neoral и ниски дози перорални кортикостероиди се препоръчва при липса на задоволителен ефект от самостоятелното приложение на Sandimmun Neoral, особено при стероид-резистентни пациенти.

Времето за благоприятно повлияване варира от 3 до 6 месеца в зависимост от вида на гломерулопатията. При липса на подобрене след този период от време, лечението със Sandimmun Neoral трябва да се спре.

Дозите се определят индивидуално според ефикасността (протеинурия) и безопасността, но не трябва да надвишават 5 mg/kg дневно при възрастни и 6 mg/kg дневно при деца.

За поддържащо лечение дозата трябва бавно да се редуцира до най-ниското ефективно ниво.

Ревматоиден артрит

През първите 6 седмици от лечението препоръчителната доза е 3 mg/kg дневно перорално, разделени в два приема. При недостатъчен ефект дневната доза може да се повиши постепенно, до границата на индивидуалната поносимост, но не трябва да надвишава 5 mg/kg. За постигане на оптимална ефективност може да се наложи до 12-седмично лечение със Sandimmun Neoral.

За поддържащо лечение дозата трябва да се титрира според индивидуалната поносимост до най-ниското ефективно ниво.

Sandimmun Neoral може да се комбинира с ниски дози кортикостероиди и/или нестероидни противовъзпалителни лекарствени средства (НСПВС) (вж. точка 4.4). Sandimmun Neoral може



да се комбинира и с ниски дози метотрексат седмично при пациенти, които не се повлияват достатъчно от самостоятелно приложение на метотрексат, като първоначално се използват 2,5 mg/kg Sandimmun Neoral дневно, разделени в 2 отделни приема с възможност дозата да се повиши, ако индивидуалната поносимост позволява.

Псориазис

Лечението със Sandimmun Neoral трябва да се започне от лекари с опит в диагностицирането и лечението на псориазис. Поради разнообразието на това състояние, лечението трябва да бъде индивидуално. За постигане на ремисия препоръчителната начална доза е 2,5 mg/kg дневно перорално, разделена в 2 отделни приема. Ако до 1 месец не последва подобрене, дневната доза може постепенно да се повиши, но не трябва да надвишава 5 mg/kg. Лечението трябва да се преустанови при пациенти, при които желаното повлияване на псориатичните лезии не бъде постигнато за 6 седмици с 5 mg/kg дневно или ефективната доза не е съвместима с изискванията за безопасност (вж. точка 4.4).

Начални дози от 5 mg/kg дневно са оправдани при пациенти, чието състояние изисква бързо подобрене. Веднъж след като се постигне задоволителен ефект, терапията със Sandimmun Neoral може да се преустанови, а при следващ рецидив да се използва отново Sandimmun Neoral в предишната ефективна доза. При някои пациенти може да се наложи продължителна поддържаща терапия.

За поддържащо лечение дозите трябва да се титрират индивидуално до най-ниското ефективно ниво, като не трябва да надвишават 5 mg/kg дневно.

Атопичен дерматит

Лечението със Sandimmun Neoral трябва да се започне от лекари с опит в диагностицирането и лечението на атопичен дерматит. Поради разнообразния характер на това заболяване, лечението трябва да бъде индивидуално. Препоръчителната доза варира от 2,5 до 5 mg/kg дневно, разпределена в 2 отделни перорални приема. Ако при начална доза от 2,5 mg/kg дневно не се постигне задоволителен резултат в продължение на 2 седмици, дневната доза може бързо да се повиши до максимум 5 mg/kg. При много тежки случаи е по-вероятно да се постигне бърз и адекватен контрол на заболяването при начална доза от 5 mg/kg дневно. След като се постигне задоволителен ефект, дозата трябва постепенно да се намали и ако е възможно, Sandimmun Neoral да се спре. Следващ рецидив може да бъде овладян с нов терапевтичен курс със Sandimmun Neoral.

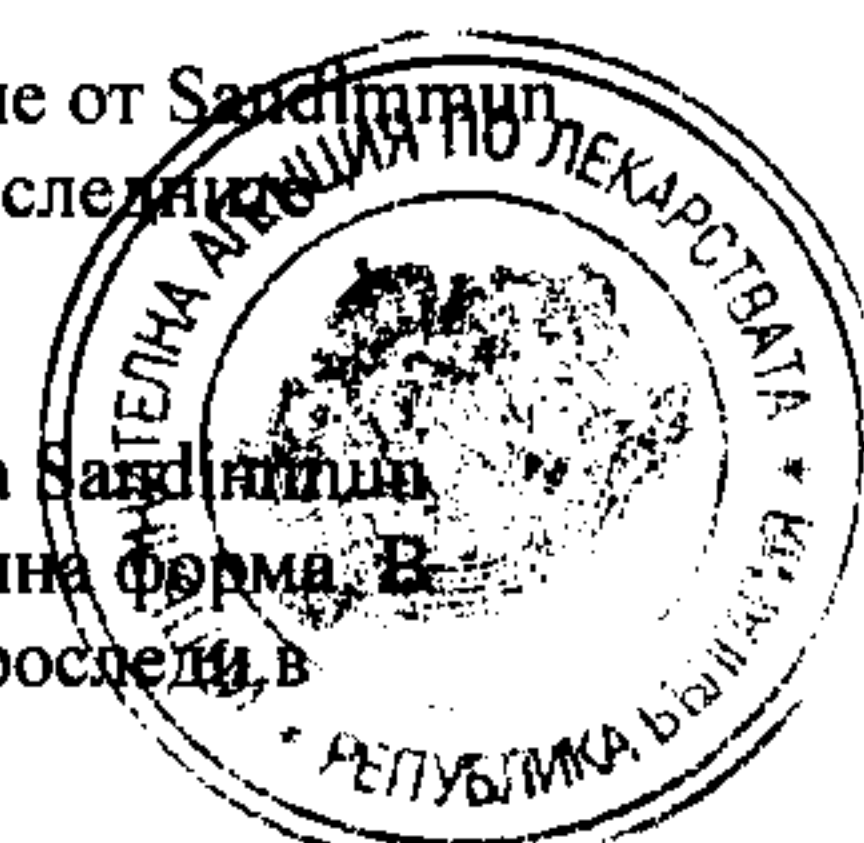
Независимо, че при 8-седмично лечение може да се постигне адекватно повлияване, съществуват данни за ефективност и добра поносимост на терапията до 1 година, при спазване на препоръките за мониториране.

Преминаване от Sandimmun перорална форма към Sandimmun Neoral перорална форма

Наличните данни показват, че след преминаване 1:1 от Sandimmun перорална форма към Sandimmun Neoral перорална форма, най-ниските концентрации на циклоспорин в цяла кръв са сравними. При много пациенти обаче, може да настъпят по-високи пикови концентрации (C_{max}) и повишена експозиция на активното вещество (AUC). При малък брой пациенти тези промени са по-изразени и може да имат клинично значение. Освен това, абсорбцията на циклоспорин от Sandimmun Neoral перорална форма е по-малко вариабилна и корелацията между най-ниските концентрации на циклоспорин и експозицията (в смисъл на AUC) е по-силна, в сравнение със Sandimmun перорална форма.

Поради възможността за повишена експозиция на циклоспорин при преминаване от Sandimmun перорална форма към Sandimmun Neoral перорална форма, трябва да се спазват следните правила:

При трансплантирани пациенти трябва да се започне със същите дневни дози на Sandimmun Neoral перорална форма, както и на преди това използвания Sandimmun перорална форма. В началото най-ниската концентрация на циклоспорин в цяла кръв трябва да се проследи в



рамките на 4 до 7 дни след преминаването към Sandimmun Neoral перорална форма. Освен това, през първите 2 месеца след преминаването към Sandimmun Neoral перорална форма е необходимо да се следят клиничните параметри за безопасност, като бъбречна функция и кръвно налягане. В случай, че най-ниските кръвни нива на циклоспорин са извън терапевтичния интервал и/или възникне влошаване на параметрите за клинична безопасност, дозата трябва да се адаптира в съответствие с това.

При пациенти, лекувани за показания извън областта на трансплантацията, Sandimmun Neoral перорална форма трябва да се започне в същите дневни дози както използвания Sandimmun перорална форма. На втората, четвъртата и осмата седмица след преминаването към Sandimmun Neoral перорална форма трябва да се проследят бъбречната функция и стойностите на кръвното налягане. Ако стойностите на кръвното налягане значително надвишават стойностите преди преминаването към Sandimmun Neoral перорална форма или ако eGFR се понижи с повече от 25% спрямо измерената стойност преди терапията със Sandimmun перорална форма, при повече от едно измерване, дозата трябва да се редуцира (виж също “Допълнителни предпазни мерки” в точка 4.4). В случай на неочаквана токсичност или неефективност на циклоспорин трябва да се мониторира и най-ниските кръвни нива.

Преминаване от една перорална форма циклоспорин в друга

Преминаването от една перорална форма циклоспорин към друга трябва да става под лекарско наблюдение, включващо проследяване на кръвните нива на циклоспорин при трансплантираните пациенти.

Специални популации

Пациенти с бъбречно увреждане

Всички показания

Циклоспорин се елиминира в малка степен чрез бъбреците и неговата фармакокинетика не се повлиява значително при бъбречно увреждане (вж. точка 5.2). Въпреки това, поради нефротоксичния потенциал (вж. точка 4.8), се препоръчва внимателно проследяване на бъбречната функция (вж. точка 4.4).

Показания извън областта на трансплантацията

С изключение на пациентите, които се лекуват за нефрозен синдром, пациентите с нарушена бъбречна функция не трябва да приемат циклоспорин (вж. подточката за допълнителни предупреждения при показания извън областта на трансплантацията в точка 4.4). При пациенти с нефрозен синдром с нарушена бъбречна функция началната доза не трябва да превишава 2,5 mg/kg/ден.

Пациенти с чернодробно увреждане

Циклоспорин се метаболизира в голяма степен от черния дроб. Може да се наблюдава приблизително 2 до 3 пъти повишение на експозицията на циклоспорин при пациенти с чернодробно увреждане. Може да е необходимо намаляване на дозата при пациентите с тежка степен на чернодробно увреждане, за да се поддържат плазмени нива в рамките на прицелния интервал (вж. точки 4.4 и 5.2) и се препоръчва проследяване на плазмените нива на циклоспорин до достигане на стабилни стойности на нивата.

Педиатрична популация

Клиничните проучвания включват деца на възраст над 1 година. В редица проучвания при педиатричните пациенти са били необходими и са се понасяли по-добре по-високи дози на циклоспорин на килограм телесно тегло, отколкото при възрастни.

Употребата на Sandimmun Neoral при деца за лечение на показания извън областта на трансплантацията, с изключение на нефрозен синдром, не се препоръчва (вж. точка 4.4).

Пациенти в старческа възраст (на възраст 65 години и повече)

Опитът със Sandimmun Neoral при пациенти в старческа възраст е ограничен.



В клинични проучвания при ревматоиден артрит с циклоспорин, пациентите на възраст 65 години и повече има по-голяма вероятност да развият систолна хипертония при лечението и е по-вероятно да се наблюдава повишение на серумния креатинин $\geq 50\%$ над изходното ниво след 3 до 4 месечна терапия.

Изборът на доза при пациенти в старческа възраст трябва да става с повишено внимание, като обикновено се започва с най-ниската терапевтична доза, имайки предвид по-високата честота на понижена чернодробна, бъбречна или сърдечносъдова функция, както и на придружаващи заболявания или други лекарствени терапии и повишената чувствителност към инфекции.

Начин на приложение

Перорално приложение

Пероралният разтвор Sandimmun Neoral трябва да се разрежда, за предпочитане с портокалов или ябълков сок. Може да се използват и други безалкохолни напитки според индивидуалния вкус. Непосредствено преди приемане, разтворът за пиене трябва да се разбърка добре. Поради възможността за взаимодействия с цитохром P450-зависимата ензимна система, трябва да се избягва разреждане с грейпфрут или със сок от грейпфрут (вж. точка 4.5). Спринцовката не трябва да влиза в контакт с разредителя. Ако се налага почистване на спринцовката, тя не трябва да се изплаква, а да се избърше от външната страна със суха кърпа (вж. точка 6.6).

Предпазни мерки, които трябва да бъдат взети преди работа със или приложение на лекарствения продукт

За указания относно разреждането на лекарствения продукт преди приложение вижте точка 6.6.

4.3 Противопоказания

Свръхчувствителност към активното вещество или към някое от помощните вещества, изброени в точка 6.1.

Комбиниране с продукти, съдържащи *Hypericum perforatum* (жълт кантарион) (вж. точка 4.5).

Комбиниране с лекарства, които са субстрати на ефлуксияния транспортер за много лекарства Р-гликопротеин (Р-gp) или на протеините, транспортиращи органични аниони (OATP), при които повишените плазмени концентрации са свързани със сериозни и/или животозастрашаващи събития, напр. босентан, дабигатран етексилат и алискирен (вж. точка 4.5).

4.4 Специални предупреждения и предпазни мерки при употреба

Лекарско проследяване

Sandimmun Neoral следва да се назначава само от лекари с опит в областта на имunosупресивната терапия, които са в състояние да провеждат необходимото проследяване на болните, включващо редовни пълни клинични прегледи, измерване на кръвното налягане и контрол на лабораторните параметри, свързани с безопасността. Трансплантираните пациенти, получаващи този лекарствен продукт, трябва да бъдат обслужвани в болнични заведения, разполагащи с подходящо клинично-лабораторно оборудване и медицински ресурси. Лекарят, който контролира провеждането на поддържащата терапия, трябва да разполага с пълната информация, необходима за проследяването на пациента.

Лимфоми и други злокачествени заболявания

Подобно на други имunosупресори, циклоспорин увеличава риска от развитие на лимфоми и други злокачествени образувания, особено такива на кожата. Повишеният риск изглежда зависи повече от степента и времетраенето на имunosупресията, отколкото от вида на специфичните агенти.



Поради това, режим на лечение, включващ множество имуносупресори (включително циклоспорин), трябва да се прилага внимателно, тъй като може да доведе до лимфопролиферативни заболявания и солидни тумори на органите, при някои от които има съобщения за летален изход.

С оглед потенциалния риск от злокачествени заболявания на кожата, пациентите на лечение със Sandimmun Neoral, и по-специално тези, които се лекуват за псориазис или atopичен дерматит, трябва да бъдат предупредени да избягват да се излагат на слънце без слънцезащита и да не бъдат лекувани по същото време с ултравиолетова В терапия или PUVA фотохимиотерапия.

Инфекции

Както други имуносупресори, циклоспорин предразполага пациентите към развитие на различни бактериални, гъбични, паразитни и вирусни инфекции, често предизвикани от опортюнистични патогени. При пациенти, приемащи циклоспорин, е наблюдавано активиране на латентна Polyomavirus инфекция, която може да доведе до Polyomavirus свързана нефропатия (PVAN), по-специално BK вирусна нефропатия (BKVN), или до JC вирус свързана прогресивна мултифокална левкоенцефалопатия (PML). Тези случаи често са свързани с високо общо имуносупресивно обременяване и трябва да се имат предвид при диференциалната диагноза на имуносупресирани пациенти с влошена бъбречна функция или неврологични симптоми. Има съобщения за сериозни последствия и/или такива с летален изход. Трябва да се приложи ефективна предварителна терапевтична стратегия, особено при пациенти, подложени на повече от една дългосрочна имуносупресивна терапия.

Бъбречна токсичност

Често наблюдавано и потенциално опасно усложнение е повишаването на серумния креатинин и урея, което може да настъпи по време на лечението със Sandimmun Neoral. Тези функционални промени са дозозависими и първоначално са обратими, като обикновено се повлияват от понижаване на дозата. При продължително лечение при някои болни може да се развият структурни промени в бъбреците (напр. интерстициална фиброза), които, при бъбречно трансплантирани пациенти, трябва да се разграничат от промените при хронично отхвърляне на присадката. Поради тази причина се изисква често проследяване на бъбречната функция, съгласно местните ръководства при съответното показание (вж. точки 4.2 и 4.8).

Хепатотоксичност

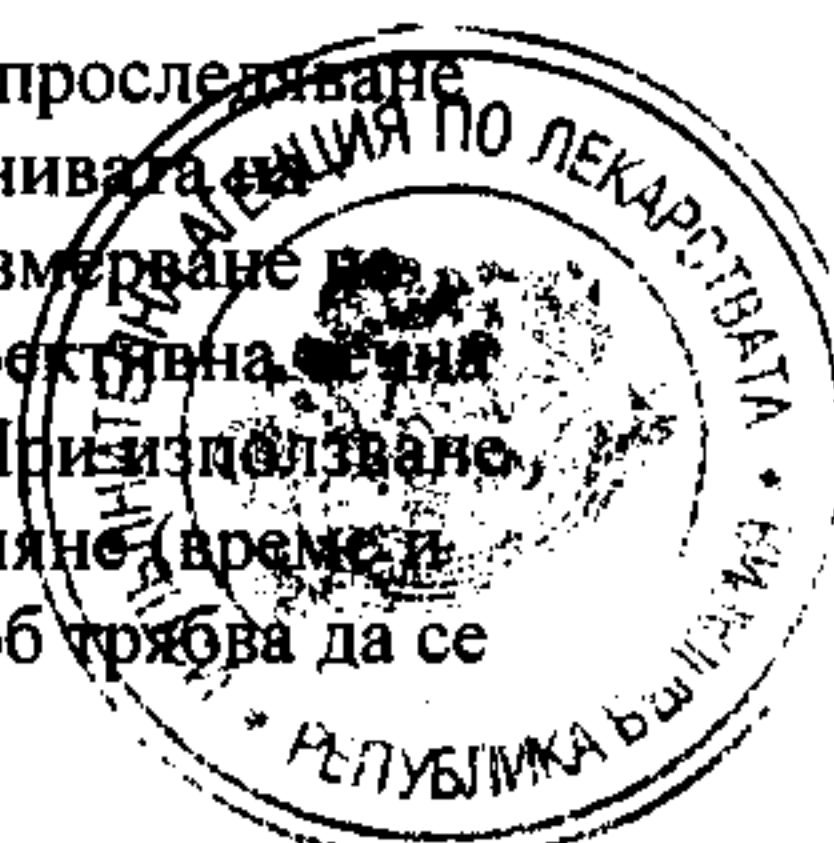
Sandimmun Neoral може също така да предизвика дозозависимо, обратимо повишение на серумния билирубин и на чернодробните ензими (вж. точка 4.8). Има целенасочено търсене и спонтанни постмаркетингови съобщения за хепатотоксичност и чернодробно увреждане, включително холестаза, жълтеница, хепатит и чернодробна недостатъчност при пациенти, лекувани с циклоспорин. Повечето съобщения са от пациенти със значима коморбидност, подлежащи състояния и други смущаващи фактори, включително инфекциозни усложнения и комедикация с хепатотоксичен потенциал. В някои случаи, предимно при трансплантирани пациенти, се съобщава и за летален изход (вж. точка 4.8). Необходимо е стриктно проследяване на показателите за оценка на чернодробната функция и при отклонения от нормалните стойности може да се наложи намаляване на дозата (вж. точки 4.2 и 5.2).

Пациенти в старческа възраст (на възраст 65 години и повече)

Трябва да се наблюдава с особено внимание бъбречната функция при пациенти в старческа възраст.

Проследяване на нивата на циклоспорин (вж. точка 4.2)

Когато Sandimmun Neoral се прилага при трансплантирани пациенти, рутинното проследяване на нивата на циклоспорин в кръвта е важна мярка за безопасност. За контрол на нивата на циклоспорин в цяла кръв се предпочитат специфични моноклонални антитела (измерване на изходното лекарствено вещество); може да се използва и HPLC метод (високо ефективна обратна хроматография), при който също се определя изходното лекарствено вещество. При използване на плазма или серум е задължително да се спазва стандартния протокол за разделяне (време и температура). За начално мониториране на пациенти с трансплантиран черен дроб трябва да се



използват или специфични моноклонални антитела, или да се провеждат паралелни изследвания със специфични и неспецифични моноклонални антитела, за да се определи дозировката, осигуряваща адекватна имуносупресия.

При пациенти, лекувани с циклоспорин за показания извън областта на трансплантацията, се препоръчва извънредно проследяване на нивата на циклоспорин в кръвта, напр. при прилагане на Sandimmun Neoral едновременно с вещества, които могат да повлияят фармакокинетиката на циклоспорин или в случай на необичаен клиничен отговор (напр. липса на ефикасност или повишена лекарствена непоносимост, като например бъбречна дисфункция).

Не трябва да се забравя, че концентрацията на циклоспорин в кръвта, плазмата или серума е само един от факторите, определящи клиничния статус на пациента. Следователно резултатите би трябвало да служат само за ориентир към определена дозировка, като се отчитат и другите клинични и лабораторни параметри.

Хипертония

По време на лечение със Sandimmun Neoral е необходим периодичен контрол на кръвното налягане; при хипертония е необходимо назначаването на адекватно антихипертензивно лечение. Трябва да се предпочетат антихипертензивни средства, които не оказват влияние върху фармакокинетиката на циклоспорин, напр. исрадипин (вж. точка 4.5).

Повишаване на липидите в кръвта

Тъй като има съобщения за случаи на обратимо леко повишаване на липидите в кръвта от Sandimmun Neoral, се препоръчва определяне на липидния статус преди започване на лечението и един месец след това. При наличие на повишени стойности следва да се обсъди възможността за ограничаване на приема на мазнини с храната и ако е подходящо, редукция на дозата.

Хиперкалиемия

Циклоспорин повишава риска от хиперкалиемия, особено при пациенти с бъбречна дисфункция. Необходимо е повишено внимание, когато циклоспорин се прилага заедно с калий-съхраняващи лекарства (напр. калий-съхраняващи диуретици, инхибитори на ангиотензин-конвертиращия ензим, ангиотензин II рецепторни антагонисти) или калий-съдържащи лекарствени продукти, както и при пациенти, подложени на богата на калий диета. В тези случаи се препоръчва контрол на калиевите нива.

Хипомагнезиемия

Циклоспорин повишава магнезиевия клирънс. Това може да доведе до симптоматична хипомагнезиемия, особено в перитрансплантационния период. Следователно се препоръчва контрол на серумните нива на магнезий в перитрансплантационния период, особено ако присъстват неврологични симптоми/признаци. Ако се сметне за необходимо, може да се приложи допълнително магнезий.

Хиперурикемия

Необходимо е повишено внимание при лечение на пациенти с хиперурикемия.

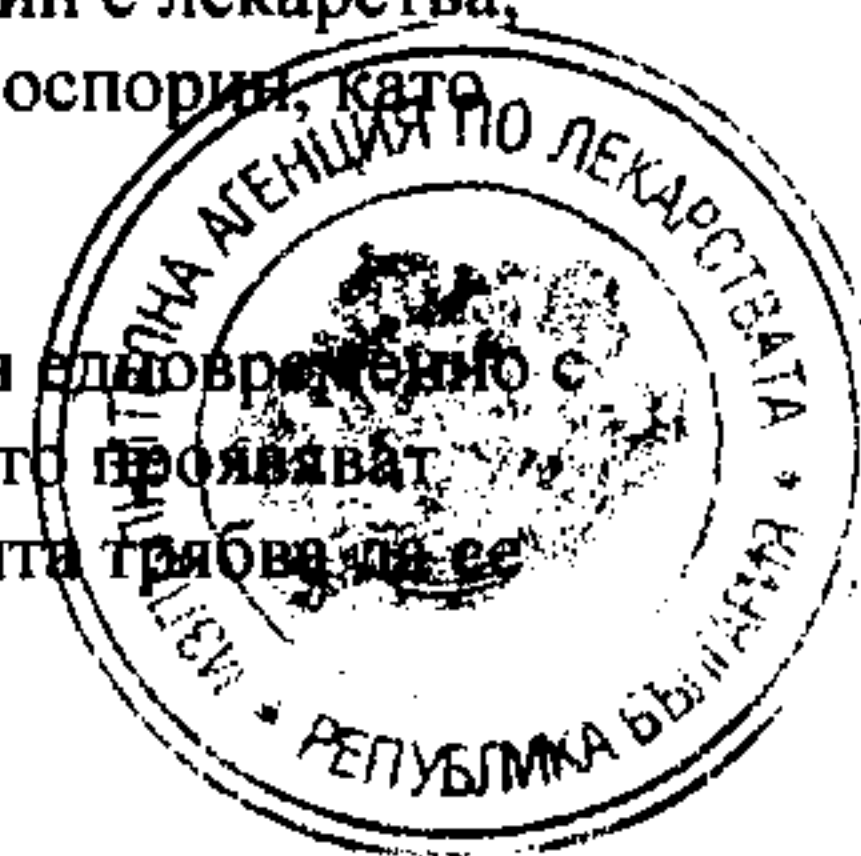
Живи-атенюирани ваксини

По време на лечение с циклоспорин е възможно ваксините да бъдат по-слабо ефикасни. Трябва да се избягва употреба на живи атенюирани ваксини (вж. точка 4.5).

Взаимодействия

Необходимо е повишено внимание при едновременно прилагане на циклоспорин с лекарства, които значително повишават или намаляват плазмените концентрации на циклоспорин, като инхибират или индуцират CYP3A4 и/или P-gp (вж. точка 4.5).

Бъбречната токсичност трябва да се проследява при прилагане на циклоспорин едновременно с активни вещества, които повишават нивата на циклоспорин или вещества, които проявяват синергична нефротоксичност (вж. точка 4.5). Клиничното състояние на пациента трябва да се



наблюдава внимателно. Може да се наложи проследяване на нивото на циклоспорин в кръвта и коригиране на дозата циклоспорин.

Едновременната употреба на циклоспорин и такролимус трябва да се избягва (вж. точка 4.5).

Циклоспорин е инхибитор на CYP3A4, ефлуксния транспортер за много лекарства P-gp и протеините, транспортиращи органични аниони (OATP) и може да повиши плазмените концентрации на съвместно приложени лекарства, които са субстрати на този ензим и/или транспортер. Необходимо е повишено внимание при прилагане на циклоспорин с такива лекарства или едновременната употреба трябва да се избягва (вж. точка 4.5). Циклоспорин повишава експозицията на инхибиторите на HMG-CoA редуктазата (статици). При едновременно прилагане с циклоспорин дозата на статините трябва да се намали, а употребата на определени статини трябва да се избягва, съгласно препоръките в съответната продуктова информация. Лечението със статини трябва временно да се спре или да се прекрати при пациенти с признаци и симптоми на миопатия, както и при тези с рискови фактори, предразполагащи към тежко увреждане на бъбреците, включително бъбречна недостатъчност вследствие на рабдомиолизата (вж. точка 4.5).

При едновременно прилагане на циклоспорин и *лерканидипин* AUC на лерканидипин се повишава три пъти, а AUC на циклоспорин се повишава с 21%. Поради тази причина комбинирането по едно и също време на циклоспорин и лерканидипин трябва да се избягва. Прилагането на циклоспорин 3 часа след лерканидипин не води до промени в AUC на лерканидипин, но AUC на циклоспорин се повишава с 27%. Поради тази причина тази комбинация трябва да се прилага с повишено внимание с интервал от поне 3 часа.

Допълнителни предпазни мерки при показания извън областта на трансплантацията
Пациенти с увредена бъбречна функция (с изключение на пациенти с нефрозен синдром, с допустима степен на бъбречно увреждане), неконтролирана хипертония, неконтролирани инфекции или някакво злокачествено заболяване, не трябва да получават циклоспорин.

Преди започване на лечението трябва поне двукратно да се направи оценка на изходната бъбречна функция чрез измерване на eGFR. Бъбречната функция трябва да се проследява често в хода на лечението, с оглед коригиране на дозата (вж. точка 4.2).

Допълнителни предпазни мерки при ендегенен увеит
Sandimmun Neoral трябва да се прилага с повишено внимание при пациенти с болест на Бехчет с неврологични прояви. Неврологичният статус на тези пациенти трябва внимателно да бъде проследен.

Има ограничен опит с употребата на Sandimmun Neoral при деца с ендегенен увеит.

Допълнителни предпазни мерки при нефрозен синдром
Пациентите с изходни нарушения в бъбречната функция трябва да бъдат лекувани първоначално с доза 2,5 mg/kg/ден и да бъдат проследени много внимателно.

При някои пациенти може да е трудно да се установи предизвикана от Sandimmun Neoral бъбречна дисфункция, поради промени в бъбречната функция в резултат на самия нефрозен синдром. Това обяснява защо в редки случаи се наблюдават Sandimmun Neoral-асоциирани структурни бъбречни увреждания без повишаване на серумния креатинин. Трябва да се предвиди бъбречна биопсия при пациенти със стероид-зависима нефропатия с минимални изменения, при които е провеждано лечение със Sandimmun Neoral за повече от 1 година.

При пациенти с нефрозен синдром, лекувани с имunosупресори (включително циклоспорин), се съобщава за случаи на злокачествени заболявания (включително Ходжкинов лимфом).



Допълнителни предпазни мерки при ревматоиден артрит

След 6 месечно лечение, бъбречната функция трябва да се оценява на всеки 4 до 8 седмици в зависимост от стабилността на заболяването, прилаганото съпътстващо лечение и придружаващите заболявания. По-чести изследвания са необходими при повишаване на дозата на Sandimmun Neoral или при започване на съпътстващо лечение с НСПВС или при повишаване на дозата им. Възможно е да се наложи спиране на лечението със Sandimmun Neoral, ако появилата се в хода на лечението хипертония не може да бъде контролирана чрез съответна терапия.

Както и при другите продължителни имunosупресивни лечения, трябва да се има предвид повишения риск от лимфопролиферативни заболявания. Необходимо е специално внимание при прилагане на Sandimmun Neoral в комбинация с метотрексат, поради синергична нефротоксичност.

Допълнителни предпазни мерки при псориазис

Препоръчва се спиране на лечението със Sandimmun Neoral, ако появилата се в хода на лечението хипертония не може да бъде овладяна със съответната терапия.

Пациентите в старческа възраст трябва да бъдат подлагани на лечение само при наличие на инвалидизиращ псориазис, при стриктно следене на бъбречната функция.

Има ограничен опит с употребата на Sandimmun Neoral при деца с псориазис.

При пациенти с псориазис, лекувани с циклоспорин, както и при тези на конвенционална имunosупресивна терапия, съществуват данни за развитие на злокачествени заболявания (засягащи предимно кожата). При кожни лезии, нетипични за псориазис, но съмнителни за канцeroза или пре-канцeroза, трябва да се направи биопсия преди да се назначи терапия със Sandimmun Neoral. При пациенти със злокачествени или пре-канцeroзни кожни промени може да се прилага Sandimmun Neoral само след подходящо лечение на гореспоменатите лезии и при условие, че не съществува друга терапевтична алтернатива.

Описани са няколко случая на лимфопролиферативни заболявания при пациенти с псориазис, лекувани със Sandimmun Neoral. Те са се повлияли благоприятно от незабавното преустановяване на лечението.

Пациентите, лекувани със Sandimmun Neoral, не трябва да получават по същото време ултравиолетова В терапия или PUVA фотохимиотерапия.

Допълнителни предпазни мерки при atopичен дерматит

Препоръчва се спиране на лечението със Sandimmun Neoral, ако появилата се в хода на лечението хипертония не може да бъде овладяна със съответната терапия.

Опитът със Sandimmun Neoral при деца с atopичен дерматит е ограничен.

Пациентите в старческа възраст трябва да бъдат подлагани на лечение само при наличие на инвалидизиращ atopичен дерматит, при стриктно следене на бъбречната функция.

Доброкачествената лимфаденопатия обикновено се свързва с обостряне на atopичния дерматит и отзвучава спонтанно или в рамките на общото подобрене при заболяването.

Лимфаденопатия, наблюдавана по време на лечение с циклоспорин, трябва да се проследява редовно.

При лимфаденопатия, която персистира независимо от подобренето в основното заболяване, трябва да се проведе биопсия, като предпазна мярка за изключване на лимфом.



Преди започване на терапия със Sandimmun Neoral трябва да се третират активните herpes simplex инфекции, но тяхна поява в хода на лечението не налага задължително преустановяване на терапията, освен ако инфекцията не е тежка.

Кожните инфекции от *Staphylococcus aureus* не са абсолютно противопоказание за терапия със Sandimmun Neoral, но трябва да се контролират с подходящи антибактериални средства. Да се избягва пероралния еритромицин, за който е известно, че потенцира повишаването на концентрацията на циклоспорин в кръвта (вж. точка 4.5), а при липса на друга алтернатива, се препоръчва мониториране на плазмените нива на циклоспорин, бъбречната функция и появата на нежелани ефекти.

Пациентите, лекувани със Sandimmun Neoral, не трябва да получават по същото време ултравиолетова В терапия или PUVA фотохимиотерапия.

Педиатрична употреба при показания извън областта на трансплантацията

С изключение на лечението на нефрозен синдром, няма задоволителен опит с прилагането на Sandimmun Neoral. Прилагането при деца на възраст под 16 години за показания извън областта на трансплантацията не може да се препоръча.

Специални помощни вещества: Полиоксил 40 хидрогенирано рициново масло

Sandimmun Neoral съдържа полиоксил 40 хидрогенирано рициново масло, което може да причини стомашно неразположение и диария.

Специални помощни вещества: Етанол

Sandimmun Neoral съдържа 94,70 mg алкохол (етанол) във всеки ml, което е еквивалентно на 12% о/о. Една доза от 500 mg Sandimmun Neoral съдържа 500 mg етанол, еквивалентни приблизително на 13 ml бира или 5 ml вино.

Малкото количество алкохол в този лекарствен продукт няма да има никакви забележими ефекти.

4.5 Взаимодействие с други лекарствени продукти и други форми на взаимодействие

Взаимодействия с лекарства

От многото лекарства, за които е установено, че взаимодействат с циклоспорин, по-долу са изброени тези, за които е установено и съответно доказано, че имат клинично значение.

Познати са много вещества, които повишават или намаляват нивата на циклоспорин в плазмата или в цяла кръв, обикновено чрез инхибиране или индукция на ензими, включени в метаболизма на циклоспорин и в частност CYP3A4.

Циклоспорин е също инхибитор на CYP3A4, ефлуксияния транспортер на много лекарства Р-гр и протеините, транспортиращи органични аниони (ОАТР) и може да повиши плазмените нива на съпътстващите лекарства, които са субстрати на този ензим и/или транспортери.

Лекарствени продукти, за които се знае, че понижават или повишават бионаличността на циклоспорин: При трансплантираните пациенти е необходимо често проследяване на нивата на циклоспорин и при необходимост коригиране на дозата, особено при въвеждане или спиране на съпътстващо лечение. При не-трансплантираните пациенти връзката между кръвните нива и клиничните ефекти е по-слабо изразена. При едновременно прилагане на лекарствени продукти, за които се знае, че повишават нивата на циклоспорин, честото изследване на бъбречната функция и внимателното проследяване за поява на свързани с циклоспорин нежелани реакции, би било по-подходящо от изследването на нивата на циклоспорин в кръвта.

Лекарства, които понижават нивата на циклоспорин

Всички индуктори на CYP3A4 и/или Р-гр се очаква да понижат нивата на циклоспорин. Примери за лекарства, които понижават нивата на циклоспорин са:



Барбитурати, карбамазепин, окскарбазепин, фенитоин, нафцилин, сулфадимидин i.v., пробукол, орлистат, Hypericum perforatum (жълт кантарион), тиклопидин, сулфинпиразон, тербинафин, босентан.

Продукти, съдържащи *Hypericum perforatum* (жълт кантарион) не трябва да се използват едновременно със Sandimmun Neoral поради риска от понижаване на нивата на циклоспорин в кръвта, а оттам и намаляване на ефекта му (вж. точка 4.3).

Рифампицин индуцира чревния и чернодробния метаболизъм на циклоспорин. Може да се наложи повишаване на дозата на циклоспорин 3 до 5 пъти при едновременно прилагане.

Октреотид намалява пероралната абсорбция на циклоспорин и може да се наложи повишаване на дозата на циклоспорин с 50% или преминаване към интравенозно приложение.

Лекарства, които повишават нивата на циклоспорин

Всички инхибитори на CYP3A4 и/или P-gp могат да доведат до повишаване на нивата на циклоспорин, например:

Никардипин, метоклопрамид, перорални контрацептиви, метилпреднизолон (високи дози), алопуринол, холева киселина и производните ѝ, протеазни инхибитори, иматиниб, колхицин, нефазодон.

Макролидни антибиотици: *Еритромицин* може да повиши експозицията на циклоспорин 4 до 7 пъти, което понякога може да доведе до нефротоксичност. Съобщава се, че *кларитромицин* удвоява експозицията на циклоспорин. *Азитромицин* повишава нивата на циклоспорин с около 20%.

Азолни антимикотици: *кетоназол, флуконазол, итраконазол и вориконазол*, могат да повишат повече от два пъти експозицията на циклоспорин.

Верапамил повишава концентрацията на циклоспорин в кръвта 2 до 3 пъти.

Едновременното прилагане с *телапревир* води до приблизително 4,64 пъти повишаване на нормализираната експозиция (AUC) на доза циклоспорин.

Амиодарон значително повишава плазмената концентрация на циклоспорин едновременно с повишаването на серумния креатинин. Това взаимодействие може да възникне дълго време след спирането на амиодарон поради дългия му полуживот (около 50 дни).

Съобщава се, че *даназол* повишава концентрацията на циклоспорин в кръвта приблизително с 50%.

Дилтиазем (в дози от 90 mg/ден) може да повиши плазмената концентрация на циклоспорин с до 50%.

Иматиниб може да повиши експозицията и C_{max} на циклоспорин с около 20%.

Канабидиол (инхибитор на P-gp): Има съобщения за повишаване на нивата на калциневринов инхибитор в кръвта при съпътстваща употреба с канабидиол. Това взаимодействие може да възникне поради инхибиране на ефлукса на P-gp в червата, което води до повишена бионаличност на калциневриновия инхибитор. Следователно циклоспорин и канабидиол трябва да се прилагат едновременно с повишено внимание, като се следи внимателно за нежелани реакции. При реципиенти на трансплантат трябва да се следят най-ниските концентрации на циклоспорин в цяла кръв и да се адаптира дозата на циклоспорин, ако е необходимо. При пациенти без трансплантат трябва да се обмисли проследяване на нивата на циклоспорин в кръвта с коригиране на дозата, ако е необходимо (вж. точки 4.2 и 4.4).



Взаимодействия с храна

Установено е, че едновременното приемане на грейпфрут или сок от грейпфрут повишава бионаличността на циклоспорин.

Комбинации с повишен риск от нефротоксичност

Необходимо е повишено внимание, когато се използва циклоспорин едновременно с други активни вещества, проявяващи нефротоксичен синергизъм като: *аминогликозиди (вкл. гентамицин, тобрамицин), амфотерицин В, ципрофлоксацин, ванкомицин, триметоприм (+ сулфаметоксазол); производни на фибриновата киселина (напр. беафибрат, фенофибрат); НСПВС (включително диклофенак, напроксен, сулиндак); мелфалан, хистамин H₂-рецепторни антагонисти (напр. циметидин, ранитидин); метотрексат (вж. точка 4.4).*

По време на едновременното използване на лекарства, които може да проявят нефротоксичен синергизъм, трябва да се прави често мониториране на бъбречната функция. Ако има значително увреждане на бъбречната функция, дозата на едновременно прилагания лекарствен продукт трябва да се редуцира или да се прецени алтернативно лечение.

Едновременната употреба на циклоспорин и такролимус трябва да се избягва поради риск от нефротоксичност и фармакокинетични взаимодействия чрез CYP3A4 и/или P-gp (вж. точка 4.4).

Въздействие на DAA терапия

Фармакокинетиката на циклоспорин може да бъде повлияна от промени във функционирането на черния дроб по време на директно действаща антивирусна терапия (DAA), свързана с изчистване от HCV вируса. Трябва да се осигури внимателно наблюдение и при необходимост коригиране на дозата циклоспорин, за да се гарантира продължителна ефикасност.

Ефекти на циклоспорин върху други лекарства

Циклоспорин е инхибитор на CYP3A4, ефлуксияния транспортер на редица лекарства P-gp и протеините, транспортиращи органични аниони (OATP). Едновременното прилагане на лекарства, които са субстрати на CYP3A4, P-gp и OATP, с циклоспорин, може да повиши плазмените нива на лекарствата, които са субстрати на съответния ензим и/или транспортер.

По-долу са изброени няколко примера:

Циклоспорин може да редуцира клирънса на *дигоксин, колхицин, HMG-CoA редуктазните инхибитори (статици) и етопозид*. При едновременна употреба на някое от тези лекарства с циклоспорин, е необходимо да се осигури внимателно клинично наблюдение, с цел ранно откриване на токсичните прояви на лекарствените продукти, последвано от понижаване на дозата или преустановяване на приема им. При съвместно прилагане на статини с циклоспорин, дозата им трябва да се намали, а съвместната употреба с определени статини трябва да се избягва, съгласно препоръките в съответната продуктова информация. Промените в експозицията на най-често прилаганите с циклоспорин статини са обобщени в Таблица 1. Необходимо е лечението със статини да бъде временно прекъснато или спряно при пациенти с признаци и симптоми на миопатия или такива с рискови фактори, предразполагащи към тежко бъбречно увреждане, включително бъбречна недостатъчност вследствие на рабдомиолиза.



Таблица 1 Обобщение на промените в експозицията на най-често прилаганите статини, при съвместно приложение с циклоспорин

Статин	Налични дози	Промяна на експозицията в пъти при съвместно приложение с циклоспорин
Аторвастатин	10-80 mg	8-10
Симвастатин	10-80 mg	6-8
Флувастатин	20-80 mg	2-4
Ловастатин	20-40 mg	5-8
Правастатин	20-80 mg	5-10
Росувастатин	5-40 mg	5-10
Питаваастатин	1-4 mg	4-6

Необходимо е повишено внимание при едновременната употреба на циклоспорин с лерканидипин (вж. точка 4.4).

При едновременно прилагане на циклоспорин и *алискирен* C_{max} на алискирен - субстрат на Р-*gp* се повишава приблизително 2,5 пъти, а AUC приблизително 5 пъти. Фармакокинетичният профил на циклоспорин не се изменя значително. Не се препоръчва едновременно прилагане на циклоспорин и алискирен (вж. точка 4.3).

Едновременното приложение с дабигатран етексилат не се препоръчва поради Р-*gp* инхибиторната активност на циклоспорин (вж. точка 4.3).

Едновременното прилагане на *нифедипин* с циклоспорин може да доведе до повишена степен на поява на гингивална хиперплазия, в сравнение с тази при самостоятелна употреба на циклоспорин.

Едновременното използване на *диклофенак* и циклоспорин води до значително увеличаване бионаличността на диклофенак с възможно последствие обратимо увреждане на бъбречната функция. Повишаването на бионаличността на диклофенак се дължи най-вероятно на редуцирането на неговия изразен "first pass" ефект. Когато заедно с циклоспорин се прилагат *НСПВС* със слабо изразен "first pass" ефект (напр. ацетилсалицилова киселина) не се очаква повишение на бионаличността им.

По време на проучванията с *еверолимус* или *сиролимус* се наблюдава повишаване на серумния креатинин при едновременно прилагане със стандартна доза циклоспорин микроемулсия. Ефектът често пъти е обратим при намаляване на дозата на циклоспорин. Еверолимус и сиролимус повлияват незначително фармакокинетиката на циклоспорин. Едновременното прилагане с циклоспорин значително повишава нивата на еверолимус и сиролимус в кръвта.

Необходимо е повишено внимание, когато циклоспорин се прилага заедно с *калий-съхраняващи лекарствени продукти* (напр. калий-съхраняващи диуретици, инхибитори на ангиотензин-конвертиращия ензим, ангиотензин II рецепторни антагонисти) или с *калий-съдържащи лекарствени продукти*, тъй като те могат да доведат до значително повишаване на нивата на калий в серума (вж. точка 4.4).

Циклоспорин може да повиши плазмените концентрации на *репаглинид* и така да увеличи риска от хипогликемия.

Едновременното прилагане на *босентан* и циклоспорин при здрави доброволци повишава експозицията на босентан няколко пъти и понижава с 35% експозицията на циклоспорин. Не се



препоръчва едновременното прилагане на циклоспорин и босентан (вж. по-горе подточка “Лекарства, които понижават нивата на циклоспорин” и точка 4.3).

Многократното прилагане на *амбрисентан* и циклоспорин при здрави доброволци води до приблизително двукратно повишаване на експозицията на амбрисентан, докато експозицията на циклоспорин се повишава незначително (приблизително 10%).

Наблюдава се значително повишаване на експозицията на *антрациклиновите антибиотици* (напр. *доксорубицин*, *митоксантрон*, *даунорубицин*) при онкологични пациенти, при които се прилагат едновременно интравенозно антрациклинови антибиотици и много високи дози циклоспорин.

По време на лечението с циклоспорин ваксинациите могат да бъдат по-малко ефективни, а употребата на живи атенюирани ваксини трябва да се избягва.

Взаимодействия, водещи до намаляване на нивата на други лекарства

Едновременното приложение на циклоспорин и микофенолат натрий или микофенолат мофетил при пациенти с трансплантация може да намали средната експозиция на микофенолова киселина с 20-50% в сравнение с други имunosупресори. Тази информация трябва да се има предвид, особено в случай на прекъсване или преустановяване на терапията с циклоспорин.

Едновременното приложение на единична доза циклоспорин (200 mg или 600 mg) с единична доза елтромбопаг (50 mg) намалява плазмената AUC_{inf} на елтромбопаг с 18% до 24% и C_{max} с 25% до 39%. Позволява се коригиране на дозата на елтромбопаг по време на лечението в зависимост от броя на тромбоцитите на пациента. Броят на тромбоцитите трябва да се проследява поне веднъж седмично в продължение на 2 до 3 седмици, когато елтромбопаг се приема едновременно с циклоспорин. Може да е необходимо повишаване на дозата на елтромбопаг въз основа на броя на тромбоцитите.

Педиатрична популация

Проучвания за взаимодействия са провеждани само при възрастни.

4.6 Фертилитет, бременност и кърмене

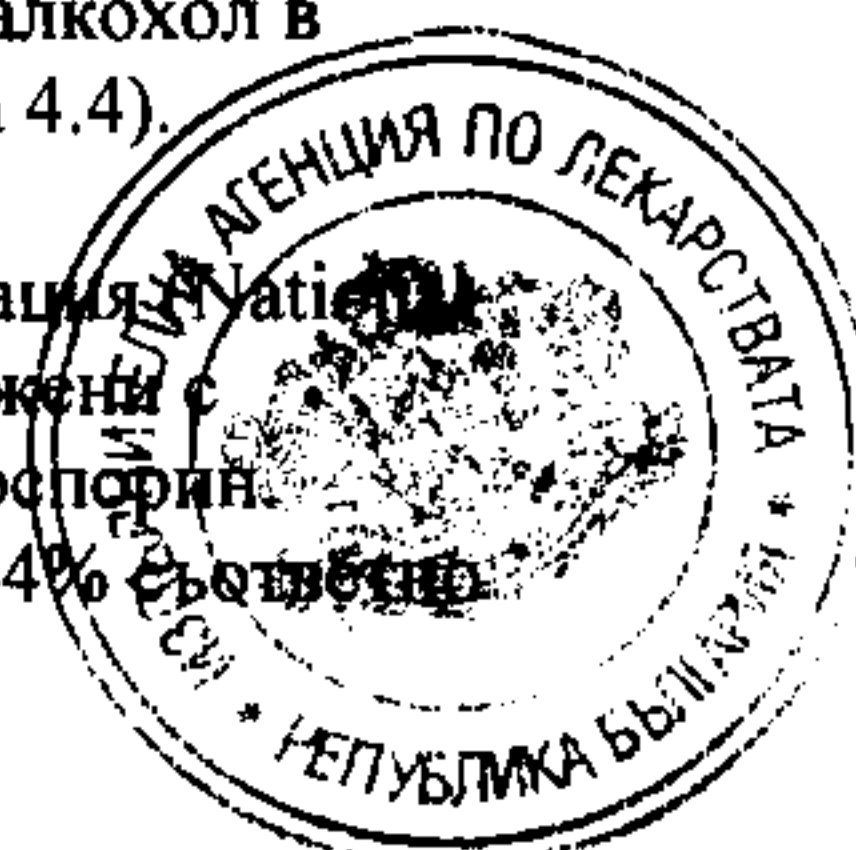
Бременност

Няма достатъчни или добре контролирани клинични проучвания при бременни жени, използващи циклоспорин. Има неголям обем данни от употребата на циклоспорин при бременни пациентки от постмаркетинговия опит, включително регистри за трансплантации и публикувана литература като по-голяма част от случаите са съобщени от пациентки с трансплантации. Бременните, при които след трансплантация се провежда имunosупресивно лечение, включително с циклоспорин или циклоспоринови производни, са изложени на риск от преждевременно раждане (< 37 седмици).

Проучвания за ембрио-фетално развитие (embryo-foetal development, EFD) при плъхове и зайци с циклоспорин показват ембрио-фетална токсичност при дозови нива под максималната препоръчителна доза при хора (maximum recommended human dose, MRHD) въз основа на телесна повърхност (body surface area, BSA) (вж. точка 5.3).

Sandimmun Neoral не трябва да се прилага по време на бременност, освен ако потенциалните ползи за майката не надвишават потенциалния риск за плода. Съдържанието на алкохол в Sandimmun Neoral трябва също да се има предвид при бременни жени (вж. точка 4.4).

Публикуваните данни от Националния регистър на бременност след трансплантация (National Transplantation Pregnancy Registry, NTPR) описват резултати от бременност при жени с трансплантация на бъбрек (482), черен дроб (97) и сърце (43), получаващи циклоспорин. Данните показват успешна бременност с процент на живородени 76%, 76,9% и 64% съответно.



при реципиенти с бъбречна, чернодробна и сърдечна трансплантация. Преждевременно раждане (< 37 седмица) се съобщава съответно при 52%, 35% и 35% от реципиентите с бъбречна, чернодробна и сърдечна трансплантация.

Съобщава се, че процентите на спонтанни аборти и на значими вродени дефекти са сравними с процентите, наблюдавани в общата популация. Не може да се изключи потенциален директен ефект на циклоsporин свързан с хипертония при майката, прееклампсия, инфекции или диабет предвид ограниченията, присъщи на регистрите и постмаркетинговите доклади за безопасност.

Налични са ограничен брой наблюдения при деца на възраст приблизително до 7 години, с експозиция на циклоsporин *in utero*. Бъбречната функция и кръвното налягане при тези деца са нормални.

Кърмене

Циклоsporин преминава в кърмата. Майките, които се лекуват със Sandimmun Neoral, не трябва да кърмят, поради потенциала на Sandimmun Neoral да предизвика сериозни нежелани лекарствени реакции у новороденото/кърмачето. Трябва да се вземе решение дали да се преустанови кърменето или да се преустанови приема на лекарствения продукт, като се вземат предвид ползата от кърменето за новороденото/кърмачето и ползата от лекарственият продукт за майката.

Има ограничени данни, които показват, че съотношението на концентрацията на циклоsporин в кърмата спрямо концентрацията на циклоsporин в кръвта на майката е в интервала от 0,17 до 1,4. Въз основа на приема на кърма от бебето, най-високата изчислена доза циклоsporин, приета чрез хранене от изцяло кърмено бебе, е приблизително 2% от дозата, коригирана спрямо теглото на майката.

Съдържанието на алкохол в лекарствените форми на Sandimmun Neoral също трябва да се има предвид при жени, които кърмят (вж. точка 4.4).

Фертилитет

Има ограничени данни относно ефекта на Sandimmun Neoral върху фертилитета при хора. Не се наблюдават нежелани ефекти върху фертилитета, при мъжки и женски плъхове до 15 mg/kg/ден (под MRHD въз основа на BSA) (вж. точка 5.3).

4.7 Ефекти върху способността за шофиране и работа с машини

Sandimmun Neoral може да причини неврологични и зрителни нарушения (вж. точка 4.8). Sandimmun Neoral може да повлияе в умерена степен способността за шофиране и работа с машини. Необходимо е повишено внимание при шофиране на моторно превозно средство или работа с машини.

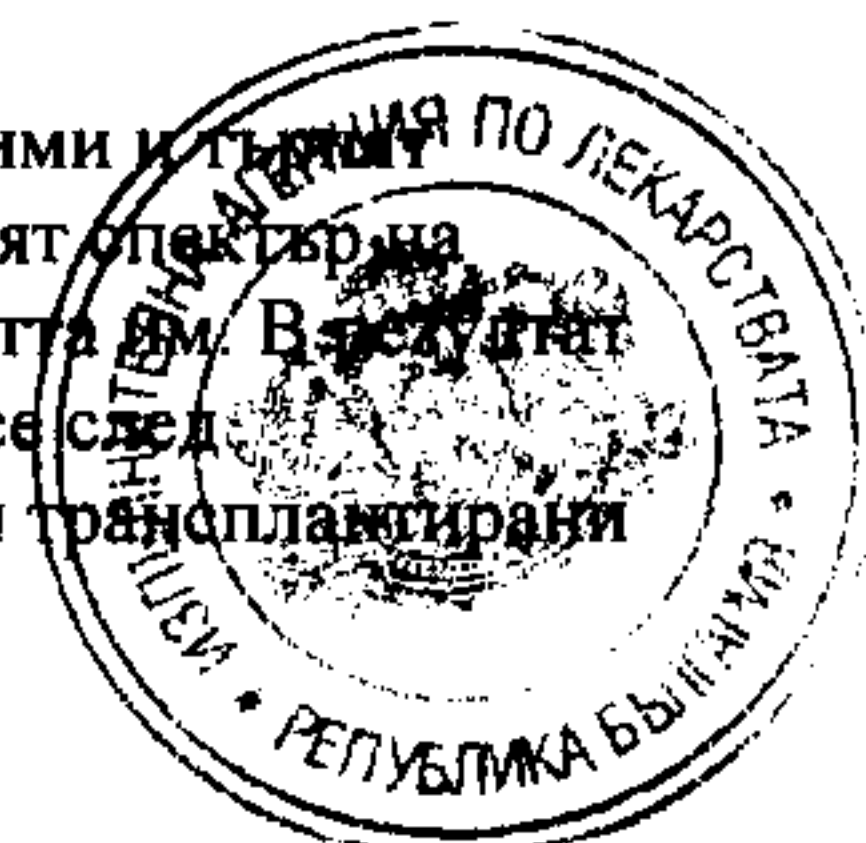
Не са провеждани проучвания за ефектите на Sandimmun Neoral върху способността за шофиране и работа с машини.

4.8 Нежелани лекарствени реакции

Обобщение на профила за безопасност

Основните нежелани реакции, наблюдавани в хода на клиничните изпитвания, свързани с прилагането на циклоsporин включват бъбречна дисфункция, тремор, хирзутизъм, хипертония, диария, анорексия, гадене и повръщане.

Много нежелани реакции, свързани с терапията с циклоsporин, са дозозависими и могат да имат обратен ход при намаляване на дозата. При различните показания общият спектър на нежеланите реакции е най-общо еднакъв, но има разлики в честотата и тежестта им. В резултат на високите начални дози и дълготрайната поддържаща терапия, изискваща се след трансплантация, нежеланите реакции са по-чести и обикновено по-тежки при трансплантирани пациенти, отколкото при пациенти, лекувани за други индикации.



Инфекции и инфестации

При пациенти, които са на лечение с имunosупресори, включително циклоспорин и циклоспорин-съдържащи режими, съществува повишен риск от инфекции (вирусни, бактериални, гъбични, паразитни) (вж. точка 4.4). Могат да се наблюдават както общи, така и локални инфекции. Може да настъпи задълбочаване на вече съществуващи инфекции, както и повторно активиране на Polyomavirus инфекция, която може да доведе до Polyomavirus свързана нефропатия (PVAN) или до JC вирус свързана прогресивна мултифокална левкоенцефалопатия (PML). Има съобщения за сериозни последици и/или такива с летален изход.

Неоплазми - доброкачествени, злокачествени и неопределени (вкл. кисти и полипи)

При пациенти, които са на лечение с имunosупресори, включително циклоспорин и циклоспорин-съдържащи режими, съществува повишен риск от развитие на лимфоми или лимфопролиферативни разстройства и други злокачествени образувания, особено на кожата. Честотата на злокачествените образувания се увеличава с интензитета и продължителността на терапията (вж. точка 4.4). Някои злокачествени образувания могат да бъдат с летален изход.

Таблично обобщение на нежеланите лекарствени реакции от клиничните изпитвания

Нежеланите лекарствени реакции от клиничните изпитвания (Таблица 2) са изброени съгласно MedDRA по системо-органни класове. В рамките на всеки системо-органен клас нежеланите лекарствени реакции са групирани по честота, като най-честите са първи. При всяко групиране в зависимост от честотата нежеланите лекарствени реакции са представени в низходящ ред по отношение на тяхната сериозност. Освен това, за всяка нежелана реакция съответните категории честоти са представени съгласно следната конвенция (CIOMS III): много чести ($\geq 1/10$); чести ($\geq 1/100$, $< 1/10$); нечести ($\geq 1/1\,000$, $< 1/100$); редки ($\geq 1/10\,000$, $< 1/1\,000$), много редки ($< 1/10\,000$), с неизвестна честота (от наличните данни не може да бъде направена оценка).

Таблица 2: Нежелани лекарствени реакции от клинични изпитвания

Нарушения на кръвта и лимфната система

Чести	Левкопения
Нечести	Тромбоцитопения, анемия
Редки	Хемолитично уремичен синдром, микроангиопатична хемолитична анемия
С неизвестна честота*	Тромботична микроангиопатия, тромботична тромбоцитопенична пурпура

Нарушения на метаболизма и храненето

Много чести	Хиперлипидемия
Чести	Хипергликемия, анорексия, хиперурикемия, хиперкалиемия, хипомагнезиемия

Нарушения на нервната система

Много чести	Тремор, главоболие
Чести	Конвулсии, парестезии
Нечести	Енцефалопатия, включително синдром на задна обратима енцефалопатия (Posterior Reversible Encephalopathy Syndrome, PRES), признаци и симптоми като конвулсии, обърканост, дезориентация, забавени реакции, тревожност, безсъние, зрителни нарушения, кортикална слепота, кома, пареза и церебеларна атаксия
Редки	Моторна полиневропатия
Много редки	Едем на оптичния нерв, включително оток на папилата с възможна зрительно увреждане вследствие на доброкачествено повишаване на вътречерепното налягане
С неизвестна честота*	Мигрена



Нарушения на ухото и лабиринта

С неизвестна честота* Увреждане на слуха[#]

Съдови нарушения

Много чести Хипертония
Чести Почервявяване

Стомашно-чревни нарушения

Чести Гадене, повръщане, стомашен дискомфорт/болка, диария, гингивална хиперплазия, пептична язва
Редки Панкреатит

Хепатобилиарни нарушения

Чести Нарушаване на чернодробната функция (вж. точка 4.4)
С неизвестна честота* Хепатотоксичност и чернодробно увреждане, включително холестаза, жълтеница, хепатит и чернодробна недостатъчност, понякога с летален изход (вж. точка 4.4)

Нарушения на кожата и подкожната тъкан

Много чести Хирзутизъм
Чести Акне, хипертрихоза
Нечести Алергичен обрив

Нарушения на мускулно-скелетната система и съединителната тъкан

Чести Миалгия, мускулни крампи
Редки Мускулна слабост, миопатия
С неизвестна честота* Болка в долните крайници

Нарушения на бъбреците и пикочните пътища

Много чести Бъбречна дисфункция (вж. точка 4.4)

Нарушения на възпроизводителната система и гърдата

Редки Менструални нарушения, гинекомастия

Общи нарушения и ефекти на мястото на приложение

Чести Пирексия, умора
Нечести Оток, повишаване на телното

* Нежелани събития, съобщени по време на постмаркетинговия опит, където честотата на НЛР е неизвестна поради липсата на общ знаменател.

[#] В постмаркетинговата фаза е съобщено увреждане на слуха при пациенти с високи нива на циклоспорин.

Други нежелани лекарствени реакции, съобщени по време на постмаркетинговия опит

Има целенасочено търсене и спонтанни постмаркетингови съобщения за хепатотоксичност и чернодробно увреждане, включително холестаза, жълтеница, хепатит и чернодробна недостатъчност при пациенти, лекувани с циклоспорин. Повечето съобщения са от пациенти със значима коморбидност, подлежащи състояния и други смущаващи фактори включително инфекциозни усложнения и комедикация с хепатотоксичен потенциал. В някои случаи, предимно при трансплантирани пациенти, се съобщава и за летален изход (вж. точка 4.4).

Остра и хронична нефротоксичност

Пациентите, провеждащи лечение с калциневринови инхибитори (CNI), включително циклоспорин и циклоспорин-съдържащи режими, са изложени на повишен риск от остра или хронична нефротоксичност. Има съобщения от клинични изпитвания и от постмаркетинговия опит, свързани с употребата на Sandimmun Neoral. Случаите на остра нефротоксичност са свързани с нарушения в йонната хомеостаза като хиперкалиемия, хипомагнезиемия и хиперурикемия. Случаите на хронични морфологични промени са свързани с артериопатии, хиаиноза, тубулна атрофия и интерстициална фиброза (вж. точка 4.4).

Болка в долните крайници

Изолирани случаи на болка в долните крайници са били съобщени във връзка с циклоспорин. Болката в долните крайници също е отбелязана като част от калциневрин-инхибитор индуцирания болков синдром (Calcineurin-Inhibitor Induced Pain Syndrome - CIPS).



Педиатрична популация

Клиничните проучвания, включващи деца на възраст над 1 година при приложение на стандартна дозировка циклоsporин, са със сравним профил на безопасност с този при възрастните пациенти.

Съобщаване на подозирани нежелани реакции

Съобщаването на подозирани нежелани реакции след разрешаване за употреба на лекарствения продукт е важно. Това позволява да продължи наблюдението на съотношението полза/риск за лекарствения продукт. От медицинските специалисти се изисква да съобщават всяка подозирана нежелана реакция чрез националния регулаторен орган на адрес:

България

Изпълнителна агенция по лекарствата

ул. „Дамян Груев” № 8

1303 София

Тел.: +359 2 8903417

уебсайт: www.bda.bg

4.9 Предозиране

Пероралната LD₅₀ на циклоsporин е 2 329 mg/kg при мишки, 1 480 mg/kg при плъхове и > 1 000 mg/kg при зайци. Интравенозната LD₅₀ е 148 mg/kg при мишки, 104 mg/kg при плъхове и 46 mg/kg при зайци.

Симптоми

Опитът при остро предозиране с циклоsporин е ограничен. Пероралните дози на циклоsporин до 10 g (около 150 mg/kg) се понасят с относително по-малки клинични последствия, такива като повръщане, сънливост, главоболие, тахикардия, и при малко на брой пациенти, умерено тежко, обратимо нарушение на бъбречната функция. Обаче, сериозни симптоми на интоксикация са докладвани вследствие на инцидентно парентерално предозиране с циклоsporин при недоносени бебета.

Лечение

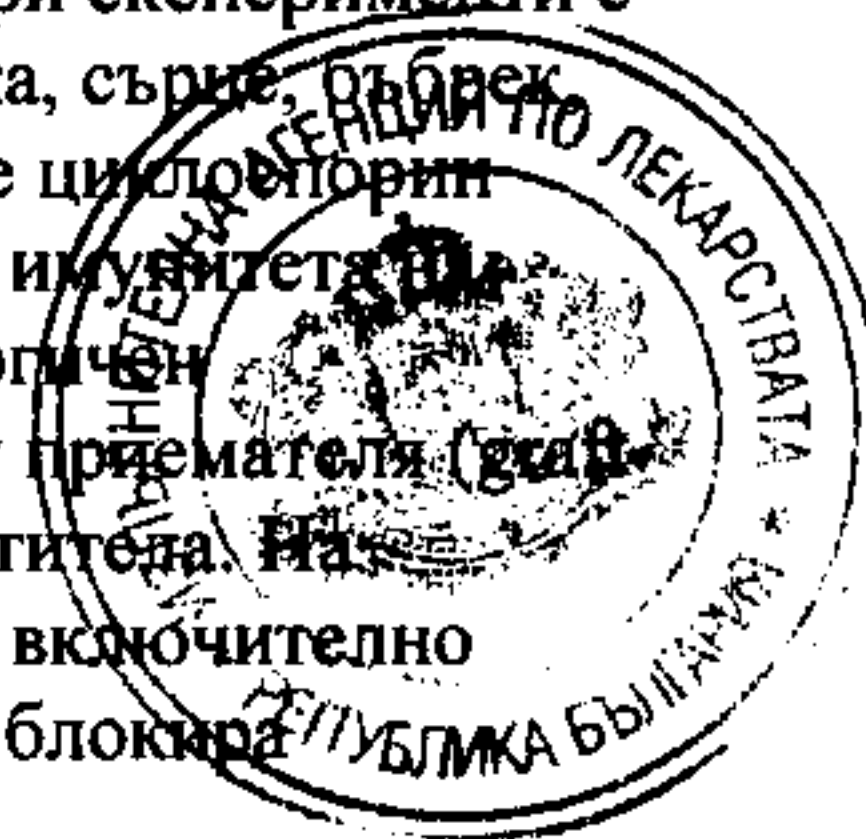
При всички случаи на предозиране трябва да се предприемат общо поддържащи мерки и да се приложи симптоматично лечение. Принудително повръщане и промивка на стомаха могат да бъдат от полза през първите няколко часа след пероралния прием. Циклоsporин не се поддава лесно на диализа, нито се елиминира лесно чрез хемоперфузия с активен въглен.

5. ФАРМАКОЛОГИЧНИ СВОЙСТВА

5.1 Фармакодинамични свойства

Фармакотерапевтична група: Имуносупресивни средства, калциневринови инхибитори, АТС код: L04AD01

Циклоsporин (известен също като циклоsporин А) е цикличен полипептид, съставен от 11 аминокиселини. Представлява мощно имуносупресивно средство, което при експерименти с животни удължава срока на преживяване на алогенни трансплантанти на кожа, сърце, бъбрек, панкреас, костен мозък, тънко черво или бял дроб. Проучванията показват, че циклоsporин потиска развитието на клетъчно-медираните имунни реакции, включително имунитета на алографта, кожна свръхчувствителност от забавен тип, експериментален алергичен енцефаломиелит, адювантен артрит на Фройнд, реакция на присадката срещу приемателя (graft versus host disease - GVHD), както и Т-клетъчно зависимото образуване на антитела. На клетъчно ниво той инхибира продукцията и освобождаването на лимфокини, включително интерлевкин 2 (Т-клетъчен растежен фактор, TCGF). Очевидно циклоsporин блокира



лимфоцитите в покой във фаза G_0 или G_1 на клетъчния цикъл и потиска антиген-провокираното освобождаване на лимфокини от активираните Т-клетки.

Всички налични данни показват, че циклоспорин оказва специфично и обратимо въздействие върху лимфоцитите. За разлика от цитостатиците, той не потиска хемопоезата и не влияе върху функцията на фагоцитите.

Извършени са успешни трансплантации на солидни органи и костен мозък при хора с използване на циклоспорин за предотвратяване и лечение на отхвърляне на трансплантанта и GVHD. Циклоспорин е прилаган успешно както при хепатит С вирус (HCV) позитивни, така и при HCV негативни чернодробно трансплантирани пациенти. Благоприятни ефекти от терапията с циклоспорин са наблюдавани при редица заболявания с доказана или предполагаема автоимунна етиология.

Педиатрична популация: Циклоспорин е доказал своята ефикасност при стероид-зависим нефрозен синдром.

5.2 Фармакокинетични свойства

Абсорбция

След перорално прилагане на Sandimmun Neoral пикова плазмена концентрация на циклоспорин се достига в рамките на 1-2 часа. Абсолютната перорална бионаличност на циклоспорин след прилагане на Sandimmun Neoral е 20 до 50%. Наблюдава се около 13 и 33% понижение на AUC и C_{max} при прилагане на Sandimmun Neoral с храна с високо съдържание на мазнини. Връзката между приложената доза и експозицията (AUC) на циклоспорин е линейна в рамките на терапевтичния дозов интервал. Вариабилността на AUC и C_{max} между отделните индивиди и тази при един и същи индивид е приблизително 10-20%. Sandimmun Neoral разтвор и меки желатинови капсули са биоеквивалентни.

Прилагането на Sandimmun Neoral води до 59% по-висока C_{max} и приблизително 29% по-висока бионаличност отколкото Sandimmun. Наличните данни показват следното: при преминаване 1:1 от Sandimmun меки желатинови капсули към Sandimmun Neoral меки желатинови капсули, най-ниските концентрации в цяла кръв са сравними и се запазват в желатия терапевтичен интервал. Прилагането на Sandimmun Neoral повлиява благоприятно линейността на експозицията на циклоспорин (AUC_B). Той предлага по-постоянен профил на абсорбция, който се влияе по-малко от приема на храна или от ритъма на деня за разлика от Sandimmun.

Разпределение

Циклоспорин се разпределя в голяма степен извън обема на циркулиращата кръв, с привиден обем на разпределение от 3,5 l/kg. В кръвта 33 до 47% е наличен в плазмата, 4 до 9% в лимфоцитите, 5 до 12% в гранулоцитите и 41 до 58% в еритроцитите. В плазмата приблизително 90% е свързан с протеините, предимно с липопротеините.

Биотрансформация

Циклоспорин се метаболизира в голяма степен до приблизително 15 метаболита. Метаболизмът се осъществява главно в черния дроб чрез цитохром P450 3A4 (CYP3A4) и основният път на метаболизиране включва моно- и дихидроксилиране и N-деметиране на различни участъци от молекулата. Всички идентифицирани метаболити съдържат цялостната пептидна структура на основното вещество, някои притежават слаба имуносупресивна активност (до една десета от тази на непромененото вещество).

Елиминиране

Елиминирането е предимно чрез жлъчката, едва 6% от пероралната доза се екскретира в урината и само 0,1% от екскретираното в урината е в непроменен вид.

Данните за крайния полуживот са противоречиви и са в пряка зависимост от метода на изследване и таргетната популация. Крайният полуживот варира от 6,3 часа при здрави



доброволци до 20,4 часа при пациенти с тежко чернодробно заболяване (вж. точки 4.2 и 4.4). Елиминационният полуживот при бъбречно трансплантирани пациенти е приблизително 11 часа, с интервал между 4 и 25 часа.

Специални популации

Пациенти с бъбречно увреждане

В проучване, проведено при пациенти с терминална бъбречна недостатъчност, системният клирънс е приблизително две трети от средния системен клирънс при пациентите с нормална бъбречна функция. По-малко от 1% от приложената доза може да бъде отстранена чрез диализа.

Пациенти с чернодробно увреждане

Може да се наблюдава 2 до 3 пъти повишаване на експозицията на циклоспорин при пациенти с чернодробно увреждане. В проучване при пациенти с тежка степен на чернодробно увреждане, с биопсично доказана цироза, крайният полуживот е 20,4 часа (интервал между 10,8 до 48,0 часа) спрямо 7,4 до 11,0 часа при здрави индивиди.

Педиатрична популация

Фармакокинетичните данни от приложението на Sandimmun Neoral или Sandimmun при педиатрични пациенти са много ограничени. При 15 бъбречно-трансплантирани пациенти на възраст 3-16 години, клирънсът на циклоспорин от цяла кръв след интравенозно приложение на Sandimmun е $10,6 \pm 3,7$ ml/min/kg (определен чрез: Cyclo-trac специфичен имуноензимен метод). В проучване при 7 бъбречно трансплантирани пациенти на възраст 2-16 години клирънсът на циклоспорин варира от 9,8 до 15,5 ml/min/kg. При 9 чернодробно трансплантирани пациенти на възраст 0,65-6 години клирънсът е $9,3 \pm 5,4$ ml/min/kg (определен чрез: HPLC метод). При сравнение с възрастни трансплантирани пациенти, разликата в бионаличността между Sandimmun Neoral и Sandimmun при деца е сравнима с тази, наблюдавана при възрастни.

5.3 Предклинични данни за безопасност

Циклоспорин не показва доказателства за тератогенни ефекти при плъхове и зайци при перорално приложение (до 300 mg/kg дневно). Циклоспорин е ембрио- и фетотоксичен, което се показва от намаленото тегло на плода и свързаното с него изоставане в скелетното развитие. Нивата без наблюдаван ефект (no observed effect level, NOEL) са под максималната препоръчителна доза при хора (MRHD) въз основа на телесната повърхност (BSA). При бременни плъхове, които получават циклоспорин 6 и 12 mg/kg дневно интравенозно (под MRHD въз основа на BSA), фетусите са с повишена честота на поява на вентрикуларен септален дефект.

В две публикувани изследователски проучвания, зайци на възраст до 35 седмици, изложени на циклоспорин *in utero* (10 mg/kg дневно подкожно) са показали понижен брой на нефроните, бъбречна хипертрофия, системна хипертония и прогресивна бъбречна недостатъчност. Тези находки не са били установени при други видове и тяхната валидност при хора е неизвестна.

В проучване за пери- и постнатално развитие при плъхове циклоспорин повишава пре- и постимплантационната смъртност на потомството и води до понижено наддаване на телесното тегло на оцелелите малки при най-висока доза 45 mg/kg дневно. NOEL е под MRHD въз основа на BSA

При проучване за фертилитета при плъхове не са наблюдавани нежелани ефекти върху фертилитета и репродуктивността до 15 mg/kg дневно (под MRHD въз основа на BSA) при мъжки и женски плъхове.

Циклоспорин е проучван в редица *in vitro* и *in vivo* изследвания за генотоксичност, включително за клинично значим мутагенен потенциал.



Проучвания за канцерогенност са проведени при мъжки и женски плъхове и мишки. В 78-седмично проучване при мишки, при дози от 1, 4 и 16 mg/kg дневно са открити доказателства за статистически значимо повишение на лимфоцитни лимфоми при женските екземпляри, а честотата на хепатоцелуларния карцином при средните дози при мъжките значително надвишава контролната стойност. В 24-седмично проучване при плъхове, проведено с дози от 0,5, 2 и 8 mg/kg дневно, при ниските дози, появата на аденоми на островните клетки в панкреаса значително надвишава контролната стойност. Хепатоцелуларните карциноми и аденоми на островните клетки на панкреаса не са били дозозависими.

6. ФАРМАЦЕВТИЧНИ ДАННИ

6.1 Списък на помощните вещества

Алфа-токоферол
Етанол, безводен
Пропиленгликол
Зърнени мастни-моно-ди-триглицериди
Макроголглицеролов хидроксистеарат / полиоксил 40 хидрогенирано рициново масло

6.2 Несъвместимости

Неприложимо

6.3 Срок на годност

3 години
Да се използва до 2 месеца след първоначалното отваряне.

6.4 Специални условия на съхранение

Sandimmun Neoral перорален разтвор трябва да се съхранява между 15 и 30°C, но не под 20°C за повече от 1 месец, тъй като съдържа естествени мазнини, които имат склонността да се втвърдяват при ниски температури. При температура под 20°C може да се образува желеподобна течност, която се втечнява обратно при повишаване на температурата на съхранение до 30°C преди употреба. Възможно е да се наблюдават малки люспи или леко утаяване. Тези феномени не влияят върху ефикасността и безопасността на продукта и определянето на дозата с помощта на пипетата остава все така точно. За условията за съхранение след първоначалното отваряне на лекарствения продукт, вижте точка 6.3.

6.5 Вид и съдържание на опаковката

50 ml бутилка от кафяво стъкло, с алуминиева отчупваща се капачка и гумена запушалка. Осигурен е и комплект за дозиране на продукта.

Опаковка от 50 ml перорален разтвор с 2 комплекта (спринцовки) за перорално дозиране.

6.6 Специални предпазни мерки при изхвърляне

Sandimmun Neoral перорален разтвор се предлага с две спринцовки за измерване на дозата. Спринцовката от 1 ml се използва за измерване на дози по-малки или равни на 1 ml (всяка маркировка от 0,05 ml съответства на 5 mg циклоспорин). Спринцовката от 4 ml се използва за измерване на дози по-големи от 1 ml и по-малки от 4 ml (всяка маркировка от 0,1 ml съответства на 10 mg циклоспорин).



Първоначална употреба на Sandimmun Neoral перорален разтвор

1. Повдигнете капачето в центъра на металния пръстен.



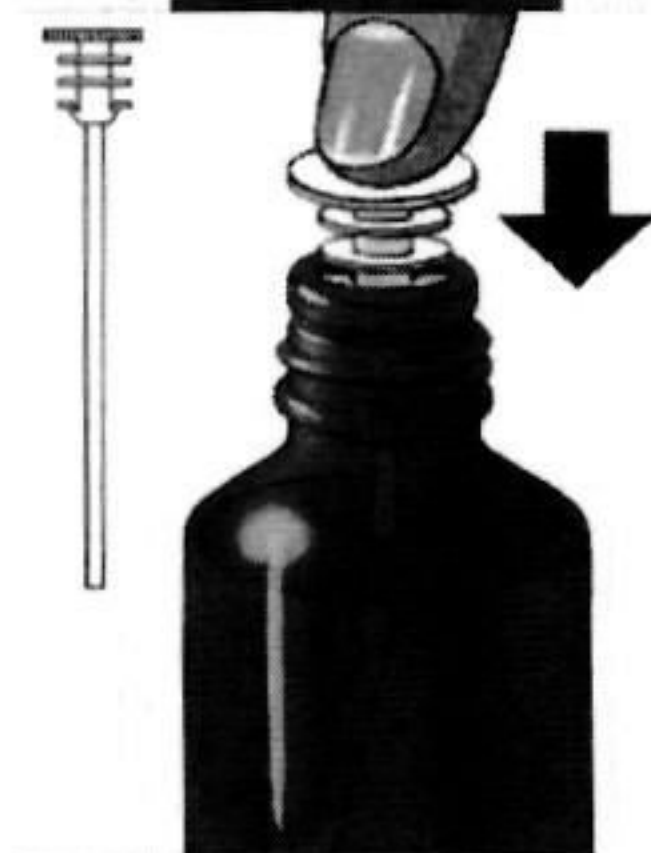
2. Свалете напълно металния пръстен.



3. Извадете сивата гумена запушалка и я изхвърлете.



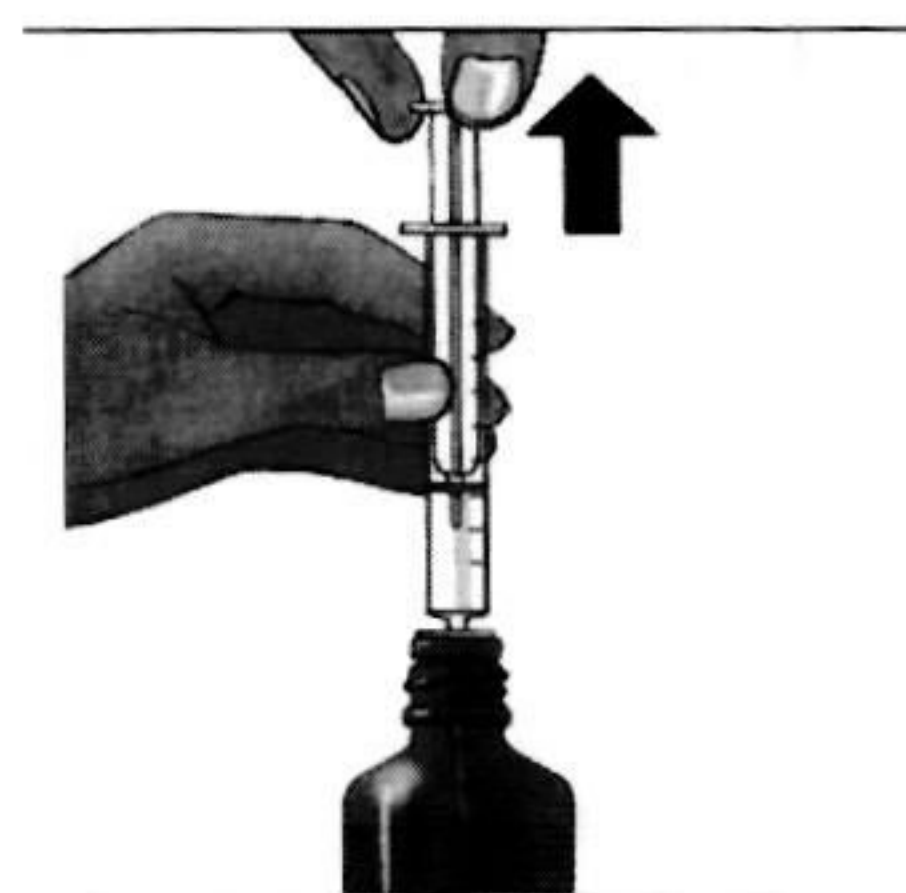
4. Поставете и натиснете тръбичката с белия накрайник в гърлото на бутилката.



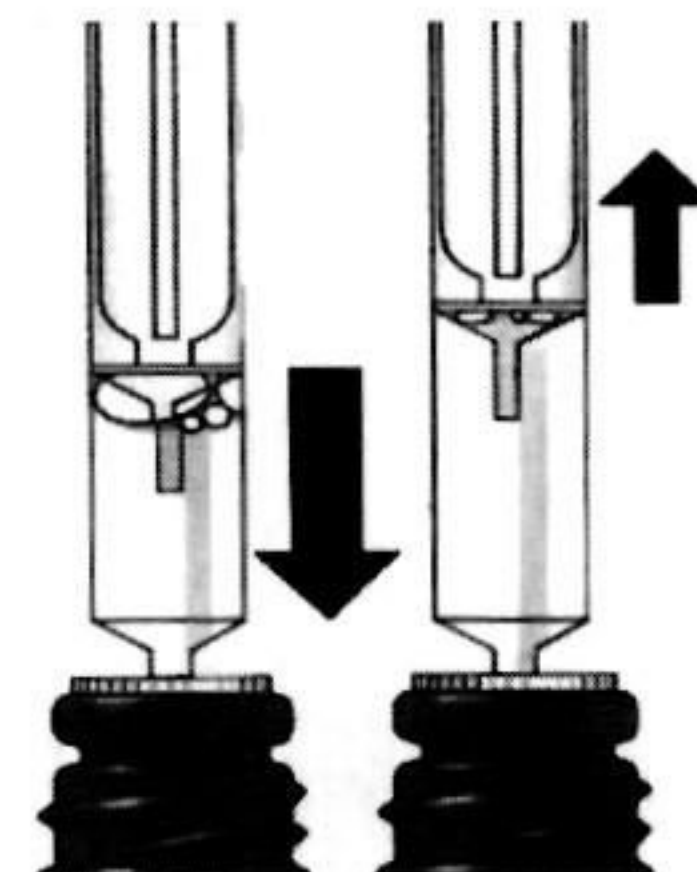
5. Изберете спринцовката в зависимост от предписания обем. За обеми по-малки или равни на 1 ml, използвайте спринцовката от 1 ml. За обеми по-големи от 1 ml, използвайте спринцовката от 4 ml. Поставете върха на спринцовката в белия накрайник.



6. Издърпайте буталото, докато изтеглите предписаното количество лекарство (долната част на пръстена на буталото трябва да съвпадне с маркировката на спринцовката, която показва обема на изтегленото лекарство).



7. Изгонете големите мехурчета чрез натискане и изтегляне на буталото няколко пъти, преди да извадите спринцовката, съдържаща предписаната доза от бутилката. Наличието на няколко малки въздушни мехурчета е без значение и няма да окажат влияние върху дозата по никакъв начин.



8. Поставете лекарството от спринцовката в малка стъклена чаша, съдържаща някаква течност (но не и сок от грейпфрут). Избягвайте всеки допир на спринцовката до течността в чашата. Лекарството може да се добави непосредствено преди приема. Разбъркайте и изпийте цялата смес веднага. Веднъж приготвено лекарството трябва да се приеме незабавно.



9. След употреба, само подсушете спринцовката отвън със суха кърпа и я приберете обратно в кутията ѝ. Оставете белия накрайник и тръбичката в бутилката. Затворете бутилката с осигурената капачка.



По-нататъшна употреба

Започнете от точка 5.

Неизползваният лекарствен продукт или отпадъчните материали от него трябва да се изхвърлят в съответствие с местните изисквания.

7. ПРИТЕЖАТЕЛ НА РАЗРЕШЕНИЕТО ЗА УПОТРЕБА

Novartis Europharm Limited
Vista Building
Elm Park, Merrion Road
Dublin 4
Ирландия



8. НОМЕР(А) НА РАЗРЕШЕНИЕТО ЗА УПОТРЕБА

20010484

9. ДАТА НА ПЪРВО РАЗРЕШАВАНЕ/ПОДНОВЯВАНЕ НА РАЗРЕШЕНИЕТО ЗА УПОТРЕБА

Дата на първо разрешаване: 21 юни 1994 г.

Дата на последно подновяване: 21 април 2011 г.

10. ДАТА НА АКТУАЛИЗИРАНЕ НА ТЕКСТА

Подробна информация за този лекарствен продукт е предоставена на уебсайта на Изпълнителна агенция по лекарствата www.bda.bg

