

КРАТКА ХАРАКТЕРИСТИКА НА ПРОДУКТА

1. ИМЕ НА ЛЕКАРСТВЕНИЯ ПРОДУКТ

Елифай XR 37,5 mg капсули с удължено освобождаване, твърди
Elify XR 37.5 mg prolonged-release capsules, hard
Елифай XR 75 mg капсули с удължено освобождаване, твърди
Elify XR 75 mg prolonged-release capsules, hard
Елифай XR 150 mg капсули с удължено освобождаване, твърди
Elify XR 150 mg prolonged-release capsules, hard

ИЗПЪЛНИТЕЛНА АГЕНЦИЯ ПО ЛЕКАРСТВАТА	
Кратка характеристика на продукта Приложение 1	
Към Рег. №	20080090/91/92
Разрешение №	
ВГ/МА/МР	62332-7, 28-04-2023
Одобрение №	/

2. КАЧЕСТВЕН И КОЛИЧЕСТВЕН СЪСТАВ

Елифай XR 37,5 mg капсули с удължено освобождаване, твърди:

Една капсула съдържа венлафаксин хидрохлорид (*venlafaxine hydrochloride*), еквивалентно на 37,5 mg венлафаксин.

Елифай XR 75 mg капсули с удължено освобождаване, твърди:

Една капсула съдържа венлафаксин хидрохлорид (*venlafaxine hydrochloride*), еквивалентно на 75 mg венлафаксин.

Елифай XR 150 mg капсули с удължено освобождаване, твърди:

Една капсула съдържа венлафаксин хидрохлорид (*venlafaxine hydrochloride*), еквивалентно на 150 mg венлафаксин.

Помощно вещество с известно действие:

Елифай XR 37,5 mg:

захароза макс. 46,35 mg

Понсо 4R (E124) 0,0267 mg

Елифай XR 75 mg

захароза макс. 92,69 mg

сънсет жълто FCF (E110) 0,0006 mg

Елифай XR 150 mg

захароза макс. 185,38 mg

сънсет жълто FCF (E110) 0,0183 mg

За пълния списък на помощните вещества, вижте точка 6.1.

3. ЛЕКАРСТВЕНА ФОРМА

Капсула с удължено освобождаване, твърда.

Елифай XR 37,5 mg капсули с удължено освобождаване, твърди:

Бели до почти бели гранули в капсула с оранжево капаче и прозрачно тяло.

Елифай XR 75 mg капсули с удължено освобождаване, твърди:

Бели до почти бели гранули в капсула с жълто капаче и прозрачно тяло.

Елифай XR 150 mg капсули с удължено освобождаване, твърди:

Бели до почти бели гранули в капсула с бежов цвят на капачето и прозрачно тяло.

4. КЛИНИЧНИ ДАННИ

4.1 Терапевтични показания



- Лечение на големи депресивни епизоди.
- За профилактика на рецидив на големи депресивни епизоди.
- Лечение на генерализирано тревожно разстройство.
- Лечение на социално тревожно разстройство.
- Лечение на паническо разстройство, със или без агорафобия.

4.2 Дозировка и начин на приложение

Дозировка

Големи депресивни епизоди

Препоръчаната начална доза на венлафаксин с удължено освобождаване е 75 mg, давани веднъж дневно. Пациентите, които не отговарят на началната доза от 75 mg/дневно, може да имат полза от повишения на дозата до максимална доза от 375 mg/дневно. Повишенията на дозировката могат да се извършват на интервали от 2 седмици или повече. При клинична необходимост поради тежестта на симптомите повишенията на дозата могат да се извършват на по-къси интервали, но не по-кратки от 4 дни.

Поради риска от дозозависими нежелани реакции повишенията на дозите трябва да се извършват единствено след клинична преценка (вж. точка 4.4). Трябва да се поддържа най-ниската ефективна доза.

Пациентите трябва да се лекуват за достатъчен период от време, обикновено няколко месеца или повече. Лечението трябва да преоценява редовно за всеки отделен случай. По-дългосрочното лечение може също да е подходящо за профилактика на рецидив на големи депресивни епизоди (ГДЕ). В повечето случаи препоръчаната доза за профилактика на рецидива на ГДЕ е същата като използваната по време на настоящия епизод.

Антидепресивните лекарствени продукти трябва да продължат да се приемат за поне шест месеца след ремисията.

Генерализирано тревожно разстройство

Препоръчаната начална доза за венлафаксин с удължено освобождаване е 75 mg, давани веднъж дневно. За пациентите, които не отговарят на началната доза от 75 mg/дневно, могат да са от полза повишения на дозата до максимална доза от 225 mg/дневно. Повишенията на дозата могат да се правят през интервали от 2 или повече седмици.

Поради риска от дозозависими нежелани реакции, повишенията на дозата трябва да се правят само след клинична оценка (вж. точка 4.4). Трябва да се поддържа най-ниската ефективна доза. Пациентите трябва да бъдат лекувани за достатъчен период от време, обикновено няколко месеца или повече. Лечението трябва да се преоценява редовно за всеки отделен случай.

Социално тревожно разстройство

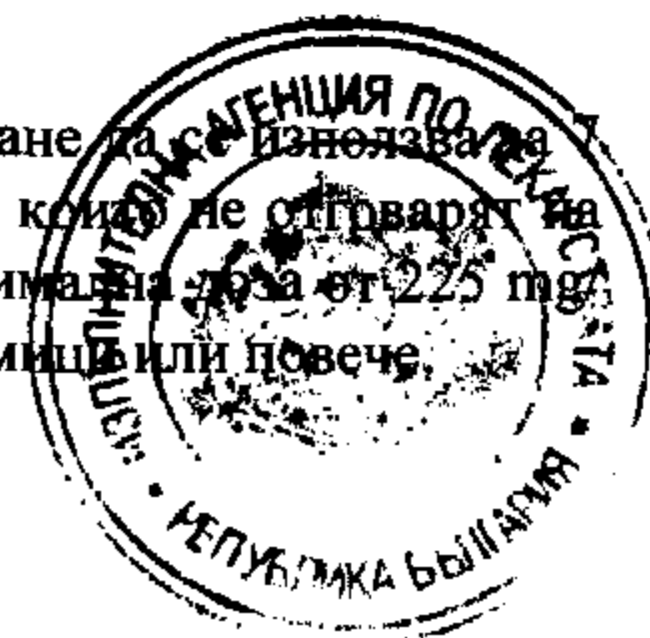
Препоръчаната начална доза за венлафаксин с удължено освобождаване е 75 mg, давани веднъж дневно. Няма никакви доказателства, че по-високите дози могат да доведат до допълнителна полза. Въпреки това при отделни пациенти, които не отговарят на началните 75 mg/дневно, могат да се имат предвид повишения до максимална доза от 225 mg/дневно. Повишенията на дозата могат да се правят на интервали от 2 седмици или повече.

Поради риска от дозозависими нежелани реакции повишенията на дозата трябва да се правят само след клинична преценка (вж. точка 4.4). Трябва да се поддържа най-ниската ефективна доза.

Пациентите трябва да се лекуват за достатъчен период от време, обикновено за няколко месеца или повече. Лечението трябва да се преоценява редовно за всеки отделен случай.

Паническо разстройство

Препоръчва се дозата от 37,5 mg/дневно венлафаксин с удължено освобождаване да се използва за 7 дни. След това дозировката трябва да се повишава до 75 mg/ден. Пациентите, които не отговарят на дозата от 75 mg/дневно, могат да имат полза от повишения на дозата до максимална доза от 225 mg/дневно. Повишенията на дозировката могат да се правят на интервали от 2 седмици или повече.



Поради риска от дозозависими нежелани реакции повишенията на дозата трябва да се правят само след клинична преценка (вж. точка 4.4). Трябва да се поддържа най-ниската ефективна доза.

Пациентите трябва да се лекуват за достатъчен период от време, обикновено за няколко месеца или повече. Лечението трябва да се преоценява редовно за всеки отделен случай.

Пациенти в старческа възраст

Не се считат за необходими никакви специални корекции на дозата на венлафаксин само въз основа на възрастта на пациента. Въпреки това обаче при лечението на хора в старческа възраст трябва да се подхожда предпазливо (напр. поради възможността за бъбречна недостатъчност и потенциалните промени в чувствителността и афинитета към невротрансмитери, настъпващи със стареенето). Винаги трябва да се използва най-ниската ефективна доза и пациентите трябва да се проследяват внимателно, когато се налага повишение на дозата.

Педиатрична популация

Венлафаксин не се препоръчва за употреба при деца и юноши.

Контролираните клинични проучвания при деца и юноши с голямо депресивно разстройство не показват никаква ефикасност и не подкрепят употребата на венлафаксин при тези пациенти (вж. точки 4.4 и 4.8).

Не са установени ефикасността и безопасността на венлафаксин за останалите показания при деца и юноши на възраст под 18 години.

Пациенти с чернодробно увреждане

При пациентите с леко до умерено чернодробно увреждане по правило трябва да се има предвид 50% понижение на дозата. Въпреки това обаче поради вариабилността в клирънса между отделните индивиди, може да е желателно да се индивидуализира дозировката.

Има ограничени данни при пациенти с тежко чернодробно увреждане. Препоръчва се предпазливост и трябва да се има предвид понижаване на дозата с повече от 50%. При лечението на пациенти с тежка чернодробна недостатъчност трябва да се прецени потенциалната полза спрямо риска.

Употреба при пациенти с бъбречно увреждане

Въпреки че не е необходима никаква промяна в дозировката за пациенти със степен на гломерулна филтрация (ГФ) между 30-70 ml/min се препоръчва повишено внимание. За пациентите, при които се налага хемодиализа, и при пациентите с тежко бъбречно увреждане (ГФ < 30 ml/min), дозата трябва да се понижи с 50%. Поради интериндивидуалната вариабилност в клирънса при тези пациенти може да е желателно да се индивидуализира дозировката.

Симптоми на отнемане, наблюдавани при спиране на венлафаксин

Трябва да се избягва внезапното спиране. Когато се спира лечението с венлафаксин, дозата трябва да се понижава постепенно за период от поне една до две седмици, за да се понижи рискът от реакции на отнемане (вж. точки 4.4 и 4.8). Въпреки това, времевият интервал, необходим за понижаване на дозата, както и количеството, с което дозата се понижава, могат да зависят от големината на дозата, продължителността на лечението и от отделния пациент. При някои пациенти прекратяване на лечението може да се извърши по-последователно за период от месеци или дори по-дълго. Ако възникнат непоносими симптоми след понижаване на дозата или при спиране на лечението, тогава да се има предвид възобновяване на предписаната преди това доза. След това лекарят може да продължи да понижава дозата, но по-последователно.

Начин на приложение

За перорално приложение.

Препоръчва се венлафаксин капсули с удължено освобождаване да се приемат с точност и с приблизително по едно и също време всеки ден. Капсулите трябва да се поглъщат цели и трябва да се разделят, смачкват, дъвчат или разтварят.

Пациентите, лекувани с венлафаксин таблетки с незабавно освобождаване, могат да преминат на венлафаксин капсули с удължено освобождаване, на най-близката еквивалентна дневна дозировка. Например венлафаксин таблетки с незабавно освобождаване 37,5 mg два пъти дневно могат да се



заменят с венлафаксин капсули с удължено освобождаване 75 mg веднъж дневно. Може да са необходими индивидуални корекции в дозировката.

Венлафаксин капсули с удължено освобождаване съдържат микросфери, които бавно освобождават активното вещество в храносмилателния тракт. Неразтворимата част от тези микросфери се елиминира и може да се открие във фецеса.

4.3 Противопоказания

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

Съпътстващо лечение с необратими инхибитори на моноаминооксидазата (МАОИ) е противопоказано поради риска от серотонинов синдром със симптоми като тревожност, тремор и хипертермия. Венлафаксин не трябва да се започва за поне 14 дни след спиране на лечението с необратим МАОИ.

Венлафаксин трябва да се спре за поне 7 дни преди започване на лечение с необратим МАОИ (вж. точки 4.4 и 4.5).

4.4 Специални предупреждения и предпазни мерки при употреба

Суицидни опити/суицидни мисли или влошаване на клиничното състояние

Депресията е свързана с повишен риск за суицидни мисли, самонараняване и суицидни опити (суицидни събития). Този риск персистира до настъпването на значима ремисия. Тъй като подобрението може да не настъпи през първите няколко седмици или повече от лечението, пациентите трябва да се проследяват внимателно до настъпването на такова подобрение. Обичайният клиничен опит показва, че рискът от самоубийство може да се повиши в ранните етапи от възстановяването.

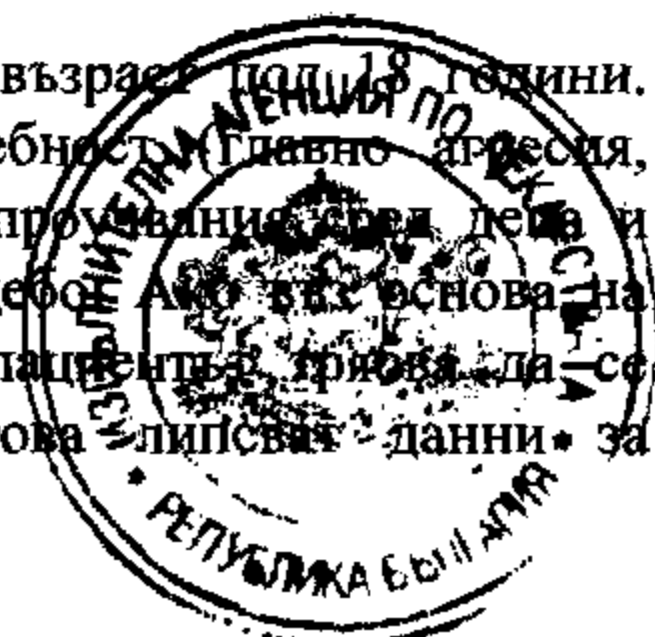
Другите психиатрични състояния, за които се предписва венлафаксин, могат също да са свързани с повишен риск от суицидни събития. Освен това тези състояния могат да съпътстват голямото депресивно разстройство. Същите предпазни мерки, съблюдавани при лечението на пациенти с голямо депресивно разстройство, следователно трябва да се съблюдават, когато се лекуват пациенти с други психиатрични разстройства.

За пациентите с анамнеза за суицидни събития или показващите значителна степен на суицидна идеация преди започване на лечението е известно, че са с по-голям риск за суицидни мисли или суицидни опити и по време на лечението трябва да бъдат проследявани внимателно. Един метаанализ на плацебо контролираните клинични проучвания на антидепресанти при възрастни пациенти с психиатрични разстройства показва повишен риск от суицидно поведение при лечение с антидепресанти в сравнение с плацебо при пациенти на възраст под 25 години.

Лекарствената терапия трябва да се съпътства от внимателно проследяване на пациентите и особено на тези с висок риск специално в ранните етапи на лечението и след промяна на дозата. Пациентите (и оказващите грижи за пациентите) трябва да бъдат предупредени за нуждата от проследяване за евентуално клинично влошаване, суицидно поведение или мисли и необичайни промени в поведението, и ако тези симптоми са налични трябва незабавно да потърсят медицински съвет.

Педиатрична популация

Елифай XR не трябва да се използва за лечение на деца и юноши на възраст под 18 години. Суицидното поведение (суицидни опити и суицидни мисли) и враждебност (главно агресия, опозиционно поведение и гняв) се наблюдава по-често при клиничните проучвания сред деца и юноши, лекувани с антидепресанти, в сравнение с тези, лекувани с плацебо. Ако въз основа на клиничните нужди независимо от това се вземе решение за лечение, пациентът трябва да се проследява внимателно за появата на суицидни симптоми. Освен това липсват данни за



дългосрочната безопасност при деца и юноши по отношение на растежа, съзряването и когнитивното и поведенческо развитие.

Серотонинов синдром

Както и при други серотонинергични средства, при лечението с венлафаксин може да настъпи серотонинов синдром, потенциално животозастрашаващо състояние, особено при съпътстваща употреба на други вещества, които могат да повлияят серотонинергичната невротрансмитерна система (включително триптани, селективни инхибитори на обратното захващане на серотонин (SSRI), инхибитори на обратното захващане на серотонин и норадреналин (SNRI), трициклични антидепресанти, амфетамини, литий, сибутрамин, жълт кантарион [*Hypericum perforatum*], опиоиди [напр. бупренорфин, фентанил и аналозите му, трамадол, декстрометорфан, тапентадол, петидин, метадон и пентазоцин]), с лекарства, които нарушават метаболизма на серотонина като МАОИ (напр. метиленово синьо), серотонинови прекурсори (като триптофанови добавки), или с антипсихотици, или други допаминови антагонисти (вж. точки 4.3 и 4.5).

Симптомите на серотониновия синдром могат да включват промени в психичния статус (напр. ажитираност, халюцинации, кома), нестабилност на автономната нервна система (напр. тахикардия, нестабилно кръвно налягане, хипертермия), невро-мускулни нарушения (напр. хиперрефлексия, некоординираност) и/или стомашно-чревни симптоми (напр. гадене, повръщане, диария). Серотониновият синдром в най-тежката си форма може да наподобява невролептичен малигнен синдром, който включва хипертермия, мускулна ригидност, нестабилност на автономната нервна система с възможни бързи флуктуации на жизнените показатели и промени в менталния статус.

Ако съвместното лечение с венлафаксин и други агенти, които повлияват серотонинергичната/допаминергичната невротрансмитерна система е клинично необходимо се препоръчва внимателно проследяване на пациентите, особено при започване на лечението и при повишаване на дозата.

Не се препоръчва съвместната употреба на венлафаксин с прекурсори на серотонина (като триптофанови добавки).

Тесноъгълна глаукома

Във връзка с употребата на венлафаксин може да настъпи мидриаза. Препоръчва се пациентите с повишено вътреочно налягане или пациентите с риск от остра тесноъгълна глаукома (закритоъгълна глаукома) да се проследяват внимателно.

Кръвно налягане

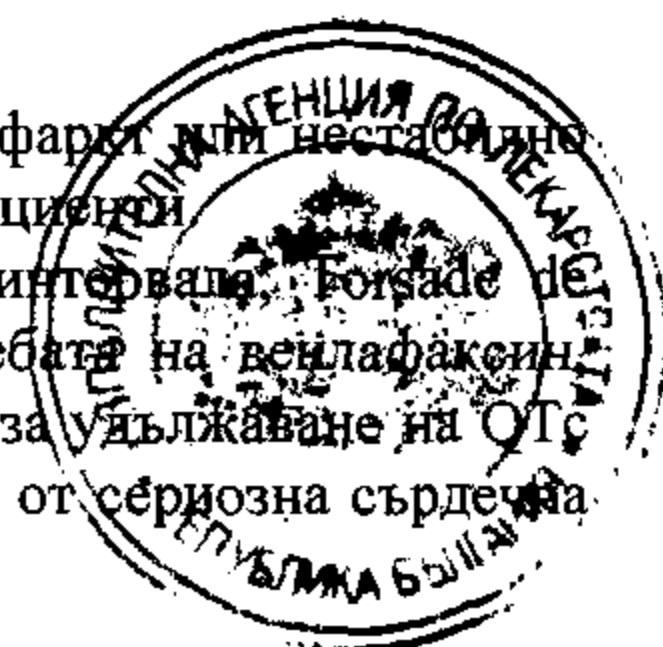
Съобщава се често за дозозависими повишения на кръвното налягане с венлафаксин. При постмаркетинговия опит е съобщено за много повишено кръвно налягане в някои случаи, налагащо незабавно лечение. Всички пациенти трябва да бъдат внимателно скринирани за високо кръвно налягане и преди започване на лечение съществуващата хипертония трябва да се контролира. Кръвното налягане трябва да се следи периодично, след започване на лечението и след увеличаване на дозите. Трябва да се подхожда предпазливо при пациентите, чието основно заболяване може да се компрометира от повишеното кръвно налягане, напр. тези с увредена сърдечна функция.

Сърдечна честота

Могат да настъпят повишения на сърдечната честота, особено при по-високи дози. Трябва да се подхожда с повишено внимание при пациенти, чиито основни заболявания могат да се компрометират от повишената сърдечна честота.

Сърдечно заболяване и риск от аритмия

Венлафаксин не е оценяван при пациенти с анамнеза за пресен миокарден инфаркт или нестабилно сърдечно заболяване. Затова той трябва да се използва предпазливо при тези пациенти. В постмаркетинговия опит се съобщава за случаи на удължаване на QTc интервала, torsade de Pointes (TdP), камерна тахикардия и фатални сърдечни аритмии при употребата на венлафаксин, особено в случаи на предозиране или при пациенти с други рискови фактори за удължаване на QTc интервала/TdP. Преди предписване на венлафаксин на пациенти с висок риск от сериозна сърдечна



аритмия или удължаване на QTc интервала трябва да се вземе предвид съотношението рискове/ползи (вж. точка 5.1).

Гърчове

При терапия с венлафаксин могат да настъпят гърчове. Както при всички антидепресанти, така и венлафаксин, трябва да се прилага предпазливо при пациенти с анамнеза за гърчове и засегнатите пациенти трябва да проследяват внимателно. Лечението трябва да се спре при всеки пациент, който развие гърчове.

Хипонатриемия

При лечение с венлафаксин могат да настъпят случаи на хипонатриемия и/или синдром на недостатъчна секреция на антидиуретичен хормон (СНСАХ). Това се съобщава най-често при хиповолемични или дехидратирани пациенти. Пациентите в старческа възраст, пациентите, приемащи диуретици, и пациентите, които са хиповолемични по други причини, могат да са с по-голям риск за това събитие.

Патологично кървене

Лекарствените продукти, които инхибират обратното захващане на серотонина, могат да доведат до понижаване на функцията на тромбоцитите. Случаите на кървене, свързани с употребата на SSRI и SNRI, варират от екхимози, хематоми, епистаксис и петехии до хеморагии от стомашно-чревния тракт и животозастрашаващи кръвоизливи. SSRI/ SNRI, включително венлафаксин, могат да увеличат риска от послеродов кръвоизлив (вж. точки 4.6 и 4.8). Рискът от хеморагии може да е повишен при пациентите, приемащи венлафаксин. Както при останалите инхибитори на обратното захващане на серотонина, така и венлафаксин трябва да се използва предпазливо при пациенти с предразположение към кървене, включително пациенти на антикоагуланти и инхибитори на тромбоцитната агрегация.

Серумен холестерол

При плацебо контролирани клинични проучвания са документирани клинично значими повишения на серумния холестерол при 5,3% от лекуваните с венлафаксин пациенти в продължение на поне 3 месеца и при 0,0% от получаващите плацебо пациенти. Определянето на нивата на серумния холестерол трябва да се има предвид при дългосрочно лечение.

Съвместно приложение със средства за понижаване на телесното тегло

Не са установени безопасността и ефикасността на терапията с венлафаксин в комбинация със средства за понижаване на теглото, включително фентермин. Не се препоръчва съвместното приложение на венлафаксин и средства за понижаване на телесното тегло. Венлафаксин не е показан за понижаване на теглото като самостоятелно лечение или в комбинация с други продукти.

Мания/ хипомания

При малка част от пациентите с разстройства на настроението, които са получавали антидепресанти, включително венлафаксин, може да настъпи мания/хипомания. Както и други антидепресанти, венлафаксин трябва да се използва предпазливо при пациентите с анамнеза или фамилна анамнеза за биполарно разстройство.

Агресия

При някои пациенти, които са получавали антидепресанти, включително венлафаксин, може да настъпи агресия. Това се съобщава при започване, промяна на дозата и спиране на лечението.

Както и други антидепресанти, венлафаксин трябва да се използва предпазливо при пациентите с анамнеза за агресия.

Спиране на лечението

Добре известни са ефектите от спиране на лечението с антидепресанти и понякога тези ефекти може да са продължителни и тежки. Самоубийство/суицидни мисли и агресия са наблюдавани при



пациенти по време на промени на схемата на приемане на венлафаксин, включително по време на спиране на лечението. Поради това, пациентите трябва да се наблюдават внимателно при намаляване на дозата или при прекратяване на лечението (вижте по-горе в точка 4.4 – „Самоубийство суицидни мисли или влошаване на клиничното състояние“ и „Агресия“). Чести са симптомите на отнемане, когато се спира лечението, особено ако спирането е внезапно (вж. точка 4.8). При клиничните проучвания нежеланите реакции, наблюдавани при спиране на лечението (постепенно спиране и след постепенно спиране), настъпват при приблизително 31% от пациентите, лекувани с венлафаксин, и при 17% от пациентите, приемащи плацебо.

Рискът от симптоми на отнемане може да зависи от няколко фактора, включително продължителността и дозата на лечението и скоростта на понижаване на дозата. Най-често съобщаваните реакции са замаяност, сензорни нарушения (включително парестезия), нарушения на съня (включително безсъние и напрегнати сънища), ажитираност или тревожност, гадене и/или повръщане, тремор, главоболие, зрителни нарушения и хипертония. Обикновено тези симптоми са леки до умерено тежки, като обаче при някои пациенти могат да бъдат тежки по интензитет. Те обикновено настъпват в рамките на първите няколко дни от спирането на лечението, но има много редки съобщения за такива симптоми при пациентите, които са пропуснали доза по невнимание. По принцип тези симптоми са самоограничаващи се и обикновено отшумяват в рамките на 2 седмици, въпреки че при някои хора те могат да са по-продължителни (2-3 месеца или повече). Затова е препоръчително дозата на венлафаксин да се понижава постепенно при спиране на лечението за период от няколко седмици или месеца според нуждите на пациента (вж. точка 4.2). При някои пациенти може да са необходими месеци или по-дълъг период от време.

Акатизия/психомоторно безпокойство

Употребата на венлафаксин е свързана с развитие на акатизия, характеризираща се със субективно неприятно или изтощаващо беспокойство и необходимост от често движение, съпроводена от неспособност да се стои спокойно в седнало или изправено положение. Това настъпва най-често в рамките на първите няколко седмици от лечението. При пациентите, които развиват тези симптоми, повишаването на дозата може да е пагубно.

Сексуална дисфункция

Инхибитори на обратното захващане на серотонин и норадреналин (SNRIs) могат да причинят симптоми на сексуална дисфункция (вж. точка 4.8). Има съобщения за продължителна сексуална дисфункция, при която симптомите продължават въпреки прекъсването на приема на SNRI.

Сухота в устата

Сухота в устата се съобщава при 10% от пациентите, лекувани с венлафаксин. Това може да повиши риска от кариес и пациентите трябва да се уведомяват за значимостта на хигиената на зъбите.

Диабет

При пациенти с диабет лечението със SSRI или венлафаксин може да повлияе гликемичния контрол. Може да се наложи да се коригира дозата на инсулин и/или пероралните антидиабетни лекарства

Взаимодействия с лабораторни тестове за наркотици

При пациентите, приемащи венлафаксин, се съобщава за фалшиво положителни резултати от имунологични скринингови тестове на урина за фенцикладин и амфетамин. Това се дължи на липсата на специфичност на скрининговите тестове. Фалшиво положителни резултати от теста могат да се очакват в продължение на няколко дни след прекратяване на лечението с венлафаксин. Потвърждаващи тестове, като например газова хроматография/масспектрометрия, ще отличават венлафаксин от фенциклидин и амфетамин.

За Елифай XR 37,5 mg:

Помощното вещество Понсо 4R (E124), включено в обвивката на капсулата, може да причини алергични реакции.

Тъй като капсулата съдържа захароза, пациенти с редки наследствени проблеми на ферментна непоносимост, глюкозно-галактозна малабсорбция или сукрозо-изомалтазна недостатъчност не



трябва да приемат този лекарствен продукт.

За Елифай XR 75 mg:

Помощното вещество сънсет жълто FCF (E110), включено в обвивката на капсулата, може да причини алергични реакции.

Тъй като капсулата съдържа захароза, пациенти с редки наследствени проблеми на фруктозна непоносимост, глюкозно-галактозна малабсорбция или сукрозо-изомалтазна недостатъчност не трябва да приемат този лекарствен продукт.

За Елифай XR 150 mg:

Помощното вещество сънсет жълто FCF (E110), включено в обвивката на капсулата, може да причини алергични реакции.

Тъй като капсулата съдържа захароза, пациенти с редки наследствени проблеми на фруктозна непоносимост, глюкозно-галактозна малабсорбция или сукрозо-изомалтазна недостатъчност не трябва да приемат този лекарствен продукт.

Това лекарство съдържа по-малко от 1 mmol натрий (23 mg) на капсула, т.е. се счита, че не съдържа натрий.

4.5 Взаимодействие с други лекарствени продукти и други форми на взаимодействие

Инхибитори на моноаминооксидазата (MAOI)

Необратими неселективни MAOI

Венлафаксин не трябва да се използва в комбинация с необратими неселективни MAOI. Лечение с венлафаксин не трябва да се започва поне 14 дни след спиране на лечението с необратими неселективни MAOI. Лечението с венлафаксин трябва да се спре поне 7 дни преди започване на лечение с необратими неселективни MAOI (вж. точки 4.3 и 4.4).

Обратим селективен инхибитор на MAO-A (моклобемид)

Поради риска от серотонинов синдром комбинацията от венлафаксин с обратим и селективен MAOI като моклобемид не се препоръчва. След лечение с обратим инхибитор на MAO може да се използва период на отнемане, по-кратък от 14 дни, преди да се започне лечение с венлафаксин. Препоръчва се венлафаксин да се спре най-малко 7 дни преди започване на лечение с обратим MAOI (вж. точка 4.4).

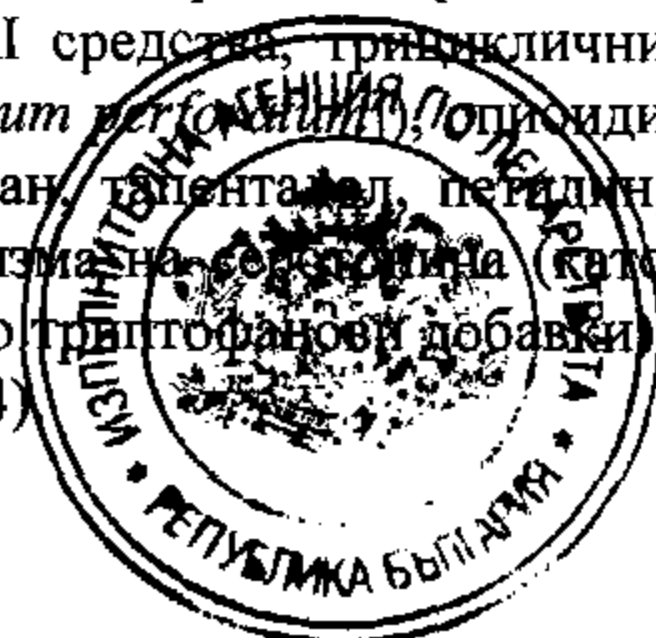
Обратими неселективни MAOI (линезолид)

Антибиотикът линезолид е слаб, обратим и неселективен MAOI и не трябва да се дава на пациентите, лекувани с венлафаксин (вж. точка 4.4).

Съобщават се тежки нежелани реакции при пациентите, при които наскоро е било спряно лечението с MAOI и е започнат венлафаксин, или наскоро е била спряна терапията с венлафаксин преди започване на MAOI. Тези реакции включват тремор, миоклонус, диафореза, гадене, повръщане, зачервяване, замаяност и хипертермия с признаци, наподобяващи невролептичен малигнен синдром, гърчове и смърт.

Серотонинов синдром

Както и при останалите серотонинергични средства, така и при лечението с венлафаксин може да настъпи серотонинов синдром, потенциално животозастрашаващо състояние, особено при съпътстваща употреба на други средства, които могат да повлияят серотонинергичната невротрансмитерна система (включително триптани, SSRI средства, SNRI средства, трициклически антидепресанти, амфетамини, литий, сибутрамин, жълт кантарион [*Hypericum perforatum*], опиоиди [напр. Бупренорфин, фентанил и аналозите му, трамадол, декстрометорфан, гапентадол, перидин, метадон и пентазоцин] с лекарствени продукти, които увреждат метаболизма на серотонина (като MAOI, например метиленово синьо), или с прекурсори на серотонина (като триптофанови добавки), или с антипсихотици или други допаминови антагонисти (вж. точки 4.3 и 4.4).



При клинична необходимост от съпътстващо лечение на венлафаксин с SSRI средство, SNRI средство или серотонинов рецепторен агонист (триптан), се препоръчва внимателно проследяване на пациента, особено по време на започване на лечението или на повишаване на дозите. Не се препоръчва съпътстващата употреба на венлафаксин със серотонинови прекурсори (като триптофанови добавки) (вж. точка 4.4).

ЦНС-активни вещества

Рискът от употреба на венлафаксин с други ЦНС-активни вещества не е системно оценяван. Следователно се препоръчва повишено внимание, когато венлафаксин се приема в комбинация с други ЦНС-активни вещества.

Етанол

За венлафаксин е доказано, че не засилва увреждането на умствените и моторните умения, причинено от етанола. Въпреки това обаче, както и при всички ЦНС-активни вещества, пациентите трябва да се съветват да избягват консумацията на алкохол.

Лекарства, удължаващи QT интервала

Рискът от удължаване на QTc интервала и/или камерни аритмии (напр. Torsades de Pointes) се повишава при едновременната употреба на други лекарствени продукти, удължаващи QTc интервала. Едновременното прилагане на такива лекарствени продукти трябва да се избягва (вж. точка 4.4).

Съответните класове включват:

- клас Ia и III антиаритмични лекарства (напр. хинидин, амиодарон, соталол, дофетилид)
- някои антипсихотици (напр. тиоридазин)
- някои макролиди (напр. еритромицин)
- някои антихистамини
- някои хинолонови антибиотици (напр. моксифлоксацин).

Горният списък не е изчерпателен и е необходимо да се избягват и други лекарствени продукти, за които е известно, че значимо повишават QT интервала.

Ефект на венлафаксин върху други лекарствени продукти, метаболизиращи от изоензимите от групата на цитохром P450

In vivo проучвания показват, че венлафаксин е сравнително слаб инхибитор на CYP2D6. Венлафаксин не инхибира CYP3A4 (алпразолам и карбамазепин), CYP1A2 (кофеин) и CYP2C9 (толбутамид) или CYP2C19 (диазепам) *in vivo*.

Ефект на други лекарствени продукти върху венлафаксин

Кетоназол (инхибитор на CYP3A4)

Едно фармакокинетично проучване с кетоназол при CYP2D6 екстензивни (ЕМ) и лоши метаболитори (ЛМ) показва, че приложението на кетоназол води до по-голяма AUC за венлафаксин (70% и 21% съответно при лицата CYP2D6 ЛМ и ЕМ, съответно) и за О-дезметилвенлафаксин (33% и 23% съответно при лицата CYP2D6 ЛМ и ЕМ). Съпътстващата употреба на CYP3A4 инхибитори (напр. атазанавир, кларитромицин, индинавир, итраконазол, вориконазол, позаконазол, кетоназол, нелфинавир, ритонавир, саквинавир, телитромицин) и венлафаксин може да повиши нивата на венлафаксин и О-дезметилвенлафаксин. Затова се препоръчва предпазливост, ако терапията на пациента включва инхибитор на CYP3A4 и венлафаксин едновременно.

Ефект на венлафаксин върху други лекарствени продукти

Литий

При съпътстваща употреба на венлафаксин с литий може да настъпи серотонинов синдром ("Серотонинов синдром").

Диазепам



Венлафаксин няма никакви ефекти върху фармакокинетиката и фармакодинамиката на диазепам и неговия активен метаболит дезметилдиазепам. Диазепам изглежда не повлиява фармакокинетиката нито на венлафаксин, нито на О-дезметилвенлафаксин. Не е известно дали съществува фармакокинетично и/или фармакодинамично взаимодействие с други бензодиазепини.

Имипрамин

Венлафаксин не повлиява фармакокинетиката на имипрамин и 2-ОН-имипрамин. Има дозозависимо повишение на AUC за 2-ОН-дезипрамин с 2,5 до 4,5 пъти, когато се прилагат 75 mg до 150 mg венлафаксин дневно. Имипрамин не повлиява фармакокинетиката на венлафаксин и О-дезметилвенлафаксин. Не е известно клиничното значение на това взаимодействие. Трябва да се подхожда с повишено внимание при съвместното приложение на венлафаксин и имипрамин.

Халоперидол

Едно фармакокинетично проучване с халоперидол показва 42% понижение на общия перорален клирънс, 70% повишение на AUC, 88% повишение на C_{max} , но не показва никаква промяна в полуживота на халоперидол. Това трябва да се има предвид при пациентите, лекувани с халоперидол и венлафаксин едновременно. Не е известно клиничното значение на това взаимодействие.

Рисперидон

Венлафаксин повишава AUC на рисперидон с 50%, но не променя значимо фармакокинетичния профил на общата активна част (рисперидон плюс 9-хидроксирисперидон). Не е известно клиничното значение на това взаимодействие.

Метопролол

Едновременното приложение на венлафаксин и метопролол на здрави доброволци при едно проучване за фармакокинетично взаимодействие за двата лекарствени продукта води до повишение на плазмените концентрации на метопролол с приблизително 30-40%, без да променя плазмените концентрации на неговия активен метаболит α -хидроксиметопролол. Не е известно клиничното значение на тази находка при пациенти с хипертония. Метопролол не променя фармакокинетичния профил на венлафаксин или на активния му метаболит О-дезметилвенлафаксин. Трябва да се подхожда предпазливо при едновременното приложение на венлафаксин и метопролол.

Индинавир

Едно фармакокинетично проучване с индинавир показва 28% понижение на AUC и 36% понижение на C_{max} за индинавир. Индинавир не повлиява фармакокинетиката на венлафаксин и О-дезметилвенлафаксин. Не е известно клиничното значение на това взаимодействие.

Перорални контрацептиви

При постмаркетинговия опит са докладвани нежелани бременности при индивиди, приемащи перорални контрацептиви докато се лекуват с венлафаксин. Няма ясни доказателства, че тези бременности са резултат от взаимодействие с венлафаксин. Не е провеждано проучване за изследване на взаимодействието с перорални контрацептиви.

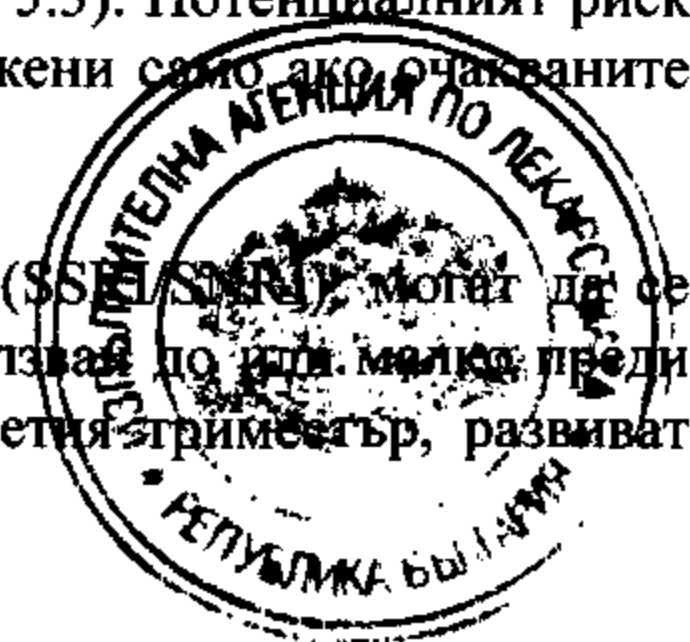
4.6 Фертилитет, бременност и кърмене

Бременност

Няма достатъчно данни за употребата на венлафаксин при бременни жени.

Проучванията при животни показват репродуктивна токсичност (вж. точка 5.3). Потенциалният риск при хора не е известен. Венлафаксин трябва да се прилага на бременни жени само ако очакваните ползи превишават всички възможни рискове.

Както и при други инхибитори на обратното захващане на серотонина (SSRI/SNRI), могат да се появят симптоми на отнемане при новородените, ако венлафаксин е използван до или малко преди раждането. Някои новородени, изложени на венлафаксин късно през третия триместър, развиват



усложнения, налагащи хранене през сонда, дихателна поддръжка или продължителна хоспитализация. Такива усложнения могат да се получат веднага след раждането.

Данни от епидемиологични проучвания показват, че употребата на инхибитори на обратното захващане на серотонина (SSRI) по време на бременност, главно при напреднала бременност, може да повиши риска от персистираща белодробна хипертония при новороденото (ПБХН). Въпреки че не са провеждани проучвания за връзка между ПБХН и лечението с инхибитори на обратното захващане на серотонина, за венлафаксин не може да се изключи този възможен риск като се вземе предвид механизма на действие (инхибиране на обратното захващане на серотонина).

Следните симптоми могат да бъдат наблюдавани при новородени ако майката е приемала SSRI/SNRI в късните стадии на бременността: раздразнителност, тремор, хипотония, постоянен плач, затруднения при сучене или трудно заспиване. Тези симптоми може да се дължат или на серотонинергични ефекти, или да бъдат симптоми на експозиция. В повечето случаи тези усложнения се наблюдават веднага или в рамките на 24 часа след раждането.

Обсервационните данни показват повишен риск (по-малко от 2 пъти) от послеродово кръвотечение след експозиция на SSRI/SNRI в рамките на последния месец преди раждането (вж. точки 4.4 и 4.8).

Кърмене

Венлафаксин и неговият активен метаболит О-дезметилвенлафаксин се екскретират в кърмата. Има постмаркетингови съобщения за кърмени новородени, които са имали симптоми като плач, раздразнителност и сънни нарушения. След преустановяване на кърменето са докладвани и симптоми на отнемане при венлафаксин. Не може да се изключи риск за кърмачето. Затова трябва да се вземе решение за продължаване/спиране на кърменето или за продължаване/спиране на терапията с Елифай XR, като се има предвид ползата за детето от кърменето и ползата за жената от лечението с Елифай XR.

Фертилитет

В проучване, при което и мъжки, и женски плъхове са били изложени на О-дексметилвенлафаксин, е наблюдаван понижен фертилитет. Клиничното значение на тази находка при хора не е известно (вж. точка 5.3).

4.7 Ефекти върху способността за шофиране и работа с машини

Всеки психоактивен лекарствен продукт може да наруши преценката, мисленето и моторните умения. Затова всички пациенти, приемащи венлафаксин, трябва да бъдат предупредени за ефектите върху способността им да шофират и да работят с опасни машини.

4.8 Нежелани лекарствени реакции

Резюме на профила на безопасност

Много честите нежелани лекарствени реакции ($>1/10$), съобщавани в клиничните проучвания, са гадене, сухота в устата, главоболие и потене (включително нощни изпотявания).

Табличен списък на нежеланите лекарствени реакции

Нежеланите реакции са изброени по-долу по системо-органен клас, честота, в низходящ ред по отношение на тяхната сериозност във всяка категория по честота.

Честотите са дефинирани като: много чести ($\geq 1/10$), чести ($\geq 1/100$ до $< 1/10$), нечести ($> 1/1000$ 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).

Система на организма	Много чести	Чести	Нечести	Редки	Много редки	Неизвестна честота



Нарушения на кръвта и лимфната система				Агранулоцитоза*, апластична анемия*, панцитопения*, неутропения*	Тромбоцитопения*	
Нарушения на имунната система				Анафилактична реакция*		
Нарушения на ендокринната система				Неадекватна секреция на антидиуретичен хормон*	Повишен пролактин в кръвта*	
Нарушения на метаболизма и храненето		Понижен апетит		Хипонатремия*		
Психични нарушения	безсъние	Състояние на объркване*, деперсонализация*, аноргазмия, понижено либидо, нервност, патологични сънища, нервност*	Мания, хипомания, халюцинации, дереализация, анормален оргазъм, апатия, бруксизъм*	Делириум*		Суицидни мисли и поведение ^a , агресия ^{b**}
Нарушения на нервната система	Замайване, главоболие ^{c***} , седация	Акатизия*, тремор, парестезия, дисгеузия	Синкоп, миоклонус, нарушение в координацията*, нарушение в равновесието*, дискинезия	Невролептичен малигнен синдром (НМС)*, серотонинов синдром*, конвулсии, дистония	Тардивна дискинезия*	
Очни нарушения		Зрително нарушение, акомодационни нарушения, включително замъглено зрение, мидриаза		Закритоъгълна глаукома*		
Нарушения на ухото и лабиринта		Тинитус*				Вертиго
Сърдечни нарушения		Тахикардия, палпитации		Torsade de pointes*, камерна тахикардия*, камерни фибрилации, удължен QTc интервал при ЕКГ*		Стрес-индуцирана кардиомиопатия ^d , тахикардиоблок ^e , кардиомиопатия ^f



Съдови нарушения		Хипертония, горещи вълни	Ортостатична хипотония, хипотония*			
Респираторни, гръдни и медиастинални нарушения		Диспнея*, прозяване		Интерстициална белодробна болест*, белодробна еозинофилия*		
Стомашно-чревни нарушения	Гадене, сухота в устата, запек	Повръщане, диария*	Гастроинтестинално кървене*	Панкреатит*		
Хепатобилиарни нарушения			Абнормни чернодробни функционални тестове*	Хепатит*		
Нарушения на кожата и подкожната тъкан	Хиперхидроза* (включително нощни изпотявания)*	Обрив, пруритус*	Ангиедем*, реакции на фоточувствителност, екхимоза, уртикария*, алоpecia*	Синдром на Стивънс-Джонсън*, токсична епидермална некролиза, *еритема мултиформе*		
Нарушения на мускулно-скелетната система и съединителната тъкан		Хипертония		Рабдомиолиза*		
Нарушения на бъбреците и пикочните пътища		Затруднено уриниране, ретенция на урина, полакиурия*	Инконтиненция на урина			
Нарушения на репродуктивната система и гърдата		Менорагия*, метрорагия*, еректилна дисфункция ^b , нарушена еякулация ^b				Послеродово кръвотечение *d***
Общи нарушения и ефекти на мястото на приложение		Астения, умора, студени тръпки*			Хеморагия на лигавиците*	
Изследвания		Повишаване на теллото, понижаване на теллото, повшени стойности на холестерола			Удължено време на кървене*	

* Нежелани лекарствени реакции, съобщени в постмаркетинговия период

^aСлучаи на суицидна идеация и суицидно поведение се съобщават по време на терапията с венлафаксин или рано след спиране на лечението (вж. точка 4.4)



^b Вж. Точка 4.4

^c При сборни клинични проучвания честотата на главоболието е при венлафаксин и плацебо е сходна.

^d Това събитие е съобщавано за класа лекарства SSRI/SNRI (вж. точки 4.4 и 4.6).

Спиране на лечението***

Спирането на венлафаксин (особено когато е внезапно) обикновено води до симптоми на отнемане. Най-често съобщаваните реакции са замаяност, сетивни нарушения (включително парестезия), нарушения на съня (включително безсъние и напрегнати сънища), ажитираност или тревожност, гадене и/или повръщане, тремор, вертиго, главоболие, грипоподобен синдром, зрителни нарушения и хипертония. Обикновено тези събития са леки до умерени и са самоограничаващи се, но при някои пациенти те могат да са тежки и/или по-продължителни. Затова се препоръчва, когато лечението с венлафаксин не е необходимо повече, да се извърши спиране чрез постепенно понижаване на дозата. При някои пациенти обаче се появяват тежка агресия и суицидна идеация при намаляване на дозата или по време на спиране на лечението (вж. точки 4.2 и 4.4).

Педиатрична популация

Като цяло профилът на нежеланите реакции на венлафаксин (при плацебо контролираните клинични проучвания) при деца и юноши (на възраст 6 до 17) е сходен с наблюденията при възрастни. Както и при възрастни, се наблюдават понижен апетит, загуба на тегло, повишено кръвно налягане и повишен серумен холестерол (вж. точка 4.4).

При клиничните проучвания при деца се наблюдава нежеланата реакция суицидна идеация. Има също все повече съобщения за враждебност и, особено при голямо депресивно разстройство, за самонараняване.

По-специално при деца се наблюдават следните нежелани реакции: коремна болка, ажитираност, диспепсия, екхимоза, епистаксис и миалгия.

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 националната система за съобщаване:

Изпълнителна агенция по лекарствата

ул. „Дамян Груев“ № 8

1303 София

тел.: +359 28903417

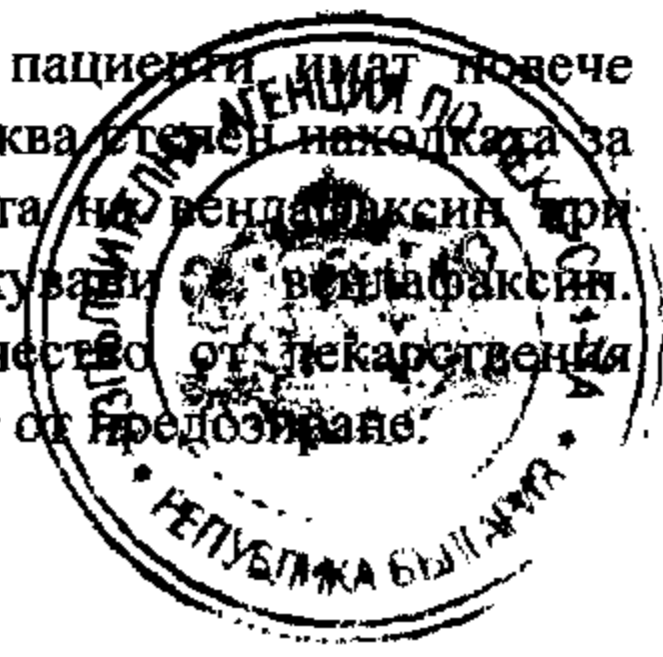
уебсайт: www.bda.bg

4.9 Предозиране

При постмаркетинговия опит предозирането с венлафаксин се съобщава главно в комбинация с алкохол и/или други лекарствени продукти. Най-често съобщаваните събития при предозиране включват тахикардия, количествени промени на съзнанието (вариращи от сомнолентност до кома), мидриаза, конвулсия и повръщане. Други съобщавани събития включват електрокардиографски промени (напр. удължаване на QT интервала, бедрен блок, удължаване на QRS комплекса) [вж. точка 5.1], вентрикуларна тахикардия, брадикардия, хипотония, вертиго и смърт.

Публикуваните ретроспективни проучвания съобщават, че предозирането на венлафаксин може да е свързано с повишен риск от фатален изход в сравнение с наблюдаваното при продукти на SSRI антидепресанти, но по-нисък от този за трицикличните антидепресанти.

Епидемиологичните проучвания показват, че лекуваните с венлафаксин пациенти имат повече рискови фактори за суицид, отколкото пациентите на SSRI. Не е ясно до каква степен наклонът за повишен риск от фатален изход може да бъде приписан на токсичността на венлафаксин при предозиране в сравнение с някои характеристики на пациентите, лекувани с венлафаксин. Прескрипциите за венлафаксин трябва се изписват в най-малкото количество от лекарствения продукт, отговарящо на доброто лечение на пациента, за да се понижи рискът от предозиране.



Препоръчвано лечение

Препоръчват се общи поддържащи и симптоматични мерки, като трябва да се проследяват сърдечния ритъм и жизнените показатели. Ако има риск от аспирация, не се препоръчва индуциране на повръщане. Стомашната промивка може да е показана, ако се извърши скоро след поглъщането или при симптоматични пациенти. Приложението на активен въглен може също да ограничи абсорбцията на активното вещество. Малко вероятно е форсираната диуреза, диализата, хемоперфузията и обменното кръвопреливане да бъдат от полза. Не са известни никакви специфични антидоти за венлафаксин.

5. ФАРМАКОЛОГИЧНИ СВОЙСТВА

5.1 Фармакодинамични свойства

Фармакотерапевтична група: психостимулант, други антидепресанти
АТС код: N06AX16

Механизъм на действие

Счита се, че механизмът на антидепресантното действие на венлафаксин при хора е свързан с потенцирането на невротрансмитерна активност в централната нервна система. Предклиничните проучвания показват, че венлафаксин и главният му метаболит О-дезметилвенлафаксин (ОДВ) са инхибитори на обратното захващане на серотонина и норадреналина. Венлафаксин също инхибира слабо допаминовото захващане. Венлафаксин и неговият активен метаболит понижават β -адренергичните отговори както при остро (единична доза), така и при хронично приложение. Венлафаксин и ОДВ са много сходни по отношение на тяхното цялостно действие върху обратното захващане на невротрансмитери и свързването към рецептори.

Венлафаксин на практика няма никакъв афинитет *in vitro* към мускариновите, холинергичните, H₁-хистаминергичните или α 1-адренергичните рецептори от мозък на плъх. Фармакологичното действие върху тези рецептори може да е свързано с различни нежелани реакции, наблюдавани при други антидепресантни лекарствени продукти, като антихолинергични, седативни и сърдечно-съдови нежелани реакции.

Венлафаксин не притежава инхибиторно действие върху моноаминооксидазата (MAO). *In vitro* проучванията показват, че венлафаксин на практика не притежава никакъв афинитет към опиатни и бензодиазепинови рецептори.

Клинична ефикасност и безопасност

Големи депресивни епизоди

Ефикасността на венлафаксин с незабавно освобождаване като лечение на големи депресивни епизоди е доказана при пет рандомизирани, двойно-слепи, плацебо контролирани, краткосрочни проучвания с продължителност от 4 до 6 седмици за дози до 375 mg/ден. Ефикасността на венлафаксин с удължено освобождаване като лечение на големи депресивни епизоди е установена при две плацебо контролирани краткосрочни проучвания с продължителност от 8 и 12 седмици, които включват обхват на дозите от 75 до 225 mg/ден.

При едно по-дългосрочно проучване амбулаторните възрастни пациенти, които са се повлияли по време на едно 8-седмично открито проучване на венлафаксин с удължено освобождаване (75, 150 или 225 mg), са рандомизирани да продължат своята доза венлафаксин с удължено освобождаване или на плацебо за максимум 26 седмици наблюдение за рецидив. При едно второ по-дългосрочно проучване ефикасността на венлафаксин за превенция на рецидивиращи депресивни епизоди за 12-месечен период е установена при едно плацебо контролирано, двойно-сляпо клинично изпитване при възрастни амбулаторни пациенти с рецидивиращи големи депресивни епизоди, които са се повлияли от лечение с венлафаксин (100 до 200 mg/ден, по схема с прием два пъти на ден) на последния епизод на депресия.

Генерализирано тревожно разстройство

Ефикасността на венлафаксин капсули с удължено освобождаване като лечение за генерализирано тревожно разстройство (ГТР) е установена при две 8-седмични, плацебо контролирани проучвания с



фиксираны дози (75 до 225 mg/ден), едно 6-месечно, плацебо контролирано проучване с фиксирани дози (75 до 225 mg/ден) и едно 6-месечно, плацебо контролирано проучване с промяна на дозите (37,5, 75 и 150 mg/ден) при възрастни амбулаторни пациенти.

Въпреки че има също доказателства за предимството на дозата от 37,5 mg/ден пред плацебо, тя не е толкова постоянно ефективна както по-високите дози.

Социално тревожно разстройство

Ефикасността на венлафаксин капсули с удължено освобождаване като лечение за социално тревожно разстройство е установена при четири двойно-слепи, паралелногрупови, 12-седмични, многоцентрови, плацебо контролирани проучвания с промяна на дозата и при едно двойно-сляпо, паралелногрупово, 6-месечно, плацебо контролирано, проучване с фиксирани/променливи дози при амбулаторни възрастни пациенти. Пациентите получават дози в границите от 75 до 225 mg/ден.

Липсват доказателства за по-голяма ефективност при групата от 150 до 225 mg/ден в сравнение с групата на 75 mg/ден при 6-месечното проучване.

Паническо разстройство

Ефикасността на венлафаксин капсули с удължено освобождаване като лечение за паническо разстройство е установена при две двойно-слепи, 12-седмични, многоцентрови, плацебо контролирани проучвания при възрастни амбулаторни пациенти с паническо разстройство, с или без агорафобия. Началната доза при проучванията с паническо разстройство е 37,5 mg/ден за 7 дни. След това пациентите получават фиксирани дози от 75 или 150 mg/ден при едно проучване и 75 или 225 mg/ден при другото проучване.

Ефикасността е установена също при едно дългосрочно, двойно-сляпо, плацебо контролирано, паралелногрупово проучване на дългосрочните безопасност, ефикасност и превенция на рецидивите при възрастни амбулаторни пациенти, които са се повлияли от откритото лечение. Пациентите продължават да получават същата доза от венлафаксин с удължено освобождаване, която са приели в края на откритата фаза (75, 150 или 225 mg).

Сърдечна електрофизиология

В специализирано задълбочено проучване за QTc при здрави доброволци, венлафаксин не удължава QT интервала в клинично значима степен при по-висока от терапевтичната доза от 450 mg/ден (приемани като 225 mg два пъти дневно).

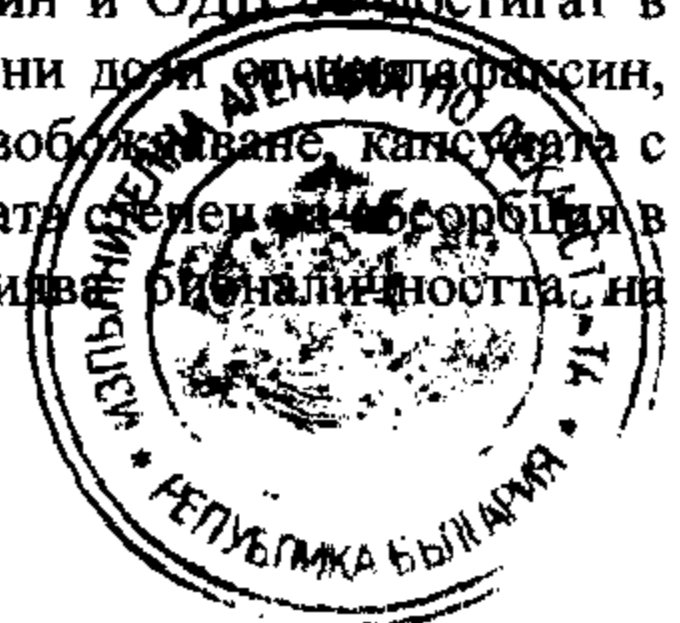
Въпреки това в постмаркетинговия период се съобщава за случаи на удължаване на Qtc/TdP и камерна аритмия, особено в случаи на предозиране или при пациенти с други рискови фактори за удължаване на Qtc/TdP (вж. точка 4.4, 4.8 и 4.9).

5.2 Фармакокинетични свойства

Венлафаксин се метаболизира в голяма степен основно до активния метаболит О-дезметилвенлафаксин (ОДВ). Средният \pm CO плазмен полуживот на венлафаксин и ОДВ е съответно 5 ± 2 часа и 11 ± 2 часа. Равновесните концентрации на венлафаксин и ОДВ се достигат в рамките на 3 дни от перорална терапия с многократно приложение. Венлафаксин и ОДВ показват линейна кинетика над дозовия обхват от 75 mg до 450 mg/ден.

Абсорбция

Поне 92% от венлафаксин се абсорбират след единична перорална доза от венлафаксин с незабавно освобождаване. Абсолютната бионаличност е 40% до 45% поради пресистемния метаболизъм. След приложение на венлафаксин с незабавно освобождаване пиковите плазмени концентрации на венлафаксин и ОДВ настъпват за съответно 2 и 3 часа. След приложението на венлафаксин капсули с удължено освобождаване пиковите плазмени концентрации на венлафаксин и ОДВ се достигат в рамките на съответно 5,5 часа и 9 часа. Когато се прилагат еднакви дневни дози от венлафаксин, било като таблетка с незабавно освобождаване или капсула с удължено освобождаване, капсулата с удължено освобождаване осигурява по-ниска скорост на абсорбция, но същата степен на абсорбция в сравнение с таблетката с незабавно освобождаване. Храната не повлиява бионаличността на венлафаксин и ОДВ.



Разпределение

Венлафаксин и ОДВ в терапевтични концентрации се свързват в минимална степен с човешките плазмени белтъци (съответно 27% и 30%). Обемът на разпределение на венлафаксин в равновесно състояние е $4,4 \pm 1,6$ L/kg след интравенозно приложение.

Биотрансформация

Венлафаксин претърпява значително метаболизиране в черния дроб. *In vitro* и *in vivo* проучванията показват, че венлафаксин претърпява биотрансформация до неговия главен активен метаболит ОДВ от CYP2D6. *In vitro* и *in vivo* проучванията показват, че венлафаксин се метаболизира до второстепенен по-малко активен метаболит N-дезметилвенлафаксин от CYP3A4. *In vitro* и *in vivo* проучванията показват, че венлафаксин е слаб инхибитор на CYP2D6. Венлафаксин не инхибира CYP1A2, CYP2C9 или CYP3A4.

Елиминиране

Венлафаксин и неговите метаболити се екскретират основно през бъбреците. Приблизително 87% от дозата на венлафаксин се отделя с урината в рамките на 48 часа като непроменен венлафаксин (5%), неконюгиран ОДВ (29%), конюгиран ОДВ (26%) или други второстепенни неактивни метаболити (27%). Средният \pm CO плазмен клирънс в равновесно състояние за венлафаксин и ОДВ е съответно $1,3 \pm 0,6$ L/час/kg и $0,4 \pm 0,2$ L/h/kg.

Специални групи

Възраст и пол

Възрастта и полът на пациентите не повлияват значимо фармакокинетиката на венлафаксин и ОДВ.

CYP2D6 екстензивни/лоши метаболизатори

Плазмените концентрации на венлафаксин са по-високи при CYP2D6 лоши метаболизатори, отколкото при екстензивните метаболизатори. Тъй като общата експозиция (AUC) на венлафаксин и ОДВ е сходна при лоши и екстензивни метаболизатори, няма необходимост от различни дозови схеми за тези две групи.

Чернодробно увреждане

При пациенти с Child-Pugh клас А (леко чернодробно увреждане) и Child-Pugh клас В (умерено чернодробно увреждане) полуживотът на венлафаксин и ОДВ е удължен в сравнение с нормални лица. Пероралният клирънс както на венлафаксин, така и на ОДВ е намален. Открива се голяма степен на вариабилност между отделните индивиди. Има ограничени данни при пациенти с тежко чернодробно увреждане (вж. точка 4.2).

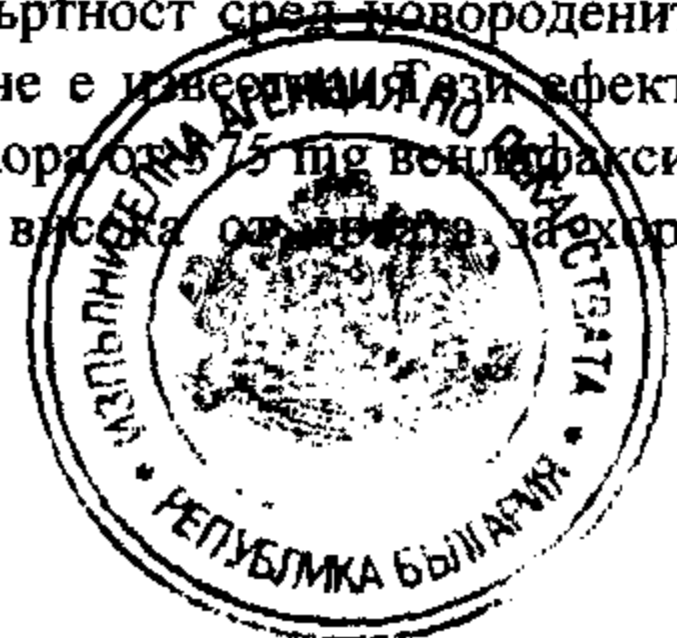
Бъбречно увреждане

При диализни пациенти елиминационният полуживот на венлафаксин е удължен с около 180%, а клирънсът е понижен с около 57% в сравнение с нормални лица, докато елиминационният полуживот на ОДВ е удължен с около 142%, а клирънсът – понижен с около 56%. Необходими са корекции на дозата при пациенти с тежко бъбречно увреждане и при пациенти, на които се налага хемодиализа (вж. точка 4.2).

5.3 Предклинични данни за безопасност

Проучванията с венлафаксин при плъхове и мишки не показват данни за карциногенност. Венлафаксин не е мутагенен при широк набор от *in vitro* и *in vivo* изследвания.

Проучванията за репродуктивна токсичност при животни показват понижено тегло на новородените при плъхове, повишение на честотата на мъртвородени и повишена смъртност сред новородените през първите 5 дни от кърменето. Причината за тези смъртни случаи не е известна. Тези ефекти настъпват при 30 mg/kg/ден, което е 4 пъти повече от дневната доза при хора от 75 mg венлафаксин (на основа mg/kg). Дозата без ефект за тези находки е 1,3 пъти по-висока от дневната доза при хора. Потенциалният риск при хора не е известен.



Наблюдава се понижен фертилитет при едно проучване, при което както мъжки, така и женски плъхове са били експозирани на ОДВ. Тази експозиция е била приблизително 1 до 2 пъти по-висока от дозата на венлафаксин при хора от 375 mg/ден. Значението на тази находка при хора не е известно.

6. ФАРМАЦЕВТИЧНИ ДАННИ

6.1 Списък на помощните вещества

За Елифай XR 37,5 mg:

Съдържание на капсулата:

захарни сфери (съдържащи захароза)
етилцелулоза (E462)
хидроксипропилцелулоза
хипромелоза (E464)
талк (E553b)
дибутил себакат
олеинова киселина
силициев диоксид, колоиден безводен.

Обвивка на капсулата:

желатин
натриев лаурил сулфат
Оцветители:
Понсо 4R (E124)
хинолиново жълто (E104)
титанов диоксид (E171).

За Елифай XR 75 mg:

Съдържание на капсулата:

захарни сфери (съдържащи захароза)
етилцелулоза (E462)
хидроксипропилцелулоза
хипромелоза (E464)
талк (E553b)
дибутил себакат
олеинова киселина
силициев диоксид, колоиден безводен.

Обвивка на капсулата:

желатин
натриев лаурил сулфат
Оцветители:
сънсет жълто FCF (E110)
хинолиново жълто (E104)
титанов диоксид (E171).

За Елифай XR 150 mg:

Съдържание на капсулата:

захарни сфери (съдържащи захароза)
етилцелулоза (E462)
хидроксипропилцелулоза
хипромелоза (E464)
талк (E553b)
дибутил себакат



олеинова киселина
силициев диоксид, колоиден безводен.

Обвивка на капсулата:

желатин

натриев лаурил сулфат

Оцветители:

сънсет жълто FCF (E110)

хинолиново жълто (E104)

патент синьо (E131)

титанов диоксид (E171).

6.2 Несъвместимости

Не е приложимо.

6.3 Срок на годност

3 години.

6.4 Специални условия на съхранение

Този лекарствен продукт не изисква никакви специални условия на съхранение.

6.5 Вид и съдържание на опаковката

20, 28, 30, 50, 98 и 100 капсули, опаковани във блистери (PVC/ алуминий).

50 и 100 капсули в HDPE бутилка с HDPE капачка на винт и саше със силика гел (десикант).

Не всички видови опаковки могат да бъдат пуснати в продажба.

6.6 Специални предпазни мерки при изхвърляне и работа

Няма специални изисквания.

7. ПРИТЕЖАТЕЛ НА РАЗРЕШЕНИЕТО ЗА УПОТРЕБА

Medochemie Ltd, 1-10 Constantinoupoleos Str., 3011 Limassol, Кипър

8. НОМЕР(А) НА РАЗРЕШЕНИЕТО ЗА УПОТРЕБА

Елифай XR 37.5 mg капсули с удължено освобождаване, твърди:

Reg№: 20080090

Елифай XR 75 mg капсули с удължено освобождаване, твърди:

Reg. № 20080091

Елифай XR 150 mg капсули с удължено освобождаване, твърди:

Reg. №: 20080092

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

Дата на първо разрешаване: 11 юни 2008 г.

Дата на последно подновяване: 05 март 2012 г.

10. ДАТА НА АКТУАЛИЗИРАНЕ НА ТЕКСТА

11/2022

