

ПРИЛОЖЕНИЕ I
КРАТКА ХАРАКТЕРИСТИКА НА
ПРОДУКТА

1. ИМЕ НА ЛЕКАРСТВЕНИЯ ПРОДУКТ

Гефитикон 250 mg филмирани таблетки
Gefiticon 250 mg film-coated tablets

2. КАЧЕСТВЕН И КОЛИЧЕСТВЕН СЪСТАВ

Всяка таблетка съдържа 250 mg гефитиниб (*gefitinib*).

Помощно вещество с известно действие:

Всяка таблетка съдържа 50,0 mg лактоза (като монохидрат). За пълния списък на помощните вещества вижте точка 6.1.

3. ЛЕКАРСТВЕНА ФОРМА

Филмирана таблетка

Таблетките са кафяви, кръгли, двойноизпъкнали филмирани таблетки, с отпечатан надпис „G“ от едната страна и без надпис от другата, с приблизителен диаметър от 11,1 mm.

ИЗПЪЛНИТЕЛНА АГЕНЦИЯ ПО ЛЕКАРСТВАТА	
Кратка характеристика на продукта - Приложение 1	
Към Рег. №	20210129
Разрешение №	B6/HA/MB-55631
Одобрение №	25.05.2021

4. КЛИНИЧНИ ДАННИ

4.1 Терапевтични показания

Гефитикон е показан за лечение като монотерапия на възрастни пациенти с локално авансирал или метастатичен недребноклетъчен белодробен карцином (NSCLC) с активиращи мутации на EGFR-TK (вж. точка 4.4).

4.2 Дозировка и начин на приложение

Лечението с Гефитикон трябва да се започва и контролира от лекар с опит в приложението на противоракови лекарства.

Дозировка

Препоръчителната дозировка на Гефитикон е една таблетка от 250 mg еднократно дневно. Ако бъде пропусната една доза, тя трябва да бъде приета веднага щом пациентът си спомни. Ако до следващия прием остават по-малко от 12 часа, пациентът не трябва да приема пропуснатата доза. Пациентът не трябва да приема двойна доза (две дози едновременно), за да компенсира пропуснатата доза.

Педиатрична популация

Безопасността и ефикасността на Гефитикон при деца и юноши на възраст под 18 години не са установени. Няма съответно приложение на гефитиниб в педиатричната популация за показанието NSCLC.



Чернодробно увреждане

Пациентите с умерено до тежко чернодробно увреждане (клас В или С по Child-Pugh) в резултат на цироза са с повишени плазмени концентрации на гефитиниб. Тези пациенти трябва да се проследяват стриктно за развитие на нежелани реакции. При пациенти с повишени стойности на аспартат аминотрансфераза (АСАТ), алкална фосфатаза или билирубин в резултат на чернодробни метастази плазмените концентрации не са повишени (вж. точка 5.2).

Бъбречно увреждане

При пациентите с нарушена бъбречна функция при креатининов клирънс >20 ml/min не се налага корекция на дозата. Данните при пациенти с креатининов клирънс ≤ 20 ml/min са ограничени и при такива пациенти се препоръчва повишено внимание (вж. точка 5.2).

Старческа възраст

Не е необходима корекция на дозата в зависимост от възрастта на пациента (вж. точка 5.2).

Бавни CYP2D6 метаболизатори

При пациенти, за които е известно, че са с генотип на бавни CYP2D6 метаболизатори, не се налага корекция на дозата, но те трябва да се проследяват внимателно за развитие на нежелани реакции (вж. точка 5.2).

Корекция на дозата поради прояви на токсичност

Пациенти с тежка диария или кожни нежелани реакции могат да се повлияят добре от кратко (до 14 дни) прекъсване на приема, последвано от възстановяване на дозата от 250 mg (вж. точка 4.8). При пациенти, които не понасят приема след прекъсването му, лечението с гефитиниб трябва да се спре и да се обсъди алтернативно лечение.

Начин на приложение

Перорално приложение. Таблетката може да се приема със или без храна, приблизително по едно и също време на деня. Таблетката може да се погълне цяла с малко вода или, ако приемът на цели таблетки не е възможен, таблетките могат да се приемат диспергирани във вода (негазирана вода). Не трябва да се използват други течности.

Без да се разчупва, таблетката трябва да се пусне в половин чаша вода за пиене. Чашата трябва да се разклаща от време на време, докато таблетката се диспергира (това може да отнеме до 20 минути). Дисперсията трябва да се изпие веднага след като таблетката се разтвори (т.е. в рамките на 60 минути). Чашата трябва да се изплакне с половин чаша вода, която също трябва да се изпие. Дисперсията може да се приложи и през назогастрална сонда или гастростомна тръба.

4.3 Противопоказания

- Свръхчувствителност към активното вещество или към някое от неговите помощните вещества, изброени в точка 6.1.
- Кърмене (вж. точка 4.6).



4.4 Специални предупреждения и предпазни мерки при употреба

Като се има предвид употребата на Гефитикон за лечение на локално авансирал или метастатичен NSCLC, важно е да се направи оценка на EGFR-мутационния статус на туморната тъкан за всички пациенти. Ако туморната проба не може да бъде оценена, тогава може да се използва проба за циркулираща туморна ДНК (circulating tumour DNA, ctDNA), получена от кръв (плазма).

Трябва да се използва(т) само точен(и), надежден(и) и чувствителен(ни) тест(ове) с доказана полза за определяне на EGFR-мутационния статус на тумори или ctDNA, за да се избегнат фалшиво-отрицателни или фалшиво-положителни резултати (вж. точка 5.1).

Интерстициална белодробна болест (ИББ)

При 1,3% от пациентите, приемащи гефитиниб, е наблюдавано развитие на ИББ, която може да започне остро, в някои случаи – с летален изход (вж. точка 4.8). Ако при даден пациент се наблюдава влошаване на симптомите от страна на дихателната система, като диспнея, кашлица и фебрилитет, приемът на Гефитикон трябва да се спре и пациентът трябва да бъде изследван. Ако се потвърди ИББ, трябва да се преустанови приемът на Гефитикон и да се започне съответното лечение.

В японско фармакоепидемиологично проучване „случай-контрол“ при 3 159 пациенти с NSCLC, лекувани с гефитиниб или химиотерапия, и проследявани в продължение на 12 седмици, са установени следните рискови фактори за развитие на ИББ (без значение дали са лекувани с гефитиниб или химиотерапия): тютюнопушене, пациенти в лошо общо състояние ($PS \geq 2$), КТ данни за редуциран белодробен паренхим ($\leq 50\%$), новодиагностициран NSCLC (< 6 месеца), предшестваща ИББ, напреднала възраст (≥ 55 години) и съпътстващо сърдечно заболяване. Повишен риск от развитие на ИББ при лечение с гефитиниб, в сравнение с лечението с химиотерапевтик, е наблюдаван през първите 4 седмици от терапията (коригирано OR 3,8; 95% CI 1,9 до 7,7); след това относителният риск е по-нисък (коригирано OR 2,5; 95% CI 1,1 до 5,8). Рискът за повишена смъртност при пациенти, които развиват ИББ по време на терапия с гефитиниб или химиотерапия, е по-висок при пациентите със следните рискови фактори: тютюнопушене, КТ данни за редуциран белодробен паренхим ($\leq 50\%$), предшестваща ИББ, напреднала възраст (≥ 65 години) и обширна локализация в близост до плеврата ($\geq 50\%$).

Хепатотоксичност и чернодробно увреждане

Въпреки, че често са наблюдавани отклонения в чернодробните ензими (включително повишаване на аланинаминотрансферазата, аспартат аминотрансферазата и билирубина), те рядко са свързани с развитие на хепатит (вж. точка 4.8). Има изолирани съобщения за чернодробна недостатъчност, която в някои случаи е довела до летален изход. Поради това се препоръчва периодичен контрол на чернодробните ензими. Гефитиниб трябва да се прилага с повишено внимание при пациенти с леки до умерени отклонения в чернодробната функция. Ако промените са изразени, трябва да се обмисли спиране на приема на гефитиниб.

Установено е, че нарушената чернодробна функция в резултат на цироза води до повишаване на плазмената концентрация на гефитиниб (вж. точка 5.2).



Взаимодействия с други лекарствени продукти

Индукторите на CYP3A4 могат да ускорят метаболизирането на гефитиниб и да доведат до понижаване на плазмената му концентрация. Поради това съпътстващо приложение с индуктори на CYP3A4 (напр. фенитоин, карбамазепин, рифампицин, барбитурати или растителни препарати, съдържащи жълт кантарион/*Hypericum perforatum*) може да намали ефикасността на лечението и трябва да се избягва (вж. точка 4.5).

При отделни пациенти с генотип на бавни CYP2D6 метаболизатори, лечението с мощен инхибитор на CYP3A4 може да доведе до повишаване на плазменото ниво на гефитиниб. При започване на лечение с инхибитор на CYP3A4, пациентите трябва да се проследяват стриктно за нежелани реакции от гефитиниб (вж. точка 4.5).

При някои пациенти, приемащи варфарин и гефитиниб, е наблюдавано повишаване на INR и/или кървене (вж. точка 4.5). При пациентите, приемащи съпътстващо варфарин и гефитиниб, трябва да се осъществява периодичен контрол на протромбиновото време (ПВ) или INR.

Лекарствени продукти, като инхибитори на протонната помпа и H2-антагонисти, предизвикващи значимо повишаване на стомашното рН, могат да предизвикат понижаване на бионаличността и плазмената концентрация на гефитиниб, и следователно да намалят ефикасността му. При редовен прием на антиациди във време, близо до приема на гефитиниб, може да се наблюдава сходен ефект (вж. точки 4.5 и 5.2).

Данните от клинични изпитвания във фаза II, в които гефитиниб и винорелбин са прилагани съпътстващо, показват че гефитиниб може да потенцира неутропеничния ефект на винорелбин.

Лактоза

Гефитикон съдържа лактоза. Пациенти с редки наследствени заболявания, като непоносимост към галактоза, пълнен лактазен дефицит или глюкозо-галактозна малабсорбция, не трябва да приемат този лекарствен продукт.

Натрий

Този лекарствен продукт съдържа по-малко от 1 mmol (23 mg) натрий в таблетка и затова на практика не съдържа натрий.

Допълнителни предпазни мерки

Пациентите трябва да бъдат посъветвани незабавно да търсят медицинска помощ при тежка или персистираща диария, гадене, повръщане или липса на апетит, тъй като те могат непряко да доведат до дехидратиране. Тези симптоми трябва да бъдат третираны според клиничните показания (вж. точка 4.8).

Пациентите с признаци и симптоми, предполагащи кератит – остро или влошаване се възпаление на окото, сълзене, чувствителност към светлина, замъглено зрение, болка в очите и/или зачервяване на очите, трябва незабавно да бъдат насочвани към специалист-офталмолог.



Ако се потвърди улцерозен кератит, лечението с гефитиниб трябва да се прекрати, а ако симптомите не отзвучат, или ако при възобновяване на лечението с гефитиниб рецидивират, трябва да се обсъди трайното му спиране.

В клинично изпитване фаза I/II, за приложение на гефитиниб и лъчетерапия при деца с новооткрит глиом на мозъчния ствол или непълно резециран супратенториален злокачествен глиом, са съобщени 4 случая (1 със смъртен изход) на кръвоизливи в централната нервна система (ЦНС) при включените 45 пациенти. Допълнително е съобщен още един случай на кръвоизлив в ЦНС при дете с епендимом, включен в клинично изпитване на монотерапия с гефитиниб. Не е установен повишен риск от мозъчен кръвоизлив при възрастни пациенти с NSCLC, получаващи гефитиниб.

Съобщават се случаи на гастроинтестинална перфорация при пациенти, приемащи гефитиниб. В повечето случаи това е свързано с други известни рискови фактори, включително съпътстващи лекарства като стероиди или НСПВС, анамнеза за ГИ язва, възраст, тютюнопушене или чревни метастази на местата на перфорация.

4.5 Взаимодействие с други лекарствени продукти и други форми на взаимодействие

Гефитиниб се метаболизира от изоензима CYP3A4 на цитохром P450 (предимно) и от CYP2D6.

Активни вещества, които може да повишат плазмените концентрации на гефитиниб
Проучванията *in vitro* показват, че гефитиниб е субстрат на р-глицопротеина (Pgp). Наличните данни не говорят за клинични последици от тази *in vitro* находка.

Веществата, които инхибират CYP3A4, може да понижат клирънса на гефитиниб. Съпътстващият прием на мощни инхибитори на CYP3A4 (напр. кетоконазол, позаконазол, вориконазол, протеазни инхибитори, кларитромицин, телитромицин) може да доведе до повишаване на плазмените концентрации на гефитиниб. Повишаването може да е клинично значимо, понеже нежеланите реакции са свързани с дозата и експозицията. Повишаването може да е по-изразено при отделни пациенти с генотип на бавни CYP2D6 метаболитатори. При здрави доброволци предшестваният прием на итраконазол (мощен инхибитор на CYP3A4) води до повишаване с 80% на средната AUC на гефитиниб. При едновременно лечение с мощни инхибитори на CYP3A4 пациентът трябва да се проследява стриктно за развитие на нежелани реакции от гефитиниб.

Няма данни за съпътстващо лечение с инхибитор на CYP2D6, но мощните инхибитори на този ензим могат да предизвикат около двукратно повишаване на плазмената концентрация на гефитиниб при бързи CYP2D6 метаболитатори (вж. точка 5.2). Ако се започне съпътстващо лечение с мощен инхибитор на CYP2D6, пациентът трябва да се проследява стриктно за развитие на нежелани реакции.



Активни вещества, които могат да намалят плазмените концентрации на гефитиниб

Веществата, които индуцират CYP3A4, може да ускорят метаболизирането и да понижат плазмените концентрации на гефитиниб, и следователно да намалят ефикасността на гефитиниб. Съпътстващият прием с лекарствени продукти, които индуцират CYP3A4 (напр. фенитоин, карбамазепин, рифампицин, барбитурати или жълт кантарион/*Hypericum perforatum*), трябва да се избягва. При здрави доброволци предшестваният прием на рифампицин (мощен индуктор на CYP3A4) води до понижаване на средната AUC на гефитиниб с 83% (вж. точка 4.4).

Вещества, които предизвикват значимо и трайно повишаване на стомашното pH, може да предизвикат понижаване на плазмените концентрации на гефитиниб и следователно да намалят ефикасността на гефитиниб. Краткодействащите антиациди във високи дози може да имат сходен ефект, ако се приемат редовно и близо по време до приема на гефитиниб. При здрави доброволци съпътстващият прием на гефитиниб с ранитидин в доза, която води до трайно повишаване на стомашното pH ≥ 5 , води до понижаване на средната AUC с 47% (вж. точки 4.4 и 5.2).

Активни вещества, чиито плазмени концентрации могат да бъдат променени от гефитиниб

Проучванията *in vitro* показват, че гефитиниб има нисък инхибиторен потенциал по отношение на CYP2D6. В клинично изпитване при пациенти гефитиниб е прилаган заедно с метопролол (субстрат на CYP2D6). Това води до 35% повишаване на експозицията на метопролол. Такова повишаване може да бъде потенциално значимо при субстрати на CYP2D6 с малка терапевтична ширина. Когато се обсъжда приложение на субстрати на CYP2D6 с гефитиниб, трябва да се има предвид корекция на дозата на субстрата на CYP2D6, особено при продукти с малка терапевтична ширина.

In vitro гефитиниб инхибира транспортния протеин BCRP, но клиничното значение на тези данни не е известно.

Други потенциални взаимодействия

Има съобщения за повишаване на INR и/или кръвоизливи при пациенти, които приемат съпътстващо варфарин (вж. точка 4.4).

4.6 Фертилитет, бременност и кърмене

Жени с детероден потенциал

Жените с детероден потенциал трябва да бъдат съветвани да не забременяват по време на лечението.

Бременност

Липсват данни от употребата на гефитиниб при бременни жени. Проучванията при животни показват репродуктивна токсичност (вж. точка 5.3). Потенциалният риск при хора не е известен. Гефитикон не трябва да се използва по време на бременност, освен в случай на категорична необходимост.



Кърмене

Не е известно дали гефитиниб се екскретира в кърмата. Гефитиниб и метаболитите му кумулират в млякото на лактиращи плъхове (вж. точка 5.3). Гефитиниб е противопоказан в периода на кърмене и поради това по време на лечение с гефитиниб кърменето трябва да бъде спряно (вж. точка 4.3).

4.7 Ефекти върху способността за шофиране и работа с машини

Има съобщения за астения по време на лечение с гефитиниб. Поради това, пациентите с подобни симптоми трябва да подхождат с повишено внимание при шофиране и работа с машини.

4.8 Нежелани лекарствени реакции

Обобщение на профила за безопасност

Обобщените данни от клиничните изпитвания фаза III – ISEL, INTEREST и IPASS (2 462 пациенти, лекувани с гефитиниб) – показват, че нежеланите лекарствени реакции (НЛР), за които се съобщава най-често и които се развиват при повече от 20% от пациентите са диария и нежелани реакции от страна на кожата (включително обриви, акне, ксеродермия и пруритус). НЛР обикновено се развиват през първия месец от лечението и обикновено са обратими.

Приблизително 8% от пациентите развиват тежки НЛР (от степен 3 или 4 по СТС (критерии за обща токсичност на Националния раков институт на САЩ)). При приблизително 3% от пациентите лечението е прекратено поради НЛР.

Интерстициална белодробна болест (ИББ) се развива при 1,3% от пациентите, често тежка (от степен 3-4 по СТС). Има съобщения за случаи с летален изход.

Списък на нежеланите реакции, представен в таблица

Профилът на безопасност, представен в таблица 1, се основава на клиничната програма за разработване на гефитиниб и постмаркетинговия опит. Нежеланите реакции са групирани по честота в таблица 1, където е възможно в зависимост от честотата на сравними нежелани лекарствени реакции, за които има съобщения според обобщения доклад от клиничните изпитвания във фаза III - ISEL, INTEREST и IPASS (2 462 пациенти, лекувани с гефитиниб).

По честота нежеланите реакции са групирани като: 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).

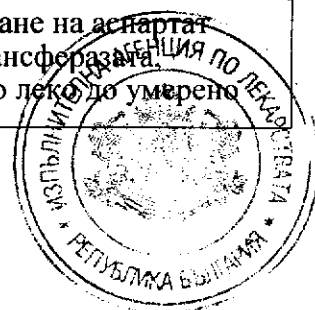
При всяко групиране в зависимост от честотата, нежеланите лекарствени реакции се изброяват в низходящ ред по отношение на тяхната сериозност.

Таблица 1. Нежелани лекарствени реакции

Нежелани лекарствени реакции по системо-органен клас и честота



Нарушения на метаболизма и храненето	Много чести	Анорексия, лека или умерена (степен 1 или 2 по СТС)
Нарушения на очите	Чести	Конюнктивит, блефарит и ксерофталмия*, предимно леки (степен 1 по СТС)
	Нечести	Ерозии на роговицата, обратими и понякога свързани с аберантен растеж на мигли
		Кератит (0,12%)
Съдови нарушения	Чести	Кървоизливи, като епистаксис и хематурия
Респираторни, гръдни и медиастинални нарушения	Чести	Интерстициална белодробна болест (1,3%), често тежка (степен 3-4 по СТС); има съобщения за случаи с летален изход
Стомашно-чревни нарушения	Много чести	Диария, предимно лека или умерена (степен 1 или 2 по СТС)
		Повръщане, предимно леко или умерено (степен 1 или 2 по СТС)
		Гадене, предимно леко (степен 1 по СТС)
		Стоматит, предимно лек (степен 1 по СТС)
	Чести	Дехидратация в резултат на диария, гадене, повръщане или анорексия
		Ксеростомия*, предимно лека (степен 1 по СТС)
	Нечести	Панкреатит
		Стомашно-чревна перфорация
Хепатобилиарни нарушения	Много чести	Повишаване на аланин аминотрансферазата, предимно леко до умерено
	Чести	Повишаване на аспартат аминотрансферазата, предимно леко до умерено



		Повишаване на общия билирубин, предимно леко до умерено
	Нечести	Хепатит**
Нарушения на кожата и подкожната тъкан	Много чести	Кожни реакции, предимно леки до умерени (степен 1 или 2 по СТС), пустулозен обрив, понякога сърбящ, с ксеродермия, включително кожни фисури, на еритемна основа
	Чести	Нарушения на ноктите
		Алоpecia
		Алергични реакции (1,1%), включително ангиоедем и уртикария
	Редки	Булозни състояния, включващи токсична епидермална некролиза, синдром на Stevens Johnson и еритема мултиформе
		Кожен васкулит
Нарушения на бъбреците и пикочните пътища	Чести	Асимптоматични лабораторни повишавания на серумния креатинин
		Протеинурия
		Цистит
	Редки	Хеморагичен цистит
Общи нарушения и реакции на мястото на приложение	Много чести	Астения, предимно лека (степен 1 по СТС)
	Чести	Пирексия

Честотата на нежеланите лекарствени реакции, свързани с отклонения в лабораторните изследвания е оценена въз основа на пациентите с промяна на съответния лабораторен показател от 2 или повече степени по СТС в сравнение с изходната стойност.

*Тази нежелана реакция може да бъде свързана с други състояния с намалена секреция (предимно кожни реакции), наблюдавани при прием на гефитиниб.

**Това включва изолирани съобщения за чернодробна недостатъчност, която в някои случаи е довела до фатален изход.

Интерстициална белодробна болест (ИББ)

В клиничното изпитване INTEREST, честотата на събитията от типа на ИББ е 1,4% (10 пациенти) в групата на гефитиниб, спрямо 1,1% (8 пациенти) в групата на



доцетаксел. Едно от събитията от типа на ИББ е с летален изход, като се развива при пациент, получаващ гефитиниб.

В клиничното изпитване ISEL честотата на реакциите от типа на ИББ е приблизително 1% и в двете терапевтични рамена. Повечето съобщения за реакции от типа на ИББ са при пациенти с азиатски произход, като честотите на ИББ при пациенти с азиатски произход, получаващи гефитиниб и плацебо, са съответно приблизително 3% и 4%. Една реакция от типа на ИББ завършва с летален изход и тя се развива при пациент, получаващ плацебо.

В постмаркетингово изпитване в Япония (включващо 3 350 пациенти) честотата на реакциите от типа на ИББ при пациенти, приемащи гефитиниб, е 5,8%. Процентът на реакциите от типа на ИББ, завършили летално е 38,6%.

В открито клинично изпитване във фаза III (IPASS), сравняващо приложението на гефитиниб с това на двойна химиотерапия с карбоплатина/паклитаксел като лечение от първа линия при 1 217 подбрани пациенти с авансирал NSCLC в Азия, честотата на реакциите от типа на ИББ е 2,6% в рамото на лечение с гефитиниб срещу 1,4% в рамото на лечение с карбоплатина/паклитаксел.

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 Изпълнителна агенция по лекарствата ул. „Дамян Груев“ № 8, 1303 София, тел.: +359 2 8903417, уебсайт: www.bda.bg

4.9 Предозиране

При предозиране на гефитиниб няма специфично лечение. Все пак в клинични изпитвания във фаза I ограничен брой пациенти получават дневни дози до 1 000 mg. Наблюдавана е повишена честота и по-голяма тежест на някои нежелани реакции, главно диария и кожни обриви.

Нежеланите реакции, свързани с предозиране, трябва да се лекуват симптоматично; като особено тежката диария трябва да бъде лекувана както е клинично показано. В едно проучване ограничен брой пациенти са били третираны седмично с дози от 1 500 mg до 3 500 mg. В това проучване експозицията на гефитиниб не се повишава с повишаване на дозата, нежеланите събития са предимно леки до умерени по тежест и са в съответствие с познатия профил на безопасност на гефитиниб.

5. ФАРМАКОЛОГИЧНИ СВОЙСТВА

5.1 Фармакодинамични свойства

Фармакотерапевтична група: Антинеопластични средства, Инхибитори на протеинкиназата, Тирозин-киназни инхибитори на рецептора на епидермалния растежен фактор, АТС код: L01EB01



Механизъм на действие и фармакодинамични ефекти

Епидермалният растежен фактор (EGF) и неговият рецептор (EGFR [HER1; ErbB1]) са идентифицирани като ключови в процеса на клетъчен растеж и пролиферация както при нормални, така и при ракови клетки. Активиращата EGFR мутация в раковите клетки е важен фактор, който подпомага туморния клетъчен растеж, като блокира апоптозата, повишава продукцията на ангиогенни фактори и улеснява метастатичните процеси.

Гефитиниб е селективен инхибитор с ниска молекулна маса на рецепторната тирозинкиназа за епидермалния растежен фактор и е ефикасно терапевтично средство при пациенти с тумори, положителни за активиращи мутации на EGFR-тирозинкиназния домен, независимо от линията на лечение. Не е установена клинично значима активност при пациенти с тумори, за които е известно, че са отрицателни за мутации на EGFR.

За често срещаните мутации, активиращи EGFR (делеции на екзон 19; L858R), има ясни данни за отговор, подкрепящи чувствителността към гефитиниб; например преживяемост без прогресия HR (95% CI) от 0,489 (0,336; 0,710) при гефитиниб, спрямо двойна химиотерапия [WJTOG3405]. Данните за отговор на гефитиниб са по-оскъдни при пациенти, чиито тумори съдържат по-редки мутации; наличните данни показват, че G719X, L861Q и S768I са мутации, определящи ефект от лечението, а T790M самостоятелно или екзон 20 инсерции самостоятелно са механизми за резистентност.

Резистентност

Повечето недребноклетъчни тумори на белия дроб с мутации, активиращи киназата на EGFR, развиват резистентност към лечението с гефитиниб, с медиана на времето до прогресия на заболяването от 1 година. При около 60% от случаите, резистентността се свързва с вторична T790M мутация и при тях T790M насочените EGFR TKIs могат да бъдат разглеждани като възможност за следваща линия терапия. Други съобщавани потенциални механизми на резистентност след лечение със средства, блокиращи сигналите на EGFR, включват: байпас сигнализиране като HER2 и MET генна амплификация и PIK3CA мутации. Също така се съобщава за фенотипна промяна към дребноклетъчен рак на белия дроб при 5-10% от случаите.

Циркулираща туморна ДНК (Circulating Tumour DNA, ctDNA)

В изпитването IFUM е направена оценка на мутационния статус на туморни и ctDNA проби, извлечени от плазмата, използвайки кит Therascreen EGFR RGQ PCR (Qiagen). И двете проби - ctDNA и туморни - са били годни за оценка при 652 пациенти от 1 060 скринирани.

Обективното повлияване от лечението при тези пациенти, които са позитивни за туморни и ctDNA мутации, е 77% (95% CI: 66% до 86%), а при тези, които са позитивни само за туморни мутации, е 60% (95% CI: 44% до 74%).

Таблица 2. Обобщение на мутационния статус на изходно ниво в проби от тумори и ctDNA при всички скринирани пациенти за двете проби

Показател	Дефиниция	Честота в IFUM % (CI)
-----------	-----------	-----------------------



Чувствителност	Дял на туморите с M+, които са M+ за ctDNA	65,7 (55,8; 74,7)	105
Специфичност	Дял на туморите с M-, които са M-за ctDNA	99,8 (99,0; 100,0)	547

Тези данни са в съответствие с предварително планиран изследователски анализ на японска подгрупа в IPASS (Goto 2012). В това проучване за анализ на EGFR мутациите, ctDNA е извлечена от серума, а не от плазмата и се използва кит EGFR Mutation Test Kit (DxS) (N=86). В това проучване, чувствителността е 43,1%; специфичността е 100%.

Клинична ефикасност и безопасност

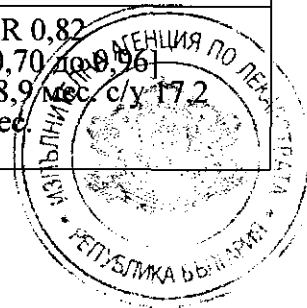
Лечение от първа линия

Рандомизираното клинично изпитване IPASS фаза III за лечение от първа линия е проведено при пациенти в Азия¹ с авансирал (стадий IIIB или IV) NSCLC с хистология на аденокарцином, бивши умерени пушачи (спрели да пушат преди ≥ 15 години и пушили ≤ 10 пакетогодини) или непушачи (вж. таблица 3).

¹ Китай, Хонконг, Индонезия, Япония, Малайзия, Филипините, Сингапур, Тайван и Тайланд.

Таблица 3 Резултати за ефикасността за гефитиниб спрямо карбоплатин/паклитаксел от изпитването IPASS

Популация	N	Обективно повлияване от лечението и 95% CI за разликата между леченията ^a	Първична крайна точка – преживяемост без прогресия (ПБП) ^{a,b}	Обща преживяемост ^{a,b}
Общо	1217	43,0% c/y 32,2% [5,3%, 16,1%]	HR 0,74 [0,65, 0,85] 5,7 мес. c/y 5,8 мес. p< 0,0001	HR 0,90 [0,79, 1,02] 18,8 мес. c/y 17,4 мес. p=0,1087
Положителни за мутации на EGFR	261	71,2% c/y 47,3% [12,0%, 34,9%]	HR 0,48 [0,36, 0,64] 9,5 мес. c/y 6,3 мес. p< 0,0001	HR 1,00 [0,76, 1,33] 21,6 мес. c/y 21,9 мес.
Отрицателни за мутации на EGFR	176	1,1% c/y 23,5% [-32,5%, -13,3%]	HR 2,85 [2,05, 3,98] 1,5 мес. c/y 5,5 мес. p< 0,0001	HR 1,18 [0,86, 1,63] 11,2 мес. c/y 12,7 мес.
Неизвестни за мутации на EGFR	780	43,3% c/y 29,2% [7,3%, 20,6%]	HR 0,68 [0,58 до 0,81] 6,6 мес. c/y 5,8 мес. p< 0,0001	HR 0,82 [0,70 до 0,96] 18,9 мес. c/y 17,2 мес.



- a Представените стойности са за гефитиниб срещу карбоплатин/паклитаксел.
- b Със съкращението „мес.“ са обозначени медианните стойности в месеци. Стойностите в средни скоби представляват 95-процентните доверителни интервали за HR.
- N Брой рандомизирани пациенти.
- HR Относителен риск (относителен риск <1 обозначава предимство за гефитиниб).

Резултатите за качество на живот се различават в зависимост от EGFR-мутационния статус. При пациенти, положителни за мутации на EGFR, качеството на живот и симптомите на рак на белия дроб се подобряват при значимо по-голям брой лекувани с гефитиниб пациенти, отколкото при лекувани с карбоплатин/паклитаксел пациенти (вж. таблица 4).

Таблица 4 Резултати за качество на живот за гефитиниб спрямо карбоплатин/паклитаксел от изпитването IPASS

Популация	N	Подобрение на качеството на живот поFACT-La %	Честота на одобрение на симптомите по LCSa %
Общо	1 151	(48,0% срещу 40,8%) p=0,0148	(51,5% срещу 48,5%) p=0,3037
Положителни за мутации на EGFR	259	(70,2% срещу 44,5%) p< 0,0001	(75,6% срещу 53,9%) p=0,0003
Отрицателни за мутации на EGFR	169	(14,6% срещу 36,3%) p=0,0021	(20,2% срещу 47,5%) p=0,0002

Резултатите от индекса на изпитването подкрепят резултатите по FACT-L и LCS.

- a Представените стойности са за гефитиниб срещу карбоплатин/паклитаксел.

N Брой пациенти, подходящи за оценка на качеството на живот.

QoL Качество на живот

FACT-L Функционална оценка на противотуморното лечение на рака на белия дроб.

LCS Субскала за белодробен карцином

В изпитването IPASS, гефитиниб демонстрира превъзходство по отношение на преживяемостта без прогресия, степента на обективно повлияване от лечението, подобрението на качеството на живот и облекчението на симптомите, без разлика в общата преживяемост, в сравнение с карбоплатин/паклитаксел при нелекувани предварително пациенти, с локално авансирал или метастатичен NSCLC, тумори при които са налични мутации, активиращи EGFR тирозин киназата.

Пациенти след предшестващо лечение

Рандомизираното клинично изпитване във фаза III INTEREST е проведено при пациенти с локално авансирал или метастатичен NSCLC, лекувани преди това с платинови лекарствени продукти. В общата популация не се наблюдава



статистически значима разлика между гефитиниб и доцетаксел (75 mg/m^2) по отношение на общата преживяемост, преживяемост без прогресия и обективно повлияване от лечението (вж. таблица 5).

Таблица 5. Резултати за ефикасността за гефитиниб срещу доцетаксел от изпитването INTEREST

Популация	N	Обективно повлияване от лечението (%) и 95% CI за разликата между леченията ^a	Преживяемост без прогресия ^{a,b}	Първична крайна точка – обща преживяемост ^{a,b}
Общо	1 466	9,1% c/y 7,6% [-1,5%, 4,5%]	HR 1,04 [0,93, 1,18] 2,2 мес. срещу 2,7 мес. p=0,4658	HR 1,020 [0,905, 1,150] ^c 7,6 мес. срещу 8,0 мес. p=0,7332
Положителни за мутации на EGFR	44	42,1% c/y 21,1% [-8,2%, 46,0%]	HR 0,16 [0,05, 0,49] 7,0 мес. срещу 4,1 мес. p=0,0012	HR 0,83 [0,41, 1,67] 14,2 мес. срещу 16,6 мес. p=0,6043
Отрицателни за мутации на EGFR	253	6,6% c/y 9,8% [-10,5%, 4,4%]	HR 1,24 [0,94, 1,64] 1,7 мес. срещу 2,6 мес. p=0,1353	HR 1,02 [0,78, 1,33] 6,4 мес. срещу 6,0 мес. p=0,9131
Азиатска популация ^c	323	19,7% c/y 8,7% [3,1%, 19,2%]	HR 0,83 [0,64, 1,08] 2,9 мес. срещу 2,8 мес. p=0,1746	HR 1,04 [0,80, 1,35] 10,4 мес. срещу 12,2 мес. p=0,7711
Неазиатска популация	1 143	6,2% c/y 7,3% [-4,3%, 2,0%]	HR 1,12 [0,98, 1,28] 2,0 мес. срещу 2,7 мес. p=0,1041	HR 1,01 [0,89, 1,14] 6,9 мес. срещу 6,9 мес. p=0,9259

^a Представените стойности са за гефитиниб срещу доцетаксел.

^b Със съкращението „мес.“ са обозначени медианните стойности в месеци. Стойностите в средни скоби представляват 96-процентните доверителни интервали за HR на обща преживяемост в общата популация, а в останалите случаи – 95-процентните доверителни интервали за HR.

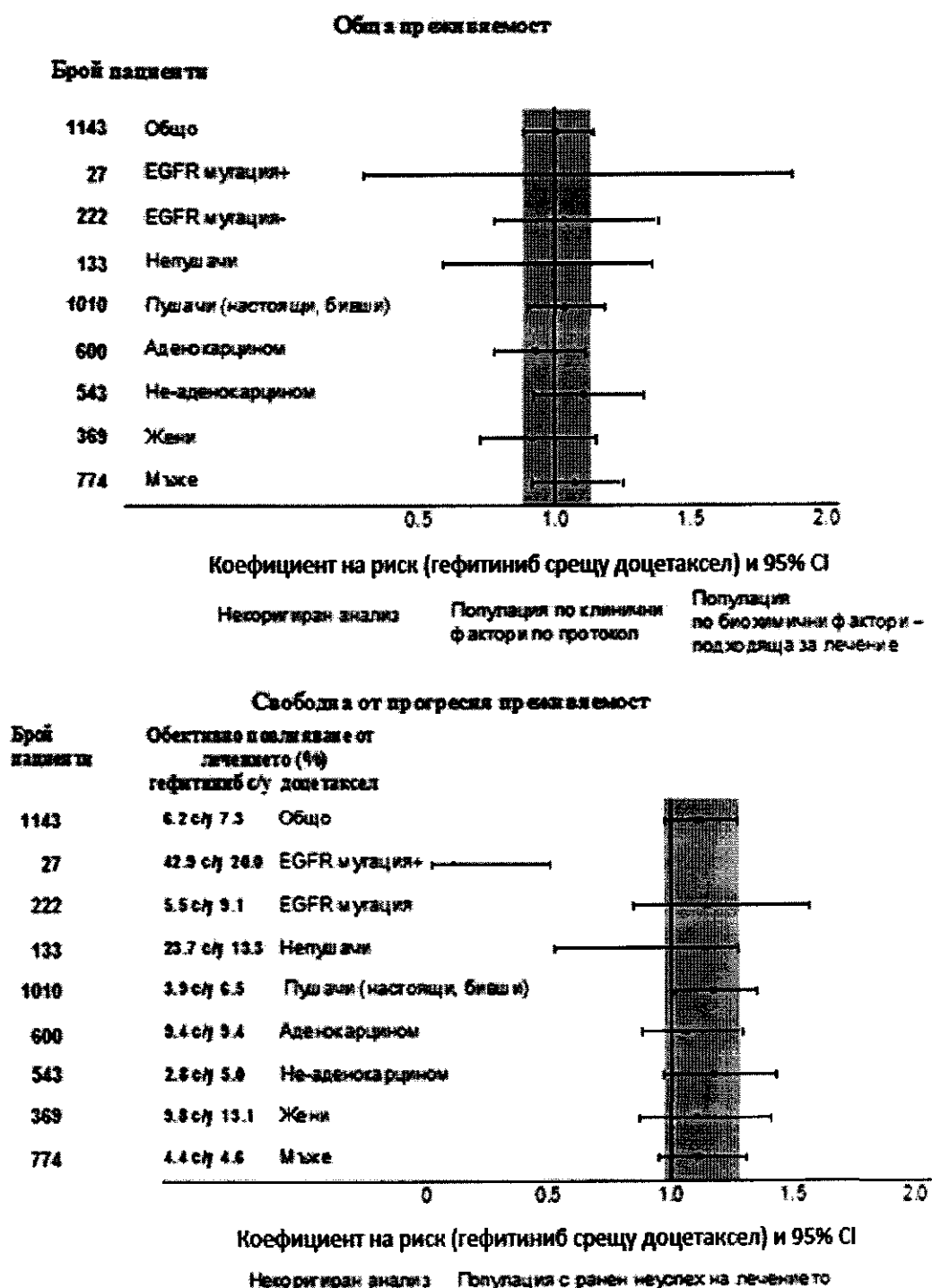
^c Доверителният интервал е изцяло под долната граница за неинфериорност от 1,154.

N Брой рандомизирани пациенти.

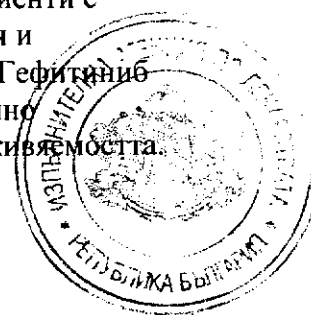
HR Коефициент на риск (коефициент на риск <1 обозначава предимство за гефитиниб).



Фигура 1. и 2. Резултати за ефикасност по подгрупи пациенти от неазиатската популация в изпитването INTEREST (N пациенти = брой рандомизирани пациенти)



Рандомизираното клинично изпитване ISEL фаза III е проведено при пациенти с авансирал NSCLC, преминали 1 или 2 курса предшествваща химиотерапия и преценени като рефрактерни или с непоносимост към последния режим. Гефитиниб плюс оптимално поддържащо лечение е сравнен с плацебо плюс оптимално поддържащо лечение. В общата популация гефитиниб не увеличава преживяемостта.



Резултатите за преживяемостта се различават в зависимост от анамнезата за тютюнопушене и етническата принадлежност (вж. таблица 6).

Таблица 6 Резултати за ефикасността за гефитиниб срещу плацебо от изпитването ISEL

Популация	N	Обективно повлияване от лечението (%) и 95% CI за разликата между леченията ^a	Време до неуспех на лечението ^{a,b}	Първична крайна точка – обща преживяемост ^{a,b,c}
Общо	1 692	8,0% c/y 1,3% [4,7%, 8,8%]	HR 0,82 [0,73, 0,92] 3,0 мес. срещу 2,6 мес. p=0,0006	HR 0,89 [0,77, 1,02] 5,6 мес. срещу 5,1 мес. p=0,0871
Положителни за мутации на EGFR	26	37,5% c/y 0% [-15,1%, 61,4%]	HR 0,79 [0,20, 3,12] 10,8 мес. срещу 3,8 мес. p=0,7382	HR NC NR срещу 4,3 мес.
Отрицателни за мутации на EGFR	189	2,6% c/y 0% [-5,6%, 7,3%]	HR 1,10 [0,78, 1,56] 2,0 мес. срещу 2,6 мес. p=0,5771	HR 1,16 [0,79, 1,72] 3,7 мес. срещу 5,9 мес. p=0,4449
Непушачи	375	18,1% c/y 0% [12,3%, 24,0%]	HR 0,55 [0,42, 0,72] 5,6 мес. срещу 2,8 мес. p< 0,0001	HR 0,67 [0,49, 0,92] 8,9 мес. срещу 6,1 мес. p=0,0124
Настоящи или бивши пушачи	1 317	5,3% c/y 1,6% [1,4%, 5,7%]	HR 0,89 [0,78, 1,01] 2,7 мес. срещу 2,6 мес. p=0,0707	HR 0,92 [0,79, 1,06] 5,0 мес. срещу 4,9 мес. p=0,2420
Азиатска популация ^d	342	12,4% c/y 2,1% [4,0%, 15,8%]	HR 0,69 [0,52, 0,91] 4,4 мес. срещу 2,2 мес. p=0,0084	HR 0,66 [0,48, 0,91] 9,5 мес. срещу 5,5 мес. p=0,0100
Неазиатска популация	1 350	6,8% c/y 1,0% [3,5%, 7,9%]	HR 0,86 [0,76, 0,98] 2,9 мес. срещу 2,7 мес. p=0,0197	HR 0,92 [0,80, 1,07] 5,2 мес. срещу 5,1 мес. p=0,2942

^a Представените стойности са за гефитиниб срещу плацебо.

^b Със съкращението „мес.“ са обозначени медианните стойности в месеци. Стойностите в средни скоби представляват 95-процентните доверителни интервали за HR.



- c Стратифициран *log-rank* тест за общата популация; в останалите случаи – пропорционален рисков модел на Cox.
- d От азиатската популация са изключени пациентите с индийски произход; терминът касае расовия произход, а не непременно месторождението.
- N Брой рандомизирани пациенти.
- NC Не е изчислявано за HR за обща преживяемост, понеже броят на събитията е твърде нисък.
- NR Не е достигнат.
- HR Коефициент на риск (коефициент на риск <1 обозначава предимство за гефитиниб).

Клиничното изпитване IFUM е мултицентрово, с едно терапевтично рамо при пациенти от кавказката раса (n=106) с NSCLC, позитивен за активиращи, сенсibiliзиращи мутации на EGFR, за потвърждаване, че действието на гефитиниб е сходно при азиатската и кавказката раса. ОПЛ според изследователския преглед е 70%, докато медианата на СПП е 9,7 месеца. Тези данни са сходни на съобщените в изпитването IPASS.

EGFR-мутационен статус и клинична характеристика

Многомерен анализ на 786 пациенти от кавказката раса, участвали в клинични изпитвания на гефитиниб*, показва, че клиничните критерии „непушач“, „хистология на аденокарцином“ и „женски пол“ са независими предиктори на положителен EGFR-мутационен статус (вж. таблица 7). Също така при пациентите от азиатската раса честотата на положителните за мутации на EGFR тумори е по-висока.

Таблица 7 Обобщение на многомерен логистичен регресионен анализ, целящ идентифициране на фактори, които са независими предиктори за наличието на мутации на EGFR, при 786 пациенти от кавказката раса*

Предиктори на мутация на EGFR	p -стойност	Вероятност за мутация на EGFR	Позитивна предиктивна стойност (от общата популация 9,5% са (M+))
Тютюнопушене	<0,0001	6,5 по-висока при непушачи, отколкото при бивши и настоящи пушачи	28/70 (40%) от непушачите са M+ 47/716 (7%) от бившите и настоящите пушачи са M+
Хистология	<0,0001	4,4 пъти по-висока при аденокарцином, отколкото при не-аденокарцином	63/396 (16%) от пациентите с хистология на аденокарцином са M+ 12/390 (3%) от пациентите с хистология на не-аденокарцином са

			M+
Пол	0,0397	1,7 пъти по-висока при жени, отколкото при мъже	40/235 (17%) от жените са M+ 35/551 (6%) от мъжете са M+

От следните изпитвания: INTEREST, ISEL, INTACT 1 и 2, IDEAL 1 и 2, INVITE

5.2 Фармакокинетични свойства

Абсорбция

Пиковата плазмена концентрация на гефитиниб нормално се постига 3 до 7 часа след перорално приложение, като резорбцията е умерено бавна. Средната абсолютна бионаличност е 59% при пациенти с неопластични заболявания. Експозицията на гефитиниб не се повлиява значимо от приема на храна. В клинично изпитване при здрави доброволци, при поддържане на стомашното рН над 5, експозицията на гефитиниб се понижава с 47%, вероятно поради понижена разтворимост на гефитиниб в стомаха (вж. точки 4.4 и 4.5).

Разпределение

Гефитиниб има среден обем на разпределение в стационарно състояние 1 400 l, което говори за значително тъканно разпределение. Приблизително 90% от лекарството е свързано с плазмените протеини. Гефитиниб се свързва със серумния албумин и с киселия алфа-1- гликопротеин.

Данните от *in vitro* изследвания говорят, че гефитиниб е субстрат на мембрания транспортен протени P-gr.

Биотрансформация

In vitro проучванията показват, че CYP3A4 и CYP2D6 са основните изоензими на цитохром P450, осъществяващи метаболизъм чрез окисление на гефитиниб.

In vitro проучванията показват, че гефитиниб има ограничен инхибиторен потенциал по отношение на CYP2D6. При проучвания при животни гефитиниб не показва ензимна индукция или значимо инхибиране (*in vitro*) на който и да е друг изоензим на цитохром P450.

При хора гефитиниб се метаболизира екстензивно. В екскретите са напълно идентифицирани 5 метаболита, а в плазмата – 8 метаболита. Главният идентифициран метаболит е О-дезметил гефитиниб, който е с 14 пъти по-слаб ефект от гефитиниб по отношение на инхибирането на стимулирания от EGFR клетъчен растеж, като при мишки няма инхибиращ ефект върху растежа на туморните клетки. Поради това се смята, че е малко вероятно той да допринася за клиничната активност на гефитиниб.

In vitro е доказано, че метаболизирането до О-дезметил гефитиниб се осъществява от CYP2D6. Ролята на CYP2D6 в метаболитния клирънс на гефитиниб е оценена в клинично изпитване при здрави доброволци, чийто генен статус по отношение на CYP2D6 е изследван. При бавните метаболизатори в плазмата не се установява О-



дезметил гефитиниб в доловими концентрации. Нивата на експозиция на гефитиниб при бързи и бавни метаболизатори варират в широки граници и се припокриват, но средната експозиция на гефитиниб при бавни метаболизатори е 2 пъти по-висока. По-високата средна експозиция при пациенти без активна CYP2D6 може да е клинично значима, понеже нежеланите лекарствени реакции са в зависимост от дозата и експозицията.

Елиминиране

Гефитиниб се екскретира главно като метаболити в изпражненията, а екскрецията с урината на гефитиниб и метаболитите му допринася за елиминирането на по-малко от 4% от приложената доза.

Тоталният плазмен клирънс на гефитиниб е приблизително 500 ml/min, а средният му терминален полуживот при пациенти със злокачествени тумори е 41 часа.

Еднократното дневно приложение на гефитиниб води до 2- до 8-кратно кумулиране, като експозиция в стационарно състояние се постига след 7 до 10 дози. При стационарно състояние, в рамките на 24-часовия интервал между приемите, нормално плазмената концентрация се поддържа в рамките на 2- до 3-кратни вариации.

Специални популации

Анализите на популационни фармакокинетични данни при пациенти с неопластични заболявания не показват връзка между очакваните концентрации в стационарно състояние и възрастта на пациентите, телесното тегло, пол, етническата принадлежност или креатининовия клирънс (над 20 ml/min).

Чернодробно увреждане

В открито изпитване фаза I на единична доза 250 mg гефитиниб при пациенти с леко, умерено или тежко чернодробно увреждане в резултат на чернодробна цироза (по класификацията на Child-Pugh), във всички групи се установява повишена плазмена концентрация в сравнение със здравите контроли. При пациентите с умерено и тежко чернодробно увреждане се установява увеличаване от 3,1 пъти на плазмената концентрация на гефитиниб. Нито един от пациентите няма рак, всички имат цироза, и някои имат хепатит. Това повишаване на експозицията може да е клинично значимо, понеже нежеланите лекарствени реакции показват зависимост от дозата и експозицията на гефитиниб.

Гефитиниб е оценен в клинично изпитване при 41 пациенти със солидни тумори и нормална чернодробна функция или умерено до тежко чернодробно увреждане (класифицирано според изходната степен по Общите критерии за токсичност за АСАТ, алкална фосфатаза и билирубин) в резултат на чернодробни метастази. Изпитването показва, че при приложение на 250 mg гефитиниб дневно времето до достигане на стационарно състояние, тоталният плазмен клирънс (C_{maxSS}) и експозицията в стационарно състояние (AUC_{24SS}), са сходни в групите с нормална чернодробна функция и с умерено нарушена чернодробна функция. Данните от 4 пациенти с тежко чернодробно увреждане в резултат на чернодробни метастази говорят, че експозицията в стационарно състояние при тези пациенти е сходна с тази при пациенти с нормална чернодробна функция.



5.3 Предклинични данни за безопасност

Нежеланите реакции, които не се наблюдават при клиничните изпитвания, но се наблюдават при животни при нива на експозиция, подобни на нивата на клинична експозиция и имат възможно значение за клиничната употреба, са както следва:

- Атрофия на епитела на роговицата и полупрозрачност на роговицата.
- Бъбречна папиларна некроза.
- Хепатоцелуларна некроза и инфилтрация на синусоидите с еозинофили и макрофаги.

Данните от неклинични (*in vitro*) изпитвания показват, че гефитиниб има потенциал да инхибира фазата на реполяризация на акционния потенциал на сърдечния мускул (т.е. удължава QT-интервала). Клиничният опит не показва причинно-следствена връзка между удължения QT-интервал и гефитиниб.

При женски плъхове, при доза 20 mg/kg/дневно, е наблюдавано понижаване на фертилитета.

Публикувани изпитвания показват, че генно модифицирани мишки, които не експресират EGFR, страдат от нарушения на развитието, свързани с незрялост на епитела в редица органи – включително кожата, стомашно-чревния тракт и белите дробове. При приложението на гефитиниб при плъхове и при най-високата доза (30 mg/kg дневно) през периода на органогенеза не се наблюдават ефекти върху ембрионалното развитие. Но при зайци, при дози от 20 mg/kg дневно и по-високи, се наблюдава ниско фетално тегло. При нито един от двата вида не се установяват предизвикани от гефитиниб малформации. При приложение на гефитиниб в доза 20 mg/kg дневно по време на бременността и раждането при плъхове се наблюдава понижена преживяемост на малките.

След перорално приложение на маркиран с C-14 гефитиниб при плъхове в период на лактация 14 дни след раждане, концентрациите на радиоактивния изотоп в млякото са 11-19 пъти по-високи, отколкото в кръвта.

Гефитиниб не показва генотоксичен потенциал.

2-годишно проучване за канцерогенен потенциал при плъхове показва малко, но статистически значимо повишаване на честотата на хепатоцелуларен аденом – и при мъжки, и при женски плъхове – и на хемангиосаркомите на мезентериалните лимфни възли при женски плъхове, но само при най-високата прилагана доза (10 mg/kg дневно). Хепатоцелуларни аденоми се наблюдават и в 2-годишно изпитване за канцерогенен потенциал при мишки, при които се установява леко повишаване на честотата на тази находка при мъжки мишки при средната доза, както и при мъжки и женски при най-високата прилагана доза. Честотата е статистически значима при женски мишки, но не и при мъжки. При нива, при които не се установява ефект, при мишки и плъхове няма разлика в клиничната експозиция. Клиничната значимост на тези находки не е известна.

Резултатите от *in vitro* проучванията за фототоксичност показват, че гефитиниб може да има фототоксичен потенциал.



6. ФАРМАЦЕВТИЧНИ ДАННИ

6.1 Списък на помощните вещества

Ядро на таблетката

Лактоза монохидрат
Микрокристална целулоза
Криспидон (тип А)
Повидон (К30)
Натриев лаурилсулфат
Магнезиев стеарат
Натриев нишестен гликолат (тип А)

Обвивка на таблетката

Поливинилов алкохол (Е1203)
Талк (Е553b)
Червен железен оксид (Е172)
Глицеролов монокаприлокапрат
Титанов диоксид (Е171)
Натриев лаурилсулфат
Жълт железен оксид (Е172)
Черен железен диоксид (Е172)

6.2 Несъвместимости

Неприложимо

6.3 Срок на годност

4 години

6.4 Специални условия на съхранение

Този лекарствен продукт не изисква специални условия на съхранение.

6.5 Вид и съдържание на опаковката

Блистери от PVC/Al или PVC/PCTFE/Al, съдържащи 28 или 30 филмирани таблетки, в картонени опаковки с листовка за пациента.

Не всички видове опаковки могат да бъдат пуснати в продажба.

6.6 Специални предпазни мерки при изхвърляне и работа

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



7. ПРИТЕЖАТЕЛ НА РАЗРЕШЕНИЕТО ЗА УПОТРЕБА

ФАРМАКОНС АД
бул. „Пейо К. Яворов“ № 44, ет. 1
София 1164
България

8. НОМЕР(А) НА РАЗРЕШЕНИЕТО ЗА УПОТРЕБА

Рег. №

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

Дата на първо разрешаване:

10. ДАТА НА АКТУАЛИЗИРАНЕ НА ТЕКСТА

04/2021

