

КРАТКА ХАРАКТЕРИСТИКА НА ПРОДУКТА

1. ИМЕ НА ЛЕКАРСТВЕНИЯ ПРОДУКТ

Алвоцитал 10 mg филмирани таблетки
Alvocital 10 mg film-coated tablets

ИЗПЪЛНИТЕЛНА АГЕНЦИЯ ПО ЛЕКАРСТВАТА	
Кратка характеристика на продукта - Приложение 1	
Към Роз. №	20300634
Разрешение №	23042 31.07.2013
Одобрение №	

2. КАЧЕСТВЕН И КОЛИЧЕСТВЕН СЪСТАВ

Всяка таблетка съдържа 10 mg есциталопрам (под формата на оксалат (escitalopram as oxalate)).

За пълния списък на помощните вещества вижте точка 6.1.

3. ЛЕКАРСТВЕНА ФОРМА

Филмирана таблетка (таблетка).

Бели, овални, филмирани таблетки, с вдълбнато релефно означение 'E9CM' от едната страна и с делителна черта и вдълбнато релефно означение '10' от другата страна (по един номер от всяка страна на делителната черта).

Таблетката може да бъде разделена на две равни половини.

4. КЛИНИЧНИ ДАННИ

4.1 Терапевтични показания

- Лечение на големи депресивни епизоди.
- Лечение на паническо разстройство с или без агорафобия.
- Лечение на социално тревожно разстройство (социална фобия).
- Лечение на генерализирано тревожно разстройство.
- Лечение на обсесивно-компулсивно разстройство.

4.2 Дозировка и начин на приложение

Дозировка

Безопасността на дневни дози над 20 mg не е установена.

Алвоцитал се прилага като еднократна дневна доза и може да се приема с или без храна.

Големи депресивни епизоди

Обичайната доза е 10 mg веднъж дневно. В зависимост от индивидуалния отговор на пациента, дозата може да бъде увеличена максимално на 20 mg дневно.

Обикновено са необходими 2 до 4 седмици за постигане на антидепресивен отговор. След отзучаване на симптомите е необходимо лечението да продължи поне 6 месеца за затвърждаване на отговора.

Паническо разстройство с или без агорафобия

През първата седмица се препоръчва начална доза от 5 mg преди повишаване на дозата на 10 mg дневно. След това дозата може да бъде повищена максимално до 20 mg дневно, в зависимост от индивидуалния отговор на пациента.

Максимална ефективност се постига след около 3 месеца. Лечението продължава няколко месеца.

Социално тревожно разстройство



Обичайната доза е 10 mg веднъж дневно. Обикновено са необходими 2 до 4 седмици за облекчаване на симптомите. В зависимост от индивидуалния отговор на пациента дозата може да бъде постепенно намалена на 5 mg или повишена до максимална доза от 20 mg дневно.

Социалното тревожно разстройство е заболяване с хроничен ход, поради което се препоръча лечение в продължение на 12 седмици за затвърждаване на отговора. Дългосрочното лечение на отговорилите е проучвано в продължение на 6 месеца и може да бъде разглеждано индивидуално за превенция на рецидиви; ползите от лечението трябва да бъдат оценявани на редовни интервали.

Социалното тревожно разстройство е добре дефиниран диагностичен термин на специфично разстройство, което не трябва да се бърка с прекомерна срамежливост. Фармакотерапията е показана само, ако разстройството вреди значително на професионалните и социални дейности. Мястото на това лечение в сравнение с когнитивната поведенческа терапия не е било оценявано. Фармакотерапията е част от цялостната терапевтична стратегия.

Генерализирано тревожно разстройство

Началната доза е 10 mg веднъж дневно. В зависимост от индивидуалния отговор на пациента дозата може да бъде увеличена максимално до 20 mg дневно.

Дългосрочното лечение на отговорилите е проучено в продължение на поне 6 месеца, при пациенти получаващи 20 mg/ден. Ползите от лечението и дозата трябва да бъдат оценявани на редовни интервали от време (вж. точка 5.1).

Обсесивно-компултивно разстройство

Началната доза е 10 mg веднъж дневно. В зависимост от индивидуалния отговор на пациента дозата може да бъде увеличена максимално до 20 mg дневно.

Тъй като обсесивно-компултивното разстройство (OKP) е хронично заболяване, пациентите трябва да бъдат подложени на продължително лечение, за да се гарантира изчезването на симптомите.

Ползите от лечението и дозата трябва да бъдат оценявани на редовни интервали от време (вж. точка 5.1).

Пациенти в старческа възраст (> 65 години)

Началната доза е 5 mg веднъж дневно. В зависимост от индивидуалния отговор на пациента, дозата може да бъде увеличена до 10 mg дневно (вж. точка 5.2).

Ефикасността на есциталопрам при социално тревожно разстройство не е проучена при пациенти в старческа възраст.

Педиатрична популация

Деца и юноши (< 18 години)

Алвоцитал не трябва да се използва за лечение на деца и юноши под 18-годишна възраст (вж. точка 4.4).

Понижена бъбречна функция

При пациенти с леко или умерено бъбречно увреждане не е необходимо коригиране на дозата. Препоръча се повишено внимание при пациенти със силно понижена бъбречна функция (Cl_{cr} под 30 ml/min) (вж. точка 5.2).

Понижена чернодробна функция

При пациенти с леко или умерено чернодробно увреждане се препоръча начална доза от 5 mg дневно през първите две седмици на лечението. В зависимост от индивидуалния отговор на пациента, дозата може да бъде увеличена на 10 mg дневно. При пациенти със силно понижена чернодробна функция се препоръча предпазливост и повишено внимание при титриране на дозата (вж. точка 5.2).



Слаби метаболизатори на CYP2C19

При пациенти, за които е известно, че са слаби метаболизатори на CYP2C19, препоръчителната първоначална доза през първите две седмици на лечението е 5 mg дневно. В зависимост от индивидуалния отговор на пациента, дозата може да бъде увеличена на 10 mg дневно (вж. точка 5.2).

Симптоми на отнемане, наблюдавани при прекъсване на лечението

Внезапно прекъсване на лечението трябва да се избягва. При прекъсване на лечението с Алвоцитал дозата трябва да се намалява постепенно за период поне от една до две седмици за да се намали риска от симптоми на отнемане (вж. точка 4.4 и 4.8). Ако в резултат на намаление на дозата или при прекъсване на лечението се появят симптоми, трудно поносими от пациента, може да се обмисли връщане към предишната предписана доза. Впоследствие, лекарят може да продължи да намалява дозата, но по-плавно.

4.3 Противопоказания

Свръхчувствителност към активното(ите) вещество(а) или към някое от помощните вещества, изброени в точка 6.1.

Едновременното лечение с неселективни необратими инхибитори на моноаминооксидазата (МАО-инхибитори) е противопоказано поради риск от серотонинов синдром с ажитраност, тремор, хипертермия и др. (вж. точка 4.5).

Комбинирането на есциталопрам с обратими МАО-А инхибитори (напр. моклобемид) или обратимия неселективен МАО-инхибитор линезолид е противопоказано поради риск от поява на серотонинов синдром (вж. точка 4.5).

Есциталопрам е противопоказан при пациенти с установен удължен QT интервал или със синдром на вроден удължен QT интервал.

Приемът на есциталопрам заедно с лекарствени продукти, за които е известно, че удължават QT интервала, е противопоказан (вж. точка 4.5).

4.4 Специални предупреждения и предпазни мерки при употреба

Следните специални предупреждения и предпазни мерки се прилагат за терапевтичния клас на SSRIs (селективни инхибитори на обратното захващане на серотонина).

Употреба при деца и юноши под 18-годишна възраст

Алвоцитал не трябва да се използва за лечение на деца и юноши под 18-годишна възраст. Суицидно поведение (суициден опит и суицидни мисли) и враждебност (предимно агресия, противопоставяне и гняв) са наблюдавани по-често в клинични изпитвания сред деца и юноши, лекувани с антидепресанти, в сравнение с тези на плацебо. Ако въз основа на клиничните нужди все пак се вземе решение за лечение, пациентът трябва да бъде внимателно наблюдаван за поява на суицидни симптоми. В допълнение, липсват данни за дългосрочна безопасност при деца и юноши по отношение на растежа, съзряването, когнитивното и поведенческо развитие.

Парадоксална тревожност

В началото на лечението с антидепресанти някои пациенти с паническо разстройство може да почувствуваат усиливане на симптомите на тревожност. Тази парадоксална реакция обикновено отзуичава до две седмици при продължаване на лечението. Препоръчва се ниска начална доза за намаляване на вероятността от анксиогенен ефект (вж. точка 4.2).

Гърчове

Приемът на есциталопрам трябва да бъде преустановен, ако пациентът получи гърчове за първи път или при повишаване на тяхната честота (при пациенти с предишна диагноза



епилепсия). SSRIs трябва да се избягват при пациенти с нестабилна епилепсия, а тези с контролирана епилепсия трябва да бъдат внимателно наблюдавани.

Мания

SSRIs трябва да се използват с повищено внимание при пациенти с анамнеза за мания/хипомания. Лечението с SSRIs трябва да бъде преустановено при всеки пациент, навлизаш в манийна фаза.

Диабет

При пациенти с диабет, лечението с SSRI може да промени гликемичния контрол (хипогликемия или хипергликемия). Може да се наложи коригиране на дозите на инсулина и/или пероралните хипогликемични лекарствени средства.

Самоубийство/суицидни мисли или клинично влошаване

Депресията е свързана с повишен рисък от суицидни мисли, самонараняване и самоубийство (събития, свързани със самоубийство). Този рисък съществува до достигане на значима ремисия. Тъй като подобрене може да не настъпи през първите няколко седмици на лечение или повече, пациентите трябва да бъдат внимателно наблюдавани до неговата поява. Клиничният опит показва, че рисъкът от самоубийство може да нарасне в ранните етапи на възстановяване.

Други психични заболявания, за които се предписва Алвоцитал могат също да бъдат свързани с повишен рисък от суицидни събития. В допълнение, тези заболявания могат да бъдат коморбидни на голямото депресивно разстройство. Същите предпазни мерки, наблюдавани при лечение на пациенти с голямо депресивно разстройство, следователно трябва да бъдат спазвани при лечение на пациенти с други психични заболявания.

Известно е, че пациентите с анамнеза за суицидни събития или тези, показващи значителна степен на суицидна идеация преди началото на лечението са с по-голям рисък за суицидни мисли или опити за самоубийство и трябва да бъдат внимателно наблюдавани по време на лечението. Мета-анализ на плацебо-контролирани клинични изпитвания на антидепресанти при възрастни пациенти с психични заболявания показва повишен рисък от суицидно поведение при пациенти под 25-годишна възраст, лекувани с антидепресанти в сравнение с тези на плацебо.

Лекарствената терапия на пациентите и по-специално на тези с висок рисък следва да бъде съпътствана от строго наблюдение, особено в началото на лечението и след промени в дозата. Пациентите (и полагащите за тях грижи) трябва да бъдат предупредени за необходимостта от наблюдение за всяко клинично влошаване, суицидно поведение или мисли и необичайни промени в поведението, както и да потърсят незабавно медицинска помощ, ако тези симптоми присъстват.

Акатизия/психомоторно беспокойство

Употребата на SSRIs/SNRIs се свързва с развитието на акатизия, характеризираща се със субективно неприятно или изтощително беспокойство и необходимост от движение, често съпроводено с невъзможност да се седи или стои неподвижно. Най-голяма вероятност от поява на това състояние съществува през първите няколко седмици на лечението. При пациенти, които развиват тези симптоми, повишаването на дозата може да бъде пагубно.

Хипонатриемия

Хипонатриемия се съобщава рядко при употребата на SSRIs, вероятно поради несъответна секреция на антидиуретичен хормон (АДХ) и обикновено отминава при прекратяване на лечението. Необходимо е повищено внимание при рискови пациенти, като тези в напреднала възраст или при пациенти с цироза, или ако се използва в комбинация с други лекарства, за които се знае, че предизвикват хипонатриемия.

Кръвоизлив



При употреба на SSRIs има съобщения за аномалии с кожно кървене, като екхимози и пурпра. Препоръчва се повищено внимание при пациенти приемащи SSRIs, особено при едновременна употреба с перорални антикоагуланти, с лекарствени продукти, за които е известно, че влияят върху тромбоцитната функция (напр. атипични антипсихотици и фенотиазини, повечето трициклични антидепресанти, ацетилсалицилова киселина и нестероидни противовъзпалителни средства (НСПВС), тиклопидин и дипиридамол), както и при пациенти със склонност към кървене.

ЕКТ (електроконвулсивна терапия)

Поради ограничения клиничен опит от едновременното приложение на SSRIs и ЕКТ се препоръчва повищено внимание.

Серотонинов синдром

Препоръчва се повищено внимание при едновременно прилагане на есциталопрам с лекарствени продукти със серотонинергични ефекти като суматриптан или други триптани, трамадол и триптофан.

В редки случаи се съобщава за серотонинов синдром при пациенти, приемащи SSRIs, едновременно със серотонинергични лекарствени продукти. Комбинацията от симптоми като възбуда, трепор, миоклонус и хипертермия може да е показателна за развитие на това състояние. Ако това състояние настъпи, лечението с SSRI и серотонинергичен лекарствен продукт трябва да бъде незабавно преустановено и да се започне симптоматично лечение.

Жъlt кантарион

Едновременната употреба на SSRIs и билкови препарати, съдържащи жъlt кантарион (*Hypericum Perforatum*) може да доведе до повишена честота на нежеланите реакции (вж. точка 4.5).

Симптоми на отнемане, наблюдавани при прекъсване на лечението

Симптомите на отнемане при прекъсване на лечението са чести, особено при внезапно спиране (вж. точка 4.8). В клинични изпитвания нежеланите реакции, наблюдавани при прекъсване на лечението се появяват при около 25 % от пациентите, лекувани с есциталопрам и при 15 % от пациентите, приемащи плацеbo.

Рискът от симптоми на отнемане може да зависи от няколко фактора, включително продължителността и дозата на лечението, както и от скоростта на намаляване на дозата. Най-често съобщаваните реакции са замаяност, сетивни нарушения (включително парестезия и усещания за преминаване на електрически ток), нарушения на съня (включително безсъние и интензивно сънуване), ажитираност или тревожност, гадене и/или повръщане, трепор, обърканост, изпотяване, главоболие, диария, сърцевиене, емоционална нестабилност, раздразнителност и зрителни нарушения. Обикновено тези симптоми са леки до умерени, но при някои пациенти те могат да бъдат тежки по интензитет.

Те обикновено настъпват през първите няколко дни от спиране на лечението, но има единични съобщения за подобни симптоми при пациенти, които по невнимание са пропуснали доза.

Като цяло тези симптоми са самоограничаващи се и обикновено отшумяват в рамките на 2 седмици, въпреки че при някои индивиди могат да бъдат пролонгирани (2-3 месеца или повече). Поради това се препоръчва лечението с есциталопрам да бъде спирано постепенно, за период от няколко седмици или месеци, в зависимост от нуждите на пациента (вж. "Симптоми на отнемане, наблюдавани при прекъсване на лечението", точка 4.2).

Коронарна болест на сърцето

Поради ограничения клиничен опит се препоръчва повищено внимание при пациенти с коронарна болест на сърцето (вж. точка 5.3).



Удължаване на QT интервала

Установено е, че есциталопрам води до дозозависимо удължаване на QT интервала. В периода след продажбата се съобщава за случаи на удължен QT интервал и камерна аритмия, включително камерна тахикардия, предимно при пациенти от женски пол с хипокалиемия или с предшестващо удължаване на QT интервала, или друго сърдечно заболяване (вж. точки 4.3, 4.5, 4.8, 4.9 и 5.1).

Препоръчва се предпазливост при пациенти със сигнификантна брадикардия или при пациенти, които насконо са прекарали остръ инфаркт на миокарда, или са с декомпенсирана сърдечна недостатъчност.

Наличието на електролитен дисбаланс като хипокалиемия и хипомагнезиемия повишава опасността от злокачествени аритмии и трябва да бъде коригирано преди започване на лечението с есциталопрам.

При лечение на пациенти със стабилно сърдечно заболяване, преди започване на лечението трябва да се помисли за извършване на електрокардиография (ЕКГ).

При поява на признания на сърдечна аритмия по време на лечение с есциталопрам, лечението трябва да се преустанови и да се направи ЕКГ.

4.5 Взаимодействие с други лекарствени продукти и други форми на взаимодействие

Фармакодинамични взаимодействия

Противопоказани комбинации

Необратими, неселективни МАО-инхибитори

Съобщени са случаи на сериозни реакции при пациенти, приемащи SSRI в комбинация с неселективен необратим моноаминооксидазен инхибитор (МАО-инхибитор), както и при пациенти, които насконо се прекъснали лечение с SSRI и са започнали терапия с такъв МАО-инхибитор (вж. точка 4.3). В някои случаи пациентът развива серотонинов синдром (вж. точка 4.8).

Есциталопрам е противопоказан в комбинация с неселективни необратими МАО-инхибитори. Лечението с есциталопрам може да започне 14 дни след прекъсване на лечение с необратим МАО-инхибитор. Необходим е интервал от 7 дни между спиране на лечението с есциталопрам и започване на лечение с неселективен, необратим МАО-инхибитор.

Обратим, селективен МАО-А инхибитор (моклобемид)

Поради риска от серотонинов синдром, комбинирането на есциталопрам с МАО-А инхибитор като моклобемид е противопоказано (вж. точка 4.3). Ако се докаже необходимостта от комбинацията, тя трябва да започне с минималната препоръчителна доза и при засилено клинично наблюдение.

Обратим, неселективен МАО-инхибитор (линезолид)

Антибиотикът линезолид е обратим, неселективен МАО-инхибитор и не трябва да се прилага при пациенти, лекувани с есциталопрам. Ако се докаже необходимостта от комбинацията, тя трябва да се прилага с минимална доза и при засилено клинично наблюдение (вж. точка 4.3).

Необратим, селективен МАО-В инхибитор (селегилин)

При комбинация със селегилин (необратим МАО-В инхибитор) се изисква повищено внимание поради риск от развитие на серотонинов синдром. Дози селегилин до 10 mg/ден са прилагани безопасно едновременно с рацемичен циталопрам.

Удължаване на QT интервала



Не са провеждани фармакокинетични и фармакодинамични проучвания на есциталопрам в комбинация с други лекарствени продукти, които удължават QT интервала. Не може да се изключи появата на адитивен ефект на есциталопрам с тези лекарствени продукти. Затова е противопоказано приложението на есциталопрам заедно с лекарствени продукти, които удължават QT интервала като Клас IA и Клас III антиаритмици, антипсихотици (например, производни на фенотиазин, пимозид, халоперидол), трициклични антидепресанти, някои антимикробни средства (например, спарфлоксацин, моксифлоксацин, еритромицин i.v., пентамидин, антimalарийни лекарства, по-специално халофантрин), някои антихистамини (астемизол, мизоластин).

Комбинации, изискващи предпазни мерки при употреба

Серотонинергични лекарствени продукти

Едновременното приложение със серотонинергични лекарствени продукти (напр. трамадол, суматриптан и други триптани) може да предизвика серотонинов синдром.

Лекарствени продукти, понижаващи гърчовия праг

SSRIs могат да понижат гърчовия праг. Препоръчва се повищено внимание при едновременно прилагане на други лекарствени продукти, понижаващи гърчовия праг (напр. антидепресанти (трициклични, SSRIs), невролептици (фенотиазини, тиоксанти и бутирофенони), мефлокин, бупропион и трамадол).

Литий, триптофан

Има данни за засилване на ефекта при приложение на SSRIs заедно с литий или триптофан, затова се изисква повищено внимание при едновременното прилагане на SSRIs с тези лекарствени продукти.

Жъlt кантарион

Едновременното приложение на SSRIs и билкови препарати, съдържащи жъlt кантарион (*Hypericum Perforatum*) може да доведе до повишена честота на нежеланите реакции (вж. точка 4.4).

Кръвоизлив

При комбиниране на есциталопрам с перорални антикоагуланти може да възникне промяна в антикоагулантните ефекти. Коагулационният статус на подложените на перорална антикоагулантна терапия пациенти трябва да бъде внимателно наблюдаван при започване или прекъсване на лечение с есциталопрам (вж. точка 4.4).

Алкохол

Не се очакват фармакодинамични и фармакокинетични взаимодействия между есциталопрам и алкохол. Въпреки това, както и при други психотропни лекарствени продукти, комбинацията с алкохол не е препоръчителна.

Фармакокинетични взаимодействия

Влияние на други лекарствени продукти върху фармакокинетиката на есциталопрам

Метаболизът на есциталопрам се медирира основно от CYP2C19. В по-малка степен CYP3A4 и CYP2D6 могат също да имат отношение към метаболизма на есциталопрам. Изглежда биотрансформацията на основния метаболит S-DCT (деметилиран есциталопрам) частично се катализира от CYP2D6.

Едновременното приложение на есциталопрам с омепразол 30 mg веднъж дневно (инхибитор на CYP2C19) води до умерено (приблизително 50 %) повишение на плазмените концентрации на есциталопрам.



Едновременното приложение на есциталопрам и циметидин 400 mg два пъти дневно (умерено силен ензимен инхибитор), води до умерено (приблизително 70 %) увеличение на плазмената концентрация на есциталопрам. Препоръчва се предпазливост при прилагане на есциталопрам в комбинация с циметидин. Може да се наложи регулиране на дозата. Препоръчва се повишено внимание при едновременно приложение с CYP2C19 инхибитори (напр. омепразол, езомепразол, флуоксамин, ланзопразол, тиклопидин) или циметидин. Въз основа на наблюдението на нежеланите реакции при едновременно лечение може да е необходимо намаляване на дозата на есциталопрам.

Влияние на есциталопрам върху фармакокинетиката на други лекарствени продукти
Есциталопрам е инхибитор на ензима CYP2D6. Препоръчва се повишено внимание при едновременно приложение на есциталопрам с лекарствени продукти, които се метаболизират основно от този ензим и които имат тесен терапевтичен индекс, например флекаинид, пропафенон и метопролол (когато се използва при сърдечна недостатъчност) или някои лекарствени продукти, въздействащи върху ЦНС, които се метаболизират основно от CYP2D6, например антидепресанти като дезипрамин, кломипрамин и нортриптилин или антипсихотици като рисперидон, тиоридазин и халоперидол. Може да се наложи корекция на дозата.

Едновременното приложение с дезипрамин или метопролол води и в двата случая до двукратно повишение на плазмените нива на тези два CYP2D6 субстрата.

Проучванията *in vitro* показват, че есциталопрам може да предизвика и слабо инхибиране на CYP2C19. Препоръчва се повишено внимание при едновременно приложение на лекарствени продукти, които се метаболизират от CYP2C19.

4.6 Фертилитет, бременност и кърмене

Бременност

Съществуват само ограничени клинични данни за ефекта на есциталопрам при бременни жени. При проучвания върху репродуктивната токсичност при пътхове, проведени с есциталопрам, са наблюдавани ембрио-фетотоксични ефекти, но не и повишена честота на малформации (вж. точка 5.3).

Альоцитал не трябва да се използва по време на бременност, освен в случай на крайна необходимост и само след внимателна преценка на съотношението риск/полза.

Новородените трябва да бъдат наблюдавани, ако майката е приемала Альоцитал през късните етапи на бременността, особено в третия триместър. Внезапно прекъсване на лечението трябва да се избягва по време на бременността.

Следните симптоми могат да се появят при новородени, чиито майки са приемали SSRI/SNRI в късните етапи на бременността: респираторен дистрес, цианоза, апнея, гърчове, температурна нестабилност, трудности при хранене, повръщане, хипогликемия, хипертония, хипотония, хиперрефлексия, трепор, нервност, раздразнителност, летаргия, постоянен плач, съниливост и трудно заспиване. Тези симптоми биха могли да се дължат на серотонинергични ефекти или симптоми на отнемане. В повечето случаи усложненията започват веднага или скоро (< 24 часа) след раждането.

Епидемиологичните данни предполагат, че употребата на SSRIs по време на бременност, особено в края на бременността, може да увеличи риска от персистираща пулмонална хипертония при новороденото (PPHN). Наблюдаваният риск е приблизително 5 случая на 1000 бременностни. В общата популация настъпват 1 до 2 случая на PPHN на 1000 бременностни.

Кърмене

Очаква се есциталопрам да се екскретира в човешката кърма.

Следователно, не се препоръчва кърмене по време на лечението.



Фертилитет

Данни от опити при животни са показвали, че циталопрам може да повлияе качеството на спермата (вж. точка 5.3).

Съобщения за приложение на SSRIs при хора са показвали, че ефектът върху качеството на спермата е обратим. Досега не е наблюдавано въздействие върху фертилитета при хора.

4.7 Ефекти върху способността за шофиране и работа с машини

Въпреки че есциталопрам не оказва влияние върху интелектуалната функция или психомоториката, всеки психоактивен лекарствен продукт може да наруши способността за преценка или уменията. Пациентите трябва да бъдат предупредени за потенциалния рисков от повлияване на способността им за шофиране и работа с машини.

4.8 Нежелани лекарствени реакции

Нежеланите лекарствени реакции са най-чести през първата или втората седмица от лечението и обикновено намаляват по интензитет и честота в хода на терапията.

Нежеланите лекарствени реакции, известни за SSRIs и също съобщени за есциталопрам в плацебо-контролирани клинични изпитвания или като спонтани постмаркетингови събития са изброени по-долу по системо-органна класификация и честота.

Честотите са взети от клинични проучвания и не са плацебо-коригирани.

Честотите са дефинирани като

Много чести ($\geq 1/10$),

Чести ($\geq 1/100$ до $< 1/10$),

Нечести ($\geq 1/1000$ до $< 1/100$),

Редки ($\geq 1/10\ 000$ до $< 1/1000$),

Много редки ($< 1/10\ 000$),

С неизвестна честота (от наличните данни не може да бъде направена оценка).

<i>MedDRA Системо-органен клас</i>	<i>Честота</i>	<i>Нежелана реакция</i>
Нарушения на кръвта и лимфната система	С неизвестна честота	Тромбоцитопения
Нарушения на имунната система	Редки	Анафилактична реакция
Нарушения на ендокринната система	С неизвестна честота	Недостатъчна секреция на АДХ
Нарушения на метаболизма и храненето	Чести	Намален апетит, повышен апетит, увеличено тегло
	Нечести	Загуба на тегло
	С неизвестна честота	Хипонатриемия, анорексия ²
Психични нарушения	Чести	Тревожност, беспокойство, абнормни сънища Жени и мъже: понижено либидо Жени: аноргазмия



	Нечести	Бруксизъм, ажитираност, нервност, паническа атака, състояние на обрканост
	Редки	Агресия, деперсонализация, халюцинации
	С неизвестна честота	Мания, суицидни мисли, суицидно поведение ¹
Нарушения на нервната система	Чести	Безсъние, сънливост, замайване, парестезия, трепор
	Нечести	Нарушение на вкуса, нарушения на съня, синкоп
	Редки	Серотонинов синдром
	С неизвестна честота	Дискинезия, двигателни нарушения, конвулсии, акатизия/психомоторно беспокойство ²
Нарушения на очите	Нечести	Мидриаза, зрителни нарушения
Нарушения на ухото и лабиринта	Нечести	Тинитус
Сърдечни нарушения	Нечести	Тахикардия
	Редки	Брадикардия
	С неизвестна честота	Камерна аритмия, включително камерна тахикардия от типа 'torsade de pointes'
Съдови нарушения	С неизвестна честота	Ортостатична хипотония
Респираторни, гръден и медиастинални нарушения	Чести	Синузит, прозяване
	Нечести	Епистаксис
Стомашно-чревни нарушения	Много чести	Гадене
	Чести	Диария, запек, повръщане, сухота в устата
	Нечести	Стомашно-чревни кръвоизливи (включително ректална хеморагия)
Хепатобилиарни нарушения	С неизвестна честота	Хепатит, абнормални резултати от тестовете за чернодробна функция
Нарушения на кожата и подкожната тъкан	Чести	Повишено изпотяване
	Нечести	Уртикария, алопеция, обрив, пруритус
	С неизвестна честота	Екхимози, ангиоедеми
Нарушения на мускулно-скелетната система и	Чести	Артракгия, миалгия



съединителната тъкан		
Нарушения на бъбреците и пикочните пътища	С неизвестна честота	Ретенция на урината
Нарушения на възпроизводителната система и гърдата	Чести	Мъже: нарушение на еякулацията, импотентност
	Нечести	Жени: метрорагия, менорагия
	С неизвестна честота	Галакторея Мъже: приапизъм
Общи нарушения и ефекти на мястото на приложение	Чести	Умора, пирексия
	Нечести	Едем

¹Има съобщения за случаи на суицидни мисли и суицидно поведение по време на лечение с есциталопрам или скоро след прекратяването му (вж. точка 4.4).

²Тези нежелани реакции са докладвани за терапевтичния клас на SSRIs.

Клас ефекти

Епидемиологични проучвания, провеждани основно при пациенти над 50-годишна възраст и по-възрастни, показват повишен риск от фрактури на костите при пациенти, приемащи SSRIs и TCAs. Механизмът, който води до този риск е неизвестен.

Симптоми на отнемане, наблюдавани при прекъсване на лечението

Прекъсване на лечението с SSRIs/SNRIs (особено, когато е внезапно) често води до симптоми на отнемане. Най-често съобщаваните реакции са замаяност, сетивни нарушения (включително парестезия и усещания за преминаване на електрически ток), нарушения на съня (включително безсъние и интензивно сънуване), ажитираност или тревожност, гадене и/или повръщане, трепор, обърканост, изпотяване, главоболие, диария, сърцевиене, емоционална нестабилност, раздразнителност и зрителни нарушения. Като цяло тези нежелани реакции са леки до умерени и са самоограничаващи се, въпреки че при някои пациенти те могат да бъдат тежки и/или продължителни. Поради това, когато лечението с есциталопрам вече не е необходимо, се препоръчва спирането му чрез постепенно намаляване на дозата (вж. точка 4.2 и 4.4).

Удължаване на QT интервала

В периода след продажбата се съобщава за случаи на удължен QT интервал и камерна аритмия, включително камерна тахикардия от типа torsade de pointes, предимно при пациенти от женски пол, с хипокалиемия или с предшестващо удължаване на QT интервала, или други сърдечни заболявания (вж. точки 4.3, 4.4, 4.5, 4.9, 5.1).

4.9 Предозиране

Токсичност

Клиничните данни за предозиране с есциталопрам са ограничени и много от случаите включват едновременно предозиране и с други лекарства. В повечето случаи са съобщавани леки симптоми или липса на такива. Фатални случаи на предозиране с есциталопрам са съобщавани рядко при самостоятелното му приложение; по-голямата част от случаите включват предозиране със съпътстващи лекарства. Дози между 400 и 800 mg есциталопрам самостоятелно са приемани без тежки симптоми.

Симптоми

Симптомите наблюдавани при съобщените случаи на предозиране с есциталопрам включват симптоми, свързани главно с централната нервна система (вариращи от замайване, трепор и ажитираност, до редки случаи на серотонинов синдром, конвулсии и кома), стомашно-чревни



тракт (гадене/повръщане) и сърдечно-съдовата система (хипотония, тахикардия, удължаване на QT интервала и аритмия) и електролитния/водния баланс (хипокалиемия, хипонатриемия).

Контрол

Няма специфичен антидот. Необходимо е осигуряване и поддържане на проходимостта на дихателните пътища, осигуряване на адекватна оксигенация и дихателна функция. Трябва да се обмисли използването на стомашен лаваж и медицински въглен. Стомашният лаваж трябва да се извърши възможно най-скоро след перорално поглъщане. Препоръчва се наблюдение на сърдечните и жизнените показатели заедно с провеждане на общи симптоматични поддържащи мерки.

В случай на предозиране се препоръчва наблюдение чрез ЕКГ при пациенти с конгестивна сърдечна недостатъчност или брадиаритмии, при пациенти, които едновременно използват и други лекарства, удължаващи QT интервала или при пациенти с изменения в обмяната на веществата, например при увреждане на черния дроб.

5. ФАРМАКОЛОГИЧНИ СВОЙСТВА

5.1 Фармакодинамични свойства

Фармакотерапевтична група: Антидепресанти, селективни инхибитори на обратното захващане на серотонина, ATC код: N06AB10

Механизъм на действие

Есциталопрам е селективен инхибитор на обратното захващане на серотонина (5-HT) с висок афинитет към първичното място на захващане. Той също се свързва към алостеричното място на серотониновия транспортер с 1000 пъти по-нисък афинитет.

Есциталопрам не притежава или има нисък афинитет към редица рецептори, включително 5-HT_{1A}, 5-HT₂, DA D₁ и D₂ рецепторите, α₁-, α₂-, β-адренорецепторите, хистаминовите H₁, холинергични мускаринови,ベンзодиазепинови и опиоидни рецептори.

Инхибирането на обратното захващане на 5-HT е единственият вероятен механизъм на действие, обясняващ фармакологичните и клинични ефекти на есциталопрам.

Фармакодинамични ефекти

При двойно-сляпо, плацебо-контролирано проучване с ЕКГ при здрави лица, промяната на QT интервала в QTc (QT коригиран), в сравнение с изходната му стойност, след направената т.н корекция F (корекция Фредерик), е била 4.3 милисекунди (90 % CI: 2.2, 6.4) при доза 10 mg на ден и 10.7 милисекунди (90 % CI: 8.6, 12.8) при супратерапевтична доза от 30 mg на ден (вж. точки 4.3, 4.4, 4.5, 4.8 и 4.9).

Клинична ефикасност

Големи депресивни епизоди

Установено е, че есциталопрам е ефективен при острото лечение на големи депресивни епизоди в три от четири краткосрочни двойно-слепи, плацебо-контролирани (8-седмични) проучвания.

В дългосрочно проучване за превенция на рецидив, 274 пациенти, които са се повлияли през първата фаза на 8-седмично отворено лечение с есциталопрам в доза 10 или 20 mg/ден са рандомизирани да продължат с есциталопрам в същата доза или с плацебо за период до 36 седмици. В това проучване пациентите, получаващи продължително есциталопрам са имали значително по-удължено време до поява на рецидив през следващите 36 седмици в сравнение с тези, получаващи плацебо.



Социално тревожно разстройство

Есциталопрам е ефективен, както при три краткосрочни (12-седмични) проучвания, така и при 6-месечно проучване за превенция на рецидиви при пациенти, отговорили на лечение за социално тревожно разстройство. Доказана е ефикасността на 5, 10 и 20 mg есциталопрам при 24-седмично проучване за определяне на дозата.

Генерализирано тревожно разстройство

Есциталопрам в дози от 10 и 20 mg/ден е бил ефективен в четири от четири плацебо-контролирани проучвания.

Обобщените данни от три проучвания със сходен дизайн, включващи 421 пациенти лекувани с есциталопрам и 419 пациенти с плацебо са показвали, че съответно 47,5 % и 28,9 % са повлиялите се от лечението, а 37,1 % и 20,8 % са с рецидив. Постоянен ефект е бил наблюдаван от седмица 1.

Поддържане на ефикасността на есциталопрам 20 mg/ден е било демонстрирано в 24- до 76-седмично рандомизирано проучване за поддържане на ефикасността при 373 пациенти, които са отговорили по време на първоначалното 12-седмично отворено лечение.

Обсесивно-компултивно разстройство

В рандомизирано двойно-сляпо клинично изпитване 20 mg/ден есциталопрам е отделен от плацебо по общия резултат съгласно Y-BOCS скалата за определяне на тежестта и характера на обсесивно-компултивното разстройство след 12 седмици. След 24-седмично приложение и двете дози от 10 и 20 mg/ден есциталопрам демонстрират предимство пред плацебо.

Превенцията на рецидив е доказана за дози от 10 и 20 mg/ден есциталопрам при пациенти, които са отговорили на есциталопрам в 16-седмичен отворен период и които са продължили участието си в 24-седмичен рандомизиран двойно-сляп плацебо-контролиран период.

5.2 Фармакокинетични свойства

Абсорбция

Абсорбцията е почти пълна и не зависи от приема на храна. Средното време за достигане на максимална концентрация (средно T_{max}) е 4 часа след многократно дозиране. Както и при рацемичния циталопрам, абсолютната бионаличност на есциталопрам се очаква да бъде около 80 %.

Разпределение

Видимият обем на разпределение (V_D , β/F) след перорално приложение е около 12 до 26 l/kg.

Свързването с плазмените протеини е под 80 % за есциталопрам и неговите основни метаболити.

Биотрансформация

Есциталопрам се метаболизира в черния дроб до деметилирани и дидеметилирани метаболити. И двата метаболита са фармакологично активни. Като алтернатива, азотът може да бъде окислен до образуване на N-оксиден метаболит. Както изходното вещество, така и метаболитите се екскретират отчасти като глюкурониди. След многократно дозиране средните концентрации на деметилираните и дидеметилираните метаболити обикновено са съответно 28-31 % и < 5 % от концентрацията на есциталопрам. Биотрансформацията на есциталопрам до деметилиран метаболит се медира главно от CYP2C19. Възможно е известно участие на ензимите CYP3A4 и CYP2D6.

Елиминиране

Времето на полуелиминиране ($t^{1/2}\beta$) след многократно дозиране е около 30 часа, а пероралният плазмен клирънс ($C_{l oral}$) е около 0,6 l/min. Основните метаболити имат значително по-дълъг



полуживот. Счита се, че есциталопрам и основните метаболити се елиминират както по чернодробен (метаболитен), така и по бъбречен път, като по-голямата част от дозата се екскретира с урината като метаболити.

Налице е линейна фармакокинетика. Стационарни плазмени нива се достигат след около една седмица. Средните стационарни концентрации от 50 nmol/l (в диапазон 20 до 125 nmol/l) се достигат при дневна доза от 10 mg.

Пациенти в напреднала възраст (> 65 години)

Изглежда есциталопрам се елиминира по-бавно при пациенти в напреднала възраст в сравнение с по-млади пациенти. Системната експозиция (AUC) е около 50 % по-висока при пациенти в напреднала възраст в сравнение с млади здрави доброволци (вж. точка 4.2).

Понижена чернодробна функция

При пациенти с леко или умерено чернодробно увреждане (по критериите на Child-Pugh A и B), полуживотът на есциталопрам е около два пъти по-дълъг, а експозицията - около 60 % по-висока, отколкото при лица с нормална чернодробна функция (вж. точка 4.2).

Понижена бъбречна функция

С рацемичен циталопрам е наблюдаван по-дълъг полуживот и слабо повишение на експозицията при пациенти с намалена бъбречна функция (Cl_{cr} 10-53 ml/min). Плазмените концентрации на метаболитите не са проучвани, но е възможно да бъдат завишени (вж. точка 4.2).

Полиморфизъм

Наблюдавано е, че слабите метаболизатори по отношение на CYP2C19 имат два пъти по-висока плазмена концентрация на есциталопрам, отколкото бързите метаболизатори. Не се наблюдава значима промяна в експозицията при слабите метаболизатори по отношение на CYP2D6 (вж. точка 4.2).

5.3 Предклинични данни за безопасност

Не е провеждан пълен набор от конвенционални предклинични проучвания с есциталопрам, тъй като свързващите токсикокинетични и токсикологични проучвания, проведени при пъхкове с есциталопрам и циталопрам показват сходен профил. Следователно, цялата информация за циталопрам може да бъде екстраполирана за есциталопрам.

В сравнителните токсикологични изследвания при пъхкове, есциталопрам и циталопрам причиняват кардиотоксичност, включително конгестивна сърдечна недостатъчност, след лечение в продължение на няколко седмици с дози, предизвикващи обща интоксикация. Кардиотоксичността изглежда корелира с пиковите плазмени концентрации, отколкото със системната експозиция (AUC). Пиковите плазмени концентрации на ниво без ефект (при неефективни дози) са били в излишък (8 пъти) спрямо тези, постигнати при клинична употреба, докато AUC за есциталопрам е само 3 до 4 пъти по-висока от експозицията, постигната при клинична употреба. За циталопрам AUC стойностите за S-енантиомера са 6 до 7 пъти по-високи от експозицията, постигната при клинична употреба. Резултатите вероятно са свързани с прекомерното влияние на биогенни амиини, т.е. вторичните спрямо първичните фармакологични ефекти, водещи до хемодинамични ефекти (намаляване на коронарния кръвоток) и исхемия. Все пак, точният механизъм на кардиотоксичност при пъхкове не е изяснен. Клиничният опит с циталопрам и опитът от клиничните изпитвания с есциталопрам не показва, че тези резултати имат клинична връзка.

В някои тъкани, като бял дроб, черен дроб и надсеменник е наблюдавано повищено съдържание на фосфолипиди след продължително лечение с есциталопрам и циталопрам при пъхкове. Наличието им в надсеменника и черния дроб е наблюдавано при експозиции, подобни на тези при хората. Ефектът е обратим след прекратяване лечението. Натрупване на



фосфолипиди (фосфолипидоза) при животни се наблюдава при употреба на много катионни амфи菲尔ни лекарства. Не е известно дали този феномен има някакво значимо приложение при хората.

Данни от опити с животни са показвали, че циталопрам предизвиква редукция на показателите за фертилитет и бременност, намален брой имплантации и аномална сперма при експозиция по-висока от тази при хора.

Няма данни от опити при животни, свързани с този аспект за есциталопрам.

При проучване за токсичност върху развитието при плъхове са наблюдавани ембриотоксични ефекти (понижено фетално тегло и обратимо забавяне на осификацията) при експозиции в условия на AUC, надхвърлящи експозицията, постигната по време клинична употреба. Не е наблюдавана повишена честота на малформации. Пре- и постнатално проучване показват намалена преживяемост по време на периода на лактация при експозиции в условия на AUC, надхвърлящи експозицията, постигната по време на клинична употреба.

6. ФАРМАЦЕВТИЧНИ ДАННИ

6.1 Списък на помощните вещества

Ядро на таблетката

Микрокристална целулоза

Силициев диоксид, колоиден безводен

Талк

Кроскармелоза натрий

Магнезиев стеарат

Обвивка

Хипромелоза

Макрогол 400

Титанов диоксид (E171)

6.2 Несъвместимости

Неприложимо.

6.3 Срок на годност

3 години.

6.4 Специални условия на съхранение

Няма специални условия на съхранение.

6.5 Вид и съдържание на опаковката

PVC/PE/PVdC/алуминиев блистер в картонена опаковка.

10, 14, 20, 28, 30, 50, 56, 60, 90, 98 или 100 таблетки- единична доза.

200 x 1 таблетки

oPA/Aluminium/PVC/алуминиев блистер в картонена опаковка.

10, 14, 20, 28, 30, 50, 56, 60, 90, 98 или 100 таблетки- единична доза.

200 x 1 таблетки

Не всички видове опаковки могат да бъдат пуснати в продажба.



6.6 Специални предпазни мерки при изхвърляне

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

7. ПРИТЕЖАТЕЛ НА РАЗРЕШЕНИЕТО ЗА УПОТРЕБА

Alvogen IPCo S.ar.l
5, rue Heienhaff, L-1736 Senningerberg
Люксембург

8. НОМЕР(А) НА РАЗРЕШЕНИЕТО ЗА УПОТРЕБА

№ II – 10 901

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

Дата на първо разрешаване 05.10.2010

10. ДАТА НА АКТУАЛИЗИРАНЕ НА ТЕКСТА

{ММ/ГГГГ}

