

ІНСТРУКЦІЯ
для медичного застосування лікарського засобу

АПРЕПІТАНТ-ВІСТА
(APREPITANT-VISTA)

Склад:

діюча речовина: апрепітант;

1 капсула містить 80 мг або 125 мг апрепітанту;

допоміжні речовини: сахароза, целюлоза мікрокристалічна (сфера 500) (Е 460), гідроксипропілцелюлоза (Е 463), натрію лаурилсульфат;

оболонка капсули – желатин, титану діоксид (Е 171);

оболонка капсули по 125 мг містить також оксид заліза червоний (Е 172).

Лікарська форма. Капсули тверді.

Основні фізико-хімічні властивості:

капсули по 80 мг: тверді непрозорі желатинові капсули розміром 2 з білим корпусом та кришечкою, які містять гранули від білого до майже білого кольору;

капсули по 125 мг: тверді непрозорі желатинові капсули розміру 1 з білим корпусом та рожевою кришечкою, які містять гранули від білого до майже білого кольору.

Фармакотерапевтична група. Засоби, що впливають на травну систему та метаболізм. Протиблювальні засоби та препарати, що усувають нудоту. Інші протиблювальні засоби. Код АТХ А04А D12.

Фармакологічні властивості.

Фармакодинаміка.

Апрепітант є селективним антагоністом рецепторів нейрокініну 1 (NK₁) з високим ступенем спорідненості з речовиною Р (Р-нейропептид із сімейства тахікінінів) людини. Додаткові скринінгові дослідження показали, що апрепітант був принаймні у 3000 разів селективніший відносно рецепторів NK₁ відносно іншого ферменту, переносника іонного каналу і локалізації рецепторів, включаючи допамінові і серотонінові рецептори, які є об'єктами для проведення терапії нудоти і блювання, спричинених хіміотерапією. Антагоністи NK₁-рецепторів унаслідок дії на центральну нервову систему гальмують блювальний рефлекс, спричинений цитотоксичними хіміотерапевтичними лікарськими засобами, такими як цисплатин. У доклінічних дослідженнях і дослідженнях позитронно-емісійної томографії (ПЕТ) людини із застосуванням апрепітанту було показано, що він проникає у мозок і зв'язується з NK₁-рецепторами мозку. Дія апрепітанту на центральну нервову систему досить тривала, він пригнічує гостру та уповільнену фазу блювального рефлексу, спричиненого цисплатином, і збільшує протиблювальну активність антагоніста 5HT₃-рецепторів ондансетрону і кортикостероїду дексаметазону, спрямовану проти блювання, спричиненого цисплатином.

Фармакокінетика.

Абсорбція. Середня абсолютна пероральна біодоступність апрепітанту становить 67 % для капсули 80 мг та 59 % для капсули 125 мг. Середня максимальна плазмова концентрація (C_{max}) апрепітанту досягається приблизно через 4 години (t_{max}). Пероральний прийом капсули зі стандартним сніданком, що становить приблизно 800 кКал, призводить до 40-відсоткового підвищення AUC апрепітанту. Це підвищення вважається таким, що не має клінічної значущості.

Фармакокінетика апрепітанту в межах діапазону клінічних доз має нелінійний характер. У здорових дорослих осіб молодого віку підвищення AUC_{0-∞} було на 26 % більшим, ніж пропорційне до дози, при застосуванні одноразових доз 80 мг та 125 мг після прийому їжі. Після перорального прийому одноразової дози апрепітанту 125 мг у день 1-й та 80 мг один раз на добу у дні 2-й та 3-й показник AUC_{0-24 год} (середнє ± СВ) становить 19,6 ± 2,5 мкг × год/мл

та $21,2 \pm 6,3$ мкг $\times$ год/мл у дні 1-й та 3-й відповідно. $C_{\max}$ становила $1,6 \pm 0,36$ мкг/мл та $1,4 \pm 0,22$ мкг/мл у дні 1-й та 3-й відповідно.

Розподіл. Апрепітант активно, в середньому на 97 %, зв'язується з білками плазми крові. Середня геометрична величина уявного об'єму розподілу при стаціонарному стані (V_{dss}) у людини становить майже 66 л.

Метаболізм. Апрепітант підлягає екстенсивному метаболізму. У здорових молодих добровольців апрепітант становить близько 19 % радіоактивності у плазмі крові протягом 72 годин після разового внутрішньовенного введення 100 мг [^{14}C]-фосапрепітанту (попередника апрепітанту), що вказує на наявність метаболітів у плазмі крові. Дванадцять метаболітів апрепітанту ідентифіковані у плазмі крові людини. Метаболізм апрепітанту відбувається насамперед шляхом окислення у морфоліновому кільці і його бокових ланцюгах, а метаболіти, які виникали у результаті цього, володіли лише слабкою активністю. Дослідження *in vitro* з використанням мікросом печінки людини показали, що більшою часткою апрепітант метаболізується CYP3A4 при незначній потенційній участі CYP1A2 та CYP2C19.

Виведення. Апрепітант не виводиться незмінним із сечею. Метаболіти виводяться з сечею та з жовчю у калові маси. Після одноразового внутрішньовенного введення дози 100 мг [^{14}C]-фосапрепітанту (попередника апрепітанту) здоровим добровольцям 57 % радіоактивності виявлялося у сечі та 45 % – у калових масах.

Плазмовий кліренс апрепітанту має дозозалежний характер, знижуючись при підвищенні дози, та становить приблизно від 60 до 72 мл/хв у межах доз терапевтичного діапазону. Кінцевий період напіввиведення знаходиться в діапазоні приблизно від 9 до 13 годин. **Фармакокінетика в окремих групах.**

Літній вік. Після перорального застосування апрепітанту в разовій дозі 125 мг у день 1-й і по 80 мг 1 раз на добу з дня 2-го по 5-й показник $AUC_{0-24\text{h}}$ апрепітанту був на 21 % вищим у день 1-й і на 36 % вищим на день 5-й у пацієнтів літнього віку (≥ 65 років) порівняно з молодшими дорослими. Показник $C_{\max}$ був на 10 % вищим у день 1-й і на 24 % вищим на день 5-й у пацієнтів літнього віку порівняно з молодшими дорослими. Такі відмінності не розглядаються як клінічно значущі. Немає необхідності в корекції дози апрепітанту для пацієнтів літнього віку.

Стать. Після перорального застосування апрепітанту у разовій дозі 125 мг показник $C_{\max}$ апрепітанту на 16 % вищий у жінок, ніж у чоловіків. Період напіввиведення апрепітанту на 25 % нижчий у жінок, ніж у чоловіків, а показник $T_{\max}$ досягається приблизно за однаковий час. Такі відмінності не розглядаються як клінічно значущі. Немає необхідності в корекції дози апрепітанту залежно від статі пацієнта.

Порушення функції печінки. Порушення функції печінки легкого ступеня (клас А за шкалою Чайлда–П'ю) не чинить клінічно значущого впливу на фармакокінетику апрепітанту; для таких пацієнтів коригувати дозу не потрібно. Із наявних даних не можна зробити висновків щодо впливу порушення функції печінки середнього ступеня тяжкості (клас В за шкалою Чайлда–П'ю) на фармакокінетику апрепітанту. Немає клінічних або фармакокінетичних даних відносно пацієнтів з порушенням функції печінки тяжкого ступеня (клас С за шкалою Чайлда–П'ю).

Порушення функції нирок. Апрепітант у разовій дозі 240 мг призначали пацієнтам з тяжкою формою порушення функції нирок (кліренс креатиніну < 30 мл/хв) і пацієнтам з термінальною стадією захворювання нирок, які потребували гемодіалізу.

У пацієнтів з тяжкою формою порушення функції нирок показник $AUC_{0-\infty}$ загального апрепітанту (не зв'язаного і зв'язаного з білками крові) зменшився на 21 %, а $C_{\max}$ зменшився на 32 % порівняно з показниками у здорових добровольців. У пацієнтів із термінальною стадією захворювання нирок, яким проводився гемодіаліз, $AUC_{0-\infty}$ загального апрепітанту зменшився на 42 %, а $C_{\max}$ – на 32 %. Внаслідок невеликого зниження зв'язування апрепітанту з білками плазми крові у зв'язку із захворюванням нирок показник AUC фармакологічно активного незв'язаного апрепітанту не змінювався значною мірою у пацієнтів з порушеннями функції нирок порівняно зі здоровими добровольцями. Гемодіаліз, який проводився через 4 або 48 годин після прийому лікарського засобу, значною мірою не впливав на фармакокінетику апрепітанту; менше 0,2 % дози виводилося з діалізатом.

Немає необхідності змінювати режим дозування апрепітанту для пацієнтів з порушенням функції нирок та пацієнтів з термінальною стадією захворювання нирок, яким проводиться гемодіаліз.

Взаємозв'язок між концентрацією та ефектом.

Дослідження позитронно-емісійної томографії з використанням високоспецифічної мітки NK₁-рецепторів, у яких брали участь здорові молоді чоловіки, продемонстрували, що апрепітант проникає в головний мозок і заповнює NK₁-рецептори дозозалежно, а також залежно від концентрації у плазмі крові. Концентрації апрепітанту у плазмі крові, які досягаються при триденній схемі застосування апрепітанту, забезпечують 95-відсоткове заповнення NK₁-рецепторів головного мозку.

Клінічні характеристики.

Показання.

У складі комбінованої терапії:

- профілактика гострої та відстроченої нудоти та блювання, пов'язаних з проведенням протиракової хіміотерапії на основі цисплатину з високим еметогенним ризиком у дорослих;
- профілактика нудоти та блювання, пов'язаних з використанням протиракової хіміотерапії з помірним еметогенним ризиком у дорослих.

Протипоказання.

Лікарський засіб протипоказаний пацієнтам з гіперчутливістю до будь-якого компонента препарату.

Лікарський засіб не слід застосовувати одночасно з пімозидом, терфенадином, астемізолом і цизапридом.

Взаємодія з іншими лікарськими засобами та інші види взаємодій.

Апрепітант (125 мг/80 мг) є субстратом, помірним інгібітором та індуктором CYP3A4. Крім того, апрепітант є індуктором CYP2C9. Під час лікування апрепітантом активність CYP3A4 пригнічується. Після закінчення лікування апрепітант спричиняє легку тимчасову індукцію CYP2C9, CYP3A4 та глюкуронізацію. Ймовірно, апрепітант не вступає у взаємодію з переносником Р-глікопротеїну, що підтверджує відсутність взаємодії апрепітанту з дигоксином.

Вплив апрепітанту на фармакокінетику інших активних речовин.

Пригнічення активності CYP3A4.

Як помірний інгібітор CYP3A4 апрепітант (125 мг/80 мг) при супутньому застосуванні може підвищувати плазмові концентрації активних речовин, які метаболізуються через CYP3A4. Загальна експозиція субстратів CYP3A4, що приймаються перорально, може підвищуватися приблизно в 3 рази під час триденного лікування апрепітантом; припускається, що вплив апрепітанту на плазмові концентрації субстратів CYP3A4, які вводяться внутрішньовенним шляхом, буде менш вираженим. Апрепітант не слід застосовувати одночасно з пімозидом, терфенадином, астемізолом або цизапридом. Пригнічення активності CYP3A4 апрепітантом може призводити до підвищення плазмових концентрацій цих активних речовин, потенційно спричиняючи розвиток серйозних реакцій або реакцій, що загрожують життю. Рекомендовано з обережністю одночасно приймати апрепітант з активними речовинами, які застосовуються перорально і метаболізуються більшою мірою через CYP3A4 та мають вузький терапевтичний діапазон, такими як циклоспорин, такролімус, сиролімус, еверолімус, алфентаніл, дієрготамін, ерготамін, фентаніл та хінідин (див. розділ «Особливості застосування»). ***Кортикостероїди.***

Дексаметазон.

При сумісному застосуванні з апрепітантом у дозах 125 мг/80 мг звичайну пероральну дозу дексаметазону слід зменшити приблизно на 50 %. Доза дексаметазону у клінічних дослідженнях профілактики нудоти та блювання, спричинених хіміотерапією (НБСХ), обиралася з урахуванням взаємодії активних речовин. Апрепітант при застосуванні у дозі 125 мг сумісно з пероральним дексаметазоном у дозі 20 мг у 1-й день та апрепітант при застосуванні у дозі 80 мг сумісно з пероральним дексаметазоном у дозі 8 мг у дні з 2-го по 5-

й підвищував площу під кривою «концентрація–час» (AUC) дексаметазону (субстрату CYP3A4) у 2,2 раза у дні 1-й та 5-й.

Метилпреднізолон.

При сумісному прийомі з апрепітантом у дозах 125 мг/80 мг звичайну внутрішньовенну дозу метилпреднізолону слід зменшити приблизно на 25 %, а звичайну пероральну дозу метилпреднізолону слід зменшити приблизно на 50 %. Апрепітант при застосуванні у дозі 125 мг у день 1-й та 80 мг/добу у дні 2-й та 3-й підвищував AUC метилпреднізолону (субстрату CYP3A4) у 1,3 раза у день 1-й та у 2,5 раза у день 3-й при сумісному внутрішньовенному введенні метилпреднізолону у дозі 125 мг у день 1-й та пероральному прийомі у дозі 40 мг у дні 2-й та 3-й.

Під час тривалого лікування метилпреднізолоном AUC метилпреднізолону може знижуватися найпізніше через 2 тижні після початку застосування апрепітанту внаслідок активуючої дії апрепітанту на CYP3A4. Очікується, що цей ефект буде більш виражений при пероральному застосуванні метилпреднізолону.

Хіміотерапевтичні лікарські засоби.

Під час фармакокінетичних досліджень апрепітанту при застосуванні у дозі 125 мг у день 1-й та 80 мг/добу у дні 2-й та 3-й не впливав на фармакокінетику доцетакселу, який вводився внутрішньовенним шляхом у день 1-й, або вінорелбіну, який вводився внутрішньовенним шляхом у день 1-й або 8-й. Оскільки вплив апрепітанту на фармакокінетику пероральних субстратів CYP3A4 більше виражений, ніж вплив на фармакокінетику внутрішньовенних субстратів CYP3A4, взаємодію з хіміотерапевтичними лікарськими засобами, які вводяться пероральним шляхом та метаболізуються в основному або частково CYP3A4 (наприклад, етопозид, вінорелбін), не можна виключати. Рекомендовано дотримуватися обережності і проводити додатковий моніторинг у пацієнтів, які приймають лікарські засоби, що метаболізуються первинно або частково CYP3A4. У постмаркетинговий період повідомляли про випадки нейротоксичності (потенційна побічна реакція іфосфаміду) при одночасному застосуванні апрепітанту та іфосфаміду.

Імуносупресанти.

Під час проведення триденного курсу терапії НБСХ очікується тимчасове помірне підвищення, за яким слідує незначне зниження експозиції імуносупресантів, які метаболізуються CYP3A4 (наприклад, циклоспорин, такролімус, еверолімус та сиролімус). Зважаючи на короткий триденний курс лікування та обмежені зміни експозиції, що залежать від часу, під час триденного сумісного прийому з апрепітантом знижувати дозу імуносупресантів не рекомендується.

Мідазолам.

Слід враховувати потенційні ефекти підвищених плазмових концентрацій мідазоламу або інших бензодіазепінів, які метаболізуються CYP3A4 (алпразолам, тріазолам), при сумісному прийомі цих засобів з апрепітантом (125 мг/80 мг).

Апрепітант підвищував AUC мідазоламу, чутливого субстрату CYP3A4, у 2,3 раза у день 1-й та у 3,3 раза у день 5-й при сумісному прийомі одноразової пероральної дози мідазоламу 2 мг у дні 1-й та 5-й під час проведення курсу лікування апрепітантом у дозі 125 мг у день 1-й та у дозі 80 мг/добу у дні з 2-го по 5-й.

Під час проведення іншого дослідження з внутрішньовенним введенням мідазоламу апрепітант приймали у дозі 125 мг у день 1-й та 80 мг/добу у дні 2-й та 3-й, а мідазолам вводили внутрішньовенно у дозі 2 мг перед проведенням триденного курсу лікування апрепітантом та у дні 4-й, 8-й та 15-й. Апрепітант підвищував AUC мідазоламу на 25 % у день 4-й та знижував AUC мідазоламу на 19 % у день 8-й та на 4 % – у день 15-й. Вважалося, що ці ефекти не мали клінічної значущості.

Під час проведення третього дослідження з внутрішньовенним та пероральним застосуванням мідазоламу апрепітант приймали у дозі 125 мг у день 1-й та 80 мг/добу у дні 2-й та 3-й разом з ондансетроном у дозі 32 мг у день 1-й, дексаметазоном у дозі 12 мг у день 1-й та у дозі 8 мг у дні 2–4-й. Така комбінація (тобто апрепітант, ондансетрон та дексаметазон) знижувала AUC мідазоламу на 16 % у день 6-й, на 9 % у день 8-й, на 7 % у день 15-й та на 17 % у день 22-й. Вважалося, що ці ефекти не мали клінічної значущості. Було проведено додаткове

дослідження з внутрішньовенним введенням мідазоламу та апрепітанту. Мідазолам вводили внутрішньовенно у дозі 2 мг через 1 годину після перорального прийому одноразової дози апрепітанту 125 мг. Плазмова AUC мідазоламу підвищувалась у 1,5 раза. Вважалося, що цей ефект не мав клінічної значущості.

Індукція.

Як слабкий індуктор CYP2C9, CYP3A4 та глюкуронізації апрепітант може знижувати плазмові концентрації субстратів, що виводяться таким шляхом, впродовж 2 тижнів після початку лікування. Цей ефект може проявлятися тільки після завершення лікування апрепітантом. Для субстратів CYP2C9 та CYP3A4 індукція є тимчасовою з досягненням максимального ефекту через 3–5 днів після закінчення триденного лікування апрепітантом. Цей ефект зберігається впродовж декількох днів, після чого повільно слабшає і не має клінічної значущості через два тижні після закінчення лікування апрепітантом. Також спостерігається слабка індукція глюкуронізації при пероральному прийомі 80 мг апрепітанту впродовж 7 днів. Інформації відносно впливу на CYP2C8 та CYP2C19 немає. Рекомендовано з обережністю застосовувати в цей період варфарин, аценокумарол, толбутамід, фенітоїн або інші активні речовини, що метаболізуються CYP2C9.

Варфарин.

У пацієнтів, які отримують тривалу терапію варфарином, під час лікування апрепітантом та впродовж 2 тижнів після кожного триденного курсу апрепітанту, який застосовується для профілактики нудоти для блювання, спричинених хіміотерапією, слід проводити пильний моніторинг протромбінового часу (МНВ). При прийомі одноразової дози 125 мг апрепітанту у день 1-й та 80 мг/добу у дні 2-й та 3-й здоровими добровольцями, стан яких був стабілізований постійним прийомом варфарину, впливу апрепітанту на плазмові AUC R(+) або S(-) варфарину, які визначались у день 3-й, не спостерігалось; однак спостерігалось 34 % зниження мінімальної концентрації S(-) варфарину (субстрату CYP2C9), яке супроводжувалося 14 % зниженням МНВ через 5 днів після закінчення застосування апрепітанту.

Толбутамід. Апрепітант, який приймали у дозі 125 мг у день 1-й та 80 мг/добу у дні 2-й та 3-й, знижував AUC толбутаміду (субстрату CYP2C9) на 23 % у день 4-й, на 28 % у день 8-й та на 15 % у день 15-й при пероральному прийомі одноразової дози толбутаміду 500 мг перед застосуванням 3-денного курсу апрепітанту та у дні 4-й, 8-й та 15-й. Гормональні контрацептиви.

Під час та протягом 28 днів після застосування апрепітанту ефективність гормональних контрацептивів може знижуватися. Під час лікування апрепітантом та впродовж 2 місяців після останньої дози апрепітанту слід застосовувати альтернативні або додаткові методи контрацепції. Під час проведення клінічного дослідження застосовували одноразові дози пероральних контрацептивів, що містили етинілестрадіол та норетиндрон, з 1-го по 21-й день з апрепітантом, який приймали в дозі 125 мг у день 8-й та 80 мг/добу у дні 9-й та 10-й з внутрішньовенним ондансетроном у дозі 32 мг у день 8-й та пероральним дексаметазоном у дозі 12 мг у день 8-й та 8 мг/добу у дні 9-й, 10-й та 11-й. З 9-го по 21-й день цього дослідження зниження мінімальних концентрацій етинілестрадіолу досягало 64 % та зниження мінімальних концентрацій норетиндрону досягало 60 %. *Антагоністи 5-HT₃.*

У клінічних дослідженнях взаємодій апрепітант не виявляв клінічно значущого впливу на фармакокінетику ондансетрону, гранісетрону або гідродоласетрону (активний метаболіт доласетрону).

Вплив інших лікарських засобів на фармакокінетику апрепітанту.

Слід з обережністю застосовувати апрепітант одночасно з активними речовинами, які пригнічують активність CYP3A4 (наприклад, кетоконазол, ітраконазол, вориконазол, позаконазол, кларитроміцин, телітроміцин, нефазодон та інгібітори протеаз), оскільки очікується, що така комбінація призведе до підвищення плазмових концентрацій апрепітанту. Слід уникати супутнього застосування апрепітанту з активними речовинами, які інтенсивно індукують активність CYP3A4 (наприклад, рифампіцин, фенітоїн, карбамазепін, фенобарбітал), оскільки така комбінація призводить до зниження плазмових концентрацій апрепітанту, що може спричинити зниження ефективності апрепітанту. Одночасне

застосування апРЕПІтанту з рослинними лікарськими засобами, що містять звіробій (*Hypericum perforatum*), не рекомендоване.

Кетоконазол.

При прийомі одноразової дози апРЕПІтанту 125 мг у день 5-й 10-денного курсу лікування кетоназолом (потужний інгібітор CYP3A4) у дозі 400 мг/добу AUC апРЕПІтанту підвищувалась приблизно у 5 разів, а середній кінцевий період напіввиведення апРЕПІтанту підвищувався приблизно у 3 рази.

Рифампіцин.

При прийомі апРЕПІтанту в одноразовій дозі 375 мг у день 9-й 14-денного курсу лікування рифампіцином (потужний індуктор CYP3A4) у дозі 600 мг/добу AUC апРЕПІтанту знижувалась на 91 %, а середній кінцевий період напіввиведення знижувався на 68 %. *Дилтіазем.*

У пацієнтів з помірною гіпертензією застосування апРЕПІтанту у дозі 230 мг 1 раз на добу сумісно з дилтіаземом у дозі 120 мг 3 рази на добу протягом 5 днів підвищує AUC апРЕПІтанту вдвічі та одночасно підвищує AUC дилтіазему в 1,7 раза. Така фармакокінетична дія не впливає на ЕКГ, частоту серцебиття або артеріальний тиск, не враховуючи зміни, спричинені дією дилтіазему, що застосовується окремо. *Пароксетин.*

Сумісне застосування апРЕПІтанту у дозі 85 мг або 170 мг з пароксетином у дозі 20 мг 1 раз на добу знижує AUC обох – апРЕПІтанту і пароксетину – приблизно на 25 % та C_{max} приблизно на 20 %.

Педіатричні пацієнти.

Дослідження взаємодії проводили лише у дорослих пацієнтів.

Особливості застосування.

Пацієнти з порушенням функції печінки помірного та важкого ступеня. Обмежені дані стосовно пацієнтів з порушенням функції печінки помірного ступеня; немає даних стосовно пацієнтів з порушенням функції печінки важкого ступеня. Лікарський засіб слід з обережністю застосовувати таким пацієнтам.

Взаємодії, опосередковані CYP3A4.

Лікарський засіб слід з обережністю застосовувати пацієнтам, які одночасно приймають засоби, що метаболізуються переважно системою CYP3A4 та мають вузький терапевтичний діапазон, такі як циклоспорин, такролімус, сиролімус, еверолімус, алфентаніл, дієрготамін, ерготамін, фентаніл та хінідин (див. розділ «Взаємодія з іншими лікарськими засобами та інші види взаємодій»). Крім того, слід дотримуватися особливої обережності при супутньому застосуванні з іринотеканом, оскільки така комбінація може призвести до підвищення токсичності.

Одночасне застосування апРЕПІтанту із похідними алкалоїду ріжків, що є субстратами CYP3A4, може призводити до зростання концентрацій таких діючих речовин у плазмі крові. Тому рекомендовано дотримуватись обережності з причини потенційного ризику токсичної дії, пов'язаної із застосуванням ріжків.

Слід уникати супутнього застосування апРЕПІтанту з активними речовинами, які інтенсивно індукують активність CYP3A4 (наприклад, рифампіцин, фенітоїн, карбамазепін, фенобарбітал), оскільки така комбінація призводить до зниження плазматичних концентрацій апРЕПІтанту (див. розділ «Взаємодія з іншими лікарськими засобами та інші види взаємодій»). Супутнє застосування апРЕПІтанту з рослинними засобами, що містять звіробій (*Hypericum perforatum*), не рекомендоване.

Слід з обережністю застосовувати апРЕПІтант одночасно з активними речовинами, які пригнічують активність CYP3A4 (наприклад, кетоконазол, ітраконазол, вориконазол, позаконазол, кларитроміцин, телітроміцин, нефазодон та інгібітори протеаз), оскільки очікується, що така комбінація призведе до підвищення плазматичних концентрацій апРЕПІтанту (див. розділ «Взаємодія з іншими лікарськими засобами та інші види взаємодій»). Одночасне застосування з варфарином (субстрат CYP2C9). Сумісне застосування апРЕПІтанту з варфарином призводить до зменшення протромбінового часу, вираженого як міжнародне нормалізоване відношення (МНВ). У пацієнтів, які отримують постійну терапію

варфарином, слід проводити пильний моніторинг МНВ під час лікування апрепітантом та протягом 2 тижнів після кожного триденного курсу апрепітанту, який використовується для профілактики нудоти та блювання, спричинених хіміотерапією (див. розділ «Взаємодія з іншими лікарськими засобами та інші види взаємодій»). *Одночасне застосування з гормональними контрацептивами.* Під час та протягом 28 днів після застосування апрепітанту ефективність гормональних контрацептивів може знижуватися. Під час лікування та впродовж 2 місяців після останньої дози апрепітанту слід застосовувати альтернативні додаткові негормональні методи контрацепції (див. розділ «Взаємодія з іншими лікарськими засобами та інші види взаємодій»). *Важлива інформація про допоміжні речовини.*

Апрепітант-Віста містить сахарозу. Тому пацієнтам з рідкісними спадковими порушеннями у вигляді непереносимості фруктози, порушення всмоктування глюкози-галактози або недостатності сахарази-ізомальтази не слід застосовувати цей лікарський засіб.

Натрій. Цей лікарський засіб містить менше 1 ммоль натрію (23 мг) на капсулу, тобто практично вільний від натрію.

Застосування у період вагітності або годування груддю.

Контрацепція у чоловіків та жінок.

Ефективність гормональних контрацептивів може знижуватися під час та протягом 28 днів після застосування апрепітанту. Під час лікування апрепітантом та впродовж 2 місяців після останньої дози апрепітанту слід застосовувати альтернативні додаткові негормональні методи контрацепції (див. розділи «Взаємодія з іншими лікарськими засобами та інші види взаємодій» і «Особливості застосування»).

Вагітність.

Немає клінічних даних про застосування апрепітанту у період вагітності. Можливість репродуктивної токсичності апрепітанту повністю не встановлена, оскільки рівні експозиції, що перевищують терапевтичну експозицію у людини при застосуванні дози 125 мг/80 мг, не можуть бути досягнуті в дослідженнях на тваринах. Ці дослідження не показали прямого або непрямого шкідливого впливу на перебіг вагітності, розвиток ембріона/плода, пологи або постнатальний розвиток. Потенційний вплив нейрокінінової регуляції на репродуктивну функцію невідомий. Лікарський засіб не слід застосовувати у період вагітності, окрім випадків явної необхідності.

Годування груддю.

Апрепітант проникає у молоко лактуючих щурів. Невідомо, чи проникає лікарський засіб у грудне молоко жінок, тому протягом лікування апрепітантом годування груддю не рекомендоване.

Фертильність.

Можливість впливу апрепітанту на фертильність повністю не вивчена, оскільки рівні експозиції, що перевищують терапевтичну експозицію у людини, не можуть бути досягнуті у дослідженнях на тваринах. Дослідження фертильності не продемонстрували прямого або непрямого несприятливого впливу на спаровування, фертильність, розвиток ембріона/плода, а також на кількість сперми і її рухливість.

Здатність впливати на швидкість реакції при керуванні автотранспортом або іншими механізмами.

Апрепітант може незначним чином впливати на здатність керувати автотранспортом та іншими механізмами. Після застосування лікарського засобу можуть виникати запаморочення і підвищена втомлюваність.

Спосіб застосування та дози.

Капсулу слід ковтати цілою.

Апрепітант-Віста можна приймати з їжею або без їжі.

Апрепітант-Віста слід застосовувати протягом 3 днів як частину схеми, що включає кортикостероїд і антагоніст 5-HT₃. Рекомендована доза апрепітанту – 125 мг перорально (п/о) за 1 годину до хіміотерапії (у 1-й день) і 80 мг 1 раз на добу вранці на 2-й і 3-й

день. Нижчезазначені схеми лікування рекомендовані для попередження нудоти та блювання, пов'язаних з еметогенною протираковою хіміотерапією.

Курс для хіміотерапії з високим еметогенним ризиком.

	День 1	День 2	День 3	День 4
Апрепітант-Віста	125 мг п/о	80 мг п/о	80 мг п/о	Немає
Дексаметазон	12 мг п/о	8 мг п/о	8 мг п/о	8 мг п/о
5-НТ ₃ антагоніст	стандартна доза 5-НТ ₃ антагоніста (належну дозу див. в інструкції обраного 5-НТ ₃ антагоніста)	Немає	Немає	Немає

Дексаметазон слід застосовувати за 30 хвилин до хіміотерапії в 1-й день і вранці з 2-го по 4-й день. Доза дексаметазону була обрана з урахуванням взаємодії лікарських засобів.

Курс для хіміотерапії з помірним еметогенним ризиком.

	День 1	День 2	День 3
Апрепітант-Віста	125 мг п/о	80 мг п/о	80 мг п/о
Дексаметазон	12 мг п/о	Немає	Немає
5-НТ ₃ антагоніст	стандартна доза 5-НТ ₃ антагоніста (належну дозу див. в інструкції обраного 5-НТ ₃ антагоніста)	Немає	Немає

Дексаметазон слід застосовувати за 30 хвилин до хіміотерапії в 1-й день. Доза дексаметазону була обрана з урахуванням взаємодії лікарських засобів. Обмежені дані щодо ефективності комбінації з іншими кортикостероїдами та антагоністами 5-НТ₃. Додаткову інформацію про одночасне застосування з кортикостероїдами див. у розділі «Взаємодія з іншими лікарськими засобами та інші види взаємодій». Слід ознайомитися з інструкцією антагоніста 5-НТ₃, що застосовується одночасно.

Окремі групи пацієнтів.

Пацієнти літнього віку (≥ 65 років). Немає необхідності у корекції дози для пацієнтів літнього віку.

Стать. Немає необхідності у корекції дози залежно від статі.

Пацієнти із порушенням функції нирок. Немає необхідності у корекції дози для пацієнтів з порушенням функції нирок або пацієнтів з термінальною стадією захворювання нирок, яким проводиться гемодіаліз.

Пацієнти із порушенням функції печінки. Для пацієнтів з порушенням функції печінки легкого ступеня коригувати дозу не потрібно. Обмежені дані щодо застосування пацієнтам з помірним порушенням функції печінки, та відсутня інформація щодо застосування пацієнтам з порушенням функції печінки тяжкого ступеня. Апрепітант слід з обережністю застосовувати таким пацієнтам.

Діти.

Безпека та ефективність застосування апрепітанту для лікування дітей та підлітків (віком до 18 років) не встановлені. Дані відсутні, тому лікарський засіб не рекомендовано застосовувати таким пацієнтам.

Передозування.

У разі передозування слід припинити прийом апрепітанту і призначити загальну підтримуючу терапію, а також забезпечити моніторинг. Через протиблювальну активність апрепітанту препарати, що спричиняють блювання, будуть неефективними. Апрепітант не видаляється шляхом гемодіалізу.

Побічні реакції.

Короткий опис профілю безпеки.

Профіль безпеки апрепітанту оцінювали приблизно у 6500 дорослих у понад 50 дослідженнях та у 184 дітей і підлітків у двох ключових педіатричних клінічних дослідженнях.

У пацієнтів, які лікувалися апрепітантом при проведенні хіміотерапії з високим ризиком еметогенності, найчастіше виникали такі побічні реакції, зумовлені прийомом лікарського засобу: гикавка (4,6 %), підвищення рівня АЛТ (2,8 %), диспепсія (2,6 %), запор (2,4 %), головний біль (2,0 %), зниження апетиту (2,0 %). Найпоширенішою побічною реакцією, пов'язаною з апрепітантом, про яку найчастіше повідомлялося під час терапії апрепітантом при проведенні хіміотерапії у пацієнтів з помірним ризиком еметогенності, була підвищена втомлюваність (1,4 %).

Найпоширенішими побічними реакціями, про які повідомляли з більшою частотою у педіатричних пацієнтів, які отримували апрепітант під час хіміотерапії еметогенного раку, були гикавка (3,3 %) та припливи (1,1 %).

Нижчезазначені побічні реакції спостерігалися в об'єднаному аналізі досліджень хіміотерапії з високим або помірним ступенем еметогенності з більшою частотою у пацієнтів, які отримували апрепітант, ніж у пацієнтів, які отримували стандартне лікування, а також у ході постмаркетингового застосування. Категорії частоти, наведені в таблиці, базуються на дослідженнях у дорослих; спостережувані частоти у педіатричних дослідженнях були подібними або нижчими, якщо не зазначено в таблиці. Деякі менш поширені побічні реакції у дорослих не спостерігалися у педіатричних дослідженнях. Частота визначена як: дуже часто ($\geq 1/10$); часто (від $\geq 1/100$ до $< 1/10$); нечасто (від $\geq 1/1000$ до $< 1/100$); рідко (від $\geq 1/10000$ до $< 1/1000$); дуже рідко ($< 1/10000$); невідомо (частоту неможливо визначити, виходячи з наявних даних).

Система орган-клас	Побічна реакція	Частота
<i>Інфекції та інвазії</i>	кандидоз, стафілококова інфекція	рідко
<i>З боку крові та лімфатичної системи</i>	фебрильна нейтропенія, анемія	нечасто
<i>З боку імунної системи</i>	реакції гіперчутливості, включаючи анафілактичні реакції	невідомо
<i>З боку обміну речовин, метаболізму</i>	зниження апетиту полідипсія	часто рідко
<i>З боку психіки</i>	тривожність дезорієнтація, ейфоричний настрій	нечасто рідко
<i>З боку нервової системи</i>	головний біль запаморочення, сонливість когнітивні розлади, летаргія, дисгевзія	часто нечасто рідко
<i>З боку органів зору</i>	кон'юнктивіт	рідко
<i>З боку органів слуху та вестибулярного апарату</i>	дзвін у вухах	рідко
<i>З боку серцево-судинної системи</i>	пальпітація, припливи брадикардія; серцево-судинні порушення	нечасто рідко
<i>З боку респіраторної системи, органів грудної клітки та середостіння</i>	гикавка біль у ротоглотці, чхання, кашель, синдром постназального затікання, подразнення гортані	часто рідко
<i>З боку шлунково-кишкового тракту</i>	запор, диспепсія відрижка, нудота*, блювання*, гастроезофагеальна рефлюксна хвороба, абдомінальний біль, сухість у роті, метеоризм перфорація дуоденальної виразки, стоматит, здуття живота, тверді випорожнення, нейтропенічний коліт	часто нечасто рідко

<i>З боку шкіри та підшкірної клітковини</i>	висип, акне реакція фоточутливості, гіпергідроз, себорея, враження шкіри, червоний сверблячий висип, синдром Стівенса–Джонсона/ токсичний епідермальний некроліз свербіж, кропив'янка	нечасто рідко невідомо
<i>З боку опорно-рухової системи та сполучної тканини</i>	м'язова слабкість, м'язові спазми	рідко
<i>З боку нирок та сечовидільної системи</i>	дизурія полакіурія	нечасто рідко
<i>Загальні розлади та реакції у місці введення</i>	підвищена втомлюваність астенія, нездужання набряк, дискомфорт у ділянці грудної клітки, порушення ходи	часто нечасто рідко
<i>Лабораторні показники</i>	підвищення АЛТ підвищення АСТ, підвищення рівня лужної фосфатази позитивний тест сечі на еритроцити, зниження рівня натрію в крові, зменшення маси тіла, зменшення кількості нейтрофілів, наявність глюкози в сечі, посилення діурезу	часто нечасто рідко

*Нудота та блювання були параметрами ефективності протягом перших 5 днів пост-хіміотерапевтичного лікування та враховувались як побічні реакції тільки після цього періоду. Характер побічних реакцій, які виникали при багаторазових циклах (до 6 циклів) хіміотерапії, був подібним до того, що спостерігався в 1 циклі.

У додатковому активно контрольованому клінічному дослідженні у 1169 пацієнтів, які отримували апрепітант і хіміотерапію з високим ступенем еметогенності, профіль побічних реакцій був загалом аналогічним профілю, що спостерігався в інших дослідженнях хіміотерапії з високим ступенем еметогенності при застосуванні апрепітанту.

Не- НБСХ дослідження.

Додаткові побічні реакції спостерігалися у пацієнтів, які отримували разову дозу 40 мг апрепітанту для лікування післяопераційної нудоти і блювання, з більшою частотою, ніж при застосуванні ондансетрону: біль у верхній частині живота, патологічні шуми в кишечнику, запор*, дизартрія, диспное, гіпестезія, безсоння, міоз, нудота, сенсорні порушення, дискомфорт у шлунку, часткова кишкова непрохідність*, зниження гостроти зору, хрипи.

* Повідомлялося у пацієнтів, які приймали апрепітант у високих дозах.

Повідомлення про підозрювані побічні реакції.

Повідомлення про побічні реакції після реєстрації лікарського засобу має важливе значення. Це дає змогу проводити моніторинг співвідношення користь/ризик при застосуванні цього лікарського засобу. Медичним та фармацевтичним працівникам, а також пацієнтам або їх законним представникам слід повідомляти про усі випадки підозрюваних побічних реакцій та відсутності ефективності лікарського засобу через Автоматизовану інформаційну систему з фармаконагляду за посиланням: <https://aisf.dec.gov.ua>.

Термін придатності. 4 роки.

Умови зберігання.

Не потребує спеціальних умов зберігання. Зберігати в недоступному для дітей місці.

Упаковка.

По 2 капсули в блістері; по 1 блістеру в картонній коробці (для дозування 80 мг);
по 1 капсулі в блістері; по 6 блістерів у картонній коробці (для дозування 80 мг);

по 1 капсулі в блістері; по 5 блістерів у картонній коробці (для дозування 125 мг);
по 1 капсулі в блістері; по 6 блістерів у картонній коробці (для дозування 125 мг);
комбі-упаковка по 3 капсули; по 1 капсулі по 125 мг у блістері + 2 капсули по 80 мг у блістері;
по 2 блістери в картонній коробці.

Категорія відпуску.

За рецептом.

Виробник.

РОНТІС ХЕЛЛАС МЕДІКАЛ ЕНД ФАРМАСЬЮТІКАЛС ПРОДАКТС С.А.

Місцезнаходження виробника та адреса місця провадження його діяльності.

Ларісса Індастріал Еріа, П.О. БОКС 3012, Ларісса, 41 500, Греція.