

КРАТКА ХАРАКТЕРИСТИКА НА ПРОДУКТА

ИЗДАТЕЛНА АГЕНЦИЯ ПО ЛЕКАРСТВОТА	
Кратка характеристика на продукта Приложение 1	
Към Рег. №	20010043
Разрешение №	7112 / 11-02-2026
ВГ/МА/МР -	
Дата в сила №	

1. ИМЕ НА ЛЕКАРСТВЕНИЯ ПРОДУКТ

Клопиксол-Акюфейз 50 mg/ml инжекционен разтвор
Clorixol-Acuphase 50 mg/ml solution for injection

2. КАЧЕСТВЕН И КОЛИЧЕСТВЕН СЪСТАВ

Цуклопентиксол ацетат (Zuclophenthixol acetate) 50 mg/ml

За пълния списък на помощните вещества, вж. точка 6.1.

3. ЛЕКАРСТВЕНА ФОРМА

Инжекционен разтвор (инжекция).

Прозрачно, жълтеникаво масло, практически чисто от частици

4. КЛИНИЧНИ ДАННИ

4.1 Терапевтични показания

Начално лечение на остри психози, включително мания и обостряне на хронични психози.

4.2 Дозировка и начин на приложение

Дозировка

Възрастни

Дозировката трябва да бъде индивидуално определена в зависимост от състоянието на пациента.

Обикновено дозата варира между 50-150 mg (1-3 ml) и.м. като при необходимост може да бъде повторена през интервал от 2 до 3 дни. При отделни пациенти може да се наложи допълнителна инжекция 24 до 48 часа след първата апликация.

Цуклопентиксол ацетат не е предназначен за продължителна употреба и лечебният курс не трябва да бъде по-дълъг от две седмици. Максималната кумулативна доза не трябва да надхвърля 400 mg, а броят на апликациите да не бъде повече от четири.

При поддържаща терапия, лечението трябва да продължи с перорален цуклопентиксол или цуклопентиксол деканоат и.м. съгласно следните препоръки:

1/ Преминаване към перорален цуклопентиксол

2 до 3 дни след последната инжекция цуклопентиксол ацетат, пациент, който е бил лекуван с 100 mg цуклопентиксол ацетат трябва да започне с перорална доза от около 40 mg дневно, по възможност разделена в няколко приема. При необходимост дозата може да бъде увеличавана по-нататък с по 10-20 mg всеки 2 до 3 дни до достигане на 75 mg или повече.

2/ Преминаване към цуклопентиксол деканоат

Едновременно с (последната) инжекция цуклопентиксол ацетат (100 mg), 200-400 mg (1-2 ml) цуклопентиксол деканоат 200 mg/ml трябва да се приложи интрамускулно и да се повтаря на всеки две седмици. Може да се наложи използването на по-високи дози или по-къси интервали.



Цуклопентиксол ацетат и цуклопентиксол деканоат могат да се смесят в една спринцовка и да се приложат като една инжекция (ко-инжекция).

Последователните дози цуклопентиксол деканоат, както и интервалите между отделните приложения трябва да бъдат индивидуално преценени при всеки пациент в зависимост от неговия отговор.

Пациенти в старческа възраст

При пациенти в напреднала възраст може да се наложи дозата да бъде редуцирана. Максималната доза на апликация следва да бъде 100 mg.

Педиатрична популация

Клопиксол-Акюфейз не се препоръчва за употреба при деца поради липса на клиничен опит.

Бъбречно увреждане

Клопиксол-Акюфейз може да бъде прилаган в обичайни дози при пациенти с намалена бъбречна функция.

Чернодробно увреждане

Пациенти с нарушена чернодробна функция следва да получават половината от препоръчаната доза и по възможност се препоръчва мониториране на серумните концентрации.

Начин на приложение

Клопиксол-Акюфейз се прилага като интрамускулна инжекция в горния външен квадрант на глутеалния мускул. Обеми по-големи от 2 ml трябва да бъдат разпределени на две места. Локалната поносимост е добра.

4.3 Противопоказания

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

Съдов колапс, потиснато съзнание поради различни причини (напр. интоксикация с алкохол, барбитурати или опиати), кома.

4.4 Специални предупреждения и предпазни мерки при употреба

Възможността за развитие на малигнен невролептичен синдром (хипертермия, мускулна ригидност, флукутация на съзнанието, нестабилност на вегетативната нервна система) съществува при всички невролептици. Рискът е вероятно по-голям при по-мощните агенти. Пациенти с данни за съществуващ преди това органичен мозъчен синдром, умствено изоставане, опиятна и алкохолна зависимост са много по-често срещани сред съобщените фатални случаи.

Лечение: Прекратяване на невролептика. Симптоматично лечение и общи поддържащи мерки. Дантролен и бромокриптин могат да бъдат от полза.

Симптомите могат да персистират повече от седмица след преустановяване приема на перорален невролептик и по-дълго, когато са използвани депо форми на препарата.

Екстрапирамидни реакции могат да се появят, особено в ранната фаза на лечението. В повечето случаи тези нежелани реакции могат да бъдат контролирани задоволително чрез редуциране на дозата и/или антипаркинсонови лекарства. Рутинното профилактично използване на антипаркинсонови лекарства не се препоръчва. Антипаркинсоновите лекарства не облекчават късната дискинезия и може да я влошат. Препоръчва се редуциране на дозата или, ако е възможно, прекратяване на терапията с цуклопентиксол. При персистираща акатизия, бензодиазепин, пропранолол биха могли да бъдат от полза.

Дисфагия може да възникне вторично вследствие на екстрапирамидни симптоми, така и синалорея, седация и невролептичен малигнен синдром, и може да доведе до животозастрашаващи



усложнения като аспирационна пневмония и задавяне.

Както при другите невролептици, цуклопентиксол ацетат трябва да се използва с повишено внимание при пациенти с органичен мозъчен синдром, конвулсии и чернодробно заболяване в напреднала фаза.

Както е описано и при други психотропни средства, цуклопентиксол ацетат може да промени реакцията спрямо инсулин и глюкоза, което налага корекция на антидиабетната терапия при пациенти страдащи от диабет.

Както и при другите лекарствени продукти, принадлежащи към терапевтичния клас на антипсихотиците, цуклопентиксол ацетат би могъл да предизвика удължаване на QT-интервала. Персистиращото удължаване на QT-интервала може да създаде риск от злокачествени аритмии. Следователно цуклопентиксол ацетат трябва да се използва с повишено внимание при предразположени индивиди (страдащи от хипокалиемия, хипомагнезиемия или генетична предразположеност), както и при пациенти с история на сърдечно-съдови заболявания, например удължаване на QT-интервала, значима брадикардия (< 50 удара на минута), наскоро прекаран остър инфаркт на миокарда, декомпенсирана сърдечна недостатъчност или сърдечна аритмия. Трябва да се избягва едновременното лечение с други антипсихотици (вж. точка 4.5).

При антипсихотиците са докладвани случаи на венозен тромбоемболизъм (ВТЕ). Тъй като при пациентите, лекувани с антипсихотици често се наблюдават придобити рискови фактори за ВТЕ, всички възможни рискови фактори за ВТЕ трябва да бъдат идентифицирани преди и по време на лечението с цуклопентиксол ацетат и да се вземат превантивни мерки.

Пациенти в старческа възраст

Мозъчно-съдови

При употребата на някои атипични антипсихотици е бил наблюдаван приблизително 3-кратно повишен риск от мозъчно-съдови нежелани реакции по време на рандомизирани плацебо-контролирани клинични проучвания при популацията пациенти, страдащи от деменция. Механизмът пораждащ подобен риск не е изяснен. Този повишен риск не може да бъде изключен за останалите антипсихотици, както и за другите популации от пациенти. Цуклопентиксол ацетат трябва да се използва с повишено внимание при пациенти с риск от инсулт.

Повишена смъртност при пациенти в старческа възраст с деменция

Данни от две големи обсервационни проучвания показват, че пациенти в старческа възраст с деменция, които се лекуват с антипсихотици са в малък, но увеличен риск от смърт в сравнение с тези, които не се лекуват. Няма достатъчно данни, за да се даде твърда оценка на точния размер на риска и причината за увеличението на риска е неизвестна.

Цуклопентиксол ацетат не е индикиран за лечение на свързани с деменция поведенчески разстройства.

4.5 Взаимодействие с други лекарствени продукти и други форми на взаимодействие

Комбинации изискващи повишено внимание при употреба

Цуклопентиксол ацетат може да засили седативния ефект на алкохола и ефектите на барбитуратите и другите депресанти на ЦНС.

Невролептиците могат да увеличат или намалят ефекта на антихипертензивните средства; антихипертензивният ефект на гванетидина и други сродни съединения се намалява. Едновременната употреба на невролептици и литий увеличава риска от невротоксичност. Трицикличните антидепресанти и невролептиците взаимно потискат метаболизма си. Цуклопентиксол ацетат може да намали ефекта на леводопа и на адренергичните средства. Едновременната употреба на метоклопрамид и пиперазин увеличава риска от екстрапирамидни нарушения.



Тъй като цуклопентиксол се метаболизира частично от CYP2D6, едновременната употреба с лекарствени продукти, за които е известно, че инхибират този ензим, може да доведе до намален клирънс на цуклопентиксол.

Увеличенията на QT-интервала, свързани с лечението с антипсихотици могат да бъдат обострени при едновременното приемане с други лекарствени продукти, за които е известно, че значимо удължават QT-интервала. Едновременната употреба с такива лекарствени продукти трябва да бъде избягвана. Това се отнася до следните класове:

- клас Ia и III антиаритмици (хинидин, амиодарон, соталол, дофетилид)
- някои антипсихотици (например тиоридазин)
- някои макролиди (например еритромицин)
- някои антихистамини (например терфенадин, астемизол)
- някои хинолонови антибиотици (например гатифлоксацин, моксифлоксацин)

Горният списък не е изчерпателен и определени други лекарствени продукти, за които е известно, че значимо удължават QT интервала (например цизаприд, литий) трябва да бъдат избягвани.

Лекарствени продукти, за които е известно, че причиняват електролитен дисбаланс като тиазидни диуретици (хипокалиемия) и лекарства, за които е известно, че увеличават плазмената концентрация на цуклопентиксол също трябва да бъдат използвани с повишено внимание, тъй като те биха могли да увеличат риска от удължаване на QT-интервала и злокачествени аритмии (вж. точка 4.4).

4.6 Фертилитет, бременност и кърмене

Бременност

Цуклопентиксол ацетат не трябва да се използва по време на бременност, освен ако очакваната полза за пациента не надхвърля теоретичния риск за плода.

Новородени, изложени на антипсихотици (включително цуклопентиксол ацетат) по време на третия триместър на бременността, са изложени на риск от нежелани реакции, включително екстрапирамидни и/или симптоми на отнемане, които могат да варират по тежест и продължителност след раждането. Има доклади на възбуда, хипертония, хипотония, тремор, сънливост, респираторен дистрес или хранително разстройство. Следователно новородените трябва да се наблюдават внимателно.

Изследвания при животни показват репродуктивна токсичност (вж. точка 5.3)

Кърмене

Тъй като цуклопентиксол се открива в малки количества в майчиното мляко, не се очаква засягане на детето при използване на обичайните терапевтични дози. Дозата поета от бебето е по-малка от 1% от майчината доза на kg телесно тегло (mg/kg). Кърменето може да продължи по време на терапия с цуклопентиксол ацетат, ако се прецени, че е от клинично значение, но се препоръчва наблюдение на кърмачето, особено през първите 4 седмици след раждането.

Фертилитет

Докладвани са нежелани събития при хора, като хиперпролактинемия, галакторея, аменорея, сексуални дисфункции и липса на еякулация (виж точка 4.8), които биха могли да имат отрицателно въздействие върху женската и/или мъжката сексуална функция и оплодителната способност.

При поява на клинично значима хиперпролактинемия, галакторея, аменорея или сексуални дисфункции, трябва да се обмисли намаляване на дозата (ако е възможно) или прекратяване на лечението. Ефектът е обратим при спиране.

Прилагането на цуклопентиксол на мъжки и женски плъхове е свързано с леко забавяне в чифтосването. В един експеримент, където цуклопентиксол се приема чрез хранителен режим, отбелязано влошаване на работата на чифтосване и намалена ставка на зачеване.

4.7 Ефекти върху способността за шофиране и работа с машини



Клопиксол-Акюфейз е седращо лекарство. При пациенти, на които са предписани психотропни лекарствени продукти може да се очаква засягане на общото внимание и концентрация и те трябва да бъдат предупредени относно способността им да шофират или работят с машини.

4.8 Нежелани лекарствени реакции

Повечето нежелани реакции са дозо-зависими. Честотата и тежестта са по-изразени в ранната фаза на лечението и намаляват при продължителна терапия.

Честотите са взети от литературата и спонтанни съобщения. Честотите се определят както следва: много чести ($\geq 1/10$), чести ($\geq 1/100$ до $< 1/10$), нечести ($\geq 1/1\ 000$ до $< 1/100$), редки ($\geq 1/10\ 000$ до $< 1/1\ 000$), много редки ($< 1/10\ 000$), с неизвестна честота (от наличните данни не може да бъде направена оценка).

Сърдечни нарушения	Чести	Тахикардия, палпитации.
	Редки	Удължен QT-интервал на електрокардиограмата.
Нарушения на кръвта и лимфната система	Редки	Тромбоцитопения, неутропения, левкопения, агранулоцитоза.
Нарушения на нервната система	Много чести	Сомнолентност, акатизия, хиперкинезия, хипокинезия, екстрапирамидни симптоми (вж. точка 4.4).
	Чести	Тремор, дистония, хипертония, замаяност, главоболие, парестезия, нарушение на вниманието, амнезия, абнормна походка.
	Нечести до редки	Късна дискинезия, хиперрефлексия, дискинезия, паркинсонизъм, синкоп, атаксия, нарушение на говора, хипотония, конвулсии, мигрена.
	Много редки	Малигнен невролептичен синдром.
Нарушения на очите	Чести	Нарушена акомодация, абнормно зрение.
	Нечести	Окулогирични кризи, мидриаза.



Нарушения на ухото и лабиринта	Чести	Вертиго.
	Нечести	Хиперакузис, тинитус.
Респираторни, гръдни и медиастинални нарушения	Чести	Назална конгестия, диспнея
Стомашно-чревни нарушения	Много чести	Сухота в устата.
	Чести	Увеличена саливация, запек, повръщане, диспепсия, диария.
	Нечести	Абдоминална болка, гадене, метеоризъм.
	Редки	Дисфагия* (вж. точка 4.4)
Нарушения на бъбреците и пикочните пътища	Чести	Микционни смущения, задържане на урината, полиурия
Бременност, пуерпериум и перинатални условия	Неизвестна	Синдром на отнемане в неонатален период (вж. точка 4.6)
Нарушения на кожата и подкожната тъкан	Чести	Хиперхидроза, пруритус.
	Нечести	Обрив, реакция на фоточувствителност, нарушение на пигментацията, себорея, дерматит, пурпура.
Нарушения на мускулно-скелетната система и съединителната тъкан	Чести	Миалгия.
	Нечести	Мускулна скованост, тризмус, тортиколис.
Нарушения на ендокринната система	Редки	Хиперпролактинемия
Нарушения на метаболизма и храненето	Чести	Увеличен апетит, увеличено тегло.
	Нечести	Намален апетит, намалено тегло.
	Редки	Хипергликемия, нарушен глюкозен толеранс, хиперлипидемия.
Съдови нарушения	Нечести	Хипотензия, горещи вълни.
	Много редки	Венозен тромбоемболизъм
Общи нарушения и ефекти на мястото на приложение	Чести	Астения, умора, неразположение, болка.
	Нечести	Жажда, реакция на мястото на инжектиране, хипотермия, пирексия.
Нарушения на имунната система	Редки	Свръхчувствителност, анафилактична реакция.
Хепато-билиарни нарушения	Нечести	Абнормни стойности на чернодробните функционални тестове
	Много редки	Холестатичен хепатит, жълтеница.



Нарушения на възпроизводителната система и гърдата	Нечести	Нарушена еякулация, еректилна дисфункция, смущения на оргазма при жени, вулвовагинална сухота.
	Редки	Гинекомастия, галакторея, аменорея, приапизъм.
Психични нарушения	Чести	Инсомния, депресия, тревожност, нервност, абнормно сънуване, ажитираност, намалено либидо.
	Нечести	Апатия, кошмари, увеличено либидо, обърканост.

* Дисфагия може да възникне вторично вследствие на екстрапирамидни симптоми, така и от сиалорея, седация и невролептичен малигнен синдром, и може да доведе до животозастрашаващи усложнения като аспирационна пневмония и задавяне.

Както и при другите лекарства принадлежащи към терапевтичния клас на антипсихотиците, така и при цуклопентиксол ацетат са били докладвани редки случаи на удължаване на QT-интервала, вентрикуларни аритмии – вентрикуларна фибрилация, вентрикуларна тахикардия, Torsade de Pointes и внезапна смърт по неизвестни причини (вж. точка 4.4)

Внезапното прекъсване на лечението с цуклопентиксол ацетат би могло да се съпътства със симптоми на отнемане. Най-честите симптоми са гадене, повръщане, анорексия, диария, ринорея, потене, миалгии, парестезии, инсомния, двигателно неспокойствие, тревожност и ажитираност. Пациентите също биха могли да изпитват и вертиго, редуващи се усещания на топлина и студ, тремор. Симптомите обикновено започват в рамките на 1 до 4 дни от отнемането и затихват за 7 до 14 дни.

Съобщаване на нежелани реакции

Съобщаване 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

Изпълнителна агенция по лекарствата

ул. „Дамян Груев“ № 8

Тел. +359 2 8903417

уебсайт: www.bda.bg

4.9 Предозиране

Поради формата на приложение, симптоми на предозиране не са обичайни.

Симптоми

Сомнолентност, кома, двигателни разстройства, конвулсии, шок, хипертермия/хипотермия.

При предозиране заедно с други лекарствени продукти, за които е известно, че влияят на сърцето, са наблюдавани ЕКГ промени, удължаване на QT интервала, Torsades de Pointes, спиране на сърцето и вентрикуларни аритмии.

Лечение

Лечението е симптоматично и поддържащо. Трябва да се вземат мерки за поддържане на дихателната и сърдечно-съдовата системи. Епинефрин (адреналин) не трябва да се използва, тъй като може да доведе до допълнително понижаване на кръвното налягане. Конвулсиите могат бъдат третирани с диазепам, а двигателните разстройства с бипериден.



5. ФАРМАКОЛОГИЧНИ СВОЙСТВА

5.1 Фармакодинамични свойства

Фармакотерапевтична група
Невролептици (антипсихотици)
АТС-код: N05AF 05

Механизъм на действие

Цуклопентиксол е невролептик от тиоксантеновата група.

Антипсихотичният ефект на невролептиците се свързва с блокирането на допаминовите рецептори, но също така се счита, че за това допринася и блокирането на 5-НТ (5-hydroxytryptamine) рецепторите. *In vitro* цуклопентиксол е показал висок афинитет едновременно към D₁ и D₂ допаминовите рецептори, α₁-адренорецепторите и 5-НТ₂ рецепторите, но няма афинитет към холинергичните мускаринови рецептори. Притежава слаб афинитет към хистаминовите (H₁) рецептори и не проявява α₂-адренорецепторна блокираща активност.

In vivo афинитетът за свързване с D₂ рецепторите доминира над този към D₁ рецепторите. Цуклопентиксол е доказал, че е мощен невролептик във всички проведени поведенчески проучвания за невролептична (блокиране на допаминовите рецептори) активност. Открита е корелация между *in vivo* тестовете, афинитета към допаминовите D₂ рецепторни места на свързване в *in vitro* условия и средните дневни перорални антипсихотични дози.

Както повечето невролептици, цуклопентиксол увеличава серумните пролактинови нива.

Фармакологични проучвания са показали изразен ефект 4 часа след парентерално приложение на цуклопентиксол ацетат в маслен разтвор. По-силно изразен ефект се отчита един до три дни след апликацията. През следващите дни ефектът бързо намалява.

Клинична ефикасност и безопасност

В клиничната практика цуклопентиксол ацетат се използва за лечение на остри психози, мания и обостряне на хронични психози.

Еднократна инжекция цуклопентиксол ацетат осигурява изразена и бърза редукция на психотичните симптоми. Продължителността на действие е 2 до 3 дни и обикновено една до две инжекции са достатъчни преди да се премине към перорална или депо терапия.

Освен осигуряване на значима редукция или пълно овладяване на ядрените симптоми на шизофренията като халюцинации, налудности и мисловни разстройства, цуклопентиксол има изразен ефект върху придружаващите симптоми като враждебност, подозрителност, ажитираност и агресивност.

Цуклопентиксол предизвиква преходна дозо-зависима седация. Такова начално седиране, обаче, е обикновено предимство в острата фаза на психозата, тъй като успокоява пациента преди да настъпи антипсихотичния ефект. Неспецифичната седация се появява бързо след апликацията, значима е 2 часа след това и достига максимум след около 8 часа, след което постепенно намалява и остава слаба независимо от последващи апликации.

Цуклопентиксол ацетат е особено подходящ при лечението на психотични пациенти, които са ажитирани, с двигателно неспокойствие, враждебни или агресивни.

5.2 Фармакокинетични свойства

Абсорбция

Чрез естерификация на цуклопентиксол с оцетна киселина, цуклопентиксол е превърнат в по-липofilна субстанция – цуклопентиксол ацетат. Разтворен в масло и инжектиран интрамускулно.



естерът навлиза бавно дифузно от маслото във водната фаза на организма, където бързо се хидролизира освобождавайки активния цуклопентиксол.

След интрамускулна инжекция, максимални плазмени концентрации се достигат за период от 24-48 часа (средно 36 часа). Средният елиминационен полуживот (отразяващ освобождаването от депото) е около 32 часа.

Разпределение

Средният обем на разпределение (V_d) $_{\beta}$ е около 20 l/kg. Свързването с плазмените протеини е около 98-99%.

Биотрансформация

Метаболизмът на цуклопентиксол се осъществява по три основни пътя: сулфоксидиране, N-деалкилиране на страничната верига и конюгация с глюкуронова киселина. Метаболитите не са психофармакологично активни. Цуклопентиксол доминира над метаболитите в мозъка и другите тъкани.

Елиминиране

Елиминационният живот ($T_{1/2 \beta}$) на цуклопентиксол е около 20 часа, а средният системен клирънс (Cl_s) е около 0.86 l/min.

Цуклопентиксол се екскретира основно с фекалиите, но до известна степен (около 10%) и с урината. Само около 0.1% от дозата се екскретира в непроменен вид с урината, което означава, че натоварването на бъбреците с лекарствения продукт е незначително.

При кърмещи жени, цуклопентиксол се екскретира в малки количества с млякото. В стабилно състояние, преди поредно дозиране съотношението концентрация в млякото/серумна концентрация при жената третирана с орален или депо препарат е около 0.29.

Линейност

Кинетиката е линейна. Средната максимална серумна концентрация на цуклопентиксол отговарящ на 100 mg цуклопентиксол ацетат е 102 nmol/l (41 ng/ml). Три дни след апликацията, серумните нива са около една трета от максималните, т.е. 35 nmol/l (14 ng/ml).

Пациенти в старческа възраст

Фармакокинетичните параметри са в голяма степен независими от възрастта на пациента.

Бъбречно увреждане

Основавайки се на горепосочените характеристики за елиминирането, е основателно да се предположи, че намалената бъбречна функция не би повлияла значимо серумните концентрации на основното съединение.

Чернодробно увреждане

Няма данни.

Полиморфизъм

In vivo проучване е показало, че някои части от метаболитните пътища са обект на генетичен полиморфизъм на спартеин/дебризоквиновото оксидиране (CYP2D6).

5.3 Предклинични данни за безопасност

Остра токсичност

Цуклопентиксол има ниска остра токсичност.

Хронична токсичност

При проучвания за хронична токсичност не са доказани причини, които да налагат ограничения при приложението на цуклопентиксол.



Репродуктивна токсичност

В проучване с три поколения плъхове е отбелязано забавяне при чифтосване. След чифтосване не е имало ефект върху фертилитета. В един експеримент, където цуклопентиксол се приема чрез хранителен режим, е отбелязано влошаване на чифтосването и намален процент на зачеването.

Проучвания върху репродукцията при животни не са показали наличие на ембриотоксични и тератогенни ефекти. При пери / постнатални проучвания при плъхове, дози от 5 и 15 mg/kg/ден е довело до увеличаване на броя на мъртвородените животни, намаляване на преживяемостта при новородените и забавено развитие на новородените. Клиничното значение на тези открития е неясно и е възможно ефекта върху новородените да се дължи на небрежност от страна на майките, които са били изложени на дози цуклопентиксол предизвикващи токсичност у тях.

Мутагенност и канцерогенност

Цуклопентиксол не притежава мутагенен или канцерогенен потенциал.

При проучване у плъхове за онкогенен потенциал с 30 mg/kg/ден в продължение на две години (максимална дозировка) се установява леко статистически незначително увеличение на аденокарциномите на млечната жлеза, аденомите и карциномите на островите на панкреаса при индивиди от женски пол и на тироидните парафоликуларни карциноми. Слабото покачване на честотата на тези тумори са честа находка при D₂ антагонистите, които увеличават пролактиновата секреция след приложение на плъхове. Физиологичните разлики между плъхове и хора по отношение на пролактина правят клиничното значение на тези находки неясно, но се приема, че те не предсказват онкогенен риск при пациенти.

Локална токсичност

Локално мускулно увреждане се наблюдава след инжектиране на водни разтвори на невролептици, включително и цуклопентиксол. Мускулното увреждане е в много по-голяма степен изразено при водните разтвори на невролептиците, отколкото след инжектиране на маслен разтвор на цуклопентиксол ацетат или цуклопентиксол деканоат.

6. ФАРМАЦЕВТИЧНИ ДАННИ

6.1 Списък на помощните вещества

Триглицериди, средни вериги

6.2 Несъвместимости

Цуклопентиксол ацетат може да се смесва единствено с цуклопентиксол деканоат, който също е разтворен в триглицериди, средни вериги.

Цуклопентиксол ацетат не трябва да се смесва с депо форми, разтворени в сусамово масло, тъй като това може да доведе до определени промени във фармакокинетичните свойства и на двата препарата.

6.3 Срок на годност

3 години

6.4 Специални условия на съхранение

Да се съхранява в оригиналната опаковка, за да се предпази от светлина.

6.5 Вид и съдържание на опаковката

Безцветни ампули, (стъкло тип I) от 1 ml.

Кутия с 5 ампули × 1 ml.



6.6 Специални предпазни мерки при изхвърляне

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

7. ПРИТЕЖАТЕЛ НА РАЗРЕШЕНИЕТО ЗА УПОТРЕБА

Lundbeck Export A/S
Ottiliavej 9
2500 Valby
Дания

8. НОМЕР(А) НА РАЗРЕШЕНИЕТО ЗА УПОТРЕБА

Регистрационен номер: 20010043

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

Международна рождена дата: 3 май 1976 (Холандия)
Дата на първо разрешаване: 18 юли 1990 г.
Дата на последно подновяване: 25 юли 2011 г.

10. ДАТА НА АКТУАЛИЗИРАНЕ НА ТЕКСТА

01/2026

