

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЛЕКАРСТВЕННОГО ПРЕПАРАТА**1. НАИМЕНОВАНИЕ ЛЕКАРСТВЕННОГО ПРЕПАРАТА**

ЛИРОКТАС, 0,5 мг, капсулы с пролонгированным высвобождением

ЛИРОКТАС, 1 мг, капсулы с пролонгированным высвобождением

ЛИРОКТАС, 5 мг, капсулы с пролонгированным высвобождением

2. КАЧЕСТВЕННЫЙ И КОЛИЧЕСТВЕННЫЙ СОСТАВ

Действующее вещество: такролимус.

ЛИРОКТАС, 0,5 мг, капсулы с пролонгированным высвобождением

Каждая капсула с пролонгированным высвобождением содержит 0,5 мг такролимуса (в виде моногидрата).

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

ЛИРОКТАС, 1 мг, капсулы с пролонгированным высвобождением

Каждая капсула с пролонгированным высвобождением содержит 1 мг такролимуса (в виде моногидрата).

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

ЛИРОКТАС, 5 мг, капсулы с пролонгированным высвобождением

Каждая капсула с пролонгированным высвобождением содержит 5 мг такролимуса (в виде моногидрата).

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

Полный перечень вспомогательных веществ приведен в разделе 6.1.

3. ЛЕКАРСТВЕННАЯ ФОРМА

Капсулы с пролонгированным высвобождением.

ЛИРОКТАС, 0,5 мг, 1 мг, 5 мг, капсулы с пролонгированным высвобождением

Твердые продолговатые капсулы. Корпус и крышечка непрозрачные, от белого до почти белого цвета. Содержимое капсул – смесь порошка и гранул от белого до почти белого цвета. Содержимое капсулы может быть частично или полностью уплотнено – уплотнения легко разрушаются при надавливании.

Для дозировки 5 мг – размер капсулы №1, для дозировок 1 мг и 0,5 мг – размер капсул №4.

4. КЛИНИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ**4.1. Показания к применению**

Препарат ЛИРОКТАС показан к применению у взрослых старше 18 лет для:

- профилактики отторжения аллотрансплантата почки или печени;
- лечения реакции отторжения аллотрансплантата, резистентного к другим режимам иммуносупрессивной терапии.

4.2. Режим дозирования и способ применения

Препарат ЛИРОКТАС представляет собой лекарственную форму такролимуса в капсулах с пролонгированным высвобождением для приема внутрь один раз в сутки. Терапия препаратом ЛИРОКТАС требует тщательного контроля со стороны медицинского персонала, обладающего соответствующей квалификацией и имеющего в распоряжении необходимое оборудование. Данный препарат могут назначать только врачи, имеющие опыт проведения иммуносупрессивной терапии у пациентов, перенесших трансплантацию.

Бесконтрольный перевод пациентов с одного препарата такролимуса на другой (включая переход с капсул с немедленным высвобождением на капсулы с пролонгированным высвобождением) является небезопасным. Это может привести к отторжению трансплантата или повышению частоты нежелательных реакций, включая гипо- или

гипериммуносупрессию, обусловленную клинически значимыми различиями в экспозиции такролимуса. Пациенту следует принимать одну из лекарственных форм такролимуса, придерживаясь соответствующей схемы ежедневного применения. Изменение лекарственной формы или схемы лечения следует осуществлять только под контролем специалиста в области трансплантологии (см. разделы 4.4 и 4.8). После перевода необходимо проводить тщательный мониторинг концентрации такролимуса в крови и корректировать дозу препарата для поддержания системной экспозиции такролимуса на адекватном уровне.

Режим дозирования

Взрослые

Указанные ниже начальные дозы приведены исключительно в качестве рекомендации. В начальном послеоперационном периоде препарат ЛИРОКТАС обычно применяют в комбинации с другими иммуносупрессивными препаратами. В зависимости от выбранной схемы иммуносупрессивной терапии доза может различаться. Выбор дозы препарата ЛИРОКТАС должен основываться преимущественно на клинической оценке риска отторжения и индивидуальной переносимости препарата, а также данных мониторинга концентрации препарата в крови (см. ниже в подпункте «Рекомендации по мониторингу терапевтической концентрации такролимуса в крови»). При появлении клинических признаков отторжения следует рассмотреть вопрос о необходимости изменения схемы иммуносупрессивной терапии.

У пациентов после пересадки почки или печени *de novo*, показатель системной экспозиции (AUC_{0-24}) такролимуса на фоне приема капсул с пролонгированным высвобождением в 1 день терапии был ниже на 30 % или 50 % соответственно, чем после приема капсул с немедленным высвобождением в эквивалентных дозах. К 4 дню терапии обеими лекарственными формами у пациентов после пересадки почек или печени системная экспозиция такролимуса, измеренная по минимальной концентрации (C_0), была одинаковой. С целью обеспечения адекватной экспозиции такролимуса при лечении препаратом ЛИРОКТАС в течение первых двух недель после трансплантации рекомендуется регулярный и тщательный мониторинг минимальной концентрации (C_0) такролимуса в крови. Ввиду того, что такролимус – лекарственное средство с низким клиренсом, для достижения равновесных концентраций после коррекции дозы препарата ЛИРОКТАС может потребоваться до нескольких дней. Для пациентов, которые не могут принимать препарат перорально непосредственно после трансплантации, такролимус может вводиться внутривенно в дозе, составляющей примерно одну пятую рекомендованной пероральной дозы для данного показания.

Профилактика отторжения трансплантата почки

Терапию препаратом ЛИРОКТАС следует начинать с дозы 0,2–0,3 мг/кг 1 раз в сутки утром. Прием препарата следует начать в течение 24 часов после хирургического вмешательства.

Во время посттрансплантационного периода дозу препарата ЛИРОКТАС обычно снижают. В некоторых случаях возможна отмена сопутствующей иммуносупрессивной терапии и переход на монотерапию препаратом ЛИРОКТАС. Улучшение состояния пациента в посттрансплантационном периоде может повлиять на изменение фармакокинетики такролимуса, что может потребовать дальнейшей коррекции дозы препарата ЛИРОКТАС.

Профилактика отторжения трансплантата печени

Терапию препаратом ЛИРОКТАС следует начинать с дозы 0,1–0,2 мг/кг 1 раз в сутки утром. Прием препарата следует начать в течение 12–18 часов после завершения хирургического вмешательства.

Во время посттрансплантационного периода дозу препарата ЛИРОКТАС обычно снижают. В некоторых случаях возможна отмена сопутствующей иммуносупрессивной терапии и переход на монотерапию препаратом ЛИРОКТАС. Улучшение состояния пациента в посттрансплантационном периоде может повлиять на изменение фармакокинетики такролимуса, что может потребовать дальнейшей коррекции дозы препарата ЛИРОКТАС.

Перевод (конверсия) пациентов, получавших лечение такролимусом в капсулах с немедленным высвобождением, на лечение препаратом ЛИРОКТАС

При переводе пациентов после аллотрансплантации с капсул с немедленным высвобождением два раза в сутки на препарат ЛИРОКТАС один раз в сутки, соотношение суточных доз в период перевода должно составлять 1 : 1 (мг : мг). Препарат ЛИРОКТАС необходимо принимать утром.

У пациентов в стабильном состоянии, переведенных с лечения такролимусом в капсулах с немедленным высвобождением (два раза в сутки) на лечение такролимусом в капсулах с пролонгированным высвобождением (один раз в сутки), с общей суточной дозой 1 : 1 (мг : мг), системная экспозиция такролимуса (AUC_{0-24}) после приема капсул с пролонгированным высвобождением была примерно на 10 % ниже, чем после приема такролимуса в капсулах с немедленным высвобождением. Взаимосвязь между минимальными концентрациями (C_{24}) и системной экспозицией (AUC_{0-24}) такролимуса в форме капсул с пролонгированным высвобождением была такой же, как при применении капсул такролимуса с немедленным высвобождением. При переводе (конверсии) с такролимуса с немедленным высвобождением на препарат ЛИРОКТАС следует измерять минимальные концентрации такролимуса как перед конверсией, так и в течение последующих двух недель терапии. После перевода необходимо проводить тщательный мониторинг минимальной концентрации такролимуса в крови и при необходимости корректировать дозу лекарственного средства с целью достижения системной экспозиции такролимуса на адекватном уровне.

Перевод (конверсия) с терапии циклоспорином на препарат ЛИРОКТАС

При переводе пациентов с циклоспорином на препарат ЛИРОКТАС необходимо проявлять осторожность (см. разделы 4.4 и 4.5). Одновременное применение циклоспорином и такролимуса не рекомендуется. Лечение препаратом ЛИРОКТАС следует начинать после определения концентраций циклоспорином в крови и оценки клинического состояния пациента. Перевод на терапию препаратом ЛИРОКТАС следует отложить при наличии повышенных концентраций циклоспорином в крови. На практике терапия такролимусом назначается через 12–24 часа после прекращения приема циклоспорином. Поскольку после перевода пациента на терапию препаратом ЛИРОКТАС возможно замедление клиренса циклоспорином, рекомендуется контролировать его концентрацию в крови.

Лечение отторжения аллотрансплантата

С целью купирования риска отторжения трансплантата рекомендуются следующие подходы терапии: повышение дозы такролимуса в сочетании с дополнительной терапией кортикостероидами, краткие курсы терапии моно-/поликлональными антителами. При появлении признаков токсичности на терапии такролимусом в виде серьезных нежелательных реакций может потребоваться снижение дозы препарата (см. раздел 4.8).

Лечение отторжения после трансплантации печени или почек

Перевод с иной иммуносупрессивной терапии на однократный прием препарата ЛИРОКТАС следует начинать с начальной дозы препарата, рекомендованной для профилактики реакции отторжения трансплантации печени и почек.

Лечение отторжения после трансплантации сердца

При переводе взрослых пациентов на терапию препаратом ЛИРОКТАС, лечение следует начинать с дозы 0,15 мг/кг 1 раз в сутки утром.

Лечение отторжения после трансплантации других органов

Несмотря на отсутствие клинического опыта применения у пациентов капсул такролимуса с пролонгированным высвобождением после трансплантации легкого, поджелудочной железы или тонкой кишки, капсулы такролимуса с немедленным высвобождением применяются после трансплантации легкого в начальной дозе 0,10–0,15 мг/кг/сут, после трансплантации поджелудочной железы в начальной дозе 0,2 мг/кг/сут, после трансплантации тонкой кишки в начальной дозе – 0,3 мг/кг/сут.

Продолжительность приема препарата

Для профилактики отторжения трансплантата состояние иммуносупрессии необходимо поддерживать постоянно, таким образом, продолжительность терапии при пероральном приеме не ограничивается.

Рекомендации по мониторингу терапевтической концентрации такролимуса в крови

Выбор доз такролимуса должен основываться на клинической оценке индивидуального риска отторжения и переносимости препарата, а также на данных мониторинга концентрации такролимуса в крови.

Для выбора оптимальной дозы существуют несколько иммунологических методов определения концентрации такролимуса в цельной крови.

Сравнение результатов мониторинга концентрации такролимуса в крови, опубликованных в литературе, с индивидуальными результатами мониторинга в клинической практике необходимо проводить с осторожностью, на основании понимания и знания применяемого метода оценки.

Корреляция между минимальными концентрациями (C_0 , C_{24}) и системной экспозицией (AUC_{0-24}) такролимуса в крови при применении обоих лекарственных форм (капсул с пролонгированным высвобождением и капсул с немедленным высвобождением) одинакова.

В течение всего посттрансплантационного периода необходим тщательный мониторинг минимальных концентраций (C_0 , C_{24}) такролимуса в крови. Минимальные концентрации такролимуса в крови следует определять через 24 часа после приема препарата ЛИРОКТАС, перед приемом следующей дозы. В первые две недели после трансплантации рекомендуется осуществлять более частый мониторинг минимальной концентрации такролимуса в крови и затем периодически, в ходе поддерживающей терапии. Концентрацию такролимуса в крови необходимо контролировать после перевода с капсул такролимуса с немедленным высвобождением на препарат ЛИРОКТАС, после коррекции дозы, при изменении режима иммуносупрессивной терапии, при назначении или отмене препаратов, влияющих на метаболизм и фармакокинетику такролимуса (см. раздел 4.5). Частота мониторинга концентрации препарата в крови определяется клинической необходимостью. Ввиду того, что такролимус – лекарственное средство с низким клиренсом, для достижения равновесных концентраций после коррекции дозы препарата ЛИРОКТАС может потребоваться нескольких дней.

Согласно данным клинических исследований в большинстве случаев лечение успешно при терапевтических концентрациях такролимуса в крови не более 20 нг/мл. При интерпретации данных о концентрации такролимуса в крови, необходимо принимать во внимание общее состояние пациента. В клинической практике в раннем посттрансплантационном периоде у пациентов после трансплантации печени терапевтические концентрации такролимуса в крови обычно варьируют в пределах 5–20 нг/мл и 10–20 нг/мл после трансплантации почки и сердца. В дальнейшем, в ходе поддерживающей терапии после трансплантации печени, почки и сердца концентрации такролимуса в крови варьируют от 5 до 15 нг/мл.

Особые группы пациентов

Пациенты с печеночной недостаточностью

Пациентам с тяжелой печеночной недостаточностью для поддержания минимальных концентраций такролимуса в крови в пределах рекомендованного терапевтического диапазона может потребоваться снижение дозы препарата.

Пациенты с почечной недостаточностью

Так как функция почек не влияет на фармакокинетику такролимуса, необходимость в коррективке доз отсутствует. Однако в связи с нефротоксическим потенциалом такролимуса рекомендуется тщательно мониторировать функцию почек (включая определение концентрации креатинина в сыворотке крови и контроль над количеством выделенной мочи).

Расовая принадлежность

По сравнению с представителями европеоидной расы, пациенты негроидной расы могут нуждаться в более высоких дозах такролимуса для достижения аналогичных минимальных

уровней концентрации препарата.

Пол

Сведения о том, что мужчинам и женщинам требуются разные дозы препарата для достижения минимальных концентраций такролимуса в крови, отсутствуют.

Лица пожилого возраста

В настоящее время отсутствуют данные о необходимости корректировать дозу препарата для пожилых пациентов.

Дети

Безопасность и эффективность препарата ЛИРОКТАС у детей в возрасте до 18 лет не установлены. Рекомендации по режиму дозирования отсутствуют в связи с ограниченным опытом применения препарата.

Способ применения

Внутрь. Пероральную суточную дозу препарата рекомендуется принимать утром один раз в сутки. Прием капсул с пролонгированным высвобождением осуществляется сразу после их извлечения из блистера. Капсулы с пролонгированным высвобождением необходимо принимать целиком, запивая жидкостью (предпочтительно водой). Для достижения максимальной абсорбции препарат рекомендуется принимать натощак: за 1 час или через 2–3 часа после приема пищи. Пропущенную дозу следует принять как можно быстрее, желательно в тот же день; не следует принимать двойную дозу на следующее утро.

4.3. Противопоказания

Гиперчувствительность к такролимусу, другим макролидам или к любому из вспомогательных веществ, перечисленных в разделе 6.1.

4.4. Особые указания и меры предосторожности при применении

В практике наблюдались ошибки, связанные со случайной, непреднамеренной или бесконтрольной заменой пролонгированной лекарственной формы или лекарственной формы немедленного высвобождения. Это приводило к серьезным нежелательным реакциям, включая отторжение трансплантата, или другим нежелательным реакциям, которые могли быть следствием снижения или повышения площади под фармакокинетической кривой (экспозиции) такролимуса. Пациенту следует принимать только одну из лекарственных форм такролимуса с соблюдением рекомендованного режима дозирования. Изменение лекарственной формы или режима дозирования следует осуществлять только под контролем специалиста в области трансплантологии (см. разделы 4.2 и 4.8).

Клинические данные относительно применения лекарственных форм такролимуса пролонгированного действия при резистентном к стандартным режимам иммуносупрессивной терапии отторжения у взрослых пациентов пока отсутствуют. Клинические данные относительно применения лекарственных форм такролимуса пролонгированного действия для профилактики отторжения трансплантированного сердца у взрослых пациентов пока отсутствуют.

В начальном посттрансплантационном периоде следует проводить регулярный мониторинг следующих параметров: артериальное давление, ЭКГ, неврологический статус и состояние зрения, концентрация глюкозы в крови натощак, концентрация электролитов (особенно калия), показатели печеночной и почечной функции, гематологические показатели, коагулограмма, уровень протеинемии. При появлении клинически значимых изменений, необходима коррекция иммуносупрессивной терапии.

При одновременном применении такролимуса и препаратов, способных к лекарственному взаимодействию (см. раздел 4.5), в частности, сильных ингибиторов CYP3A4 (телапревир, боцепревир, ритонавир, кетоконазол, вориконазол, итраконазол, телитромицин или кларитромицин) или индукторов CYP3A4 (рифампицин, рифабутин), необходимо учитывать риск лекарственных взаимодействий и контролировать концентрацию такролимуса в крови для поддержания ее целевых значений. При совместном применении препарата с ингибиторами CYP3A4 настоятельно рекомендуется ранний и частый непрерывный мониторинг концентрации такролимуса в крови в течение первых нескольких дней

совместного введения, а также контроль почечной функции и ЭКГ для своевременного выявления удлинения интервалов QT, а также тщательное наблюдение на предмет развития других побочных эффектов.

При применении такролимуса нужно избегать приема растительных препаратов, содержащих зверобой (*Hypericum perforatum*) или другие растительные препараты, в связи с риском лекарственных взаимодействий, которые приводят либо к снижению концентрации такролимуса в крови и уменьшению клинического эффекта такролимуса, либо к увеличению концентрации такролимуса в крови и риску повышенной токсичности (см. раздел 4.5).

Следует избегать одновременного применения циклоспорина и такролимуса, а также соблюдать осторожность при лечении такролимусом пациентов, которые ранее получали циклоспорин (см. разделы 4.2 и 4.5).

Следует избегать применения высоких доз калия, калийсберегающих диуретиков и других препаратов, повышающих уровень калия в сыворотке, таких как триметоприм и ко-тримоксазол (триметоприм/сульфаметоксазол) (см. раздел 4.5).

Одновременное применение такролимуса с препаратами, обладающими нефро- или нейротоксичностью, может способствовать усилению этих эффектов (см. раздел 4.5).

Иммунодепрессанты могут изменять реакцию организма на вакцинацию: вакцинация в период лечения такролимусом может быть менее эффективной. Следует избегать применения живых ослабленных вакцин.

Нарушения со стороны желудочно-кишечного тракта

У некоторых пациентов, принимавших такролимус, наблюдались перфорации желудочно-кишечного тракта. Так как перфорация желудочно-кишечного тракта представляет собой значимое с медицинской точки зрения событие, которое может привести к серьезному или жизнеугрожающему состоянию, после возникновения признаков или симптомов прободения необходимо незамедлительно начать лечебные мероприятия.

При диарее концентрация такролимуса в крови может значительно изменяться; при появлении диареи необходим тщательный мониторинг концентрации такролимуса в крови.

Нарушения со стороны сердца

Случаи гипертрофии желудочков или гипертрофии перегородок сердца, о которых сообщалось как о кардиомиопатии, редко, но наблюдались у пациентов, принимавших лекарственные формы такролимуса с немедленным высвобождением, а также могут встречаться у пациентов, применяющих капсулы с пролонгированным высвобождением. В большинстве случаев гипертрофия миокарда была обратимой и наблюдалась при концентрациях такролимуса в крови, значительно превышавших рекомендованные. К другим факторам, повышающим риск этого нежелательного явления, относятся: наличие предшествующего заболевания сердца, применение глюкокортикостероидов, артериальная гипертензия, нарушение функции печени и почек, инфекции, гиперволемиа, отеки. Пациентам, имеющим высокий риск и получающим интенсивную иммуносупрессивную терапию, до и после трансплантации (через 3 и 9–12 месяцев) необходимо проводить эхокардиографический и ЭКГ контроль. Если выявляются аномалии, следует рассмотреть вопрос о снижении дозы препарата ЛИРОКТАС или замены на другой иммунодепрессант. Препарат ЛИРОКТАС может вызвать удлинение интервала QT и нарушение ритма сердца типа «пируэт» (двунаправленная веретенообразная желудочковая тахикардия). Следует также уделять внимание пациентам с факторами риска удлинения интервала QT, включая пациентов с эпизодами удлинения интервала QT в индивидуальном или семейном анамнезе, застойной сердечной недостаточностью, брадиаритмиями и нарушениями электролитного равновесия. Необходимо соблюдать осторожность при лечении пациентов с предполагаемым или диагностированным врожденным или приобретенным синдромом удлиненного интервала QT, а также пациентов, получающих препараты, удлиняющие интервал QT, вызывающие отклонения от нормы концентрации электролитов или увеличивающие концентрацию такролимуса в крови (см. раздел 4.5).

Лимфопролиферативные заболевания и злокачественные новообразования

У пациентов, принимавших такролимус, описаны случаи развития посттрансплантационных лимфопролиферативных заболеваний (ПТЛЗ), ассоциированных с вирусом Эпштейна-Барр (см. раздел 4.8). При одновременном применении такролимуса с антилимфоцитарными антителами (например, даклизумаб, базиликсимаб) риск ПТЛЗ повышается. Сообщалось, что пациенты с отрицательным тестом на капсидный антиген вируса Эпштейна-Барр относятся к группе высокого риска развития ПТЛЗ. Следовательно, в этой группе пациентов серологический анализ на наличие капсидного антигена вируса Эпштейна-Барр следует выполнить до начала лечения препаратом ЛИРОКТАС. В процессе лечения рекомендуется проводить тщательный мониторинг на вирус Эпштейна-Барр с помощью полимеразной цепной реакции (ПЦР). Положительная ПЦР на вирус Эпштейна-Барр может сохраняться в течение нескольких месяцев и сама по себе не является свидетельством ПТЛЗ или лимфомы. Как и в случае с другими сильнодействующими иммунодепрессантами, риск возникновения вторичного рака неизвестен (см. раздел 4.8).

Иммунодепрессивная терапия повышает риск злокачественных новообразований. Рекомендуется ограничить воздействие солнечного света и ультрафиолетового излучения, носить защитную одежду, использовать солнцезащитный крем с высоким фактором защиты.

Инфекции, в том числе оппортунистические инфекции

У пациентов, получающих иммуносупрессивную терапию, включая такролимус, повышен риск оппортунистических инфекций (вызванных бактериями, грибами, вирусами, простейшими), таких как ЦМВ-инфекция, нефропатия, ассоциированная с ВК-вирусом, а также ассоциированная с JC-вирусом прогрессирующая мультифокальная лейкоэнцефалопатия (ПМЛ). Пациенты также подвергаются повышенному риску инфицирования вирусами гепатита (например, реактивации гепатита В и С и инфекции *de novo*, а также гепатита Е, который может стать хроническим). Такие инфекции часто связаны с глубоким подавлением иммунной системы и могут приводить к тяжелым или летальным исходам, включая отторжение трансплантата, что необходимо принимать во внимание при проведении дифференциального диагноза у пациентов, имеющих признаки нарушения функции печени, почек или неврологические симптомы на фоне иммуносупрессивной терапии. Профилактика и лечение должны осуществляться в соответствии с принятыми клиническими рекомендациями.

Нефротоксичность

Такролимус может привести как к острому, так и к хроническому нарушению функции почек у пациентов с трансплантацией из-за его вазоконстрикторного действия на почечные сосуды, токсической тубулопатии и канальцево-интерстициальных эффектов. Острая почечная недостаточность может привести к повышению уровня креатинина в сыворотке крови, гиперкалиемии, снижению секреции мочевины и гиперурикемии и обычно является обратимой. Хроническая почечная недостаточность характеризуется прогрессирующей почечной дисфункцией, повышением уровня мочевины в крови и протеинурией. Пациенты с нарушением функции почек должны находиться под тщательным наблюдением, чтобы скорректировать дозу такролимуса, и может потребоваться временное снижение или отмена. Острая почечная недостаточность без активного вмешательства может перейти в хроническую почечную недостаточность.

Одновременное применение такролимуса с другими известными нефротоксическими препаратами может привести к усилению нефротоксичности. Если требуется одновременное применение такролимуса с другими известными нефротоксическими препаратами, следует часто контролировать функцию почек и концентрацию такролимуса в крови, а также следует рассмотреть возможность корректировки дозы как такролимуса, так и/или сопутствующих препаратов в начале, на протяжении одновременного лечения и при прекращении таких сопутствующих препаратов.

Парциальная красноклеточная аплазия

Имеются сообщения о развитии парциальной красноклеточной аплазии (ПККА) у пациентов, принимающих такролимус. У этих пациентов были выявлены факторы риска ПККА, такие

как наличие парвовирусной В19 инфекции, сопутствующего заболевания или проведения сопутствующей терапии, сопровождающихся развитием ПККА.

Тромботическая микроангиопатия (ТМА) (включая гемолитико-уремический синдром (ГУС) и тромботическую тромбоцитопеническую пурпуру (ТТП))

Тромботические микроангиопатии могут иметь многофакторную этиологию. Факторы риска ТМА, которые могут возникать у пациентов после трансплантации, включают, например, тяжелые инфекции, реакцию «трансплантат против хозяина» (РТПХ), несоответствие лейкоцитарного антигена человека (HLA), использование ингибиторов кальциневрина и ингибиторов мишени рапамицина у млекопитающих (mTOR). Эти факторы риска могут либо по отдельности, либо в сочетании друг с другом способствовать риску ТМА.

Одновременное применение такролимуса и ингибиторов mTOR может повышать риск развития ТМА.

Синдром обратимой задней энцефалопатии PRES

Имеются сообщения о развитии синдрома обратимой задней энцефалопатии (PRES) на фоне терапии такролимусом. Если у пациента, принимающего такролимус, появляются симптомы, характерные для синдрома обратимой задней энцефалопатии: головная боль, психические нарушения, судороги и зрительные нарушения, необходимо провести магнитно-резонансную томографию. При подтверждении диагноза нужно осуществлять адекватный контроль над артериальным давлением и судорогами, а также немедленно прекратить системное введение такролимуса. В случае принятия указанных мер данное состояние полностью обратимо у большинства пациентов.

Нарушения со стороны органа зрения

У пациентов, получавших такролимус, описаны нарушения зрения, иногда прогрессирующие до потери зрения. Некоторые случаи купировались после перехода на другой иммунодепрессант. Пациентов следует информировать о необходимости сообщать об изменениях остроты зрения, восприятия цвета, замутнения зрения или изменения поля зрения, и в таких случаях рекомендуется незамедлительно провести соответствующее обследование офтальмологом.

Особые группы пациентов

Опыт применения исследуемой терапии ограничен у пациентов, не относящихся к европеоидной расе, у пациентов с повышенным иммунологическим риском (например, с ретрансплантацией, с наличием панельных реактивных антител (ПРА)).

У пациентов с тяжелой печеночной недостаточностью может потребоваться снижение дозы (см. раздел 4.2).

Вспомогательные вещества

Препарат ЛИРОКТАС содержит лактозу. Данный лекарственный препарат не следует принимать пациентам с редко встречающейся наследственной непереносимостью галактозы, лактазной недостаточностью или глюкозо-галактозной мальабсорбцией.

Дети

Не рекомендуется применение препарата ЛИРОКТАС у детей младше 18 лет вследствие отсутствия данных о безопасности и эффективности применения препарата в данной возрастной группе.

4.5. Взаимодействие с другими лекарственными препаратами и другие виды взаимодействия

Такролимус, находящийся в системном кровотоке, метаболизируется печеночным цитохромом CYP3A4. При пероральном приеме такролимус также подвергается метаболизму в системе кишечного цитохрома CYP3A4. Одновременный прием препаратов или лекарственных трав с установленным ингибирующим или индуцирующим действием на CYP3A4 может соответственно повысить или понизить концентрации такролимуса в крови.

Для поддержания адекватной и постоянной экспозиции такролимуса при одновременном применении с препаратами, способными менять активность CYP3A4 или оказывать другое влияние на фармакокинетику такролимуса, рекомендуется контролировать концентрацию

такролимуса в крови, а также длительность интервала QT (при проведении электрокардиографии (ЭКГ)) и, при необходимости, скорректировать дозу или отменить препарат ЛИРОКТАС. Также следует обращать внимание на функцию почек и возможные побочные эффекты (см. разделы 4.2 и 4.4).

Ингибиторы CYP3A4, потенциально приводящие к повышению уровня такролимуса в крови

На основании клинического опыта было установлено, что концентрацию такролимуса в крови могут существенно повышать следующие лекарственные средства:

противогрибковые средства (кетоконазол, флуконазол, итраконазол, вориконазол и изавуконазол), макролидные антибиотики (эритромицин и кларитромицин), ингибиторы протеазы ВИЧ (ритонавир, нелфинавир, саквинавир) или ингибиторы протеазы вируса гепатита С (например, телапревир, боцепревир, комбинация омбитасвира и паритапревира с ритонавиром, применяемая вместе с дасабувиром или без него), анти-ЦМВ препаратом летермовиром, усилителем фармакокинетики кобицистатом и ингибиторами тирозинкиназы нилотинибом и иматинибом. Быстрое повышение концентрации такролимуса может происходить при совместном применении с ингибиторами CYP3A4. Сообщалось о случаях, когда резкое повышение концентрации такролимуса происходило очень быстро, уже в течение 1–3 дней после совместного применения с сильным ингибитором CYP3A4 кларитромицином, несмотря на немедленное снижение дозы такролимуса. Поэтому на ранней стадии, в течение первых нескольких дней совместного применения, настоятельно рекомендуется частый непрерывный мониторинг концентрации такролимуса в крови, а также контроль почечной функции и ЭКГ (для своевременного удлинения интервала QT), а также тщательное наблюдение на предмет развития других побочных эффектов.

Менее выраженное лекарственное взаимодействие наблюдалось при одновременном применении такролимуса с клотримазолом, джозамицином, нифедипином, никардипином, дилтиаземом, верапамилом, амиодароном, даназолом, этинилэстрадиолом, омепразолом, нефазодоном и китайскими растительными лекарственными средствами, содержащими экстракты лимонника клиновиднопыльникового (*Schisandra sphenanthera*).

В исследованиях *in vitro* было показано, что потенциальными ингибиторами метаболизма такролимуса являются следующие вещества: бромокриптин, кортизон, дапсон, эрготамин, гестоден, лидокаин, мефенитоин, миконазол, мидазолам, нилвадипин, норэтистерон, хинидин, тамоксифен, (триацетил) олеандомицин. Рекомендуется избегать употребления грейпфрутового сока в связи с возможностью повышения концентрации такролимуса в крови. Лансопразол и циклоспорин могут потенциально ингибировать CYP3A4-опосредованный метаболизм такролимуса и повышать его концентрацию в крови.

Другие взаимодействия, потенциально приводящие к повышению уровня такролимуса в крови

Такролимус активно связывается с белками плазмы крови. Следует учитывать возможное конкурентное взаимодействие такролимуса с лекарственными препаратами, обладающими высоким сродством к белкам плазмы крови (нестероидные противовоспалительные препараты, пероральные антикоагулянты, пероральные гипогликемические средства).

Другие потенциальные взаимодействия, которые могут увеличить системную экспозицию такролимуса, включают взаимодействия с прокинетиками (такими как метоклопрамид и цизаприд), циметидином и алюминия/магния гидроксидом.

Индукторы CYP3A4, потенциально приводящие к снижению уровня такролимуса в крови

На основании клинического опыта было установлено, что концентрацию такролимуса в крови могут существенно снижать следующие лекарственные средства: рифампицин, фенитоин, зверобой продырявленный (*Hypericum perforatum*). При их одновременном применении с такролимусом может потребоваться увеличение доз препарата ЛИРОКТАС почти у всех пациентов. Клинически значимые взаимодействия наблюдались с фенобарбиталом. Глюкокортикостероиды в поддерживающих дозах обычно снижают концентрацию такролимуса в крови.

Высокие дозы преднизолона или метилпреднизолона, применяющиеся для лечения острого

отторжения, могут увеличивать или уменьшать концентрацию такролимуса в крови. Карбамазепин, метамизол натрия, изониазид и флуклоксациллин могут снижать концентрацию такролимуса в крови.

Другие взаимодействия, потенциально приводящие к снижению уровня такролимуса в крови
Было показано, что каспофунгин снижает уровень такролимуса в крови. Механизм взаимодействия не подтвержден. Рекомендуется контролировать концентрацию такролимуса в крови и, при необходимости, скорректировать дозу.

Влияние противовирусных препаратов прямого действия

На фармакокинетику такролимуса могут влиять изменения функции печени во время терапии противовирусными препаратами прямого действия в связи с элиминацией вируса гепатита С. Требуется тщательный мониторинг и, возможно, корректировка дозы такролимуса для обеспечения эффективности и безопасности терапии.

Влияние такролимуса на метаболизм других лекарственных средств

Такролимус ингибирует CYP3A4 и при одновременном приеме может оказать влияние на препараты, метаболизирующиеся в системе CYP3A4. Период полувыведения циклоспорина при одновременном применении с такролимусом увеличивается. Также могут наблюдаться синергические/аддитивные нефротоксические эффекты. Поэтому следует избегать одновременного применения циклоспорина и такролимуса, а также соблюдать осторожность при лечении такролимусом пациентов, которые ранее получали циклоспорин (см. разделы 4.2 и 4.4).

Такролимус повышает концентрацию фенитоина в крови.

Так как такролимус может снижать клиренс гормональных контрацептивов, важно соблюдать осторожность при выборе средств контрацепции.

Данные о взаимодействии такролимуса со статинами ограничены. Клинические наблюдения позволяют сделать вывод о том, что при одновременном приеме с такролимусом фармакокинетика статинов не меняется.

Экспериментальные исследования на животных показали, что такролимус потенциально способен снизить клиренс и увеличить период полувыведения пентобарбитала и феназона.

Микофеноловая кислота

При комбинированной терапии следует проявлять осторожность при замене циклоспорина, который нарушает кишечно-печеночную рециркуляцию микофеноловой кислоты, на такролимус, который не обладает таким действием, так как это может привести к изменению уровня системного воздействия микофеноловой кислоты. Вещества, влияющие на кишечно-печеночную рециркуляцию микофеноловой кислоты, могут снижать концентрацию в плазме крови и эффективность этого препарата. При переходе с циклоспорина на такролимус и наоборот может возникнуть необходимость мониторинга концентрации микофеноловой кислоты в крови.

Другие взаимодействия, приводящие к неблагоприятным клиническим эффектам
Одновременное применение такролимуса с лекарственными препаратами, обладающими нефро- или нейротоксичностью (например, аминогликозиды, ингибиторы гиразы, ванкомицин, ко-тримоксазол, нестероидные противовоспалительные препараты, ганцикловир, ацикловир) может способствовать усилению неблагоприятных эффектов.

В результате совместного применения такролимуса с амфотерицином В и ибупрофеном наблюдалось усиление нефротоксичности.

Так как такролимус может способствовать развитию или усилению гиперкалиемии, следует избегать применения высоких доз калия или калийсберегающих диуретиков (амилорид, триамтерен, спиронолактон) и других средств, повышающих уровень калия в сыворотке, таких как триметоприм и ко-тримоксазол (триметоприм/сульфаметоксазол) (см. раздел 4.4). При совместном приеме требуется тщательный мониторинг уровня калия в сыворотке крови. Иммунодепрессанты могут изменять реакцию организма на вакцинацию: вакцинация в период лечения такролимусом может быть менее эффективной. Следует избегать применения живых ослабленных вакцин (см. раздел 4.4).

4.6. Фертильность, беременность и лактация

Беременность

Результаты доклинических и клинических исследований показывают, что такролимус может проникать через плаценту. Отдельные данные о применении такролимуса у трансплантированных пациентов свидетельствуют об отсутствии более высокого риска нежелательных реакций и негативного влияния на течение и исходы беременности по сравнению с другими иммунодепрессантами. Имеются сообщения о спонтанных абортах. Другие значимые эпидемиологические данные по данному вопросу отсутствуют. Такролимус в период беременности можно принимать только в случае отсутствия более безопасной альтернативы и только в тех случаях, когда полученная польза от лечения оправдывает потенциальный риск для плода (т.к. безопасность применения такролимуса у беременных женщин в достаточной степени не установлена). С целью выявления потенциальных нежелательных реакций такролимуса рекомендуется контролировать состояние новорожденных, матери которых во время беременности принимали такролимус (в частности, обратить внимание на почечную функцию). Выявлен риск преждевременных родов (<37 недель) (частота 66 на 123 новорожденных, 53,7 %). Однако, большинство новорожденных имели нормальную массу тела при рождении для их гестационного возраста, а также риск гиперкалиемии новорожденных (частота 8 случаев на 111 новорожденных, 7,2 %), которая в последующем разрешалась спонтанно.

У крыс и кроликов такролимус оказывал эмбриотоксическое и фетотоксическое действие в дозах, которые были токсичны для материнского организма (см. раздел 5.3).

Лактация

Результаты клинических исследований показывают, что такролимус проникает в грудное молоко. Так как исключить неблагоприятное воздействие такролимуса на новорожденного не представляется возможным, женщинам, принимающим такролимус, следует прекратить грудное вскармливание.

Фертильность

При проведении доклинических исследований на крысах отмечалось отрицательное влияние такролимуса на фертильность у самцов, что выражалось в уменьшении числа и подвижности сперматозоидов (см. раздел 5.3).

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

Такролимус может вызывать зрительные и неврологические расстройства. Этот эффект усиливается, если такролимус принимают в сочетании с алкоголем. Исследований влияния такролимуса на способность управлять транспортными средствами и работать с механизмами не проводилось. При управлении транспортными средствами и работе с потенциально опасными механизмами следует соблюдать осторожность.

4.8. Нежелательные реакции

Резюме профиля безопасности

В связи с особенностями основного заболевания и большим количеством лекарственных препаратов, применяемых одновременно после трансплантации, профиль нежелательных реакций иммунодепрессантов точно установить сложно.

Наиболее частые нежелательные реакции (встречающиеся у > 10 % пациентов): тремор, почечная недостаточность, гипергликемия, сахарный диабет, гиперкалиемия, инфекции, гипертония и бессонница.

Табличное резюме нежелательных реакций

Нежелательные реакции представлены в соответствии с поражением органов и систем органов в последовательности медицинского словаря нормативно-правовой деятельности (MedDRA). Частота возникновения распределялась в соответствии со следующими категориями: очень часто ($\geq 1/10$); часто ($\geq 1/100$, но $< 1/10$); нечасто ($\geq 1/1\,000$, но $< 1/100$), редко ($\geq 1/10\,000$, но $< 1/1\,000$), очень редко ($< 1/10\,000$), частота неизвестна (на основании

имеющихся данных оценить невозможно). Внутри каждой частотной группы нежелательные явления представлены в порядке убывания серьезности.

Системно-органный класс	Нежелательные реакции	Частота
Инфекции и инвазии	На фоне терапии такролимусом, как и другими иммунодепрессантами, повышается риск локальных и генерализованных инфекционных заболеваний (вирусных, бактериальных, грибковых, протозойных). Может ухудшиться течение ранее диагностированных инфекционных заболеваний. Случаи ЦМВ-инфекций, нефропатии, ассоциированной с ВК-вирусом, а также прогрессирующей мультифокальной лейкоэнцефалопатии (ПМЛ), ассоциированной с JC-вирусом, наблюдались на фоне иммуносупрессивной терапии.	
Доброкачественные, злокачественные и неуточненные новообразования	Пациенты, получающие иммуносупрессивную терапию, имеют более высокий риск возникновения злокачественных опухолей. При применении такролимуса отмечено возникновение как доброкачественных, так и злокачественных новообразований, в том числе вирус Эпштейна-Барр (EBV) – ассоциированных лимфопролиферативных заболеваний и рака кожи.	
Нарушения со стороны крови и лимфатической системы	Анемия, тромбоцитопения, лейкопения, отклонения в анализе эритроцитов, лейкоцитоз.	Часто
	Коагулопатии, панцитопения, нейтропения, отклонения в показателях коагулограммы, тромботическая микроангиопатия.	Нечасто
	Тромботическая тромбоцитопеническая пурпура, гипопротромбинемия.	Редко
	Парциальная красноклеточная аплазия, агранулоцитоз, гемолитическая анемия, фебрильная нейтропения.	Частота неизвестна
Нарушения со стороны иммунной системы	У пациентов, принимавших такролимус, наблюдались аллергические и анафилактические реакции.	
Нарушения со стороны эндокринной системы	Гирсутизм.	Редко
Нарушения со стороны обмена веществ и питания	Сахарный диабет, гипергликемия, гиперкалиемия.	Очень часто
	Метаболический ацидоз, электролитные нарушения, гипонатриемия, гиповолемия, гиперурикемия, гипомагниемия, гипокалиемия, гипокальциемия, снижение аппетита, гиперхолестеринемия, гиперлипидемия, гипертриглицеридемия, гипофосфатемия.	Часто
	Обезвоживание, гипогликемия, гипопроteinемия, гиперфосфатемия.	Нечасто
Психические расстройства	Бессонница.	Очень часто
	Спутанность сознания и дезориентация, депрессия, тревожность, галлюцинации, психические расстройства, подавленное настроение, аффективные расстройства, ночные кошмары.	Часто

	Психотические расстройства.	Нечасто
Нарушения со стороны нервной системы	Головная боль, тремор.	Очень часто
	Расстройства нервной системы, судороги, нарушения сознания, периферические нейропатии, головокружение, парестезии и дизестезии, нарушение письма.	Часто
	Энцефалопатия, кровоизлияния в центральной нервной системе и нарушения мозгового кровообращения, кома, нарушения речи и артикуляции, паралич и парез, амнезия.	Нечасто
	Повышение мышечного тонуса.	Редко
	Миастения.	Очень редко
	Синдром задней обратимой энцефалопатии (PRES).	Частота неизвестна
Нарушения со стороны органа зрения	Нарушения зрения, нечеткость зрения, светобоязнь.	Часто
	Катаракта.	Нечасто
	Слепота.	Редко
	Нейропатия зрительного нерва.	Частота неизвестна
Нарушения со стороны органа слуха и равновесия	Шум (звон) в ушах.	Часто
	Снижения слуха.	Нечасто
	Нейросенсорная тугоухость.	Редко
	Нарушения слуха.	Очень редко
Нарушения со стороны сердца	Ишемические коронарные расстройства, тахикардия.	Часто
	Сердечная недостаточность, желудочковые аритмии и остановка сердца, суправентрикулярные аритмии, кардиомиопатии, гипертрофия желудочков, учащенное сердцебиение.	Нечасто
	Перикардialный выпот.	Редко
	Желудочная тахикардия типа «пируэт» (двунаправленная веретенообразная желудочковая тахикардия).	Очень редко
Нарушения со стороны сосудов	Артериальная гипертензия.	Очень часто
	Тромбоэмболические и ишемические осложнения, сосудистая гипотензия, кровотечение, нарушение периферического кровообращения.	Часто
	Тромбоз глубоких вен конечностей, шок, инфаркт.	Нечасто
Нарушения со стороны дыхательной системы, органов грудной клетки и средостения	Легочные паренхиматозные расстройства, одышка, плевральный выпот, кашель, фарингит, заложенность носа.	Часто
	Дыхательная недостаточность, расстройства со стороны дыхательных путей, астма.	Нечасто
	Острый респираторный дистресс-синдром.	Редко
Нарушения со стороны	Диарея, тошнота.	Очень часто

желудочно-кишечного тракта	Симптомы нарушений со стороны желудочно-кишечного тракта, рвота, желудочно-кишечная и абдоминальная боль, воспалительные заболевания желудочно-кишечного тракта, желудочно-кишечные кровотечения, желудочно-кишечные язвы и прободения, асцит, стоматит и изъязвление слизистой оболочки ротовой полости, запор, диспепсия, метеоризм, чувства вздутия и распираания в животе, жидкий стул.	Часто
	Острый и хронический панкреатит, паралитическая кишечная непроходимость (паралитический илеус), гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, нарушение эвакуаторной функции желудка.	Нечасто
	Панкреатические псевдокисты, частичная кишечная непроходимость.	Редко
Нарушения со стороны печени и желчевыводящих путей	Нарушения со стороны желчных путей, поражение клеток печени и гепатит, холестаз и желтуха.	Часто
	Облитерирующий эндофлебит печеночных вен, тромбоз печеночной артерии.	Редко
	Печеночная недостаточность.	Очень редко
Нарушения со стороны кожи и подкожных тканей	Зуд, сыпь, алопеция, акне, гипергидроз.	Часто
	Дерматит, фотосенсибилизация.	Нечасто
	Токсический эпидермальный некролиз (синдром Лайелла).	Редко
	Синдром Стивенса-Джонсона.	Очень редко
Нарушения со стороны мышечной, костной и соединительной ткани	Артралгия, боль в спине, мышечные судороги, боль в конечностях.	Часто
	Суставные расстройства.	Нечасто
	Снижение подвижности.	Редко
Нарушения со стороны почек и мочевыводящих путей	Нарушение функции почек.	Очень часто
	Почечная недостаточность, острая почечная недостаточность, токсическая нефропатия, острый канальцевый некроз, отклонение от нормы показателей анализа мочи, олигурия, расстройства со стороны мочевого пузыря и уретры.	Часто
	Гемолитический-уремический синдром, анурия.	Нечасто
	Нефропатия, геморрагический цистит.	Очень редко
Нарушения со стороны репродуктивной системы и молочных желез	Дисменорея и маточное кровотечение.	Нечасто
Общие нарушения и реакции в месте введения	Лихорадочные состояния, боль и дискомфорт, астения, отеки, нарушения восприятия температуры тела.	Часто
	Гриппоподобный синдром, чувство	Нечасто

	тревоги, плохое самочувствие, полиорганная недостаточность, ощущение сдавливания в груди, нарушения восприятия температуры окружающей среды.	
	Потеря равновесия (падения), язва, ощущение скованности в грудной клетке, жажда.	Редко
	Увеличение массы жировой ткани.	Очень редко
Лабораторные и инструментальные данные	Отклонение от нормы показателей функции печени.	Очень часто
	Повышение активности щелочной фосфатазы в крови, увеличение веса.	Часто
	Повышение активности амилазы, отклонение от нормы результатов ЭКГ, отклонение от нормы частоты сердечных сокращений и частоты пульса, снижение массы тела, повышение активности лактатдегидрогеназы в крови.	Нечасто
	Отклонение от нормы показателей эхокардиографии, удлинение интервала QT на электрокардиограмме.	Очень редко
Травмы, интоксикации и осложнения манипуляций	Первичная дисфункция трансплантата.	Часто
	Были отмечены ошибки в назначении и выдаче препаратов такролимуса, включая случайную, необоснованную или бесконтрольную замену одной лекарственной формы такролимуса на другую; зарегистрированы связанные с ними случаи отторжения трансплантата.	Частота неизвестна

Описание отдельных нежелательных реакций

Боль в конечностях была описана в нескольких опубликованных случаях в рамках болевого синдрома, индуцированного ингибиторами кальциневрина (CIPS). Данный синдром, как правило, проявляется двусторонней симметричной выраженной восходящей болью в нижних конечностях и может быть обусловлен сверхтерапевтическими концентрациями такролимуса. Данный синдром может быть устранен за счет снижения доз такролимуса. В некоторых случаях потребовался переход на другие иммунодепрессанты.

Сообщение о подозреваемых нежелательных реакциях

Важно сообщать о подозреваемых нежелательных реакциях после регистрации препарата с целью обеспечения непрерывного мониторинга соотношения «польза – риск» лекарственного препарата. Медицинским работникам рекомендуется сообщать о любых подозреваемых нежелательных реакциях лекарственного препарата через национальные системы сообщения о нежелательных реакциях государств – членов Евразийского экономического союза.

Российская Федерация

Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения (Росздравнадзор)

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

Телефон: +7 800 550 99 03

Электронная почта: pharm@roszdravnadzor.gov.ru

Сайт: www.roszdravnadzor.gov.ru

Республика Беларусь
РУП «Центр экспертиз и испытаний в здравоохранении»
Адрес: 220037, г. Минск, Товарищеский пер., д. 2а
Телефон: +375 17 242 00 29
Электронная почта: rcpl@rceth.by
Сайт: www.rceth.by

Республика Казахстан
РГП на ПХВ «Национальный Центр экспертизы лекарственных средств и медицинских изделий» Комитета медицинского и фармацевтического контроля Министерства здравоохранения Республики Казахстан
Адрес: 010000, г. Астана, район Байконыр, ул. А. Иманова, д. 13
Телефон: + 7 7172 235 135
Электронная почта: farm@dari.kz
Сайт: www.ndda.kz

Республика Армения
ГНКО «ЦЕНТР ЭКСПЕРТИЗЫ ЛЕКАРСТВ И МЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ»
Адрес: 0051, г. Ереван, пр. Комитаса, д. 49/5
Телефон: +374 60 83 00 73
Электронная почта: info@ampra.am
Сайт: www.pharm.am

Кыргызская Республика
Департамент лекарственных средств и медицинских изделий Министерства здравоохранения Кыргызской Республики
Адрес: 720044, Чуйская область, г. Бишкек, ул. 3-я Линия, д. 25
Телефон: + 996 312 21 92 86
Электронная почта: pharm@dlsmi.kg

4.9. Передозировка

Симптомы

Сведения о передозировке ограничены. Сообщалось о нескольких эпизодах случайных передозировок у пациентов, принимавших такролимус. Симптомы включали тремор, головную боль, тошноту, рвоту, инфекции, крапивницу, летаргическое состояние, повышенное содержание азота, мочевины в крови, сывороточного креатинина и аланинаминотрансферазы.

Лечение

В настоящее время антидотов к такролимусу не существует. В случае передозировки необходимо предпринять стандартные меры и проводить симптоматическое лечение.

Учитывая высокий молекулярный вес такролимуса, плохую растворимость в воде и выраженное связывание с эритроцитами и белками плазмы крови, считается, что диализ будет неэффективен. У отдельных пациентов с очень высокими концентрациями такролимуса в крови были эффективны гемофильтрация и диафильтрация. В случаях интоксикации после приема внутрь могут быть эффективны промывание желудка и/или применение адсорбентов (например, активированного угля), если эти меры предпринять вскоре после приема препарата.

5. ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА

5.1. Фармакодинамические свойства

Фармакотерапевтическая группа: иммунодепрессанты; ингибиторы кальциневрина.
Код АТХ: L04AD02

Механизм действия

На молекулярном уровне эффекты и внутриклеточная кумуляция такролимуса обусловлены связыванием с цитозольным белком (FKBP 12). Комплекс FKBP 12-такролимус специфически и конкурентно связывает и ингибирует кальциневрин, обеспечивая кальцийзависимое блокирование путей передачи Т-клеточных сигналов и предотвращая транскрипцию дискретного ряда лимфокиновых генов.

Такролимус – высокоактивный иммунодепрессант. В экспериментах *in vitro* и *in vivo* такролимус уменьшал образование цитотоксических лимфоцитов, которые играют ключевую роль в реакции отторжения трансплантата. Такролимус подавляет активацию Т-клеток и зависимую от Т-хелперов пролиферацию В-клеток, а также образование лимфокинов (интерлейкин-2, -3, γ -интерферон) и экспрессию рецептора интерлейкина-2.

5.2. Фармакокинетические свойства

Абсорбция

Установлено, что в организме человека такролимус быстро абсорбируется в желудочно-кишечном тракте. Препарат ЛИРОКТАС, капсулы с пролонгированным высвобождением – лекарственная форма, обеспечивающая продолжительную абсорбцию такролимуса в желудочно-кишечном тракте. После приема препарата среднее время достижения максимальной концентрации в крови (C_{max}) составляет около 2 часов (t_{max}).

Абсорбция такролимуса вариабельная и его средняя биодоступность после приема внутрь (капсулы с немедленным высвобождением) находится в диапазоне 20–25 % (индивидуальный диапазон для взрослых пациентов составляет 6–43 %). Биодоступность такролимуса в лекарственной форме капсул с пролонгированным высвобождением уменьшается при приеме препарата после еды. Характер желчевыделения не влияет на абсорбцию такролимуса.

После достижения равновесной концентрации такролимуса при приеме капсул с пролонгированным высвобождением существует высокая корреляция между системной экспозицией (AUC_{0-24}) и минимальными концентрациями препарата в крови в равновесном состоянии.

Таким образом, мониторингирование минимальной концентрации препарата в крови позволяет анализировать системную экспозицию такролимуса.

Распределение

В организме человека распределение такролимуса после внутривенной инфузии имеет двухфазный характер.

В системном кровотоке такролимус активно связывается с эритроцитами, соотношение концентраций препарата в крови и в плазме приблизительно 20 : 1. В плазме крови препарат в значительной степени (> 98,8 %) связывается с белками, в основном с сывороточным альбумином и α -1-кислым гликопротеином.

Такролимус широко распределяется в тканях организма. Объем распределения в равновесном состоянии, основанный на концентрации в плазме, составляет приблизительно 1300 л (у здоровых добровольцев). Тот же показатель, рассчитанный по цельной крови в среднем составлял 47,6 л.

Биотрансформация

Такролимус активно метаболизируется в печени, в основном при помощи цитохрома P450-3A4 (CYP3A4) и цитохрома P450-3A5 (CYP3A5). Метаболизм такролимуса также активно происходит в стенке кишечника. Идентифицировано несколько метаболитов такролимуса. В экспериментах *in vitro* было показано, что только один из метаболитов обладает иммуносупрессивной активностью, близкой к активности такролимуса. Другие метаболиты отличались слабой иммуносупрессивной активностью или ее отсутствием. В системном кровотоке обнаружен только один из метаболитов такролимуса в низких концентрациях. Таким образом, фармакологическая активность такролимуса практически не зависит от метаболитов.

Элиминация

Такролимус – лекарственное средство с низким клиренсом. У здоровых добровольцев средний общий клиренс, рассчитанный по концентрациям в цельной крови, составляет 2,25 л/час. У взрослых пациентов после трансплантации печени, почки и сердца значения клиренса составили 4,1 л/час, 6,7 л/час и 3,9 л/час, соответственно. Такие факторы, как низкий гематокрит и гипопроотеинемия, способствуют увеличению несвязанной фракции такролимуса, ускоряя клиренс такролимуса. Глюкокортикостероиды, применяемые при трансплантации, также могут повысить интенсивность метаболизма и ускорить клиренс такролимуса.

Период полувыведения такролимуса длительный и изменчивый. У здоровых добровольцев средний период полувыведения из цельной крови составляет примерно 43 часа.

После внутривенного и перорального введения ¹⁴C-меченного такролимуса основная доля радиоактивной метки обнаруживалась в кале. Приблизительно 2 % радиоактивной метки выводилось с мочой. Менее 1 % неизмененного такролимуса было обнаружено в моче и кале, что указывает на то, что такролимус почти полностью метаболизируется до элиминации. Основным путем выведения является желчь.

5.3. Данные доклинической безопасности

В исследованиях токсичности у крыс и бабуинов основными пострадавшими органами были почки и поджелудочная железа. У крыс такролимус оказывал токсическое воздействие на нервную систему и органы зрения. После внутривенного введения такролимуса у кроликов наблюдались обратимые кардиотоксические эффекты.

Когда такролимус вводили внутривенно в виде быстрой инфузии/болюсной инъекции в дозе от 0,1 до 1,0 мг/кг, у некоторых видов животных наблюдалось удлинение интервала QT. Пиковые концентрации в крови, достигнутые с этими дозами, были выше 150 нг/мл, что более чем в 6 раз превышает средние пиковые концентрации, наблюдаемые при использовании капсул такролимуса с пролонгированным высвобождением при клинической трансплантации.

У крыс и кроликов такролимус оказывал эмбриотоксическое и фетотоксическое действие в дозах, которые были токсичны для материнского организма. При использовании токсических доз такролимуса у самок крыс наблюдалось нарушение репродуктивной функции, включая роды, а у потомства – снижение веса при рождении, снижение жизнеспособности и задержка роста.

При проведении доклинических исследований у крыс отмечалось отрицательное влияние такролимуса на фертильность у самцов, что выражалось в уменьшении числа подвижности сперматозоидов.

6. ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА

6.1. Перечень вспомогательных веществ

Глицерил дибегенат

Магния алюмометасиликат

Коповидон

Лактоза безводная

Магния стеарат

Капсула (корпус и крышечка):

Гипромеллоза

Титана диоксид (E171)

6.2. Несовместимость

Не применимо.

6.3. Срок годности (Срок хранения)

3 года.

6.4. Особые меры предосторожности при хранении

Хранить при температуре не выше 25 °C.

6.5. Характер и содержание упаковки

По 10 капсул (дозировка 0,5 мг и 1 мг) и по 5 или 10 капсул (дозировка 5 мг) в контурной ячейковой упаковке, состоящей из фольги ОПА/Ал/ПВХ (ориентированный полиамид/алюминий/ поливинилхлорид) и фольги алюминиевой печатной лакированной.

По 5 контурных ячейковых упаковок по 10 капсул (дозировки 0,5 мг, 1 мг или 5 мг) или по 10 контурных ячейковых упаковок по 5 капсул (дозировка 5 мг) вместе с листком-вкладышем помещают в пачку картонную.

Не все размеры упаковок могут быть доступны для реализации.

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

Ввиду иммунодепрессивного действия такролимуса во время использования следует избегать вдыхания инъекционных композиций, порошка или гранул, содержащихся в препаратах такролимуса, или их прямого контакта с кожей или слизистыми оболочками. Если подобный контакт произошел, промыть кожу и пораженный(-ые) глаз(-а).

7. ДЕРЖАТЕЛЬ РЕГИСТРАЦИОННОГО УДОСТОВЕРЕНИЯ

Российская Федерация

ООО «Изварино Фарма», Россия

Телефон: +7 495 232 56 55

Факс: +7 495 232 56 54

Электронная почта: info@izvarino-pharma.ru

7.1. Представитель держателя регистрационного удостоверения

Претензии потребителей направлять по адресу:

Российская Федерация, Кыргызская Республика, Республика Армения, Республика Беларусь

ООО «Изварино Фарма», Россия

Телефон: +7 495 232 56 55

Факс: +7 495 232 56 54

Электронная почта: info@izvarino-pharma.ru

Республика Казахстан

ТОО «LEKARSTVENNAYA BEZOPASNOST (Лекарственная безопасность)», Казахстан

Телефон: +7 777 064 27 02; +7 499 504 15 19

Электронная почта: adversereaction@drugsafety.ru

8. НОМЕР (НОМЕРА) РЕГИСТРАЦИОННОГО УДОСТОВЕРЕНИЯ

9. КАТЕГОРИЯ ОТПУСКА ЛЕКАРСТВЕННОГО ПРЕПАРАТА

Лекарственный препарат относится к категории отпуска по рецепту.

Общая характеристика лекарственного препарата ЛИРОКТАС доступна в едином реестре зарегистрированных лекарственных средств Евразийского экономического союза и на официальном сайте уполномоченного органа (экспертной организации) (https://lk.regmed.ru/Register/EAEU_SmPC).