

ПРИЛОЖЕНИЕ I
КРАТКА ХАРАКТЕРИСТИКА НА ПРОДУКТА

▼ Този лекарствен продукт подлежи на допълнително наблюдение. Това ще позволи бързото установяване на нова информация относно безопасността. От медицинските специалисти се изисква да съобщават всяка подозирана нежелана реакция. За начина на съобщаване на нежелани реакции вижте точка 4.8.

1. ИМЕ НА ЛЕКАРСТВЕНИЯ ПРОДУКТ

Descovy 200 mg/10 mg филмирани таблетки

2. КАЧЕСТВЕН И КОЛИЧЕСТВЕН СЪСТАВ

Всяка таблетка съдържа 200 mg емтрицитабин (emtricitabine) и тенофовир алафенамид фумарат (tenofovir alafenamide fumarate), съответстващи на 10 mg тенофовир алафенамид.

3. ЛЕКАРСТВЕНА ФОРМА

Филмирана таблетка

Сива, филмирана таблетка с правоъгълна форма, с размери 12,5 mm x 6,4 mm, с вдлъбнато релефно означение “GSI” от едната страна и “210” от другата страна на таблетката.

4. КЛИНИЧНИ ДАННИ

4.1 Терапевтични показания

Descovy е показан в комбинация с други антиретровирусни средства за лечение на възрастни и юноши (на и над 12 години, с телесно тегло най-малко 35 kg), инфектирани с човешки имунодефицитен вирус тип 1 (HIV-1) (вж. точки 4.2 и 5.1).

4.2 Дозировка и начин на приложение

Терапията трябва да се започне от лекар с опит в лечението на HIV инфекциите.

Дозировка

Възрастни и юноши на възраст на и над 12 години, с тегло най-малко 35 kg
Descovy трябва да се прилага, както е посочено в Таблица 1.

Таблица 1: Доза на Descovy съобразно третото средство в схемата на лечение на HIV

Доза на Descovy	Трето средство в схемата на лечение на HIV (вж. точка 4.5)
Descovy 200/10 mg един път дневно	Атазанавир с ритонавир или кобицистат Дарутанавир с ритонавир или кобицистат ¹ Лопинавир с ритонавир
Descovy 200/25 mg един път дневно	Долутегравир, ефавиренц, маравирок, невирапин, рилпивирин, ралтегравир

¹ Descovy 200/10 mg в комбинация с дарунавир 800 mg и кобицистат 150 mg, прилагани като таблетка с фиксирана доза, е бил проучен при нелекувани пациенти, вж. точка 5.1.

Ако пациентът пропусне една доза Descovy в рамките на 18 часа от обичайното време за приемането ѝ, той трябва да приеме Descovy възможно най-скоро и да продължи по обичайната схема на прилагане. Ако пациентът пропусне една доза Descovy с повече от 18 часа, той не трябва да приема пропуснатата доза, а да продължи по обичайната схема на прилагане.

Ако пациентът повърне в рамките на 1 час след приема на Descovy, трябва да се приеме друга таблетка.

Старческа възраст

Не се налага адаптиране на дозата на Descovy при пациенти в старческа възраст (вж. точки 5.1 и 5.2).

Бъбречно увреждане

Не се налага адаптиране на дозата на Descovy при възрастни или юноши (на възраст най-малко 12 години и с тегло най-малко 35 kg) с изчислен креатининов клирънс (CrCl) ≥ 30 ml/min.

Не трябва да се започва лечение с Descovy при пациенти с изчислен CrCl < 30 ml/min, тъй като има ограничени данни за употребата на Descovy в тази популация (вж. точки 5.1 и 5.2).

Descovy трябва да се прекрати при пациенти с изчислен CrCl, който спада под 30 ml/min по време на лечение (вж. точки 5.1 и 5.2).

Чернодробно увреждане

Не се налага адаптиране на дозата на Descovy при пациенти с чернодробно увреждане.

Педиатрична популация

Безопасността и ефикасността на Descovy при деца на възраст под 12 години или с тегло < 35 kg, все още не са установени. Липсват данни.

Начин на приложение

Descovy трябва да се приема перорално, веднъж дневно, със или без храна (вж. точка 5.2). Филмираните таблетки не трябва да се дъвчат, натрошават или разделят.

4.3 Противопоказания

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

4.4 Специални предупреждения и предпазни мерки при употреба

Въпреки че е доказано, че ефективната вирусна супресия с антиретровирусна терапия значително намалява риска от предаване на инфекцията по полов път, остатъчен риск не може да се изключи. Трябва да се вземат предпазни мерки, в съответствие с националните указания, за да се предотврати предаване на инфекцията.

Пациенти с HIV, коинфектирани с вируса на хепатит В или С

Пациентите с хронична инфекция с хепатит В или С, лекувани с антиретровирусна терапия, имат повишен риск за развитие на тежки и потенциално фатални нежелани чернодробни реакции.

Безопасността и ефикасността на Descovy при пациенти, коинфектирани с HIV-1 и вируса на хепатит С (HCV), не са установени.

Тенофовир алафенамид е активен срещу вируса на хепатит В (HBV). Прекратяването на лечението с Descovy при пациенти, коинфектирани с HIV и HBV, може да е свързано с тежко обостряне на хепатита. При пациенти, коинфектирани с HIV и HBV, при които се прекратява лечението с Descovy, трябва да се следят внимателно клиничните и лабораторни показатели в продължение на поне няколко месеца след спиране на лечението.

Чернодробно заболяване

Безопасността и ефикасността на Descovy при пациенти с налични значими чернодробни нарушения не са установени (вж. точки 4.2 и 5.2).

При пациенти с предварително съществуваща чернодробна дисфункция, вкл. активен хроничен хепатит, има повишена честота на отклоненията в чернодробната функция по време на комбинирана антиретровирусна терапия (КАРТ) и състоянието им трябва да се следи в съответствие със стандартната практика. Ако при такива пациенти има доказателство за влошаване на чернодробното заболяване, трябва да се обмисли прекъсване или прекратяване на лечението.

Тегло и метаболитни параметри

По време на антиретровирусна терапия може да настъпи увеличаване на теглото и на нивата на липидите и глюкозата в кръвта. Такива промени до известна степен могат да бъдат свързани с контрола на заболяването и начина на живот. Относно липидите, в някои случаи има доказателства за ефект на лечението, докато относно увеличаването на теглото, няма твърди доказателства, които да свързват това с някакво конкретно лечение. За проследяване на липидите и глюкозата в кръвта се прави справка с установените насоки за лечение на HIV. Липидните нарушения трябва да се лекуват по клинично подходящ начин.

Митохондриална дисфункция след експозиция *in utero*

Нуклеоз(т)идните аналози могат да повлияят митохондриалната функция в различна степен, което е най-добре изразено при ставудин, диданозин и зидовудин. Има съобщения за митохондриална дисфункция при HIV отрицателни кърмачета, които *in utero* и/или след раждането са били изложени на нуклеозидни аналози; в повечето случаи те са се отнасяли за лечение със схеми, съдържащи зидовудин. Основните нежелани реакции, за които се съобщава, са хематологични нарушения (анемия, неутропения) и метаболитни нарушения (хиперлактатемия, хиперлипаземия). Тези събития често са били преходни. Има редки съобщения за неврологични нарушения с късна проява (хипертония, конвулсии, промени в поведението). Понастоящем не е известно дали подобни неврологични нарушения са преходни или постоянни. Тези находки трябва да се имат предвид при всяко дете, което *in utero* е било изложено на нуклеоз(т)идни аналози и при което са налице тежки клинични находки с неизвестна етиология, особено неврологични находки. Тези находки не променят актуалните за момента национални препоръки за прилагане на антиретровирусна терапия при бременни жени с цел предпазване от вертикално предаване на HIV.

Синдром на имунна реактивация

При инфектирани с HIV пациенти с тежка имунна недостатъчност при започване на КАРТ може да се развие възпалителна реакция от асимптоматични или резидуални опортюнистични патогени и тя да причини сериозни клинични състояния или влошаване на симптомите. Обикновено подобни реакции се наблюдават през първите седмици или месеци от започване на КАРТ. Подходящи примери включват цитомегаловирусен ретинит, генерализирани и/или фокални микобактериални инфекции, пневмония, причинена от *Pneumocystis jirovecii*. Всички възпалителни симптоми трябва да се оценят и, когато е необходимо, да се приложи лечение.

Има съобщения и за поява на автоимунни нарушения (като болест на Graves и автоимунен хепатит) на фона на имунната реактивация; времето до началото им, обаче, варира значително и тези събития могат да настъпят много месеци след започване на лечението.

Пациенти с HIV-1 с мутации

Descovy трябва да се избягва при пациенти с HIV-1 с K65R мутацията, лекувани преди това с антиретровирусни средства (вж. точка 5.1).

Тройна нуклеозидна терапия

Имало е съобщения за висока честота на вирусологичен неуспех и възникване на резистентност на ранен етап, когато тенофовир дизопроксил е бил комбиниран с ламивудин и абакавир, както и с ламивудин и диданозин, като схема на прилагане с прием един път дневно. Поради това, същите проблеми могат да се наблюдават, ако Descovy се прилага с трети нуклеозиден аналог.

Опортюнистични инфекции

При пациенти, приемащи Descovy или друга антиретровирусна терапия, може да продължат да се развиват опортюнистични инфекции и други усложнения на инфекцията с HIV и затова пациентите трябва да останат под внимателно клинично наблюдение от лекари с опит в лечението на пациенти със заболявания, свързани с HIV.

Остеонекроза

Въпреки че етиологията се приема за многофакторна (включваща приложение на кортикостероиди, консумация на алкохол, тежка имуносупресия, по-висок индекс на телесна маса), има съобщения за случаи на остеонекроза, особено при пациенти с напреднало HIV заболяване и/или с продължителна експозиция на КАРТ. Пациентите трябва да бъдат посъветвани да потърсят консултация с лекар, ако получат болки в ставите, скованост на ставите или затруднение в движенията.

Нефротоксичност

Не може да се изключи потенциален риск от нефротоксичност в резултат на хронична експозиция на ниски нива тенофовир поради приема на дози тенофовир алафенамид (вж. точка 5.3).

Едновременно приложение на други лекарствени продукти

Едновременното приложение на Descovy не се препоръчва с определени антиконвулсанти (напр. карбамазепин, окскарбазепин, фенобарбитал и фенитоин), антимикобактериални средства (напр. рифампицин, рифабутин, рифапентин), боцепревир, жълт кантарион и протеазни инхибитори (ПИ) на HIV, различни от атазанавир, лопинавир и дарунавир (вж. точка 4.5).

Descovy не трябва да се прилага едновременно с лекарствени продукти, съдържащи тенофовир алафенамид, тенофовир дизопроксил, емтрицитабин, ламивудин или адефовир дипивоксил.

4.5 Взаимодействие с други лекарствени продукти и други форми на взаимодействие

Проучвания за взаимодействията са провеждани само при възрастни.

Descovy не трябва да се прилага едновременно с лекарствени продукти, съдържащи тенофовир алафенамид, тенофовир дизопроксил, емтрицитабин, ламивудин или адефовир дипивоксил.

Емтрицитабин

In vitro и клинични фармакокинетични проучвания за взаимодействия от типа „лекарство-лекарство“ са показали, че потенциалът за CYP-медиирани взаимодействия, включващи емтрицитабин, с други лекарствени продукти, е нисък. Едновременното приложение на емтрицитабин с лекарствени продукти, които се елиминират чрез активна тубулна секреция, може да повиши концентрациите на емтрицитабин, и/или на прилагания едновременно с него лекарствен продукт. Лекарствени продукти, които понижават бъбречната функция, могат да повишат концентрациите на емтрицитабин.

Тенофовир алафенамид

Тенофовир алафенамид се транспортира от Р-гликопротеина (Р-gp) и протеина на резистентност на рак на гърдата (breast cancer resistance protein, BCRP). Лекарствените продукти, които силно влияят върху активността на Р-gp и BCRP, могат да доведат до промени в абсорбцията на тенофовир алафенамид. Лекарствените продукти, които индуцират активността на Р-gp (напр. рифампицин, рифабутин, карбамазепин, фенобарбитал), се очаква да понижат абсорбцията на тенофовир алафенамид, водейки до намалена плазмена концентрация на тенофовир алафенамид, което може да доведе до загуба на терапевтичния ефект на Descovy и развитие на резистентност. Едновременното прилагане на Descovy с други лекарствени продукти, които инхибират активността на Р-gp и BCRP (напр. кобицистат, ритонавир, циклоспорин) се очаква да повиши абсорбцията и плазмената концентрация на тенофовир алафенамид. Въз основа на данни от едно *in vitro* проучване, едновременното прилагане на тенофовир алафенамид и инхибитори на ксантин оксидазата (напр. фебуксостат) не би повишило системната експозиция на тенофовир *in vivo*.

Тенофовир алафенамид не е инхибитор на CYP1A2, CYP2B6, CYP2C8, CYP2C9, CYP2C19 или CYP2D6 *in vitro*. Той не е инхибитор или индуктор на CYP3A *in vivo*. Тенофовир алафенамид е субстрат на OATP1B1 и OATP1B3 *in vitro*. Разпределението на тенофовир алафенамид в организма може да бъде повлияно от активността на OATP1B1 и OATP1B3.

Други взаимодействия

Тенофовир алафенамид не е инхибитор на човешката уридин-дифосфат-глюкуронозилтрансфераза (uridine diphosphate glucuronosyltransferase, UGT) 1A1 *in vitro*. Не е известно дали тенофовир алафенамид е инхибитор на други UGT ензими. Емтрицитабин не е инхибирал реакцията на глюкуронидация на не-специфичен UGT субстрат *in vitro*.

Взаимодействия между съставките на Descovy с евентуално едновременно прилагани лекарствени продукти са изброени в Таблица 2 (повишаването е отбелязано с “↑”, понижаването с “↓”, липсата на промяна с “↔”). Описаните взаимодействия се базират на проучвания, проведени с Descovy или със съставките на Descovy като отделни лекарствени продукти и/или в комбинация, или са потенциални взаимодействия от типа „лекарство-лекарство“, които може да възникнат с Descovy.

Таблица 2: Взаимодействия между отделните съставки на Descovy и други лекарствени продукти

Лекарствени продукти по терапевтични области ¹	Ефекти върху нивата на лекарствените продукти. Средна процентна промяна на AUC, C _{max} , C _{min} ²	Препоръки относно едновременното приложение с Descovy
АНТИИНФЕКЦИОЗНИ СРЕДСТВА		
Антимикотични средства		
Кетоконазол Итраконазол	Взаимодействието не е проучвано с нито една от съставките на Descovy. Едновременното приложение на кетоконазол или итраконазол, които са мощни Р-gp инхибитори, се очаква да повиши плазмените концентрации на тенофовир алафенамид.	Препоръчителната доза на Descovy е 200/10 mg веднъж дневно.

Лекарствени продукти по терапевтични области ¹	Ефекти върху нивата на лекарствените продукти. Средна процентна промяна на AUC, C _{max} , C _{min} ²	Препоръки относно едновременното приложение с Descovy
Флуконазол Исавуконазол	Взаимодействието не е проучвано с нито една от съставките на Descovy. Едновременното приложение на флуконазол или исавуконазол може да повиши плазмените концентрации на тенофовир алафенамид.	Дозирайте Descovy според съпътстващите антиретровирусни средства (вж. точка 4.2).
Антимикробактериални средства		
Рифабутин Рифампицин Рифапентин	Взаимодействието не е проучвано с нито една от съставките на Descovy. Едновременното приложение на рифампицин, рифабутин и рифапентин, всички от които са индуктори на P-gp, може да понижи плазмените концентрации на тенофовир алафенамид, което може да доведе до загуба на терапевтичния ефект и развитие на резистентност.	Не се препоръчва едновременното приложение на Descovy и рифабутин, рифампицин или рифапентин.
Анти-хепатит С вирусни лекарствени продукти		
Боцепревир	Взаимодействието не е проучвано с нито една от съставките на Descovy.	Едновременното приложение с боцепревир има потенциал да повлияе отрицателно върху интрацелуларното активиране и клиничната антивирусна ефикасност на тенофовир алафенамид, по тази причина едновременно приложение на Descovy и боцепревир не се препоръчва.
Ледипасвир (90 mg веднъж дневно)/ софосбувир (400 mg веднъж дневно), емтрицитабин (200 mg веднъж дневно)/ тенофовир алафенамид (10 mg веднъж дневно) ³	Ледипасвир: AUC: ↑ 79% C _{max} : ↑ 65% C _{min} : ↑ 93% Софосбувир: AUC: ↑ 47% C _{max} : ↑ 29% Метаболит на софосбувир GS-331007: AUC: ↑ 48% C _{max} : ↔ C _{min} : ↑ 66% Емтрицитабин: AUC: ↔ C _{max} : ↔ C _{min} : ↔ Тенофовир алафенамид: AUC: ↔ C _{max} : ↔	Не се налага адаптиране на дозата на ледипасвир или софосбувир; Дозирайте Descovy според съпътстващите антиретровирусни средства (вж. точка 4.2).

Лекарствени продукти по терапевтични области ¹	Ефекти върху нивата на лекарствените продукти. Средна процентна промяна на AUC, C _{max} , C _{min} ²	Препоръки относно едновременното приложение с Descovy
Ледипасвир (90 mg веднъж дневно)/ софосбувир (400 mg веднъж дневно), емтрицитабин (200 mg веднъж дневно)/ тенофовир алафенамид (25 mg веднъж дневно) ⁴	<p>Ледипасвир: AUC: ↔ C_{max}: ↔ C_{min}: ↔</p> <p>Софосбувир: AUC: ↔ C_{max}: ↔</p> <p>Метаболит на софосбувир GS-331007: AUC: ↔ C_{max}: ↔ C_{min}: ↔</p> <p>Емтрицитабин: AUC: ↔ C_{max}: ↔ C_{min}: ↔</p> <p>Тенофовир алафенамид: AUC: ↑ 32% C_{max}: ↔</p>	Не се налага адаптиране на дозата на ледипасвир или софосбувир. Дозирайте Descovy според съпътстващите антиретровирусни средства (вж. точка 4.2).
Софосбувир (400 mg веднъж дневно)/велпатасвир (100 mg веднъж дневно), емтрицитабин (200 mg веднъж дневно)/ тенофовир алафенамид (10 mg веднъж дневно) ³	<p>Софосбувир: AUC: ↑ 37% C_{max}: ↔</p> <p>Метаболит на софосбувир GS-331007: AUC: ↑ 48% C_{max}: ↔ C_{min}: ↑ 58%</p> <p>Велпатасвир: AUC: ↑ 50% C_{max}: ↑ 30% C_{min}: ↑ 60%</p> <p>Емтрицитабин: AUC: ↔ C_{max}: ↔ C_{min}: ↔</p> <p>Тенофовир алафенамид: AUC: ↔ C_{max}: ↓ 20%</p>	Не се налага адаптиране на дозата на софосбувир, велпатасвир или воксилапревир. Дозирайте Descovy според съпътстващите антиретровирусни средства (вж. точка 4.2).

Лекарствени продукти по терапевтични области ¹	Ефекти върху нивата на лекарствените продукти. Средна процентна промяна на AUC, C _{max} , C _{min} ²	Препоръки относно едновременното приложение с Descovy
<p>Софосбувир/велпатасвир/воксилапревир (400 mg/100 mg/100 mg+100 mg веднъж дневно)⁷/емтрицитабин (200 mg веднъж дневно)/ тенофовир алафенамид (10 mg веднъж дневно)³</p>	<p>Софосбувир: AUC: ↔ C_{max}: ↑ 27%</p> <p>Метаболит на софосбувир GS-331007: AUC: ↑ 43% C_{max}: ↔</p> <p>Велпатасвир: AUC: ↔ C_{min}: ↑ 46% C_{max}: ↔</p> <p>Воксилапревир: AUC: ↑ 171% C_{min}: ↑ 350% C_{max}: ↑ 92%</p> <p>Емтрицитабин: AUC: ↔ C_{min}: ↔ C_{max}: ↔</p> <p>Тенофовир алафенамид: AUC: ↔ C_{max}: ↓ 21%</p>	

Лекарствени продукти по терапевтични области ¹	Ефекти върху нивата на лекарствените продукти. Средна процентна промяна на AUC, C _{max} , C _{min} ²	Препоръки относно едновременното приложение с Descovy
Софосбувир/велпатасвир/воксилапревир (400 mg/100 mg/100 mg+100 mg веднъж дневно) ⁷ /емтрицитабин (200 mg веднъж дневно)/ тенофовир алафенамид (25 mg веднъж дневно) ⁴	<p>Софосбувир: AUC: ↔ C_{max}: ↔</p> <p>Метаболит на софосбувир GS-331007: AUC: ↔ C_{min}: ↔</p> <p>Велпатасвир: AUC: ↔ C_{min}: ↔ C_{max}: ↔</p> <p>Воксилапревир: AUC: ↔ C_{min}: ↔ C_{max}: ↔</p> <p>Емтрицитабин: AUC: ↔ C_{min}: ↔ C_{max}: ↔</p> <p>Тенофовир алафенамид: AUC: ↑ 52% C_{max}: ↑ 32%</p>	Не се налага адаптиране на дозата на софосбувир, велпатасвир или воксилапревир. Дозирайте Descovy според съпътстващите антиретровирусни средства (вж. точка 4.2).
АНТИРЕТРОВИРУСНИ СРЕДСТВА		
Протеазни инхибитори на HIV		
Атазанавир/кобицистат (300 mg/150 mg веднъж дневно), тенофовир алафенамид (10 mg)	<p>Тенофовир алафенамид: AUC: ↑ 75% C_{max}: ↑ 80%</p> <p>Атазанавир: AUC: ↔ C_{max}: ↔ C_{min}: ↔</p>	Препоръчителната доза на Descovy е 200/10 mg веднъж дневно.
Атазанавир/ритонавир (300/100 mg веднъж дневно), тенофовир алафенамид (10 mg)	<p>Тенофовир алафенамид: AUC: ↑ 91% C_{max}: ↑ 77%</p> <p>Атазанавир: AUC: ↔ C_{max}: ↔ C_{min}: ↔</p>	Препоръчителната доза на Descovy е 200/10 mg веднъж дневно.

Лекарствени продукти по терапевтични области ¹	Ефекти върху нивата на лекарствените продукти. Средна процентна промяна на AUC, C _{max} , C _{min} ²	Препоръки относно едновременното приложение с Descovy
Дарунавир/кобицистат (800/150 mg веднъж дневно), тенофовир алафенамид (25 mg веднъж дневно) ⁵	<p>Тенофовир алафенамид: AUC: ↔ C_{max}: ↔</p> <p>Тенофовир: AUC: ↑ 224% C_{max}: ↑ 216% C_{min}: ↑ 221%</p> <p>Дарунавир: AUC: ↔ C_{max}: ↔ C_{min}: ↔</p>	Препоръчителната доза на Descovy е 200/10 mg веднъж дневно.
Дарунавир/ритонавир (800/100 mg веднъж дневно), тенофовир алафенамид (10 mg веднъж дневно)	<p>Тенофовир алафенамид: AUC: ↔ C_{max}: ↔</p> <p>Тенофовир: AUC: ↑ 105% C_{max}: ↑ 142%</p> <p>Дарунавир: AUC: ↔ C_{max}: ↔ C_{min}: ↔</p>	Препоръчителната доза на Descovy е 200/10 mg веднъж дневно.
Лопинавир/ритонавир (800/200 mg веднъж дневно), тенофовир алафенамид (10 mg веднъж дневно)	<p>Тенофовир алафенамид: AUC: ↑ 47% C_{max}: ↑ 119%</p> <p>Лопинавир: AUC: ↔ C_{max}: ↔ C_{min}: ↔</p>	Препоръчителната доза на Descovy е 200/10 mg веднъж дневно.
Типранавир/ритонавир	<p>Взаимодействието не е проучвано с нито една от съставките на Descovy.</p> <p>Типранавир/ритонавир води до индукция на P-гр. Експозицията на тенофовир алафенамид се очаква да се понижи, когато типранавир/ритонавир се използва в комбинация с Descovy.</p>	Едновременно приложение с Descovy не се препоръчва.
Други протеазни инхибитори	Ефектът не е известен.	Няма налични данни, за да се дадат препоръки относно дозирането за едновременното приложение с други протеазни инхибитори.

Лекарствени продукти по терапевтични области ¹	Ефекти върху нивата на лекарствените продукти. Средна процентна промяна на AUC, C _{max} , C _{min} ²	Препоръки относно едновременното приложение с Descovy
Други антиретровирусни средства за лечение на HIV		
Долутегравир (50 mg веднъж дневно), тенофовир алафенамид (10 mg веднъж дневно) ³	Тенофовир алафенамид: AUC: ↔ C _{max} : ↔ Долутегравир: AUC: ↔ C _{max} : ↔ C _{min} : ↔	Препоръчителната доза на Descovy е 200/25 mg веднъж дневно.
Рилпивирин (25 mg веднъж дневно), тенофовир алафенамид (25 mg веднъж дневно)	Тенофовир алафенамид: AUC: ↔ C _{max} : ↔ Рилпивирин: AUC: ↔ C _{max} : ↔ C _{min} : ↔	Препоръчителната доза на Descovy е 200/25 mg веднъж дневно.
Ефавиренц (600 mg веднъж дневно), тенофовир алафенамид (40 mg веднъж дневно) ⁴	Тенофовир алафенамид: AUC: ↓ 14% C _{max} : ↓ 22%	Препоръчителната доза на Descovy е 200/25 mg веднъж дневно.
Маравирок Невирапин Ралтегравир	Взаимодействието не е проучвано с нито една от съставките на Descovy Не се очаква експозицията на тенофовир алафенамид да бъде повлияна от маравирок, невирапин или ралтегравир, нито пък той се екскретира, за да окаже влияние върху пътищата на метаболизиране и екскреция на маравирок, невирапин или ралтегравир.	Препоръчителната доза на Descovy е 200/25 mg веднъж дневно.
АНТИКОНВУЛСАНТИ		
Окскарбазепин Фенобарбитал Фенитоин	Взаимодействието не е проучвано с нито една от съставките на Descovy. Едновременното приложение на окскарбазепин, фенобарбитал или фенитоин, всички от които са индуктори на P-gp, може да намали плазмените концентрации на тенофовир алафенамид, което може да доведе до загуба на терапевтичния ефект и развитие на резистентност.	Не се препоръчва едновременното приложение на Descovy и окскарбазепин, фенобарбитал или фенитоин
Карбамазепин (с титриране на дозата от 100 mg до 300 mg два пъти дневно), емтрицитабин/тенофовир алафенамид (200 mg/25 mg веднъж дневно) ^{5,6}	Тенофовир алафенамид: AUC: ↓ 55% C _{max} : ↓ 57% Едновременното приложение на карбамазепин, който е индуктор на P-gp, понижава плазмените концентрации на тенофовир алафенамид, което може да доведе до загуба на терапевтичния ефект и развитие на резистентност.	Не се препоръчва едновременното приложение на Descovy и карбамазепин.

Лекарствени продукти по терапевтични области ¹	Ефекти върху нивата на лекарствените продукти. Средна процентна промяна на AUC, C _{max} , C _{min} ²	Препоръки относно едновременното приложение с Descovy
АНТИДЕПРЕСАНТИ		
Сертралин (50 mg веднъж дневно), тенофовир алафенамид (10 mg веднъж дневно) ³	Тенофовир алафенамид: AUC: ↔ C _{max} : ↔ Сертралин: AUC: ↑ 9% C _{max} : ↑ 14%	Не се налага адаптиране на дозата на сертралин. Дозирайте Descovy според съпътстващите антиретровирусни средства (вж. точка 4.2).
РАСТИТЕЛНИ ПРОДУКТИ		
Жълт кантарион (<i>Hypericum perforatum</i>)	Взаимодействието не е проучвано с нито една от съставките на Descovy. Едновременното приложение на жълт кантарион, индуктор на P-гр, може да намали плазмените концентрации на тенофовир алафенамид, което може да доведе до загуба на терапевтичния ефект и развитие на резистентност.	Едновременното приложение на Descovy с жълт кантарион не се препоръчва.
ИМУНОСУПРЕСОРИ		
Циклоспорин	Взаимодействието не е проучвано с нито една от съставките на Descovy. Едновременното приложение на циклоспорин, мощен P-гр инхибитор, се очаква да повиши плазмените концентрации на тенофовир алафенамид.	Препоръчителната доза на Descovy е 200/10 mg веднъж дневно.
ПЕРОРАЛНИ КОНТРАЦЕПТИВИ		
Норгестимат (0,180/0,215/0,250 mg веднъж дневно), етинилестрадиол (0,025 mg веднъж дневно), емтрицитабин/тенофовир алафенамид (200/25 mg веднъж дневно) ⁵	Норелгестромин: AUC: ↔ C _{min} : ↔ C _{max} : ↔ Норгестрел: AUC: ↔ C _{min} : ↔ C _{max} : ↔ Етинилестрадиол: AUC: ↔ C _{min} : ↔ C _{max} : ↔	Не се налага адаптиране на дозата на норгестимат/етинилестрадиол. Дозирайте Descovy според съпътстващите антиретровирусни средства (вж. точка 4.2).
СЕДАТИВНИ СРЕДСТВА/ХИПНОТИЦИ		
Приложен перорално мидазолам (2.5 mg единична доза), тенофовир алафенамид (25 mg веднъж дневно)	Мидазолам: AUC: ↔ C _{max} : ↔	Не се налага адаптиране на дозата на мидазолам. Дозирайте Descovy според съпътстващите антиретровирусни средства (вж. точка 4.2).
Приложен интравенозно мидазолам (1 mg единична доза), тенофовир алафенамид (25 mg веднъж дневно)	Мидазолам: AUC: ↔ C _{max} : ↔	

¹ Когато са дадени дози, това са дозите, използвани в клиничните проучвания за взаимодействия от типа „лекарство-лекарство“.

² При налични данни от проучвания за взаимодействия от типа „лекарство-лекарство“.

- ³ Проучването е проведено с използване на комбинирана таблетка с фиксирана доза елвитегравир/кобицистат/емтрицитабин/тенофовир алафенамид.
- ⁴ Проучването е проведено с използване комбинирана таблетка с фиксирана доза емтрицитабин/рилпивириин/тенофовир алафенамид.
- ⁵ Проучването е проведено с Descovy.
- ⁶ В това проучване емтрицитабин/тенофовир алафенамид е приеман с храна
- ⁷ Проучване, проведено с допълнителен воксилапревир 100 mg до постигане на експозициите на воксилапревир, очаквани при инфектирани с HCV пациенти.

4.6 Фертилитет, бременност и кърмене

Бременност

Липсват достатъчно и подходящо контролирани клинични проучвания на Descovy или на неговите съставки при бременни жени. Липсват или има ограничени данни (за изхода на по-малко от 300 случая на бременност) от употребата на тенофовир алафенамид при бременни жени. Обаче, голям обем данни при бременни жени (повече от 1 000 случая на завършила бременност с експозиция) не показват малформативна, нито фетална/неонатална токсичност, свързана с емтрицитабин.

Проучванията при животни не показват преки или непреки вредни ефекти на емтрицитабин, свързани с параметрите на фертилитета, бременността, феталното развитие, раждането или постнаталното развитие. Проучванията на тенофовир алафенамид при животни не показват вредни ефекти върху параметрите на фертилитета, бременността или феталното развитие (вж. точка 5.3).

Descovy трябва да се използва по време на бременност, само ако потенциалната полза оправдава потенциалния риск за плода.

Кърмене

Не е известно дали тенофовир алафенамид се екскретира в кърмата. Емтрицитабин се екскретира в кърмата. Проучванията при животни показват, че тенофовир се екскретира в млякото.

Има недостатъчна информация за ефектите на емтрицитабин и тенофовир при новородени/кърмачета. Затова Descovy не трябва да се използва в периода на кърмене.

С цел избягване предаването на HIV на кърмачето се препоръчва инфектирани с HIV жени да не кърмят децата си при никакви обстоятелства.

Фертилитет

Липсват данни, свързани с фертилитета, от употребата на Descovy при хора. В проучванията при животни не е имало ефекти на емтрицитабин и тенофовир алафенамид върху чифтосването или параметрите на фертилитета (вж. точка 5.3).

4.7 Ефекти върху способността за шофиране и работа с машини

Пациентите трябва да бъдат информирани, че има съобщения за замаяност по време на лечението с Descovy.

4.8 Нежелани лекарствени реакции

Обобщение на профила на безопасност

Оценката на нежеланите реакции се основава на данните за безопасност от всички проучвания фаза 2 и 3, в които 3 112 инфектирани с HIV-1 пациенти са получавали лекарствени продукти, съдържащи емтрицитабин и тенофовир алафенамид. В клинични проучвания при 866

нелекувани възрастни пациенти, получаващи емтрицитабин и тенофовир алафенамид с елвитегравир и кобицистат, като комбинираната таблетка с фиксирана доза елвитегравир 150 mg/кобицистат 150 mg/емтрицитабин 200 mg/тенофовир алафенамид (като фумарат) 10 mg (E/C/F/ТАF) в продължение на 144 седмици, най-често съобщаваните нежелани реакции са диария (7%), гадене (11%) и главоболие (6%).

Таблично обобщение на нежеланите реакции

Нежеланите реакции в Таблица 3 са изброени по системно-органен клас и честота. Честотите им се определят както следва: много чести ($\geq 1/10$), чести ($\geq 1/100$ до $< 1/10$) и нечести ($\geq 1/1000$ до $< 1/100$).

Таблица 3: Списък на нежеланите реакции в табличен вид¹

Честота	Нежелана реакция
<i>Нарушения на кръвта и лимфната система</i>	
Нечести:	анемия ²
<i>Психични нарушения</i>	
Чести:	патологични сънища
<i>Нарушения на нервната система</i>	
Чести:	главоболие, замаяност
<i>Стомашно-чревни нарушения</i>	
Много чести:	гадене
Чести:	диария, повръщане, абдоминална болка, флатуленция
Нечести:	диспепсия
<i>Нарушения на кожата и подкожната тъкан</i>	
Чести:	обрив
Нечести:	ангиоедем ^{2,3} , пруритус
<i>Нарушения на мускулно-скелетната система и съединителната тъкан</i>	
Нечести	артралгия
<i>Общи нарушения и ефекти на мястото на приложение</i>	
Чести:	умора

¹ С изключение на ангиоедем и анемия (вж. бележки под линия 2 и 3), всички нежелани реакции са установени от клинични проучвания с продукти, съдържащи F/ТАF. Честотите са получени от клинични проучвания фаза 3 с E/C/F/ТАF при 866 нелекувани възрастни пациенти в продължение на 144 седмици на лечение (GS-US-292-0104 и GS-US-292-0111).

² Тази нежелана реакция не е наблюдавана при клиничните проучвания на продукти, съдържащи F/ТАF, а е открита при клинични проучвания или постмаркетинговият опит за емтрицитабин, когато се използва заедно с други антиретровирусни средства.

³ Тази нежелана реакция е открита в периода на постмаркетингово наблюдение за емтрицитабин, но не е наблюдавана в рандомизирани контролирани клинични проучвания при възрастни или в клинични проучвания при деца с HIV на емтрицитабин. Категорията по честота „нечести“ е оценена от статистическо изчисление, базирано на общия брой пациенти, получаващи емтрицитабин в тези клинични проучвания (n = 1 563).

Описание на избрани нежелани реакции

Синдром на имунна реактивация

При инфектирани с HIV пациенти с тежка имунна недостатъчност при започване на КАРТ може да се развие възпалителна реакция от асимптоматични или резидуални опортюнистични инфекции. Има съобщения и за поява на автоимунни нарушения (като болест на Graves и автоимунен хепатит); времето до началото им, обаче, варира значително и тези събития могат да настъпят много месеци след започване на лечението (вж. точка 4.4).

Остеонекроза

Съобщавани са случаи на остеонекроза, особено при пациенти с общоизвестни рискови фактори, напреднало HIV заболяване или продължителна експозиция на КАРТ. Честотата им не е известна (вж. точка 4.4).

Промени в липидните лабораторни изследвания

В проучвания при нелекувани досега пациенти са наблюдавани повишения спрямо изходното ниво, както в групата на лечение, съдържащо тенофовир алафенамид фумарат, така и в групата на лечение, съдържащо тенофовир дизопроксил фумарат, при показателите на липидите на гладно общ холестерол, директен холестерол в липопротеини с ниска плътност (LDL) и липопротеини с висока плътност (HDL), и триглицериди, през седмица 144. Медианата на повишението от изходно ниво за тези показатели е била по-голяма в групата на лечение с E/C/F/TAF в сравнение с групата на лечение с елвитегравир 150 mg/кобицистат 150 mg/емтрицитабин 200 mg/тенофовир дизопроксил (като фумарат) 245 mg (E/C/F/TDF) през седмица 144 ($p < 0,001$ за разликата между групите на лечение за общ холестерол, директен LDL- и HDL-холестерол и триглицериди на гладно). Медианата (Q1; Q3) на промяната спрямо изходно ниво на отношението общ холестерол към HDL-холестерол през седмица 144 е била 0,2 (-0,3; 0,7) в групата на лечение с E/C/F/TAF и 0,1 (-0,4; 0,6) в групата на лечение с E/C/F/TDF ($p = 0,006$ за разликата между групите на лечение).

В проучване при пациенти с вирусна супресия, преминаващи от емтрицитабин/тенофовир дизопроксил фумарат към Descovy, като се запазва третото антиретровирусно средство (проучване GS-US-311-1089), е наблюдавано повишение спрямо изходното ниво на показателите на липидите на гладно - общ холестерол, директен LDL-холестерол и триглицериди в рамото на Descovy в сравнение с малка промяна в рамото на емтрицитабин/тенофовир дизопроксил фумарат ($p \leq 0,009$ за разликата между групите по отношение на промените спрямо изходното ниво). На седмица 96 и в двете рамена на лечение има малка промяна спрямо изходните нива в медианата на стойностите на гладно на HDL-холестерол и глюкоза или в съотношението между общия холестерол и HDL-холестерол на гладно. Никоя от промените не се счита за клинично значима.

В проучване при възрастни пациенти с вирусна супресия, преминаващи от абакавир/ламивудин към Descovy, като се запазва третото антиретровирусно средство (проучване GS-US-311-1717), са наблюдавани минимални промени в липидните показатели.

Метаболитни параметри

По време на антиретровирусна терапия може да настъпи увеличаване на теглото и на нивата на липидите и глюкозата в кръвта (вж. точка 4.4).

Педиатрична популация

Безопасността на емтрицитабин и тенофовир алафенамид е оценявана в продължение на 48 седмици в едно открито клинично проучване (GS-US-292-0106), в което инфектирани с HIV-1, нелекувани педиатрични пациенти на възраст от 12 до < 18 години са получавали емтрицитабин и тенофовир алафенамид в комбинация с елвитегравир и кобицистат, като комбинирана таблетка с фиксирана доза. Профилът на безопасност на емтрицитабин и тенофовир алафенамид, давани с елвитегравир и кобицистат при 50 пациенти в юношеска възраст, е бил подобен на този при възрастни (вж. точка 5.1).

Други специални популации

Пациенти с бъбречно увреждане

Безопасността на емтрицитабин и тенофовир алафенамид е оценявана в продължение на 144 седмици в едно открито клинично проучване (GS-US-292-0112), в което 248 пациенти, инфектирани с HIV-1, които не са били лекувани ($n = 6$) или са били с вирусна супресия ($n = 242$), с леко до умерено бъбречно увреждане (изчислена скорост на гломерулна филтрация по метода на Cockcroft-Gault [$eGFR_{CG}$]: 30-69 ml/min), са получавали емтрицитабин и тенофовир алафенамид в комбинация с елвитегравир и кобицистат, като комбинирана таблетка с фиксирана доза. Профилът на безопасност при пациенти с леко до умерено бъбречно увреждане е бил подобен на този при пациенти с нормална бъбречна функция (вж. точка 5.1).

Пациенти с HIV, коинфектирани с HBV

Безопасността на емтрицитабин и тенофовир алафенамид в комбинация с елвитегравир и кобицистат, като комбинирана таблетка с фиксирана доза (елвитегравир/кобицистат/емтрицитабин/тенофовир алафенамид [E/C/F/TAF]), е оценена при 72 пациенти, коинфектирани с HIV/HBV, получаващи лечение за HIV в едно открито клинично проучване (GS-US-292-1249), до седмица 48, когато пациентите са преминали от друга антиретровирусна схема (включваща тенофовир дизопроксил фумарат [DTF] при 69 от 72 пациенти) към E/C/F/TAF. На базата на тези ограничени данни профилът на безопасност на емтрицитабин и тенофовир алафенамид в комбинация с елвитегравир и кобицистат, като комбинирана таблетка с фиксирана доза при пациенти, коинфектирани с HIV/HBV, е подобен на този при пациенти с моноинфекция с HIV-1 (вж. точка 4.4).

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 национална система за съобщаване, посочена в Приложение V.

4.9 Предозиране

В случаи на предозиране състоянието на пациентите трябва да се следи за доказателства за интоксикация (вж. точка 4.8). Лечението на предозиране с Descovy включва общи поддържащи мерки, включително мониториране на жизнените показатели, както и наблюдение на клиничното състояние на пациента.

Емтрицитабин може да се отстрани чрез хемодиализа, която отстранява приблизително 30% от дозата на емтрицитабин за 3-часов диализен период, започващ в рамките на 1,5 часа от приема на дозата емтрицитабин. Тенофовир се отстранява ефективно чрез хемодиализа с коефициент на екстракция приблизително 54%. Не е известно дали емтрицитабин или тенофовир може да се отстранят чрез перитонеална диализа.

5. ФАРМАКОЛОГИЧНИ СВОЙСТВА

5.1 Фармакодинамични свойства

Фармакотерапевтична група: Антивирусни средства за системно приложение; антивирусни средства за лечение на HIV инфекции, комбинации. АТС код: J05AR17.

Механизъм на действие

Емтрицитабин е нуклеозиден инхибитор на обратната транскриптаза (НИОТ) и нуклеозиден аналог на 2'-дезокситидин. Емтрицитабин се фосфорилира от клетъчните ензими до емтрицитабин трифосфат. Емтрицитабин трифосфат инхибира репликацията на HIV, чрез включване във вирусната дезоксирибонуклеинова киселина (ДНК), чрез обратна транскриптаза (ОТ) на HIV, което води до прекъсване на ДНК-веригата. Емтрицитабин има действие срещу HIV-1, HIV-2 и HBV.

Тенофовир алафенамид е нуклеотиден инхибитор на обратната транскриптаза (НТИОТ) и фосфонамидатно пролекарство на тенофовир (аналог на 2'-дезоксиденозин монофосфат). Тенофовир алафенамид може да влезе в клетките и вследствие на повишената плазмена стабилност и интрацелуларното активиране чрез хидролиза от катепсин А, тенофовир алафенамид е по-ефективен от тенофовир дизопроксил фумарат за концентриране на тенофовир в мононуклеарни клетки от периферна кръв (РВМС) или HIV таргетни клетки, включително лимфоцити и макрофаги. Интрацелуларният тенофовир впоследствие се

фосфорилира до фармакологично активния метаболит тенофовир дифосфат. Тенофовир дифосфат инхибира репликацията на HIV чрез включване във вирусната ДНК чрез ОТ на HIV, което води до прекъсване на ДНК-веригата.

Тенофовир има действие срещу HIV-1, HIV-2 и HBV.

Антивирусна активност *in vitro*

Емтрицитабин и тенофовир алафенамид показват синергична антивирусна активност в клетъчна култура. Не е наблюдаван антагонизъм при комбиниране на емтрицитабин или тенофовир алафенамид с други антиретровирусни средства.

Антивирусната активност на емтрицитабин срещу лабораторни и клинични изолати на HIV-1 е оценена в лимфобластoidни клетъчни линии, клетъчната линия MAGI CCR5 и PBMC. Стойностите за 50% ефективна концентрация (EC₅₀) на емтрицитабин са в интервала от 0,0013 до 0,64 µM. Емтрицитабин показва антивирусна активност в клетъчна култура срещу HIV-1 субтипове А, В, С, D, Е, F и G (стойностите за EC₅₀ варират от 0,007 до 0,075 µM) и щамово-специфична активност срещу HIV-2 (стойностите за EC₅₀ варират от 0,007 до 1,5 µM).

Антивирусната активност на тенофовир алафенамид срещу лабораторни и клинични изолати на HIV-1 субтип В е оценена в лимфобластoidни клетъчни линии, PBMC, първични моноцити/макрофаги и CD4+ Т лимфоцити. Стойностите за EC₅₀ за тенофовир алафенамид са в интервала от 2,0 до 14,7 nM. Тенофовир алафенамид показва антивирусна активност в клетъчна култура срещу всички групи HIV-1 (M, N и O), включително субтипове А, В, С, D, Е, F и G (стойностите за EC₅₀ варират от 0,10 до 12,0 nM) и показват щамово-специфична активност срещу HIV-2 (стойностите за EC₅₀ варират от 0,91 до 2,63 nM).

Резистентност

In vitro

Намалената чувствителност към емтрицитабин е свързана с мутации M184V/I в ОТ на HIV-1.

Изолати на HIV-1, с намалена чувствителност към тенофовир алафенамид, експресират K65R мутация в ОТ на HIV-1; в допълнение преходно е наблюдавана K70E мутация в ОТ на HIV-1.

При нелекувани пациенти

В един сборен анализ на пациенти, нелекувани с антиретровирусни средства, получаващи емтрицитабин и тенофовир алафенамид (10 mg), даван с елвитегравир и кобицистат, като комбинирана таблетка с фиксирана доза, в проучвания фаза 3, GS-US-292-0104 и GS-US-292-0111, е направено генотипизиране на плазмени изолати на HIV-1 от всички пациенти с HIV-1 РНК ≥ 400 копия/ml при потвърден вирусологичен неуспех в седмица 144 или в момента на ранно прекратяване на приема на проучваното лекарство. До седмица 144 е наблюдавано развитие на една или повече първични мутации, свързани с резистентност към емтрицитабин, тенофовир алафенамид или елвитегравир в изолати на HIV-1 от 12 от 22 пациенти с подлежащи на анализ генотипни данни от сдвоения анализ на изолати от изходно ниво и изолати при неуспешно лечение с E/C/F/TAF (12 от 866 пациенти [1,4%]), в сравнение с 12 от 20 изолати при неуспешно лечение от пациенти с оценени генотипни данни в групата на E/C/F/TDF (12 от 867 пациенти [1,4%]). В групата на E/C/F/TAF, възникващите мутации са били M184V/I (n = 11) и K65R/N (n = 2) в ОТ и T66T/A/I/V (n = 2), E92Q (n = 4), Q148Q/R (n = 1) и N155H (n = 2) в интегразата. В изолатите на HIV-1 при 12 пациенти с развитие на резистентност в групата на E/C/F/TDF, възникващите мутации са били M184V/I (n = 9), K65R/N (n = 4) и L210W (n = 1) в ОТ, и E92Q/V (n = 4) и Q148R (n = 2), и N155H/S (n = 3) в интегразата. Повечето изолати на HIV-1 от пациенти в двете групи на лечение, които са развили мутации, свързани с резистентност към елвитегравир в интегразата, са развили и мутации, свързани с резистентност към емтрицитабин в ОТ.

При пациенти, коинфектирани с HIV-1 и HBV

В клинично проучване с пациенти с HIV и вирусна супресия, коинфектирани с хроничен хепатит В, които са приемали емтрицитабин и тенофовир алафенамид, прилаган с елвитегравир и кобисциатат като комбинирана таблетка с фиксирана доза (Е/С/Ф/ТАФ) в продължение на 48 седмици (GS-US-292-1249, n = 72), 2 пациенти са подходящи за анализ на резистентността. При тези 2 пациенти не са идентифицирани аминокиселинни замествания в HIV 1 или HBV, свързани с резистентност към който и да е от компонентите на Е/С/Ф/ТАФ.

Кръстосана резистентност при пациенти, инфектирани с HIV-1, нелекувани или с вирусна супресия

Вирусите, резистентни към емтрицитабин с M184V/I заместване, са имали кръстосана резистентност към ламивудин, но са запазили чувствителност към диданозин, ставудин, тенофовир и зидовудин.

Мутациите K65R и K70E водят до намалена чувствителност към абакавир, диданозин, ламивудин, емтрицитабин и тенофовир, но запазват чувствителност към зидовудин.

Мултинуклеозидно резистентният HIV-1 с T69S мутация с двойна инсерция или с Q151M мутационен комплекс, включващ K65R, е показал намалена чувствителност към тенофовир алафенамид.

Клинични данни

Не са провеждани проучвания за ефикасност и безопасност с Descovy при нелекувани пациенти.

Клиничната ефикасност на Descovy е установена от проучвания, проведени с емтрицитабин и тенофовир алафенамид, когато продуктът е даван с елвитегравир и кобицистат, като комбинирана таблетка с фиксирана доза Е/С/Ф/ТАФ.

Инфектирани с HIV-1, нелекувани пациенти

В проучванията GS-US-292-0104 и GS-US-292-0111 пациентите са били рандомизирани в съотношение 1:1 да получават емтрицитабин 200 mg и тенофовир алафенамид 10 mg (n = 866) един път дневно или емтрицитабин 200 mg + тенофовир дизопроксил (като фумарат) 245 mg (n = 867) един път дневно, и двете давани с елвитегравир 150 mg + кобицистат 150 mg, като комбинирана таблетка с фиксирана доза. Средната възраст е била 36 години (интервал: 18-76), 85% са били от мъжки пол, 57% са били бели, 25% са били чернокожи и 10% са били азиатци. Деветнадесет процента от пациентите са били определени като латиноамериканци. Средната изходна стойност на плазмена HIV-1 РНК е била 4,5 log₁₀ копия/ml (интервал: 1,3-7,0) и 23% са имали изходно вирусно натоварване > 100 000 копия/ml. Средният изходен брой на CD4+ клетки е бил 427 клетки/mm³ (интервал: 0-1 360), а 13% са имали брой на CD4+ клетки < 200 клетки/mm³.

Е/С/Ф/ТАФ демонстрира статистическо превъзходство по отношение на постигане на HIV-1 РНК < 50 копия/ml, когато се сравнява с Е/С/Ф/ТДФ на седмица 144. Разликата в проценти е 4,2% (95% CI: 0,6% до 7,8%). Сборни резултати от лечението през седмици 48 и 144 са показани в Таблица 4.

Таблица 4: Сборни вирусологични резултати от лечението от проучвания GS-US-292-0104 и GS-US-292-0111 през седмици 48 и 144^{a,б}

	Седмица 48		Седмица 144	
	Е/С/Ф/ТАФ (n = 866)	Е/С/Ф/ТДФ ^c (n = 867)	Е/С/Ф/ТАФ (n = 866)	Е/С/Ф/ТДФ (n = 867)
HIV-1 РНК < 50 копия/ml	92%	90%	84%	80%
Разлика в лечението	2,0% (95% CI: -0,7% до 4,7%)		4,2% (95% CI: 0,6% до 7,8%)	
HIV-1 РНК ≥ 50 копия/ml^b	4%	4%	5%	4%

	Седмица 48		Седмица 144	
	Е/С/Ф/ТАФ (n = 866)	Е/С/Ф/ТДФ ^е (n = 867)	Е/С/Ф/ТАФ (n = 866)	Е/С/Ф/ТДФ (n = 867)
Липса на вирусологични данни във времеви период през седмица 48 или 144	4%	6%	11%	16%
Прекратен прием на проучваното лекарство поради НС или смърт ^г	1%	2%	1%	3%
Прекратен прием на проучваното лекарство по други причини и последни измерени стойности на HIV-1 РНК < 50 копия/ml ^а	2%	4%	9%	11%
Липсващи данни от времеви период, но продължаващ прием на проучваното лекарство	1%	< 1%	1%	1%
Процент (%) пациенти с HIV-1 РНК < 50 копия/ml по подгрупа				
Възраст				
< 50 години	716/777 (92%)	680/753 (90%)	647/777 (83%)	602/753 (80%)
≥ 50 години	84/89 (94%)	104/114 (91%)	82/89 (92%)	92/114 (81%)
Пол				
Мъже	674/733 (92%)	673/740 (91%)	616/733 (84%)	603/740 (81%)
Жени	126/133 (95%)	111/127 (87%)	113/133 (85%)	91/127 (72%)
Раса				
Чернокожи	197/223 (88%)	177/213 (83%)	168/223 (75%)	152/213 (71%)
Различни от чернокожи	603/643 (94%)	607/654 (93%)	561/643 (87%)	542/654 (83%)
Исходно вирусно натоварване				
≤ 100 000 копия/ml	629/670 (94%)	610/672 (91%)	567/670 (85%)	537/672 (80%)
> 100 000 копия/ml	171/196 (87%)	174/195 (89%)	162/196 (83%)	157/195 (81%)
Исходен брой CD4+ клетки				
< 200 клетки/mm ³	96/112 (86%)	104/117 (89%)	93/112 (83%)	94/117 (80%)
≥ 200 клетки/mm ³	703/753 (93%)	680/750 (91%)	635/753 (84%)	600/750 (80%)
HIV-1 РНК < 20 копия/ml	84,4%	84,0%	81,1%	75,8%
Разлика в лечението	0,4% (95% CI: -3,0% до 3,8%)		5,4% (95% CI: 1,5% до 9,2%)	

Е/С/Ф/ТАФ = елвитегравир/кобицистат/емтрицитабин/тенофовир алафенамид

Е/С/Ф/ТДФ = елвитегравир/кобицистат/емтрицитабин/тенофовир дизопроксил фумарат

- а Времеви период през седмица 48 е между ден 294 и ден 377 (включително); времеви период през седмица 144 е между ден 966 и ден 1049 (включително).
- б И в двете проучвания пациентите са стратифицирани на база изходните стойности на HIV-1 РНК (≤ 100 000 копия/ml, > 100 000 копия /ml до ≤ 400 000 копия /ml, или > 400 000 копия/ml), по брой на CD4+ клетки (< 50 клетки/μl, 50-199 клетки/μl или ≥ 200 клетки/μl), и по регион (в САЩ или извън САЩ).
- в Включва пациенти, които са имали ≥ 50 копия/ml във времеви период през седмица 48 или 144; пациенти, които рано са прекратили участието си в проучването поради липса или загуба на ефикасност; пациенти, които са прекратили участието си поради причини, различни от нежелано събитие (НС), смърт или липса, или загуба на ефикасност, и са имали вирусен ≥ 50 копия/ml при прекратяване на участието.
- г Включва пациенти, които са прекратили участието си поради НС или смърт във всеки момент от ден 1 до времеви период, ако това е довело до липса на вирусологични данни по отношение на лечението в дефинирания времеви период.
- д Включва пациенти, които са прекратили участието си по причини, различни от НС, смърт, липса или загуба на ефикасност; напр. оттеглено съгласие, загубени в хода на проследяването и др.

Средното повишаване на броя на CD4+ клетките в сравнение с изходния брой е било 230 клетки/mm³ при пациентите, получаващи E/C/F/TAF, и 211 клетки/mm³ при пациентите, получаващи E/C/F/TDF (p = 0,024), през седмица 48, и 326 клетки/mm³ при лекуваните с E/C/F/TAF пациенти и 305 клетки/mm³ при лекуваните с E/C/F/TDF пациенти (p = 0,06) през седмица 144.

Клиничната ефикасност на Descovy при нелекувани пациенти е установена и от едно проучване, проведено с емтрицитабин и тенофовир алафенамид (10 mg), когато са давани с дарунавир (800 mg) и кобицистат, като комбинирана таблетка с фиксирана доза (D/C/F/TAF). В проучване GS-US-299-0102 пациентите са били рандомизирани в съотношение 2:1 да получават или комбинация с фиксирана доза D/C/F/TAF един път дневно (n = 103), или дарунавир и кобицистат и емтрицитабин/тенофовир дизопроксил фумарат един път дневно (n = 50). Процентите на пациентите с плазмена HIV-1 РНК < 50 копия/ml и < 20 копия/ml са посочени в Таблица 5.

Таблица 5: Вирусологични резултати от проучване GS-US-299-0102 през седмица 24 и 48^a

	Седмица 24		Седмица 48	
	D/C/F/TAF (n = 103)	Дарунавир, кобицистат и емтрицитабин/ тенофовир дизопроксил фумарат (n = 50)	D/C/F/TAF (n = 103)	Дарунавир, кобицистат и емтрицитабин/ тенофовир дизопроксил фумарат (n = 50)
HIV-1 РНК < 50 копия/ml	75%	74%	77%	84%
Разлика в лечението	3,3% (95% ДИ: -11,4% до 18,1%)		-6,2% (95% ДИ: -19,9% до 7,4%)	
HIV-1 RNA ≥ 50 копия/ml^b	20%	24%	16%	12%
Липса на вирусологични данни във времевия период през седмица 48	5%	2%	8%	4%
Прекратен прием на проучваното лекарство поради НС или смърт ^c	1%	0	1%	2%
Прекратен прием на проучваното лекарство по други причини и последни измерени стойности на HIV-1 РНК < 50 копия/ml ^a	4%	2%	7%	2%
Липсващи данни от времевия период, но продължаващ прием на проучваното лекарство	0	0	0	0
HIV-1 РНК < 20 копия/ml	55%	62%	63%	76%
Разлика в лечението	-3,5% (95% ДИ: -19,8% до 12,7%)		-10,7% (95% ДИ: -26,3% до 4,8%)	

D/C/F/TAF = дарунавир/кобицистат/емтрицитабин/тенофовир алафенамид

a Времевият период през седмица 48 е между ден 294 и ден 377 (включително).

b Включва пациенти, които са имали ≥ 50 копия/ml във времевия период през седмица 48; пациенти, които рано са прекратили участието си в проучването поради липса или загуба на ефикасност; пациенти, които са прекратили участието си поради причини, различни от нежелано събитие (НС), смърт или липса, или загуба на ефикасност, и са имали вирусемия ≥ 50 копия/ml при прекратяване на участието.

- в Включва пациенти, които са прекратили участието си поради НС или смърт във всеки момент от ден 1 до времеви период, ако това е довело до липса на вирусологични данни по отношение на лечението в дефинирания времеви период.
- г Включва пациенти, които са прекратили участието си по причини, различни от НС, смърт, липса или загуба на ефикасност; напр. оттеглено съгласие, загубени в хода на проследяването и др.

Инфектирани с HIV-1 пациенти с вирусна супресия

В проучването GS-US-311-1089 са оценявани ефикасността и безопасността на преминаването от емтрицитабин/тенофовир дизопроксил фумарат към Descovy, като се запазва третото антиретровирусно средство, в рандомизирано, двойно-сляпо проучване при инфектирани с HIV-1 възрастни пациенти с вирусна супресия (n = 663). Пациентите е трябвало да са със стабилна супресия (HIV-1 РНК < 50 копия/ml) на изходната си схема на лечение за най-малко 6 месеца и да са имали HIV-1 без мутации, свързани с резистентност към емтрицитабин или тенофовир алафенамид, преди включване в проучването. Пациентите са били рандомизирани в съотношение 1:1 да преминат на терапия с Descovy, като се запазва третото им антиретровирусно средство на изходно ниво (n = 333), или да останат на изходната си схема, съдържаща емтрицитабин/тенофовир дизопроксил фумарат (n = 330). Пациентите са били стратифицирани по класа на третото средство в предишната им схема на лечение. На изходно ниво 46% от пациентите са получавали емтрицитабин/тенофовир дизопроксил фумарат в комбинация с потенциран ПИ и 54% от пациентите са получавали емтрицитабин/тенофовир дизопроксил фумарат в комбинация с непотенцирано трето лекарствено средство.

Резултатите от лечението в проучване GS-US-311-1089 в продължение на 48 и 96 седмици са представени в Таблица 6.

Таблица 6: Вирусологични резултати от проучване GS-US-311-1089 през седмица 48^a и 96^b

	Седмица 48		Седмица 96	
	Схема, съдържаща Descovy (n = 333)	Схема, съдържаща емтрицитабин/тенофовир дизопроксил фумарат (n = 330)	Схема, съдържаща Descovy (n = 333)	Схема, съдържаща емтрицитабин/тенофовир дизопроксил фумарат (n = 330)
HIV-1 РНК < 50 копия/ml	94%	93%	89%	89%
Разлика в лечението	1,3% (95% CI: -2,5% до 5,1%)		-0,5% (95% CI: -5,3% до 4,4%)	
HIV-1 РНК ≥ 50 копия/ml^b	< 1%	2%	2%	1%
Липса на вирусологични данни във времеви период през седмица 48 или 96	5%	5%	9%	10%
Прекратен прием на проучваното лекарство поради НС или смърт ^г	2%	1%	2%	2%
Прекратен прием на проучваното лекарство по други причини и последни измерени стойности на HIV-1 РНК < 50 копия/ml ^д	3%	5%	7%	9%
Липсващи данни от времеви период при продължаващ прием на проучваното лекарство	< 1%	0	0	<1%

	Седмица 48		Седмица 96	
	Схема, съдържаща Descovy (n = 333)	Схема, съдържаща емтрицитабин/ тенофовир дизопроксил фумарат (n = 330)	Схема, съдържаща Descovy (n = 333)	Схема, съдържаща емтрицитабин/ тенофовир дизопроксил фумарат (n = 330)
Процент (%) пациенти с HIV-1 РНК < 50 копия/ml по предишна схема на лечение				
Потенцирани ПИ	142/155 (92%)	140/151 (93%)	133/155 (86%)	133/151 (88%)
Други трети лекарствени средства	172/178 (97%)	167/179 (93%)	162/178 (91%)	161/179 (90%)

ПИ = протеазен инхибитор

- а Времевият период през седмица 48 е между ден 294 и ден 377 (включително).
- б Времевият период през седмица 96 е между ден 630 и ден 713 (включително).
- в Включва пациенти, които са имали ≥ 50 копия/ml във времевия период през седмица 48 или седмица 96; пациенти, които рано са прекратили участието си в проучването поради липса или загуба на ефикасност; пациенти, които са прекратили участието си поради причини, различни от нежелано събитие (НС), смърт или липса, или загуба на ефикасност, и са имали вирусемия ≥ 50 копия/ml при прекратяване на участието.
- г Включва пациенти, които са прекратили участието си поради НС или смърт във всеки момент от ден 1 до времевия период, ако това е довело до липса на вирусологични данни по отношение на лечението в дефинирания времеви период.
- д Включва пациенти, които са прекратили участието си по причини, различни от НС, смърт, липса или загуба на ефикасност; напр. оттеглено съгласие, загубени в хода на проследяването и др.

В проучване GS-US-311-1717 пациенти с вирусна супресия (HIV-1 РНК < 50 копия/ml) на схема на лечение с абакавир/ламивудин за най-малко 6 месеца са рандомизирани в съотношение 1:1 да преминават на терапия с Descovy (N = 280), като се запазва третото им средство от изходно ниво, или да останат на изходната схема на лечение, съдържаща абакавир/ламивудин (N = 276).

Пациентите са стратифицирани според класа на третото средство в предишната им схема на лечение. На изходно ниво 30% от пациентите са получавали абакавир/ламивудин в комбинация с потенциран протеазен инхибитор и 70% от пациентите са получавали абакавир/ламивудин в комбинация с непотенцирано трето лекарствено средство. Честотата на вирусологичен успех на седмица 48 е: 89,7% (227 от 253 участници) за схемата, съдържаща Descovy и 92,7% (230 от 248 участници) за тази, съдържаща абакавир/ламивудин. Преминаването на седмица 48 към схема, съдържаща Descovy, е с не по-малка ефикасност в сравнение с оставането на изходната схема на лечение, съдържаща абакавир/ламивудин, при запазване на HIV-1 РНК < 50 копия/ml.

Инфектирани с HIV-1 пациенти с леко до умерено бъбречно увреждане

В проучването GS-US-292-0112 са оценявани ефикасността и безопасността на емтрицитабин и тенофовир алафенамид в открито клинично проучване, в което 242 инфектирани с HIV-1 пациенти с леко до умерено бъбречно увреждане (eGFR_{CG}: 30-69 ml/min) са преминали на емтрицитабин и тенофовир алафенамид (10 mg), давани с елвитегравир и кобицистат, като комбинирана таблетка с фиксирана доза. Пациентите са били с вирусна супресия (HIV-1 РНК < 50 копия/ml) за най-малко 6 месеца преди преминаване.

Средната възраст е била 58 години (интервал: 24-82), с 63 пациенти (26%), които са били ≥ 65 -годишна възраст. Седемдесет и девет процента са били от мъжки пол, 63% са били бели, 18% са били чернокожи и 14% са били азиатци. Тринадесет процента от пациентите са били определени като латиноамериканци. На изходно ниво медианата на eGFR е била 56 ml/min и 33% от пациентите са имали eGFR от 30 до 49 ml/min. Средният изходен брой на CD4+ клетки е бил 664 клетки/mm³ (интервал: 126-1 813).

През седмица 144, 83,1% (197/237 пациенти) са запазили HIV-1 РНК < 50 копия/ml след преминаване към емтрицитабин и тенофовир алафенамид, давани с елвитегравир и кобицистат, като комбинирана таблетка с фиксирана доза.

Пациенти, коинфектирани с HIV и HBV

В откритото проучване GS-US-292-1249 са оценени ефикасността и безопасността на емтрицитабин и тенофовир алафенамид, прилагани с елвитегравир и кобисцитат като комбинирана таблетка с фиксирана доза (Е/С/Ф/ТАФ) при възрастни пациенти, коинфектирани с HIV-1 и хроничен хепатит В. Шестдесет и девет от 72 пациенти преди това са на антиретровирусна терапия, включваща TDF. В началото на лечението с Е/С/Ф/ТАФ, тези 72 пациенти са с вирусна супресия на HIV (HIV-1 РНК < 50 копия/ml) в продължение на поне 6 месеца, със или без супресия на HBV ДНК, и са с компенсирана чернодробна функция. Средната възраст е 50 години (от 28 до 67), 92% от пациентите са мъже, 69% – от бялата раса, 18% – чернокожи, 10% – от азиатски произход. Средният брой на CD4+ клетки на изходното ниво е 636 клетки/mm³ (диапазон от 263 до 1 498). Осемдесет и шест процента от пациентите (62/72) са със супресия (HBV ДНК < 29 IU/ml), а 42% (30/72) са HBeAg позитивни на изходното ниво.

От пациентите, които са HBeAg позитивни на изходното ниво, 1/30 (3,3%) са постигнали сероконверсия към анти-HBe на седмица 48. От пациентите, които са HBsAg позитивни на изходното ниво, 3/70 (4,3%) са постигнали сероконверсия към анти-HBs на седмица 48.

На седмица 48, 92% от пациентите (66/72) са поддържали HIV-1 РНК < 50 копия/ml след преминаване на емтрицитабин и тенофовир алафенамид, прилагани с елвитегравир и кобисцитат като комбинирана таблетка с фиксирана доза. Средната промяна от изходното ниво в броя на клетките CD4+ на седмица 48 е -2 клетки/mm³. Деветдесет и два процента (66/72 пациенти) са имали HBV ДНК < 29 IU/ml през седмица 48, като е използван анализ на принципа „липса = неуспех“. От 62 пациенти, които на изходното ниво са със супресия на HBV, при 59 е запазена супресията, а при 3 няма данни. От 10 пациенти, които не са със супресия на HBV на изходното ниво (HBV ДНК ≥ 29 IU/ml), 7 е постигната супресия, при 2 стойностите са останали доловими, а при 1 липсват данни.

Клиничните данни относно употребата на Е/С/Ф/ТАФ при нелекувани досега пациенти, коинфектирани с HIV/HBV, са ограничени.

Промени в измерванията на костната минерална плътност

В проучванията с нелекувани пациенти, емтрицитабин и тенофовир алафенамид, давани с елвитегравир и кобисцитат като комбинирана таблетка с фиксирана доза, са свързвани с по-малко намаление на костната минерална плътност (КМП), измерена чрез анализ с двойноенергийна рентгенова абсорбциометрия (DXA) на бедрена кост (средна промяна -0,8% спрямо -3,4%, $p < 0,001$) и на лумбалния сегмент на гръбнака (средна промяна -0,9% спрямо -3,0%, $p < 0,001$), в сравнение с Е/С/Ф/TDF в продължение на 144 седмици лечение. В отделно проучване емтрицитабин и тенофовир алафенамид, давани с дарунавир и кобисцитат като комбинирана таблетка с фиксирана доза, също са свързвани с по-малко намаление на КМП (измерена чрез анализ с DXA на бедрена кост и на лумбалния сегмент на гръбнака) в продължение на 48 седмици лечение в сравнение с дарунавир, кобисцитат, емтрицитабин и тенофовир дизопроксил фумарат.

В проучване при възрастни пациенти с вирусна супресия е забелязано подобрене на КМП, измерена чрез DXA анализ на бедрена кост (средна промяна от изходно ниво 1,9% спрямо -0,3%, $p < 0,001$) и на лумбалния сегмент на гръбнака (средна промяна от изходно ниво 2,2% спрямо -0,2%, $p < 0,001$), в продължение на 96 седмици след преминаване към Descovy от схема, съдържаща TDF, в сравнение с минимални промени при запазването на схемата, съдържаща TDF.

В проучване при възрастни пациенти с вирусна супресия КМП, измерена чрез DXA анализ на бедрена кост (средна промяна от изходно ниво 0,3% спрямо 0,2%, $p = 0,55$) и на лумбалния сегмент на гръбнака (средна промяна от изходно ниво 0,1% спрямо < 0,1%, $p = 0,78$), не се променя значимо в продължение на 48 седмици след преминаване към Descovy от схема,

съдържаща абакавир/ламивудин, в сравнение със запазване на схемата, съдържаща абакавир/ламивудин.

Промени в измерванията на бъбречната функция

В проучванията с нелекувани пациенти, емтрицитабин и тенофовир алафенамид, давани с елвитегравир и кобицистат като комбинирана таблетка с фиксирана доза в продължение на 144 седмици, са свързани с по-слабо влияние върху показателите за бъбречна безопасност (измерени след 144 седмици лечение чрез eGFR_{CG} и отношение протеин в урината към креатинин и след 96 седмици лечение чрез отношение албумин в урината към креатинин) в сравнение с E/C/F/TDF. В продължение на 144 седмици лечение нито един участник не прекратява приема на E/C/F/TAF поради възникнало по време на лечението бъбречно нежелано събитие в сравнение с 12 участници, които са прекратили приема на E/C/F/TDF (p < 0,001).

В отделно проучване при нелекувани пациенти емтрицитабин и тенофовир алафенамид, давани с дарунавир и кобицистат като комбинирана таблетка с фиксирана доза, са свързани с по-слабо влияние върху показателите за бъбречна безопасност в продължение на 48 седмици лечение в сравнение с дарунавир и кобицистат, давани с емтрицитабин/тенофовир дизопроксил фумарат (вж. също точка 4.4).

В проучване при възрастни пациенти с вирусна супресия измерванията на тубулна протеинурия са сходни при пациенти, преминаващи към схема, съдържаща Descovy, в сравнение с пациенти, останали на изходната схема, съдържаща абакавир/ламивудин. В седмица 48 медианата на процентната промяна на съотношението ретинол-свързващ протеин в урината към креатинин е 4% в групата на Descovy и 16% при пациентите, останали на схема, съдържаща абакавир/ламивудин; съотношението бета-2 микроглобулин към креатинин е 4% спрямо 5%.

Педиатрична популация

В проучване GS-US-292-0106 са оценявани ефикасността, безопасността и фармакокинетиката на емтрицитабин и тенофовир алафенамид в открито проучване, в което 50 инфектирани с HIV-1, нелекувани юноши са получавали емтрицитабин и тенофовир алафенамид (10 mg), давани с елвитегравир и кобицистат, като комбинирана таблетка с фиксирана доза. Пациентите са били на средна възраст 15 години (интервал: 12-17) и 56% са били от женски пол, 12% са били азиатци и 88% са били чернокожи. На изходно ниво медианата на плазмената стойност на HIV-1 РНК е била 4,7 log₁₀ копия/ml, медианата на броя на CD4+ клетки е била 456 клетки/mm³ (интервал: 95-1 110), а медианата на CD4+% е била 23% (интервал: 7-45%). Като цяло, 22% са имали изходна плазмена стойност на HIV-1 РНК > 100 000 копия/ml. През седмица 48, 92% (46/50) са постигнали HIV-1 РНК < 50 копия/ml, подобна на степените на отговор в проучванията при нелекувани възрастни, инфектирани с HIV-1. Средното повишение от изходно ниво на броя на CD4+ клетките през седмица 48 е било 224 клетки/mm³. Не е забелязана възникваща резистентност към E/C/F/TAF до седмица 48.

Европейската агенция по лекарствата отлага задължението за предоставяне на резултатите от проучванията с Descovy в една или повече подгрупи на педиатричната популация при лечение на инфекция с човешки HIV-1 (вж. точка 4.2 за информацията относно употребата в педиатрията).

5.2 Фармакокинетични свойства

Абсорбция

Емтрицитабин се абсорбира бързо и екстензивно след перорално приложение с пикови плазмени концентрации, получаващи се от 1 до 2 часа след прилагане на дозата. След многократно перорално приложение на доза емтрицитабин при 20 участници, инфектирани с HIV-1, пиковите плазмени концентрации на емтрицитабин (средни ± SD) в стационарно състояние (C_{max}) са били 1,8 ± 0,7 µg/ml и площта под кривата плазмена концентрация – време в продължение на 24-часов интервал на дозиране (AUC) е била 10,0 ± 3,1 µg•h/ml. Средната най-

ниска плазмена концентрация в стационарно състояние 24 часа след прилагане на дозата е била равна на или по-голяма от средната *in vitro* IC₉₀ стойност за анти-HIV-1 активност.

Системната експозиция на емтрицитабин не се повлиява, когато емтрицитабин се прилага с храна.

След прием на храна при здрави участници, пиковите плазмени концентрации се наблюдават приблизително 1 час след прилагане на дозата за тенофовир алафенамид, прилаган като F/TAF (25 mg) или E/C/F/TAF (10 mg). Средните C_{max} и AUC_{last}, (средни ± SD) след прием на храна, след прилагане на единична доза от 25 mg тенофовир алафенамид в Descovy, са били съответно 0,21 ± 0,13 µg/ml и 0,25 ± 0,11 µg•h/ml. Средните C_{max} и AUC_{last} след прилагане на единична доза от 10 mg тенофовир алафенамид в E/C/F/TAF, са били съответно 0,21 ± 0,10 µg/ml и 0,25 ± 0,08 µg•h/ml.

Спрямо прием на гладно, приложението на тенофовир алафенамид с храна с високо съдържание на мазнини (~800 kcal, 50% мазнини) е довело до намаление на C_{max} (15-37%) и увеличение на AUC_{last} (17-77%) на тенофовир алафенамид.

Разпределение

In vitro свързването на емтрицитабин с човешки плазмени протеини е < 4% и е независимо от концентрацията в интервала 0,02-200 µg/ml. При пикова плазмена концентрация, средното съотношение на концентрациите на лекарството в плазмата и в кръвта е ~1,0, а средното съотношение на концентрациите на лекарството в семенната течност и в плазмата е ~4,0.

In vitro свързването на тенофовир с човешки плазмени протеини е < 0,7% и е независимо от концентрацията в интервала 0,01-25 µg/ml. *Ex vivo* свързването на тенофовир алафенамид с човешки плазмени протеини в проби, взети по време на клинични проучвания, е приблизително 80%.

Биотрансформация

In vitro проучванията показват, че емтрицитабин не е инхибитор на човешките CYP ензими. След приложение на [¹⁴C]-емтрицитабин пълното възстановяване на дозата емтрицитабин се постига в урината (~86%) и фекалиите (~14%). Тринадесет процента от дозата се възстановява в урината под формата на три предполагаеми метаболита. Биотрансформацията на емтрицитабин включва окисление на тиоловата група до получаване на 3'-сулфоксид диастереомери (~9% от дозата) и конюгиране с глюкуронова киселина до получаване на 2'-O-глюкуронид (~4% от дозата). Не са идентифицирани други метаболити.

Метаболизмът е основен път за елиминиране за тенофовир алафенамид при хора, отговаряйки за > 80% от пероралната доза. *In vitro* проучвания са показали, че тенофовир алафенамид се метаболизира до тенофовир (основен метаболит) от катепсин А в РВМС (включително лимфоцити и други таргетни за HIV клетки) и макрофаги; и от карбоксилестераза-1 в хепатоцитите. *In vivo* тенофовир алафенамид се хидролизира в клетките, за да образува тенофовир (основен метаболит), който се фосфорилира до активния метаболит тенофовир дифосфат. В клинични проучвания при хора, перорална доза от 10 mg тенофовир алафенамид (даван с емтрицитабин и елвитегравир, и кобицистат) е довела до концентрации на тенофовир дифосфат > 4 пъти по-високи в РВМС и > 90% по-ниски концентрации на тенофовир в плазмата, в сравнение с перорална доза от 245 mg тенофовир дизопроксил (като фумарат) (даван с емтрицитабин и елвитегравир, и кобицистат).

In vitro тенофовир алафенамид не се метаболизира от CYP1A2, CYP2C8, CYP2C9, CYP2C19 или CYP2D6. Тенофовир алафенамид се метаболизира в минимална степен от CYP3A4. При едновременно прилагане с умерения тестов индуктор на CYP3A ефавиренц, експозицията на тенофовир алафенамид не се повлиява значително. След приложение на тенофовир алафенамид, плазмената [¹⁴C]-радиоактивност е показала време-зависим профил с най-голямо

присъствие на тенофовир алафенамид в първите няколко часа, и на пикочна киселина в оставащия период.

Елиминиране

Емтрицитабин се екскретира основно от бъбреците, като цялата приложена доза се възстановява в урината (приблизително 86%) и фекалиите (приблизително 14%). Тринадесет процента от общата доза емтрицитабин се възстановява в урината като три метаболита. Системният клирънс на емтрицитабин е средно 307 ml/min. След перорално приложение елиминационният полуживот на емтрицитабин е приблизително 10 часа.

Бъбречната екскреция на интактен тенофовир алафенамид е второстепенен път с < 1% от дозата, която се елиминира в урината. Тенофовир алафенамид се елиминира основно след метаболизъм до тенофовир. Тенофовир алафенамид и тенофовир имат медиана на плазмен полуживот съответно 0,51 и 32,37 часа. Тенофовир се елиминира чрез бъбреците посредством гломерулна филтрация и активна тубулна секреция.

Фармакокинетика при специални популации

Възраст, пол и етническа принадлежност

Не са установени клинично значими разлики във фармакокинетиката, свързани с възрастта, пола или етническата принадлежност, за емтрицитабин или тенофовир алафенамид.

Педиатрична популация

Експозициите на емтрицитабин и тенофовир алафенамид (давани с елвитегравир и кобицистат), постигнати при 24 педиатрични пациенти на възраст от 12 до < 18 години, които са получавали емтрицитабин и тенофовир алафенамид, давани с елвитегравир и кобицистат, в проучване GS-US-292-0106, са били подобни на тези, постигнати при нелекувани възрастни пациенти (Таблица 7).

Таблица 7: Фармакокинетика на емтрицитабин и тенофовир алафенамид при нелекувани с антиретровирусна терапия юноши и възрастни

	Юноши			Възрастни		
	FTC ^a	TAF ^b	TFV ^b	FTC ^a	TAF ^b	TFV ^b
AUC_{tau} (ng•h/ml)	14 424,4 (23,9)	242,8 (57,8)	275,8 (18,4)	11 714,1 (16,6)	206,4 (71,8)	292,6 (27,4)
C_{max} (ng/ml)	2 265,0 (22,5)	121,7 (46,2)	14,6 (20,0)	2 056,3 (20,2)	162,2 (51,1)	15,2 (26,1)
C_{tau} (ng/ml)	102,4 (38,9) ^b	N/A	10,0 (19,6)	95,2 (46,7)	N/A	10,6 (28,5)

E/C/F/TAF = елвитегравир/кобицистат/емтрицитабин/тенофовир алафенамид фумарат

FTC = емтрицитабин; TAF = тенофовир алафенамид фумарат; TFV = тенофовир

N/A = неприложимо

Данните са представени като средни стойности (%CV).

a n = 24 юноши (GS-US-292-0106); n = 19 възрастни (GS-US-292-0102)

b n = 23 юноши (GS-US-292-0106), популация за ФК анализ

в n = 539 (TAF) или 841 (TFV) възрастни (GS-US-292-0111 и GS-US-292-0104, популация за ФК анализ)

Бъбречно увреждане

Не са наблюдавани клинично значими разлики във фармакокинетиката на тенофовир алафенамид или тенофовир между здравите участници и пациентите с тежко бъбречно увреждане (изчислен CrCl > 15, но < 30 ml/min) в проучвания на тенофовир алафенамид. Няма фармакокинетични данни за тенофовир алафенамид при пациенти с изчислен CrCl < 15 ml/min. Средната системна експозиция на емтрицитабин е била по-висока при пациенти с тежко бъбречно увреждане (CrCl < 30 ml/min) (33,7 µg•h/ml), отколкото при пациенти с нормална бъбречна функция (11,8 µg•h/ml).

Чернодробно увреждане

Фармакокинетиката на емтрицитабин не е проучена при участници с чернодробно увреждане; емтрицитабин, обаче, не се метаболизира в значителна степен от чернодробните ензими, така че влиянието на чернодробното увреждане би трябвало да е ограничено.

Не са наблюдавани клинично значими промени във фармакокинетиката на тенофовир алафенамид или неговия метаболит тенофовир при пациенти с леко или умерено чернодробно увреждане. При пациенти с тежко чернодробно увреждане общите плазмени концентрации на тенофовир алафенамид и тенофовир са по-ниски от наблюдаваните при участници с нормална чернодробна функция. Когато се коригира за свързване с протеините, плазмената концентрация на несвързания (свободен) тенофовир алафенамид при пациенти с тежко чернодробно увреждане и при участници с нормална чернодробна функция е подобна.

Коинфекция с вируса на хепатит В и/или хепатит С

Фармакокинетиката на емтрицитабин и тенофовир алафенамид не е напълно оценена при пациенти, коинфектирани с HBV и/или HCV.

5.3 Предклинични данни за безопасност

Неклиничните данни за емтрицитабин не показват особен риск за хора на базата на конвенционалните фармакологични проучвания за безопасност, токсичност при многократно прилагане, генотоксичност, карциногенен потенциал, репродуктивна токсичност и токсичност за развитието. Емтрицитабин е демонстрирал нисък канцерогенен потенциал при мишки и плъхове.

Неклиничните проучвания на тенофовир алафенамид при плъхове и кучета показват, че костите и бъбреците са основните таргетни органи за токсичност. Токсичността за костите е наблюдавана като намалена КМП при плъхове и кучета при експозиции на тенофовир най-малко четири пъти по-големи от очакваните след приложение на Descovy. Минимална инфилтрация с хистоцити е била налична в окото при кучета при експозиции на тенофовир алафенамид и тенофовир приблизително съответно 4 и 17 пъти по-високи, спрямо онези, очаквани след приложение на Descovy.

Тенофовир алафенамид не е мутагенен или кластогенен при конвенционални тестове за генотоксичност.

Проучвания за карциногенност и едно перинатално проучване при плъхове са проведени само с тенофовир дизопроксил фумарат, тъй като има по-ниска експозиция на тенофовир при плъхове и мишки след приложение на тенофовир алафенамид в сравнение с тенофовир дизопроксил фумарат. Неклиничните данни не показват особен риск за хора на базата на конвенционалните проучвания за карциногенен потенциал, репродуктивна токсичност и токсичност за развитието. Проучванията за репродуктивна токсичност при плъхове и зайци не показват ефект върху чифтосването, фертилитета, бременността или параметрите на плода. Тенофовир дизопроксил фумарат, обаче, намалява индекса на жизненост и телесна маса на кутрета при проучване за пери- и постанатална токсичност при токсични дози за майката.

6. ФАРМАЦЕВТИЧНИ ДАННИ

6.1 Списък на помощните вещества

Ядро на таблетката

Микрокристална целулоза
Кроскармелоза натрий
Магнезиев стеарат

Филмово покритие

Поливинилов алкохол
Титанов диоксид
Макрогол 3350
Талк
Железен оксид, черен (E172).

6.2 Несъвместимости

Неприложимо

6.3 Срок на годност

3 години

6.4 Специални условия на съхранение

Да се съхранява в оригиналната опаковка, за да се предпази от влага. Съхранявайте бутилката плътно затворена.

6.5 Вид и съдържание на опаковката

Бутилка от полиетилен с висока плътност (HDPE) със защитена от деца капачка от полипропилен с непрекъсната резба, с покритие от индукционно активиран слой от алуминиево фолио, съдържаща 30 филмирани таблетки. Всяка бутилка съдържа силикагел сушител и полиестерна спирала.

Предлагат се следните опаковки: картонена опаковка, съдържаща 1 бутилка с 30 филмирани таблетки и картонена опаковка, съдържаща 90 (3 бутилки с по 30) филмирани 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

Gilead Sciences Ireland UC
Carrigtohill
County Cork, T45 DP77
Ирландия

8. НОМЕР(А) НА РАЗРЕШЕНИЕТО ЗА УПОТРЕБА

EU/1/16/1099/001
EU/1/16/1099/002

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

Дата на първо разрешаване: 21 април 2016 г.

10. ДАТА НА АКТУАЛИЗИРАНЕ НА ТЕКСТА

{ММ/ГГГГ}

Подробна информация за този лекарствен продукт е предоставена на уебсайта на Европейската агенция по лекарствата <http://www.ema.europa.eu>.

▼ Този лекарствен продукт подлежи на допълнително наблюдение. Това ще позволи бързото установяване на нова информация относно безопасността. От медицинските специалисти се изисква да съобщават всяка подозирана нежелана реакция. За начина на съобщаване на нежелани реакции вижте точка 4.8.

1. ИМЕ НА ЛЕКАРСТВЕНИЯ ПРОДУКТ

Descovy 200 mg/25 mg филмирани таблетки

2. КАЧЕСТВЕН И КОЛИЧЕСТВЕН СЪСТАВ

Всяка таблетка съдържа 200 mg емтрицитабин (emtricitabine) и тенофовир алафенамид фумарат (tenofovir alafenamide fumarate), съответстващи на 25 mg тенофовир алафенамид.

3. ЛЕКАРСТВЕНА ФОРМА

Филмирана таблетка

Синя, филмирана таблетка с правоъгълна форма, с размери 12,5 mm x 6,4 mm, с вдлъбнато релефно означение “GSI” от едната страна и “225” от другата страна на таблетката.

4. КЛИНИЧНИ ДАННИ

4.1 Терапевтични показания

Descovy е показан в комбинация с други антиретровирусни средства за лечение на възрастни и юноши (на и над 12 години, с телесно тегло най-малко 35 kg), инфектирани с човешки имунодефицитен вирус тип 1 (HIV-1) (вж. точки 4.2 и 5.1).

4.2 Дозировка и начин на приложение

Терапията трябва да се започне от лекар с опит в лечението на HIV инфекциите.

Дозировка

Възрастни и юноши на възраст на и над 12 години, с тегло най-малко 35 kg
Descovy трябва да се прилага, както е посочено в Таблица 1.

Таблица 1: Доза на Descovy съобразно третото средство в схемата на лечение на HIV

Доза на Descovy	Трето средство в схемата на лечение на HIV (вж. точка 4.5)
Descovy 200/10 mg един път дневно	Атазанавир с ритонавир или кобицистат Дарутанавир с ритонавир или кобицистат ¹ Лопинавир с ритонавир
Descovy 200/25 mg един път дневно	Долутегравир, ефавиренц, маравирок, невирапин, рилпивирин, ралтегравир

¹ Descovy 200/10 mg в комбинация с дарунавир 800 mg и кобицистат 150 mg, прилагани като таблетка с фиксирана доза, е бил проучен при нелекувани пациенти, вж. точка 5.1.

Ако пациентът пропусне една доза Descovy в рамките на 18 часа от обичайното време за приемането ѝ, той трябва да приеме Descovy възможно най-скоро и да продължи по обичайната схема на прилагане. Ако пациентът пропусне една доза Descovy с повече от 18 часа, той не трябва да приема пропуснатата доза, а да продължи по обичайната схема на прилагане.

Ако пациентът повърне в рамките на 1 час след приема на Descovy, трябва да се приеме друга таблетка.

Старческа възраст

Не се налага адаптиране на дозата на Descovy при пациенти в старческа възраст (вж. точки 5.1 и 5.2).

Бъбречно увреждане

Не се налага адаптиране на дозата на Descovy при възрастни или юноши (на възраст най-малко 12 години и с тегло най-малко 35 kg) с изчислен креатининов клирънс (CrCl) ≥ 30 ml/min.

Не трябва да се започва лечение с Descovy при пациенти с изчислен CrCl < 30 ml/min, тъй като има ограничени данни за употребата на Descovy в тази популация (вж. точки 5.1 и 5.2).

Descovy трябва да се прекрати при пациенти с изчислен CrCl, който спада под 30 ml/min по време на лечение (вж. точки 5.1 и 5.2).

Чернодробно увреждане

Не се налага адаптиране на дозата на Descovy при пациенти с чернодробно увреждане.

Педиатрична популация

Безопасността и ефикасността на Descovy при деца на възраст под 12 години или с тегло < 35 kg, все още не са установени. Липсват данни.

Начин на приложение

Descovy трябва да се приема перорално, веднъж дневно, със или без храна (вж. точка 5.2). Филмираните таблетки не трябва да се дъвчат, натрошават или разделят.

4.3 Противопоказания

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

4.4 Специални предупреждения и предпазни мерки при употреба

Въпреки че е доказано, че ефективната вирусна супресия с антиретровирусна терапия значително намалява риска от предаване на инфекцията по полов път, остатъчен риск не може да се изключи. Трябва да се вземат предпазни мерки, в съответствие с националните указания, за да се предотврати предаване на инфекцията.

Пациенти с HIV, коинфектирани с вируса на хепатит В или С

Пациентите с хронична инфекция с хепатит В или С, лекувани с антиретровирусна терапия, имат повишен риск за развитие на тежки и потенциално фатални нежелани чернодробни реакции.

Безопасността и ефикасността на Descovy при пациенти, коинфектирани с HIV-1 и вируса на хепатит С (HCV), не са установени.

Тенофовир алафенамид е активен срещу вируса на хепатит В (HBV). Прекратяването на лечението с Descovy при пациенти, коинфектирани с HIV и HBV, може да е свързано с тежко обостряне на хепатита. При пациенти, коинфектирани с HIV и HBV, при които се прекратява лечението с Descovy, трябва да се следят внимателно клиничните и лабораторни показатели в продължение на поне няколко месеца след спиране на лечението.

Чернодробно заболяване

Безопасността и ефикасността на Descovy при пациенти с налични значими чернодробни нарушения не са установени (вж. точки 4.2 и 5.2).

При пациенти с предварително съществуваща чернодробна дисфункция, вкл. активен хроничен хепатит, има повишена честота на отклоненията в чернодробната функция по време на комбинирана антиретровирусна терапия (КАРТ) и състоянието им трябва да се следи в съответствие със стандартната практика. Ако при такива пациенти има доказателство за влошаване на чернодробното заболяване, трябва да се обмисли прекъсване или прекратяване на лечението.

Тегло и метаболитни параметри

По време на антиретровирусна терапия може да настъпи увеличаване на теглото и на нивата на липидите и глюкозата в кръвта. Такива промени до известна степен могат да бъдат свързани с контрола на заболяването и начина на живот. Относно липидите, в някои случаи има доказателства за ефект на лечението, докато относно увеличаването на теглото, няма твърди доказателства, които да свързват това с някакво конкретно лечение. За проследяване на липидите и глюкозата в кръвта се прави справка с установените насоки за лечение на HIV. Липидните нарушения трябва да се лекуват по клинично подходящ начин.

Митохондриална дисфункция след експозиция *in utero*

Нуклеоз(т)идните аналози могат да повлияят митохондриалната функция в различна степен, което е най-добре изразено при ставудин, диданозин и зидовудин. Има съобщения за митохондриална дисфункция при HIV отрицателни кърмачета, които *in utero* и/или след раждането са били изложени на нуклеозидни аналози; в повечето случаи те са се отнасяли за лечение със схеми, съдържащи зидовудин. Основните нежелани реакции, за които се съобщава, са хематологични нарушения (анемия, неутропения) и метаболитни нарушения (хиперлактатемия, хиперлипаземия). Тези събития често са били преходни. Има редки съобщения за неврологични нарушения с късна проява (хипертония, конвулсии, промени в поведението). Понастоящем не е известно дали подобни неврологични нарушения са преходни или постоянни. Тези находки трябва да се имат предвид при всяко дете, което *in utero* е било изложено на нуклеоз(т)идни аналози и при което са налице тежки клинични находки с неизвестна етиология, особено неврологични находки. Тези находки не променят актуалните за момента национални препоръки за прилагане на антиретровирусна терапия при бременни жени с цел предпазване от вертикално предаване на HIV.

Синдром на имунна реактивация

При инфектирани с HIV пациенти с тежка имунна недостатъчност при започване на КАРТ може да се развие възпалителна реакция от асимптоматични или резидуални опортюнистични патогени и тя да причини сериозни клинични състояния или влошаване на симптомите. Обикновено подобни реакции се наблюдават през първите седмици или месеци от започване на КАРТ. Подходящи примери включват цитомегаловирусен ретинит, генерализирани и/или фокални микобактериални инфекции, пневмония, причинена от *Pneumocystis jirovecii*. Всички възпалителни симптоми трябва да се оценят и, когато е необходимо, да се приложи лечение.

Има съобщения и за поява на автоимунни нарушения (като болест на Graves и автоимунен хепатит) на фона на имунната реактивация; времето до началото им, обаче, варира значително и тези събития могат да настъпят много месеци след започване на лечението.

Пациенти с HIV-1 с мутации

Descovy трябва да се избягва при пациенти с HIV-1 с K65R мутацията, лекувани преди това с антиретровирусни средства (вж. точка 5.1).

Тройна нуклеозидна терапия

Имало е съобщения за висока честота на вирусологичен неуспех и възникване на резистентност на ранен етап, когато тенофовир дизопроксил е бил комбиниран с ламивудин и абакавир, както и с ламивудин и диданозин, като схема на прилагане с прием един път дневно. Поради това, същите проблеми могат да се наблюдават, ако Descovy се прилага с трети нуклеозиден аналог.

Опортюнистични инфекции

При пациенти, приемащи Descovy или друга антиретровирусна терапия, може да продължат да се развиват опортюнистични инфекции и други усложнения на инфекцията с HIV и затова пациентите трябва да останат под внимателно клинично наблюдение от лекари с опит в лечението на пациенти със заболявания, свързани с HIV.

Остеонекроза

Въпреки че етиологията се приема за многофакторна (включваща приложение на кортикостероиди, консумация на алкохол, тежка имуносупресия, по-висок индекс на телесна маса), има съобщения за случаи на остеонекроза, особено при пациенти с напреднало HIV заболяване и/или с продължителна експозиция на КАРТ. Пациентите трябва да бъдат посъветвани да потърсят консултация с лекар, ако получат болки в ставите, скованост на ставите или затруднение в движенията.

Нефротоксичност

Не може да се изключи потенциален риск от нефротоксичност в резултат на хронична експозиция на ниски нива тенофовир поради приема на дози тенофовир алафенамид (вж. точка 5.3).

Едновременно приложение на други лекарствени продукти

Едновременното приложение на Descovy не се препоръчва с определени антиконвулсанти (напр. карбамазепин, окскарбазепин, фенобарбитал и фенитоин), антимикобактериални средства (напр. рифампицин, рифабутин, рифапентин), боцепревир, жълт кантарион и протеазни инхибитори (ПИ) на HIV, различни от атазанавир, лопинавир и дарунавир (вж. точка 4.5).

Descovy не трябва да се прилага едновременно с лекарствени продукти, съдържащи тенофовир алафенамид, тенофовир дизопроксил, емтрицитабин, ламивудин или адефовир дипивоксил.

4.5 Взаимодействие с други лекарствени продукти и други форми на взаимодействие

Проучвания за взаимодействията са провеждани само при възрастни.

Descovy не трябва да се прилага едновременно с лекарствени продукти, съдържащи тенофовир алафенамид, тенофовир дизопроксил, емтрицитабин, ламивудин или адефовир дипивоксил.

Емтрицитабин

In vitro и клинични фармакокинетични проучвания за взаимодействия от типа „лекарство-лекарство“ са показали, че потенциалът за CYP-медиирани взаимодействия, включващи емтрицитабин, с други лекарствени продукти, е нисък. Едновременното приложение на емтрицитабин с лекарствени продукти, които се елиминират чрез активна тубулна секреция, може да повиши концентрациите на емтрицитабин, и/или на прилагания едновременно с него лекарствен продукт. Лекарствени продукти, които понижават бъбречната функция, могат да повишат концентрациите на емтрицитабин.

Тенофовир алафенамид

Тенофовир алафенамид се транспортира от Р-гликопротеина (P-gp) и протеина на резистентност на рак на гърдата (breast cancer resistance protein, BCRP). Лекарствените продукти, които силно влияят върху активността на P-gp и BCRP, могат да доведат до промени в абсорбцията на тенофовир алафенамид. Лекарствените продукти, които индуцират активността на P-gp (напр. рифампицин, рифабутин, карбамазепин, фенобарбитал), се очаква да понижат абсорбцията на тенофовир алафенамид, водейки до намалена плазмена концентрация на тенофовир алафенамид, което може да доведе до загуба на терапевтичния ефект на Descovy и развитие на резистентност. Едновременното прилагане на Descovy с други лекарствени продукти, които инхибират активността на P-gp и BCRP (напр. кобицистат, ритонавир, циклоспорин) се очаква да повиши абсорбцията и плазмената концентрация на тенофовир алафенамид. Въз основа на данни от едно *in vitro* проучване, едновременното прилагане на тенофовир алафенамид и инхибитори на ксантин оксидазата (напр. фебуксостат) не би повишило системната експозиция на тенофовир *in vivo*.

Тенофовир алафенамид не е инхибитор на CYP1A2, CYP2B6, CYP2C8, CYP2C9, CYP2C19 или CYP2D6 *in vitro*. Той не е инхибитор или индуктор на CYP3A *in vivo*. Тенофовир алафенамид е субстрат на OATP1B1 и OATP1B3 *in vitro*. Разпределението на тенофовир алафенамид в организма може да бъде повлияно от активността на OATP1B1 и OATP1B3.

Други взаимодействия

Тенофовир алафенамид не е инхибитор на човешката уридин-дифосфат-глюкуронозилтрансфераза (uridine diphosphate glucuronosyltransferase, UGT) 1A1 *in vitro*. Не е известно дали тенофовир алафенамид е инхибитор на други UGT ензими. Емтрицитабин не е инхибирал реакцията на глюкуронидация на не-специфичен UGT субстрат *in vitro*.

Взаимодействия между съставките на Descovy с евентуално едновременно прилагани лекарствени продукти са изброени в Таблица 2 (повишаването е отбелязано с “↑”, понижаването с “↓”, липсата на промяна с “↔”). Описаните взаимодействия се базират на проучвания, проведени с Descovy или със съставките на Descovy като отделни лекарствени продукти и/или в комбинация, или са потенциални взаимодействия от типа „лекарство-лекарство“, които може да възникнат с Descovy.

Таблица 2: Взаимодействия между отделните съставки на Descovy и други лекарствени продукти

Лекарствени продукти по терапевтични области ¹	Ефекти върху нивата на лекарствените продукти. Средна процентна промяна на AUC, C _{max} , C _{min} ²	Препоръки относно едновременното приложение с Descovy
АНТИИНФЕКЦИОЗНИ СРЕДСТВА		
Антимикотични средства		
Кетоконазол Итраконазол	Взаимодействието не е проучвано с нито една от съставките на Descovy. Едновременното приложение на кетоконазол или итраконазол, които са мощни P-gp инхибитори, се очаква да повиши плазмените концентрации на тенофовир алафенамид.	Препоръчителната доза на Descovy е 200/10 mg веднъж дневно.

Лекарствени продукти по терапевтични области ¹	Ефекти върху нивата на лекарствените продукти. Средна процентна промяна на AUC, C _{max} , C _{min} ²	Препоръки относно едновременното приложение с Descovy
Флуконазол Исавуконазол	Взаимодействието не е проучвано с нито една от съставките на Descovy. Едновременното приложение на флуконазол или исавуконазол може да повиши плазмените концентрации на тенофовир алафенамид.	Дозирайте Descovy според съпътстващите антиретровирусни средства (вж. точка 4.2).
Антимикробактериални средства		
Рифабутин Рифампицин Рифапентин	Взаимодействието не е проучвано с нито една от съставките на Descovy. Едновременното приложение на рифампицин, рифабутин и рифапентин, всички от които са индуктори на P-gp, може да понижи плазмените концентрации на тенофовир алафенамид, което може да доведе до загуба на терапевтичния ефект и развитие на резистентност.	Не се препоръчва едновременното приложение на Descovy и рифабутин, рифампицин или рифапентин.
Анти-хепатит С вирусни лекарствени продукти		
Боцепревир	Взаимодействието не е проучвано с нито една от съставките на Descovy.	Едновременното приложение с боцепревир има потенциал да повлияе отрицателно върху интрацелуларното активиране и клиничната антивирусна ефикасност на тенофовир алафенамид, по тази причина едновременното приложение на Descovy и боцепревир не се препоръчва.
Ледипасвир (90 mg веднъж дневно)/ софосбувир (400 mg веднъж дневно), емтрицитабин (200 mg веднъж дневно)/ тенофовир алафенамид (10 mg веднъж дневно) ³	Ледипасвир: AUC: ↑ 79% C _{max} : ↑ 65% C _{min} : ↑ 93% Софосбувир: AUC: ↑ 47% C _{max} : ↑ 29% Метаболит на софосбувир GS-331007: AUC: ↑ 48% C _{max} : ↔ C _{min} : ↑ 66% Емтрицитабин: AUC: ↔ C _{max} : ↔ C _{min} : ↔ Тенофовир алафенамид: AUC: ↔ C _{max} : ↔	Не се налага адаптиране на дозата на ледипасвир или софосбувир; Дозирайте Descovy според съпътстващите антиретровирусни средства (вж. точка 4.2).

Лекарствени продукти по терапевтични области ¹	Ефекти върху нивата на лекарствените продукти. Средна процентна промяна на AUC, C _{max} , C _{min} ²	Препоръки относно едновременното приложение с Descovy
Ледипасвир (90 mg веднъж дневно)/ софосбувир (400 mg веднъж дневно), емтрицитабин (200 mg веднъж дневно)/ тенофовир алафенамид (25 mg веднъж дневно) ⁴	<p>Ледипасвир: AUC: ↔ C_{max}: ↔ C_{min}: ↔</p> <p>Софосбувир: AUC: ↔ C_{max}: ↔</p> <p>Метаболит на софосбувир GS-331007: AUC: ↔ C_{max}: ↔ C_{min}: ↔</p> <p>Емтрицитабин: AUC: ↔ C_{max}: ↔ C_{min}: ↔</p> <p>Тенофовир алафенамид: AUC: ↑ 32% C_{max}: ↔</p>	Не се налага адаптиране на дозата на ледипасвир или софосбувир. Дозирайте Descovy според съпътстващите антиретровирусни средства (вж. точка 4.2).
Софосбувир (400 mg веднъж дневно)/велпатасвир (100 mg веднъж дневно), емтрицитабин (200 mg веднъж дневно)/ тенофовир алафенамид (10 mg веднъж дневно) ³	<p>Софосбувир: AUC: ↑ 37% C_{max}: ↔</p> <p>Метаболит на софосбувир GS-331007: AUC: ↑ 48% C_{max}: ↔ C_{min}: ↑ 58%</p> <p>Велпатасвир: AUC: ↑ 50% C_{max}: ↑ 30% C_{min}: ↑ 60%</p> <p>Емтрицитабин: AUC: ↔ C_{max}: ↔ C_{min}: ↔</p> <p>Тенофовир алафенамид: AUC: ↔ C_{max}: ↓ 20%</p>	Не се налага адаптиране на дозата на софосбувир, велпатасвир или воксилапревир. Дозирайте Descovy според съпътстващите антиретровирусни средства (вж. точка 4.2).

Лекарствени продукти по терапевтични области ¹	Ефекти върху нивата на лекарствените продукти. Средна процентна промяна на AUC, C _{max} , C _{min} ²	Препоръки относно едновременното приложение с Descovy
<p>Софосбувир/велпатасвир/воксилапревир (400 mg/100 mg/100 mg+100 mg веднъж дневно)⁷/емтрицитабин (200 mg веднъж дневно)/ тенофовир алафенамид (10 mg веднъж дневно)³</p>	<p>Софосбувир: AUC: ↔ C_{max}: ↑ 27%</p> <p>Метаболит на софосбувир GS-331007: AUC: ↑ 43% C_{max}: ↔</p> <p>Велпатасвир: AUC: ↔ C_{min}: ↑ 46% C_{max}: ↔</p> <p>Воксилапревир: AUC: ↑ 171% C_{min}: ↑ 350% C_{max}: ↑ 92%</p> <p>Емтрицитабин: AUC: ↔ C_{min}: ↔ C_{max}: ↔</p> <p>Тенофовир алафенамид: AUC: ↔ C_{max}: ↓ 21%</p>	

Лекарствени продукти по терапевтични области ¹	Ефекти върху нивата на лекарствените продукти. Средна процентна промяна на AUC, C _{max} , C _{min} ²	Препоръки относно едновременното приложение с Descovy
Софосбувир/велпатасвир/воксилапревир (400 mg/100 mg/100 mg+100 mg веднъж дневно) ⁷ /емтрицитабин (200 mg веднъж дневно)/ тенофовир алафенамид (25 mg веднъж дневно) ⁴	<p>Софосбувир: AUC: ↔ C_{max}: ↔</p> <p>Метаболит на софосбувир GS-331007: AUC: ↔ C_{min}: ↔</p> <p>Велпатасвир: AUC: ↔ C_{min}: ↔ C_{max}: ↔</p> <p>Воксилапревир: AUC: ↔ C_{min}: ↔ C_{max}: ↔</p> <p>Емтрицитабин: AUC: ↔ C_{min}: ↔ C_{max}: ↔</p> <p>Тенофовир алафенамид: AUC: ↑ 52% C_{max}: ↑ 32%</p>	Не се налага адаптиране на дозата на софосбувир, велпатасвир или воксилапревир. Дозирайте Descovy според съпътстващите антиретровирусни средства (вж. точка 4.2).
АНТИРЕТРОВИРУСНИ СРЕДСТВА		
Протеазни инхибитори на HIV		
Атазанавир/кобицистат (300 mg/150 mg веднъж дневно), тенофовир алафенамид (10 mg)	<p>Тенофовир алафенамид: AUC: ↑ 75% C_{max}: ↑ 80%</p> <p>Атазанавир: AUC: ↔ C_{max}: ↔ C_{min}: ↔</p>	Препоръчителната доза на Descovy е 200/10 mg веднъж дневно.
Атазанавир/ритонавир (300/100 mg веднъж дневно), тенофовир алафенамид (10 mg)	<p>Тенофовир алафенамид: AUC: ↑ 91% C_{max}: ↑ 77%</p> <p>Атазанавир: AUC: ↔ C_{max}: ↔ C_{min}: ↔</p>	Препоръчителната доза на Descovy е 200/10 mg веднъж дневно.

Лекарствени продукти по терапевтични области ¹	Ефекти върху нивата на лекарствените продукти. Средна процентна промяна на AUC, C _{max} , C _{min} ²	Препоръки относно едновременното приложение с Descovy
Дарунавир/кобицистат (800/150 mg веднъж дневно), тенофовир алафенамид (25 mg веднъж дневно) ⁵	<p>Тенофовир алафенамид: AUC: ↔ C_{max}: ↔</p> <p>Тенофовир: AUC: ↑ 224% C_{max}: ↑ 216% C_{min}: ↑ 221%</p> <p>Дарунавир: AUC: ↔ C_{max}: ↔ C_{min}: ↔</p>	Препоръчителната доза на Descovy е 200/10 mg веднъж дневно.
Дарунавир/ритонавир (800/100 mg веднъж дневно), тенофовир алафенамид (10 mg веднъж дневно)	<p>Тенофовир алафенамид: AUC: ↔ C_{max}: ↔</p> <p>Тенофовир: AUC: ↑ 105% C_{max}: ↑ 142%</p> <p>Дарунавир: AUC: ↔ C_{max}: ↔ C_{min}: ↔</p>	Препоръчителната доза на Descovy е 200/10 mg веднъж дневно.
Лопинавир/ритонавир (800/200 mg веднъж дневно), тенофовир алафенамид (10 mg веднъж дневно)	<p>Тенофовир алафенамид: AUC: ↑ 47% C_{max}: ↑ 119%</p> <p>Лопинавир: AUC: ↔ C_{max}: ↔ C_{min}: ↔</p>	Препоръчителната доза на Descovy е 200/10 mg веднъж дневно.
Типранавир/ритонавир	<p>Взаимодействието не е проучвано с нито една от съставките на Descovy.</p> <p>Типранавир/ритонавир води до индукция на P-gp. Експозицията на тенофовир алафенамид се очаква да се понижи, когато типранавир/ритонавир се използва в комбинация с Descovy.</p>	Едновременно приложение с Descovy не се препоръчва.
Други протеазни инхибитори	Ефектът не е известен.	Няма налични данни, за да се дадат препоръки относно дозирането за едновременното приложение с други протеазни инхибитори.

Лекарствени продукти по терапевтични области ¹	Ефекти върху нивата на лекарствените продукти. Средна процентна промяна на AUC, C _{max} , C _{min} ²	Препоръки относно едновременното приложение с Descovy
Други антиретровирусни средства за лечение на HIV		
Долутегравир (50 mg веднъж дневно), тенофовир алафенамид (10 mg веднъж дневно) ³	Тенофовир алафенамид: AUC: ↔ C _{max} : ↔ Долутегравир: AUC: ↔ C _{max} : ↔ C _{min} : ↔	Препоръчителната доза на Descovy е 200/25 mg веднъж дневно.
Рилпивирин (25 mg веднъж дневно), тенофовир алафенамид (25 mg веднъж дневно)	Тенофовир алафенамид: AUC: ↔ C _{max} : ↔ Рилпивирин: AUC: ↔ C _{max} : ↔ C _{min} : ↔	Препоръчителната доза на Descovy е 200/25 mg веднъж дневно.
Ефавиренц (600 mg веднъж дневно), тенофовир алафенамид (40 mg веднъж дневно) ⁴	Тенофовир алафенамид: AUC: ↓ 14% C _{max} : ↓ 22%	Препоръчителната доза на Descovy е 200/25 mg веднъж дневно.
Маравирок Невирапин Ралтегравир	Взаимодействието не е проучвано с нито една от съставките на Descovy Не се очаква експозицията на тенофовир алафенамид да бъде повлияна от маравирок, невирапин или ралтегравир, нито пък той се екскретира, за да окаже влияние върху пътищата на метаболизиране и екскреция на маравирок, невирапин или ралтегравир.	Препоръчителната доза на Descovy е 200/25 mg веднъж дневно.
АНТИКОНВУЛСАНТИ		
Оскарбазепин Фенобарбитал Фенитоин	Взаимодействието не е проучвано с нито една от съставките на Descovy. Едновременното приложение на окскарбазепин, фенобарбитал или фенитоин, всички от които са индуктори на P-гр, може да намали плазмените концентрации на тенофовир алафенамид, което може да доведе до загуба на терапевтичния ефект и развитие на резистентност.	Не се препоръчва едновременното приложение на Descovy и окскарбазепин, фенобарбитал или фенитоин
Карбамазепин (с титриране на дозата от 100 mg до 300 mg два пъти дневно), емтрицитабин/тенофовир алафенамид (200 mg/25 mg веднъж дневно) ^{5,6}	Тенофовир алафенамид: AUC: ↓ 55% C _{max} : ↓ 57% Едновременното приложение на карбамазепин, който е индуктор на P-гр, понижава плазмените концентрации на тенофовир алафенамид, което може да доведе до загуба на терапевтичния ефект и развитие на резистентност.	Не се препоръчва едновременното приложение на Descovy и карбамазепин.

Лекарствени продукти по терапевтични области ¹	Ефекти върху нивата на лекарствените продукти. Средна процентна промяна на AUC, C _{max} , C _{min} ²	Препоръки относно едновременното приложение с Descovy
АНТИДЕПРЕСАНТИ		
Сертралин (50 mg веднъж дневно), тенофовир алафенамид (10 mg веднъж дневно) ³	Тенофовир алафенамид: AUC: ↔ C _{max} : ↔ Сертралин: AUC: ↑ 9% C _{max} : ↑ 14%	Не се налага адаптиране на дозата на сертралин. Дозирайте Descovy според съпътстващите антиретровирусни средства (вж. точка 4.2).
РАСТИТЕЛНИ ПРОДУКТИ		
Жълт кантарион (<i>Hypericum perforatum</i>)	Взаимодействието не е проучвано с нито една от съставките на Descovy. Едновременното приложение на жълт кантарион, индуктор на P-гр, може да намали плазмените концентрации на тенофовир алафенамид, което може да доведе до загуба на терапевтичния ефект и развитие на резистентност.	Едновременното приложение на Descovy с жълт кантарион не се препоръчва.
ИМУНОСУПРЕСОРИ		
Циклоспорин	Взаимодействието не е проучвано с нито една от съставките на Descovy. Едновременното приложение на циклоспорин, мощен P-гр инхибитор, се очаква да повиши плазмените концентрации на тенофовир алафенамид.	Препоръчителната доза на Descovy е 200/10 mg веднъж дневно.
ПЕРОРАЛНИ КОНТРАЦЕПТИВИ		
Норгестимат (0,180/0,215/0,250 mg веднъж дневно), етинилестрадиол (0,025 mg веднъж дневно), емтрицитабин/тенофовир алафенамид (200/25 mg веднъж дневно) ⁵	Норелгестромин: AUC: ↔ C _{min} : ↔ C _{max} : ↔ Норгестрел: AUC: ↔ C _{min} : ↔ C _{max} : ↔ Етинилестрадиол: AUC: ↔ C _{min} : ↔ C _{max} : ↔	Не се налага адаптиране на дозата на норгестимат/ етинилестрадиол. Дозирайте Descovy според съпътстващите антиретровирусни средства (вж. точка 4.2).
СЕДАТИВНИ СРЕДСТВА/ХИПНОТИЦИ		
Приложен перорално мидазолам (2.5 mg единична доза), тенофовир алафенамид (25 mg веднъж дневно)	Мидазолам: AUC: ↔ C _{max} : ↔	Не се налага адаптиране на дозата на мидазолам. Дозирайте Descovy според съпътстващите антиретровирусни средства (вж. точка 4.2).
Приложен интравенозно мидазолам (1 mg единична доза), тенофовир алафенамид (25 mg веднъж дневно)	Мидазолам: AUC: ↔ C _{max} : ↔	

¹ Когато са дадени дози, това са дозите, използвани в клиничните проучвания за взаимодействия от типа „лекарство-лекарство“.

² При налични данни от проучвания за взаимодействия от типа „лекарство-лекарство“.

- ³ Проучването е проведено с използване на комбинирана таблетка с фиксирана доза елвитегравир/кобицистат/емтрицитабин/тенофовир алафенамид.
- ⁴ Проучването е проведено с използване комбинирана таблетка с фиксирана доза емтрицитабин/рилпивириин/тенофовир алафенамид.
- ⁵ Проучването е проведено с Descovy.
- ⁶ В това проучване емтрицитабин/тенофовир алафенамид е приеман с храна
- ⁷ Проучване, проведено с допълнителен воксилапревир 100 mg до постигане на експозициите на воксилапревир, очаквани при инфектирани с HCV пациенти.

4.6 Фертилитет, бременност и кърмене

Бременност

Липсват достатъчно и подходящо контролирани клинични проучвания на Descovy или на неговите съставки при бременни жени. Липсват или има ограничени данни (за изхода на по-малко от 300 случая на бременност) от употребата на тенофовир алафенамид при бременни жени. Обаче, голям обем данни при бременни жени (повече от 1 000 случая на завършила бременност с експозиция) не показват малформативна, нито фетална/неонатална токсичност, свързана с емтрицитабин.

Проучванията при животни не показват преки или непреки вредни ефекти на емтрицитабин, свързани с параметрите на фертилитета, бременността, феталното развитие, раждането или постнаталното развитие. Проучванията на тенофовир алафенамид при животни не показват вредни ефекти върху параметрите на фертилитета, бременността или феталното развитие (вж. точка 5.3).

Descovy трябва да се използва по време на бременност, само ако потенциалната полза оправдава потенциалния риск за плода.

Кърмене

Не е известно дали тенофовир алафенамид се екскретира в кърмата. Емтрицитабин се екскретира в кърмата. Проучванията при животни показват, че тенофовир се екскретира в млякото.

Има недостатъчна информация за ефектите на емтрицитабин и тенофовир при новородени/кърмачета. Затова Descovy не трябва да се използва в периода на кърмене.

С цел избягване предаването на HIV на кърмачето се препоръчва инфектирани с HIV жени да не кърмят децата си при никакви обстоятелства.

Фертилитет

Липсват данни, свързани с фертилитета, от употребата на Descovy при хора. В проучванията при животни не е имало ефекти на емтрицитабин и тенофовир алафенамид върху чифтосването или параметрите на фертилитета (вж. точка 5.3).

4.7 Ефекти върху способността за шофиране и работа с машини

Пациентите трябва да бъдат информирани, че има съобщения за замаяност по време на лечението с Descovy.

4.8 Нежелани лекарствени реакции

Обобщение на профила на безопасност

Оценката на нежеланите реакции се основава на данните за безопасност от всички проучвания фаза 2 и 3, в които 3 112 инфектирани с HIV-1 пациенти са получавали лекарствени продукти, съдържащи емтрицитабин и тенофовир алафенамид. В клинични проучвания при 866

нелекувани възрастни пациенти, получаващи емтрицитабин и тенофовир алафенамид с елвитегравир и кобицистат, като комбинираната таблетка с фиксирана доза елвитегравир 150 mg/кобицистат 150 mg/емтрицитабин 200 mg/тенофовир алафенамид (като фумарат) 10 mg (E/C/F/TAF) в продължение на 144 седмици, най-често съобщаваните нежелани реакции са диария (7%), гадене (11%) и главоболие (6%).

Таблично обобщение на нежеланите реакции

Нежеланите реакции в Таблица 3 са изброени по системно-органен клас и честота. Честотите им се определят както следва: много чести ($\geq 1/10$), чести ($\geq 1/100$ до $< 1/10$) и нечести ($\geq 1/1000$ до $< 1/100$).

Таблица 3: Списък на нежеланите реакции в табличен вид¹

Честота	Нежелана реакция
<i>Нарушения на кръвта и лимфната система</i>	
Нечести:	анемия ²
<i>Психични нарушения</i>	
Чести:	патологични сънища
<i>Нарушения на нервната система</i>	
Чести:	главоболие, замаяност
<i>Стомашно-чревни нарушения</i>	
Много чести:	гадене
Чести:	диария, повръщане, абдоминална болка, флатуленция
Нечести:	диспепсия
<i>Нарушения на кожата и подкожната тъкан</i>	
Чести:	обрив
Нечести:	ангиоедем ^{2,3} , пруритус
<i>Нарушения на мускулно-скелетната система и съединителната тъкан</i>	
Нечести	артралгия
<i>Общи нарушения и ефекти на мястото на приложение</i>	
Чести:	умора

¹ С изключение на ангиоедем и анемия (вж. бележки под линия 2 и 3), всички нежелани реакции са установени от клинични проучвания с продукти, съдържащи F/TAF. Честотите са получени от клинични проучвания фаза 3 с E/C/F/TAF при 866 нелекувани възрастни пациенти в продължение на 144 седмици на лечение (GS-US-292-0104 и GS-US-292-0111).

² Тази нежелана реакция не е наблюдавана при клиничните проучвания на продукти, съдържащи F/TAF, а е открита при клинични проучвания или постмаркетинговият опит за емтрицитабин, когато се използва заедно с други антиретровирусни средства.

³ Тази нежелана реакция е открита в периода на постмаркетингово наблюдение за емтрицитабин, но не е наблюдавана в рандомизирани контролирани клинични проучвания при възрастни или в клинични проучвания при деца с HIV на емтрицитабин. Категорията по честота „нечести“ е оценена от статистическо изчисление, базирано на общия брой пациенти, получаващи емтрицитабин в тези клинични проучвания (n = 1 563).

Описание на избрани нежелани реакции

Синдром на имунна реактивация

При инфектирани с HIV пациенти с тежка имунна недостатъчност при започване на КАРТ може да се развие възпалителна реакция от асимптоматични или резидуални опортюнистични инфекции. Има съобщения и за поява на автоимунни нарушения (като болест на Graves и автоимунен хепатит); времето до началото им, обаче, варира значително и тези събития могат да настъпят много месеци след започване на лечението (вж. точка 4.4).

Остеонекроза

Съобщавани са случаи на остеонекроза, особено при пациенти с общоизвестни рискови фактори, напреднало HIV заболяване или продължителна експозиция на КАРТ. Честотата им не е известна (вж. точка 4.4).

Промени в липидните лабораторни изследвания

В проучвания при нелекувани досега пациенти са наблюдавани повишения спрямо изходното ниво, както в групата на лечение, съдържащо тенофовир алафенамид фумарат, така и в групата на лечение, съдържащо тенофовир дизопроксил фумарат, при показателите на липидите на гладно общ холестерол, директен холестерол в липопротеини с ниска плътност (LDL) и липопротеини с висока плътност (HDL), и триглицериди, през седмица 144. Медианата на повишението от изходно ниво за тези показатели е била по-голяма в групата на лечение с E/C/F/TAF в сравнение с групата на лечение с елвитегравир 150 mg/кобицистат 150 mg/емтрицитабин 200 mg/тенофовир дизопроксил (като фумарат) 245 mg (E/C/F/TDF) през седмица 144 ($p < 0,001$ за разликата между групите на лечение за общ холестерол, директен LDL- и HDL-холестерол и триглицериди на гладно). Медианата (Q1; Q3) на промяната спрямо изходно ниво на отношението общ холестерол към HDL-холестерол през седмица 144 е била 0,2 (-0,3; 0,7) в групата на лечение с E/C/F/TAF и 0,1 (-0,4; 0,6) в групата на лечение с E/C/F/TDF ($p = 0,006$ за разликата между групите на лечение).

В проучване при пациенти с вирусна супресия, преминаващи от емтрицитабин/тенофовир дизопроксил фумарат към Descovy, като се запазва третото антиретровирусно средство (проучване GS-US-311-1089), е наблюдавано повишение спрямо изходното ниво на показателите на липидите на гладно - общ холестерол, директен LDL-холестерол и триглицериди в рамото на Descovy в сравнение с малка промяна в рамото на емтрицитабин/тенофовир дизопроксил фумарат ($p \leq 0,009$ за разликата между групите по отношение на промените спрямо изходното ниво). На седмица 96 и в двете рамена на лечение има малка промяна спрямо изходните нива в медианата на стойностите на гладно на HDL-холестерол и глюкоза или в съотношението между общия холестерол и HDL-холестерол на гладно. Никоя от промените не се счита за клинично значима.

В проучване при възрастни пациенти с вирусна супресия, преминаващи от абакавир/ламивудин към Descovy, като се запазва третото антиретровирусно средство (проучване GS-US-311-1717), са наблюдавани минимални промени в липидните показатели.

Метаболитни параметри

По време на антиретровирусна терапия може да настъпи увеличаване на теглото и на нивата на липидите и глюкозата в кръвта (вж. точка 4.4).

Педиатрична популация

Безопасността на емтрицитабин и тенофовир алафенамид е оценявана в продължение на 48 седмици в едно открито клинично проучване (GS-US-292-0106), в което инфектирани с HIV-1, нелекувани педиатрични пациенти на възраст от 12 до < 18 години са получавали емтрицитабин и тенофовир алафенамид в комбинация с елвитегравир и кобицистат, като комбинирана таблетка с фиксирана доза. Профилът на безопасност на емтрицитабин и тенофовир алафенамид, давани с елвитегравир и кобицистат при 50 пациенти в юношеска възраст, е бил подобен на този при възрастни (вж. точка 5.1).

Други специални популации

Пациенти с бъбречно увреждане

Безопасността на емтрицитабин и тенофовир алафенамид е оценявана в продължение на 144 седмици в едно открито клинично проучване (GS-US-292-0112), в което 248 пациенти, инфектирани с HIV-1, които не са били лекувани ($n = 6$) или са били с вирусна супресия ($n = 242$), с леко до умерено бъбречно увреждане (изчислена скорост на гломерулна филтрация по метода на Cockcroft-Gault [$eGFR_{CG}$]: 30-69 ml/min), са получавали емтрицитабин и тенофовир алафенамид в комбинация с елвитегравир и кобицистат, като комбинирана таблетка с фиксирана доза. Профилът на безопасност при пациенти с леко до умерено бъбречно увреждане е бил подобен на този при пациенти с нормална бъбречна функция (вж. точка 5.1).

Пациенти с HIV, коинфектирани с HBV

Безопасността на емтрицитабин и тенофовир алафенамид в комбинация с елвитегравир и кобицистат, като комбинирана таблетка с фиксирана доза (елвитегравир/кобицистат/емтрицитабин/тенофовир алафенамид [E/C/F/TAF]), е оценена при 72 пациенти, коинфектирани с HIV/HBV, получаващи лечение за HIV в едно открито клинично проучване (GS-US-292-1249), до седмица 48, когато пациентите са преминали от друга антиретровирусна схема (включваща тенофовир дизопроксил фумарат [DTF] при 69 от 72 пациенти) към E/C/F/TAF. На базата на тези ограничени данни профилът на безопасност на емтрицитабин и тенофовир алафенамид в комбинация с елвитегравир и кобицистат като комбинирана таблетка с фиксирана доза при пациенти, коинфектирани с HIV/HBV, е подобен на този при пациенти с моноинфекция с HIV-1 (вж. точка 4.4).

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 национална система за съобщаване, посочена в Приложение V.

4.9 Предозиране

В случаи на предозиране състоянието на пациентите трябва да се следи за доказателства за интоксикация (вж. точка 4.8). Лечението на предозиране с Descovy включва общи поддържащи мерки, включително мониториране на жизнените показатели, както и наблюдение на клиничното състояние на пациента.

Емтрицитабин може да се отстрани чрез хемодиализа, която отстранява приблизително 30% от дозата на емтрицитабин за 3-часов диализен период, започващ в рамките на 1,5 часа от приема на дозата емтрицитабин. Тенофовир се отстранява ефективно чрез хемодиализа с коефициент на екстракция приблизително 54%. Не е известно дали емтрицитабин или тенофовир може да се отстранят чрез перитонеална диализа.

5. ФАРМАКОЛОГИЧНИ СВОЙСТВА

5.1 Фармакодинамични свойства

Фармакотерапевтична група: Антивирусни средства за системно приложение; антивирусни средства за лечение на HIV инфекции, комбинации. АТС код: J05AR17.

Механизъм на действие

Емтрицитабин е нуклеозиден инхибитор на обратната транскриптаза (НИОТ) и нуклеозиден аналог на 2'-дезокситидин. Емтрицитабин се фосфорилира от клетъчните ензими до емтрицитабин трифосфат. Емтрицитабин трифосфат инхибира репликацията на HIV, чрез включване във вирусната дезоксирибонуклеинова киселина (ДНК), чрез обратна транскриптаза (ОТ) на HIV, което води до прекъсване на ДНК-веригата. Емтрицитабин има действие срещу HIV-1, HIV-2 и HBV.

Тенофовир алафенамид е нуклеотиден инхибитор на обратната транскриптаза (НТИОТ) и фосфонамидатно пролекарство на тенофовир (аналог на 2'-дезоксиденозин монофосфат). Тенофовир алафенамид може да влезе в клетките и вследствие на повишената плазмена стабилност и интрацелуларното активиране чрез хидролиза от катепсин А, тенофовир алафенамид е по-ефективен от тенофовир дизопроксил фумарат за концентриране на тенофовир в мононуклеарни клетки от периферна кръв (РВМС) или HIV таргетни клетки, включително лимфоцити и макрофаги. Интрацелуларният тенофовир впоследствие се

фосфорилира до фармакологично активния метаболит тенофовир дифосфат. Тенофовир дифосфат инхибира репликацията на HIV чрез включване във вирусната ДНК чрез ОТ на HIV, което води до прекъсване на ДНК-веригата.

Тенофовир има действие срещу HIV-1, HIV-2 и HBV.

Антивирусна активност *in vitro*

Емтрицитабин и тенофовир алафенамид показват синергична антивирусна активност в клетъчна култура. Не е наблюдаван антагонизъм при комбиниране на емтрицитабин или тенофовир алафенамид с други антиретровирусни средства.

Антивирусната активност на емтрицитабин срещу лабораторни и клинични изолати на HIV-1 е оценена в лимфобластoidни клетъчни линии, клетъчната линия MAGI CCR5 и PBMC. Стойностите за 50% ефективна концентрация (EC₅₀) на емтрицитабин са в интервала от 0,0013 до 0,64 µM. Емтрицитабин показва антивирусна активност в клетъчна култура срещу HIV-1 субтипове А, В, С, D, Е, F и G (стойностите за EC₅₀ варират от 0,007 до 0,075 µM) и щамово-специфична активност срещу HIV-2 (стойностите за EC₅₀ варират от 0,007 до 1,5 µM).

Антивирусната активност на тенофовир алафенамид срещу лабораторни и клинични изолати на HIV-1 субтип В е оценена в лимфобластoidни клетъчни линии, PBMC, първични моноцити/макрофаги и CD4+ Т лимфоцити. Стойностите за EC₅₀ за тенофовир алафенамид са в интервала от 2,0 до 14,7 nM. Тенофовир алафенамид показва антивирусна активност в клетъчна култура срещу всички групи HIV-1 (M, N и O), включително субтипове А, В, С, D, Е, F и G (стойностите за EC₅₀ варират от 0,10 до 12,0 nM) и показват щамово-специфична активност срещу HIV-2 (стойностите за EC₅₀ варират от 0,91 до 2,63 nM).

Резистентност

In vitro

Намалената чувствителност към емтрицитабин е свързана с мутации M184V/I в ОТ на HIV-1.

Изолати на HIV-1, с намалена чувствителност към тенофовир алафенамид, експресират K65R мутация в ОТ на HIV-1; в допълнение преходно е наблюдавана K70E мутация в ОТ на HIV-1.

При нелекувани пациенти

В един сборен анализ на пациенти, нелекувани с антиретровирусни средства, получаващи емтрицитабин и тенофовир алафенамид (10 mg), даван с елвитегравир и кобицистат, като комбинирана таблетка с фиксирана доза, в проучвания фаза 3, GS-US-292-0104 и GS-US-292-0111, е направено генотипизиране на плазмени изолати на HIV-1 от всички пациенти с HIV-1 РНК ≥ 400 копия/ml при потвърден вирусологичен неуспех в седмица 144 или в момента на ранно прекратяване на приема на проучваното лекарство. До седмица 144 е наблюдавано развитие на една или повече първични мутации, свързани с резистентност към емтрицитабин, тенофовир алафенамид или елвитегравир в изолати на HIV-1 от 12 от 22 пациенти с подлежащи на анализ генотипни данни от сдвоения анализ на изолати от изходно ниво и изолати при неуспешно лечение с E/C/F/TAF (12 от 866 пациенти [1,4%]), в сравнение с 12 от 20 изолати при неуспешно лечение от пациенти с оценени генотипни данни в групата на E/C/F/TDF (12 от 867 пациенти [1,4%]). В групата на E/C/F/TAF, възникващите мутации са били M184V/I (n = 11) и K65R/N (n = 2) в ОТ и T66T/A/I/V (n = 2), E92Q (n = 4), Q148Q/R (n = 1) и N155H (n = 2) в интегразата. В изолатите на HIV-1 при 12 пациенти с развитие на резистентност в групата на E/C/F/TDF, възникващите мутации са били M184V/I (n = 9), K65R/N (n = 4) и L210W (n = 1) в ОТ, и E92Q/V (n = 4) и Q148R (n = 2), и N155H/S (n = 3) в интегразата. Повечето изолати на HIV-1 от пациенти в двете групи на лечение, които са развили мутации, свързани с резистентност към елвитегравир в интегразата, са развили и мутации, свързани с резистентност към емтрицитабин в ОТ.

При пациенти, коинфектирани с HIV-1 и HBV

В клинично проучване с пациенти с HIV и вирусна супресия, коинфектирани с хроничен хепатит В, които са приемали емтрицитабин и тенофовир алафенамид, прилаган с елвитегравир и кобисциатат като комбинирана таблетка с фиксирана доза (Е/С/Ф/ТАФ) в продължение на 48 седмици (GS-US-292-1249, n = 72), 2 пациенти са подходящи за анализ на резистентността. При тези 2 пациенти не са идентифицирани аминокиселинни замествания в HIV 1 или HBV, свързани с резистентност към който и да е от компонентите на Е/С/Ф/ТАФ.

Кръстосана резистентност при пациенти, инфектирани с HIV-1, нелекувани или с вирусна супресия

Вирусите, резистентни към емтрицитабин с M184V/I заместване, са имали кръстосана резистентност към ламивудин, но са запазили чувствителност към диданозин, ставудин, тенофовир и зидовудин.

Мутациите K65R и K70E водят до намалена чувствителност към абакавир, диданозин, ламивудин, емтрицитабин и тенофовир, но запазват чувствителност към зидовудин.

Мултинуклеозидно резистентният HIV-1 с T69S мутация с двойна инсерция или с Q151M мутационен комплекс, включващ K65R, е показал намалена чувствителност към тенофовир алафенамид.

Клинични данни

Не са провеждани проучвания за ефикасност и безопасност с Descovy при нелекувани пациенти.

Клиничната ефикасност на Descovy е установена от проучвания, проведени с емтрицитабин и тенофовир алафенамид, когато продуктът е даван с елвитегравир и кобицистат, като комбинирана таблетка с фиксирана доза Е/С/Ф/ТАФ.

Инфектирани с HIV-1, нелекувани пациенти

В проучванията GS-US-292-0104 и GS-US-292-0111 пациентите са били рандомизирани в съотношение 1:1 да получават емтрицитабин 200 mg и тенофовир алафенамид 10 mg (n = 866) един път дневно или емтрицитабин 200 mg + тенофовир дизопроксил (като фумарат) 245 mg (n = 867) един път дневно, и двете давани с елвитегравир 150 mg + кобицистат 150 mg, като комбинирана таблетка с фиксирана доза. Средната възраст е била 36 години (интервал: 18-76), 85% са били от мъжки пол, 57% са били бели, 25% са били чернокожи и 10% са били азиатци. Деветнадесет процента от пациентите са били определени като латиноамериканци. Средната изходна стойност на плазмена HIV-1 РНК е била 4,5 log₁₀ копия/ml (интервал: 1,3-7,0) и 23% са имали изходно вирусно натоварване > 100 000 копия/ml. Средният изходен брой на CD4+ клетки е бил 427 клетки/mm³ (интервал: 0-1 360), а 13% са имали брой на CD4+ клетки < 200 клетки/mm³.

За Е/С/Ф/ТАФ е демонстрирана статистически по-голяма ефективност по отношение на постигане на HIV-1 РНК < 50 копия/ml, когато се сравнява с Е/С/Ф/ТДФ на седмица 144. Разликата в дяловете е 4,2% (95% CI: 0,6% до 7,8%). Сборни резултати от лечението през седмици 48 и 144 са показани в Таблица 4.

Таблица 4: Сборни вирусологични резултати от лечението от проучвания GS-US-292-0104 и GS-US-292-0111 през седмици 48 и 144^{a,б}

	Седмица 48		Седмица 144	
	Е/С/Ф/ТАФ (n = 866)	Е/С/Ф/ТДФ ^c (n = 867)	Е/С/Ф/ТАФ (n = 866)	Е/С/Ф/ТДФ (n = 867)
HIV-1 РНК < 50 копия/ml	92%	90%	84%	80%
Разлика в лечението	2,0% (95% CI: -0,7% до 4,7%)		4,2% (95% CI: 0,6% до 7,8%)	
HIV-1 РНК ≥ 50 копия/ml^b	4%	4%	5%	4%

	Седмица 48		Седмица 144	
	Е/С/Ф/ТАФ (n = 866)	Е/С/Ф/ТДФ ^е (n = 867)	Е/С/Ф/ТАФ (n = 866)	Е/С/Ф/ТДФ (n = 867)
Липса на вирусологични данни във времеия период през седмица 48 или 144	4%	6%	11%	16%
Прекратен прием на проучваното лекарство поради НС или смърт ^г	1%	2%	1%	3%
Прекратен прием на проучваното лекарство по други причини и последни измерени стойности на HIV-1 РНК < 50 копия/ml ^а	2%	4%	9%	11%
Липсващи данни от времеия период, но продължаващ прием на проучваното лекарство	1%	< 1%	1%	1%
Процент (%) пациенти с HIV-1 РНК < 50 копия/ml по подгрупа				
Възраст				
< 50 години	716/777 (92%)	680/753 (90%)	647/777 (83%)	602/753 (80%)
≥ 50 години	84/89 (94%)	104/114 (91%)	82/89 (92%)	92/114 (81%)
Пол				
Мъже	674/733 (92%)	673/740 (91%)	616/733 (84%)	603/740 (81%)
Жени	126/133 (95%)	111/127 (87%)	113/133 (85%)	91/127 (72%)
Раса				
Чернокожи	197/223 (88%)	177/213 (83%)	168/223 (75%)	152/213 (71%)
Различни от чернокожи	603/643 (94%)	607/654 (93%)	561/643 (87%)	542/654 (83%)
Изходно вирусно натоварване				
≤ 100 000 копия/ml	629/670 (94%)	610/672 (91%)	567/670 (85%)	537/672 (80%)
> 100 000 копия/ml	171/196 (87%)	174/195 (89%)	162/196 (83%)	157/195 (81%)
Изходен брой CD4+ клетки				
< 200 клетки/mm ³	96/112 (86%)	104/117 (89%)	93/112 (83%)	94/117 (80%)
≥ 200 клетки/mm ³	703/753 (93%)	680/750 (91%)	635/753 (84%)	600/750 (80%)
HIV-1 РНК < 20 копия/ml	84,4%	84,0%	81,1%	75,8%
Разлика в лечението	0,4% (95% CI: -3,0% до 3,8%)		5,4% (95% CI: 1,5% до 9,2%)	

Е/С/Ф/ТАФ = елвитегравир/кобицистат/емтрицитабин/тенофовир алафенамид

Е/С/Ф/ТДФ = елвитегравир/кобицистат/емтрицитабин/тенофовир дизопроксил фумарат

а Времеият период през седмица 48 е между ден 294 и ден 377 (включително); времеият период през седмица 144 е между ден 966 и ден 1049 (включително).

б И в двете проучвания пациентите са стратифицирани на база изходните стойности на HIV-1 РНК (≤ 100 000 копия/ml, > 100 000 копия /ml до ≤ 400 000 копия /ml, или > 400 000 копия/ml), по брой на CD4+ клетки (< 50 клетки/μl, 50-199 клетки/μl или ≥ 200 клетки/μl), и по регион (в САЩ или извън САЩ).

в Включва пациенти, които са имали ≥ 50 копия/ml във времеия период през седмица 48 или 144; пациенти, които рано са прекратили участието си в проучването поради липса или загуба на ефикасност; пациенти, които са прекратили участието си поради причини, различни от нежелано събитие (НС), смърт или липса, или загуба на ефикасност, и са имали времеия ≥ 50 копия/ml при прекратяване на участието.

г Включва пациенти, които са прекратили участието си поради НС или смърт във всеки момент от ден 1 до времеия период, ако това е довело до липса на вирусологични данни по отношение на лечението в дефинирания времеия период.

д Включва пациенти, които са прекратили участието си по причини, различни от НС, смърт, липса или загуба на ефикасност; напр. оттеглено съгласие, загубени в хода на проследяването и др.

Средното повишаване на броя на CD4+ клетките в сравнение с изходния брой е било 230 клетки/mm³ при пациентите, получаващи Е/С/Ф/ТАФ, и 211 клетки/mm³ при пациентите, получаващи Е/С/Ф/ТДФ (p = 0,024), през седмица 48, и 326 клетки/mm³ при лекуваните с

Е/С/F/TAF пациенти и 305 клетки/mm³ при лекуваните с Е/С/F/TDF пациенти (p = 0,06) през седмица 144.

Клиничната ефикасност на Descovy при нелекувани пациенти е установена и от едно проучване, проведено с емтрицитабин и тенофовир алафенамид (10 mg), когато са давани с дарунавир (800 mg) и кобицистат, като комбинирана таблетка с фиксирана доза (D/C/F/TAF). В проучване GS-US-299-0102 пациентите са били рандомизирани в съотношение 2:1 да получават или комбинация с фиксирана доза D/C/F/TAF един път дневно (n = 103), или дарунавир и кобицистат и емтрицитабин/тенофовир дизопроксил фумарат един път дневно (n = 50). Процентите на пациентите с плазмена HIV-1 РНК < 50 копия/ml и < 20 копия/ml са посочени в Таблица 5.

Таблица 5: Вирусологични резултати от проучване GS-US-299-0102 през седмица 24 и 48^a

	Седмица 24		Седмица 48	
	D/C/F/TAF (n = 103)	Дарунавир, кобицистат и емтрицитабин/ тенофовир дизопроксил фумарат (n = 50)	D/C/F/TAF (n = 103)	Дарунавир, кобицистат и емтрицитабин/ тенофовир дизопроксил фумарат (n = 50)
HIV-1 РНК < 50 копия/ml	75%	74%	77%	84%
Разлика в лечението	3,3% (95% ДИ: -11,4% до 18,1%)		-6,2% (95% ДИ: -19,9% до 7,4%)	
HIV-1 RNA ≥ 50 копия/ml^б	20%	24%	16%	12%
Липса на вирусологични данни във времевия период през седмица 48	5%	2%	8%	4%
Прекратен прием на проучваното лекарство поради НС или смърт ^г	1%	0	1%	2%
Прекратен прием на проучваното лекарство по други причини и последни измерени стойности на HIV-1 РНК < 50 копия/ml ^а	4%	2%	7%	2%
Липсващи данни от времевия период, но продължаващ прием на проучваното лекарство	0	0	0	0
HIV-1 РНК < 20 копия/ml	55%	62%	63%	76%
Разлика в лечението	-3,5% (95% ДИ: -19,8% до 12,7%)		-10,7% (95% ДИ: -26,3% до 4,8%)	

D/C/F/TAF = дарунавир/кобицистат/емтрицитабин/тенофовир алафенамид

^a Времевият период през седмица 48 е между ден 294 и ден 377 (включително).

^б Включва пациенти, които са имали ≥ 50 копия/ml във времевия период през седмица 48; пациенти, които рано са прекратили участието си в проучването поради липса или загуба на ефикасност; пациенти, които са прекратили участието си поради причини, различни от нежелано събитие (НС), смърт или липса, или загуба на ефикасност, и са имали виремия ≥ 50 копия/ml при прекратяване на участието.

^в Включва пациенти, които са прекратили участието си поради НС или смърт във всеки момент от ден 1 до времевия период, ако това е довело до липса на вирусологични данни по отношение на лечението в дефинирания времеви период.

^г Включва пациенти, които са прекратили участието си по причини, различни от НС, смърт, липса или загуба на ефикасност; напр. оттеглено съгласие, загубени в хода на проследяването и др.

Инфектирани с HIV-1 пациенти с вирусна супресия

В проучването GS-US-311-1089 са оценявани ефикасността и безопасността на преминаването от емтрицитабин/тенофовир дизопроксил фумарат към Descovy, като се запазва третото антиретровирусно средство, в рандомизирано, двойно-сляпо проучване при инфектирани с HIV-1 възрастни пациенти с вирусна супресия (n = 663). Пациентите е трябвало да са със стабилна супресия (HIV-1 РНК < 50 копия/ml) на изходната си схема на лечение за най-малко 6 месеца и да са имали HIV-1 без мутации, свързани с резистентност към емтрицитабин или тенофовир алафенамид, преди включване в проучването. Пациентите са били рандомизирани в съотношение 1:1 да преминат на терапия с Descovy, като се запазва третото им антиретровирусно средство на изходно ниво (n = 333), или да останат на изходната си схема, съдържаща емтрицитабин/тенофовир дизопроксил фумарат (n = 330). Пациентите са били стратифицирани по класа на третото средство в предишната им схема на лечение. На изходно ниво 46% от пациентите са получавали емтрицитабин/тенофовир дизопроксил фумарат в комбинация с потенциран ПИ и 54% от пациентите са получавали емтрицитабин/тенофовир дизопроксил фумарат в комбинация с непотенцирано трето лекарствено средство.

Резултатите от лечението в проучване GS-US-311-1089 в продължение на 48 и 96 седмици са представени в Таблица 6.

Таблица 6: Вирусологични резултати от проучване GS-US-311-1089 през седмица 48^a и 96^b

	Седмица 48		Седмица 96	
	Схема, съдържаща Descovy (n = 333)	Схема, съдържаща емтрицитабин/тенофовир дизопроксил фумарат (n = 330)	Схема, съдържаща Descovy (n = 333)	Схема, съдържаща емтрицитабин/тенофовир дизопроксил фумарат (n = 330)
HIV-1 РНК < 50 копия/ml	94%	93%	89%	89%
Разлика в лечението	1,3% (95% CI: -2,5% до 5,1%)		-0,5% (95% CI: -5,3% до 4,4%)	
HIV-1 РНК ≥ 50 копия/ml^b	< 1%	2%	2%	1%
Липса на вирусологични данни във времевия период през седмица 48 или 96	5%	5%	9%	10%
Прекратен прием на проучваното лекарство поради НС или смърт ^c	2%	1%	2%	2%
Прекратен прием на проучваното лекарство по други причини и последни измерени стойности на HIV-1 РНК < 50 копия/ml ^d	3%	5%	7%	9%
Липсващи данни от времевия период при продължаващ прием на проучваното лекарство	< 1%	0	0	<1%
Процент (%) пациенти с HIV-1 РНК < 50 копия/ml по предишна схема на лечение				
Потенцирани ПИ	142/155 (92%)	140/151 (93%)	133/155 (86%)	133/151 (88%)

	Седмица 48		Седмица 96	
	Схема, съдържаща Descovy (n = 333)	Схема, съдържаща емтрицитабин/ тенофовир дизопроксил фумарат (n = 330)	Схема, съдържаща Descovy (n = 333)	Схема, съдържаща емтрицитабин/ тенофовир дизопроксил фумарат (n = 330)
Други трети лекарствени средства	172/178 (97%)	167/179 (93%)	162/178 (91%)	161/179 (90%)

ПИ = протеазен инхибитор

- а Времевият период през седмица 48 е между ден 294 и ден 377 (включително).
- б Времевият период през седмица 96 е между ден 630 и ден 713 (включително).
- в Включва пациенти, които са имали ≥ 50 копия/ml във времевия период през седмица 48 или седмица 96; пациенти, които рано са прекратили участието си в проучването поради липса или загуба на ефикасност; пациенти, които са прекратили участието си поради причини, различни от нежелано събитие (НС), смърт или липса, или загуба на ефикасност, и са имали виремия ≥ 50 копия/ml при прекратяване на участието.
- г Включва пациенти, които са прекратили участието си поради НС или смърт във всеки момент от ден 1 до времевия период, ако това е довело до липса на вирусологични данни по отношение на лечението в дефинирания времеви период.
- д Включва пациенти, които са прекратили участието си по причини, различни от НС, смърт, липса или загуба на ефикасност; напр. оттеглено съгласие, загубени в хода на проследяването и др.

В проучването GS-US-311-1717 пациенти с вирусна супресия (HIV-1 РНК < 50 копия/ml) на схема на лечение с абакавир/ламивудин за най-малко 6 месеца рандомизирани в съотношение 1:1 да преминат на терапия с Descovy (N = 280), като се запазва третото им средство от изходно ниво, или да останат на изходната схема на лечение, съдържаща абакавир/ламивудин (N = 276).

Пациентите са стратифицирани според класа на третото средство в предишната им схема на лечение. На изходно ниво 30% от пациентите са получавали абакавир/ламивудин в комбинация с потенциран протеазен инхибитор и 70% от пациентите са получавали абакавир/ламивудин в комбинация с непотенцирано трето лекарствено средство. Честотата на вирусологичен успех на седмица 48 е: 89,7% (227 от 253 участници) за схемата, съдържаща Descovy и 92,7% (230 от 248 участници) за тази, съдържаща абакавир/ламивудин. Преминаването на седмица 48 към схема, съдържаща Descovy, е с не по-малка ефикасност в сравнение с оставането на изходната схема на лечение, съдържаща абакавир/ламивудин, при запазване на HIV-1 РНК < 50 копия/ml.

Инфектирани с HIV-1 пациенти с леко до умерено бъбречно увреждане

В проучването GS-US-292-0112 са оценявани ефикасността и безопасността на емтрицитабин и тенофовир алафенамид в открито клинично проучване, в което 242 инфектирани с HIV-1 пациенти с леко до умерено бъбречно увреждане (eGFR_{CG}: 30-69 ml/min) са преминали на емтрицитабин и тенофовир алафенамид (10 mg), давани с елвитегравир и кобицистат, като комбинирана таблетка с фиксирана доза. Пациентите са били с вирусна супресия (HIV-1 РНК < 50 копия/ml) за най-малко 6 месеца преди преминаване.

Средната възраст е била 58 години (интервал: 24-82), с 63 пациенти (26%), които са били ≥ 65 -годишна възраст. Седемдесет и девет процента са били от мъжки пол, 63% са били бели, 18% са били чернокожи и 14% са били азиатци. Тринадесет процента от пациентите са били определени като латиноамериканци. На изходно ниво медианата на eGFR е била 56 ml/min и 33% от пациентите са имали eGFR от 30 до 49 ml/min. Средният изходен брой на CD4+ клетки е бил 664 клетки/mm³ (интервал: 126-1 813).

През седмица 144, 83,1% (197/237 пациенти) са запазили HIV-1 РНК < 50 копия/ml след преминаване към емтрицитабин и тенофовир алафенамид, давани с елвитегравир и кобицистат, като комбинирана таблетка с фиксирана доза.

Пациенти, коинфектирани с HIV и HBV

В откритото проучване GS-US-292-1249 са оценени ефикасността и безопасността на емтрицитабин и тенофовир алафенамид, прилагани с елвитегравир и кобицистат като комбинирана таблетка с фиксирана доза (Е/С/Ф/ТАФ) при възрастни пациенти, коинфектирани с

HIV-1 и хроничен хепатит В. Шестдесет и девет от 72 пациенти преди това са на антиретровирусна терапия, включваща TDF. В началото на лечението с E/C/F/TAF, тези 72 пациенти са с вирусна супресия на HIV (HIV-1 РНК < 50 копия/ml) в продължение на поне 6 месеца, със или без супресия на HBV ДНК, и са с компенсирани чернодробна функция. Средната възраст е 50 години (от 28 до 67), 92% от пациентите са мъже, 69% – от бялата раса, 18% – чернокожи, 10% – от азиатски произход. Средният брой на CD4+ клетки на изходното ниво е 636 клетки/mm³ (диапазон от 263 до 1 498). Осемдесет и шест процента от пациентите (62/72) са със супресия (HBV ДНК < 29 IU/ml), а 42% (30/72) са HBeAg позитивни на изходното ниво.

От пациентите, които са HBeAg позитивни на изходното ниво, 1/30 (3,3%) са постигнали сероконверсия към анти-HBe на седмица 48. От пациентите, които са HBsAg позитивни на изходното ниво, 3/70 (4,3%) са постигнали сероконверсия към анти-HBs на седмица 48.

На седмица 48, 92% от пациентите (66/72) са поддържали HIV-1 РНК < 50 копия/ml след преминаване на емтрицитабин и тенофовир алафенамид, прилагани с елвитегравир и кобицистат като комбинирана таблетка с фиксирана доза. Средната промяна от изходното ниво в броя на клетките CD4+ на седмица 48 е -2 клетки/mm³. Деветдесет и два процента (66/72 пациенти) имат HBV ДНК < 29 IU/ml на седмица 48, като е използван анализ на принципа „липса = неуспех“. От 62 пациенти, които на изходното ниво са със супресия на HBV, при 59 е запазена супресията, а при 3 няма данни. От 10 пациенти, които не са със супресия на HBV на изходното ниво (HBV ДНК ≥ 29 IU/ml), при 7 е постигната супресия, при 2 стойностите са останали доловими, а при 1 липсват данни.

Клиничните данни относно употребата на E/C/F/TAF при нелекувани досега пациенти, коинфектирани с HIV/HBV, са ограничени.

Промени в измерванията на костната минерална плътност

В проучванията с нелекувани пациенти, емтрицитабин и тенофовир алафенамид, давани с елвитегравир и кобицистат като комбинирана таблетка с фиксирана доза, са свързани с по-малко намаление на костната минерална плътност (КМП), измерена чрез анализ с двойноенергийна рентгенова абсорбциометрия (DXA) на бедрена кост (средна промяна -0,8% спрямо -3,4%, $p < 0,001$) и на лумбалния сегмент на гръбнака (средна промяна -0,9% спрямо -3,0%, $p < 0,001$), в сравнение с E/C/F/TDF в продължение на 144 седмици лечение. В отделно проучване емтрицитабин и тенофовир алафенамид, давани с дарунавир и кобицистат като комбинирана таблетка с фиксирана доза, също са свързани с по-малко намаление на КМП (измерена чрез анализ с DXA на бедрена кост и на лумбалния сегмент на гръбнака) в продължение на 48 седмици лечение в сравнение с дарунавир, кобицистат, емтрицитабин и тенофовир дизопроксил фумарат.

В проучване при възрастни пациенти с вирусна супресия е забелязано подобрене на КМП, измерена чрез DXA анализ на бедрена кост (средна промяна от изходно ниво 1,9% спрямо -0,3%, $p < 0,001$) и на лумбалния сегмент на гръбнака (средна промяна от изходно ниво 2,2% спрямо -0,2%, $p < 0,001$), в продължение на 96 седмици след преминаване към Descovy от схема, съдържаща TDF, в сравнение с минимални промени при запазването на схемата, съдържаща TDF.

В проучване при възрастни пациенти с вирусна супресия КМП, измерена чрез DXA анализ на бедрена кост (средна промяна от изходно ниво 0,3% спрямо 0,2%, $p = 0,55$) и на лумбалния сегмент на гръбнака (средна промяна от изходно ниво 0,1% спрямо < 0,1%, $p = 0,78$), не се променя значимо в продължение на 48 седмици след преминаване към Descovy от схема, съдържаща абакавир/ламивудин, в сравнение със запазване на схемата, съдържаща абакавир/ламивудин.

Промени в измерванията на бъбречната функция

В проучванията с нелекувани пациенти, емтрицитабин и тенофовир алафенамид, давани с елвитегравир и кобицистат като комбинирана таблетка с фиксирана доза в продължение на

144 седмици, са свързвани с по-слабо влияние върху показателите за бъбречна безопасност (измерени след 144 седмици лечение чрез eGFR_{CG} и отношение протеин в урината към креатинин и след 96 седмици лечение чрез отношение албумин в урината към креатинин) в сравнение с E/C/F/TDF. В продължение на 144 седмици лечение нито един участник не прекратява приема на E/C/F/TAF поради възникнало по време на лечението бъбречно нежелано събитие в сравнение с 12 участници, които са прекратили приема на E/C/F/TDF (p < 0,001).

В отделно проучване при нелекувани пациенти емтрицитабин и тенофовир алафенамид, давани с дарунавир и кобицистат като комбинирана таблетка с фиксирана доза, са свързани с по-слабо влияние върху показателите за бъбречна безопасност в продължение на 48 седмици лечение в сравнение с дарунавир и кобицистат, давани с емтрицитабин/тенофовир дизопроксил фумарат (вж. също точка 4.4).

В проучване при възрастни пациенти с вирусна супресия измерванията на тубулна протеинурия са сходни при пациенти, преминаващи към схема, съдържаща Descovy, в сравнение с пациенти, останали на изходната схема, съдържаща абакавир/ламивудин. В седмица 48 медианата на процентната промяна на съотношението ретинол-свързващ протеин в урината към креатинин е 4% в групата на Descovy и 16% при пациентите, останали на схема, съдържаща абакавир/ламивудин; съотношението бета-2 микроглобулин към креатинин е 4% спрямо 5%.

Педиатрична популация

В проучване GS-US-292-0106 са оценявани ефикасността, безопасността и фармакокинетиката на емтрицитабин и тенофовир алафенамид в открито проучване, в което 50 инфектирани с HIV-1, нелекувани юноши са получавали емтрицитабин и тенофовир алафенамид (10 mg), давани с елвитегравир и кобицистат, като комбинирана таблетка с фиксирана доза. Пациентите са били на средна възраст 15 години (интервал: 12-17) и 56% са били от женски пол, 12% са били азиатци и 88% са били чернокожи. На изходно ниво медианата на плазмената стойност на HIV-1 РНК е била 4,7 log₁₀ копия/ml, медианата на броя на CD4+ клетки е била 456 клетки/mm³ (интервал: 95-1 110), а медианата на CD4+% е била 23% (интервал: 7-45%). Като цяло, 22% са имали изходна плазмена стойност на HIV-1 РНК > 100 000 копия/ml. През седмица 48, 92% (46/50) са постигнали HIV-1 РНК < 50 копия/ml, подобна на степените на отговор в проучванията при нелекувани възрастни, инфектирани с HIV-1. Средното повишение от изходно ниво на броя на CD4+ клетките през седмица 48 е било 224 клетки/mm³. Не е забелязана възникваща резистентност към E/C/F/TAF до седмица 48.

Европейската агенция по лекарствата отлага задължението за предоставяне на резултатите от проучванията с Descovy в една или повече подгрупи на педиатричната популация при лечение на инфекция с човешки HIV-1 (вж. точка 4.2 за информация относно употреба в педиатрията).

5.2 Фармакокинетични свойства

Абсорбция

Емтрицитабин се абсорбира бързо и екстензивно след перорално приложение с пикови плазмени концентрации, получаващи се от 1 до 2 часа след прилагане на дозата. След многократно перорално приложение на доза емтрицитабин при 20 участници, инфектирани с HIV-1, пиковите плазмени концентрации на емтрицитабин (средни ± SD) в стационарно състояние (C_{max}) са били 1,8 ± 0,7 µg/ml и площта под кривата плазмена концентрация – време в продължение на 24-часов интервал на дозиране (AUC) е била 10,0 ± 3,1 µg•h/ml. Средната най-ниска плазмена концентрация в стационарно състояние 24 часа след прилагане на дозата е била равна на или по-голяма от средната *in vitro* IC₉₀ стойност за анти-HIV-1 активност.

Системната експозиция на емтрицитабин не се повлиява, когато емтрицитабин се прилага с храна.

След прием на храна при здрави участници, пиковите плазмени концентрации се наблюдават приблизително 1 час след прилагане на дозата за тенофовир алафенамид, прилаган като F/TAF (25 mg) или E/C/F/TAF (10 mg). Средните C_{max} и AUC_{last} , (средни \pm SD) след прием на храна, след прилагане на единична доза от 25 mg тенофовир алафенамид в Descovy, са били съответно $0,21 \pm 0,13 \mu\text{g/ml}$ и $0,25 \pm 0,11 \mu\text{g}\cdot\text{h/ml}$. Средните C_{max} и AUC_{last} след прилагане на единична доза от 10 mg тенофовир алафенамид в E/C/F/TAF, са били съответно $0,21 \pm 0,10 \mu\text{g/ml}$ и $0,25 \pm 0,08 \mu\text{g}\cdot\text{h/ml}$.

Спрямо прием на гладно, приложението на тенофовир алафенамид с храна с високо съдържание на мазнини (~800 kcal, 50% мазнини) е довело до намаление на C_{max} (15-37%) и увеличение на AUC_{last} (17-77%) на тенофовир алафенамид.

Разпределение

In vitro свързването на емтрицитабин с човешки плазмени протеини е $< 4\%$ и е независимо от концентрацията в интервала $0,02\text{-}200 \mu\text{g/ml}$. При пикова плазмена концентрация, средното съотношение на концентрациите на лекарството в плазмата и в кръвта е $\sim 1,0$, а средното съотношение на концентрациите на лекарството в семенната течност и в плазмата е $\sim 4,0$.

In vitro свързването на тенофовир с човешки плазмени протеини е $< 0,7\%$ и е независимо от концентрацията в интервала $0,01\text{-}25 \mu\text{g/ml}$. *Ex vivo* свързването на тенофовир алафенамид с човешки плазмени протеини в проби, взети по време на клинични проучвания, е приблизително 80%.

Биотрансформация

In vitro проучванията показват, че емтрицитабин не е инхибитор на човешките CYP ензими. След приложение на [^{14}C]-емтрицитабин пълното възстановяване на дозата емтрицитабин се постига в урината (~86%) и фекалиите (~14%). Тринадесет процента от дозата се възстановява в урината под формата на три предполагаеми метаболита. Биотрансформацията на емтрицитабин включва окисление на тиоловата група до получаване на 3'-сулфоксид диастереомери (~9% от дозата) и конюгиране с глюкуронова киселина до получаване на 2'-O-глюкуронид (~4% от дозата). Не са идентифицирани други метаболити.

Метаболизмът е основен път за елиминиране за тенофовир алафенамид при хора, отговаряйки за $> 80\%$ от пероралната доза. *In vitro* проучвания са показали, че тенофовир алафенамид се метаболизира до тенофовир (основен метаболит) от катепсин А в РВМС (включително лимфоцити и други таргетни за HIV клетки) и макрофаги; и от карбоксилестераза-1 в хепатоцитите. *In vivo* тенофовир алафенамид се хидролизира в клетките, за да образува тенофовир (основен метаболит), който се фосфорилира до активния метаболит тенофовир дифосфат. В клинични проучвания при хора, перорална доза от 10 mg тенофовир алафенамид (даван с емтрицитабин и елвитегравир, и кобицистат) е довела до концентрации на тенофовир дифосфат > 4 пъти по-високи в РВМС и $> 90\%$ по-ниски концентрации на тенофовир в плазмата, в сравнение с перорална доза от 245 mg тенофовир дизопроксил (като фумарат) (даван с емтрицитабин и елвитегравир, и кобицистат).

In vitro тенофовир алафенамид не се метаболизира от CYP1A2, CYP2C8, CYP2C9, CYP2C19 или CYP2D6. Тенофовир алафенамид се метаболизира в минимална степен от CYP3A4. При едновременно прилагане с умерения тестов индуктор на CYP3A ефавиренц, експозицията на тенофовир алафенамид не се повлиява значително. След приложение на тенофовир алафенамид, плазмената [^{14}C]-радиоактивност е показала време-зависим профил с най-голямо присъствие на тенофовир алафенамид в първите няколко часа, и на пикочна киселина в оставащия период.

Елиминиране

Емтрицитабин се екскретира основно от бъбреците, като цялата приложена доза се възстановява в урината (приблизително 86%) и фекалиите (приблизително 14%). Тринадесет процента от общата доза емтрицитабин се възстановява в урината като три метаболита. Системният клирънс на емтрицитабин е средно 307 ml/min. След перорално приложение елиминационният полуживот на емтрицитабин е приблизително 10 часа.

Бъбречната екскреция на интактен тенофовир алафенамид е второстепенен път с < 1% от дозата, която се елиминира в урината. Тенофовир алафенамид се елиминира основно след метаболизъм до тенофовир. Тенофовир алафенамид и тенофовир имат медиана на плазмен полуживот съответно 0,51 и 32,37 часа. Тенофовир се елиминира чрез бъбреците посредством гломерулна филтрация и активна тубулна секреция.

Фармакокинетика при специални популации

Възраст, пол и етническа принадлежност

Не са установени клинично значими разлики във фармакокинетиката, свързани с възрастта, пола или етническата принадлежност, за емтрицитабин или тенофовир алафенамид.

Педиатрична популация

Експозициите на емтрицитабин и тенофовир алафенамид (давани с елвитегравир и кобицистат), постигнати при 24 педиатрични пациенти на възраст от 12 до < 18 години, които са получавали емтрицитабин и тенофовир алафенамид, давани с елвитегравир и кобицистат, в проучване GS-US-292-0106, са били подобни на тези, постигнати при нелекувани възрастни пациенти (Таблица 7).

Таблица 7: Фармакокинетика на емтрицитабин и тенофовир алафенамид при нелекувани с антиретровирусна терапия юноши и възрастни

	Юноши			Възрастни		
	FTC ^a	TAF ^b	TFV ^b	FTC ^a	TAF ^b	TFV ^b
AUC_{tau} (ng•h/ml)	14 424,4 (23,9)	242,8 (57,8)	275,8 (18,4)	11 714,1 (16,6)	206,4 (71,8)	292,6 (27,4)
C_{max} (ng/ml)	2 265,0 (22,5)	121,7 (46,2)	14,6 (20,0)	2 056,3 (20,2)	162,2 (51,1)	15,2 (26,1)
C_{tau} (ng/ml)	102,4 (38,9) ^c	N/A	10,0 (19,6)	95,2 (46,7)	N/A	10,6 (28,5)

E/C/F/TAF = елвитегравир/кобицистат/емтрицитабин/тенофовир алафенамид фумарат

FTC = емтрицитабин; TAF = тенофовир алафенамид фумарат; TFV = тенофовир

N/A = неприложимо

Данните са представени като средни стойности (%CV).

a n = 24 юноши (GS-US-292-0106); n = 19 възрастни (GS-US-292-0102)

b n = 23 юноши (GS-US-292-0106), популация за ФК анализ

v n = 539 (TAF) или 841 (TFV) възрастни (GS-US-292-0111 и GS-US-292-0104, популация за ФК анализ)

Бъбречно увреждане

Не са наблюдавани клинично значими разлики във фармакокинетиката на тенофовир алафенамид или тенофовир между здравите участници и пациентите с тежко бъбречно увреждане (изчислен CrCl > 15, но < 30 ml/min) в проучвания на тенофовир алафенамид. Няма фармакокинетични данни за тенофовир алафенамид при пациенти с изчислен CrCl < 15 ml/min. Средната системна експозиция на емтрицитабин е била по-висока при пациенти с тежко бъбречно увреждане (CrCl < 30 ml/min) (33,7 µg•h/ml), отколкото при пациенти с нормална бъбречна функция (11,8 µg•h/ml).

Чернодробно увреждане

Фармакокинетиката на емтрицитабин не е проучена при участници с чернодробно увреждане; емтрицитабин, обаче, не се метаболизира в значителна степен от чернодробните ензими, така че влиянието на чернодробното увреждане би трябвало да е ограничено.

Не са наблюдавани клинично значими промени във фармакокинетиката на тенофовир алафенамид или неговия метаболит тенофовир при пациенти с леко или умерено чернодробно увреждане. При пациенти с тежко чернодробно увреждане общите плазмени концентрации на тенофовир алафенамид и тенофовир са по-ниски от наблюдаваните при участници с нормална чернодробна функция. Когато се коригира за свързване с протеините, плазмената концентрация на несвързания (свободен) тенофовир алафенамид при пациенти с тежко чернодробно увреждане и при участници с нормална чернодробна функция е подобна.

Коинфекция с вируса на хепатит В и/или хепатит С

Фармакокинетиката на емтрицитабин и тенофовир алафенамид не е напълно оценена при пациенти, коинфектирани с HBV и/или HCV.

5.3 Предклинични данни за безопасност

Неклиничните данни за емтрицитабин не показват особен риск за хора на базата на конвенционалните фармакологични проучвания за безопасност, токсичност при многократно прилагане, генотоксичност, карциногенен потенциал, репродуктивна токсичност и токсичност за развитието. Емтрицитабин е демонстрирал нисък канцерогенен потенциал при мишки и плъхове.

Неклиничните проучвания на тенофовир алафенамид при плъхове и кучета показват, че костите и бъбреците са основните таргетни органи за токсичност. Токсичността за костите е наблюдавана като намалена КМП при плъхове и кучета при експозиции на тенофовир най-малко четири пъти по-големи от очакваните след приложение на Descovy. Минимална инфилтрация с хистоцити е била налична в окото при кучета при експозиции на тенофовир алафенамид и тенофовир приблизително съответно 4 и 17 пъти по-високи, спрямо онези, очаквани след приложение на Descovy.

Тенофовир алафенамид не е мутагенен или кластогенен при конвенционални тестове за генотоксичност.

Проучвания за карциногенност и едно перинатално проучване при плъхове са проведени само с тенофовир дизопроксил фумарат, тъй като има по-ниска експозиция на тенофовир при плъхове и мишки след приложение на тенофовир алафенамид в сравнение с тенофовир дизопроксил фумарат. Неклиничните данни не показват особен риск за хора на базата на конвенционалните проучвания за карциногенен потенциал, репродуктивна токсичност и токсичност за развитието. Проучванията за репродуктивна токсичност при плъхове и зайци не показват ефект върху чифтосването, фертилитета, бременността или параметрите на плода. Тенофовир дизопроксил фумарат, обаче, намалява индекса на жизненост и телесна маса на кутрета при проучване за перинатална токсичност при токсични дози за майката.

6. ФАРМАЦЕВТИЧНИ ДАННИ

6.1 Списък на помощните вещества

Ядро на таблетката

Микрокристална целулоза
Кроскармелоза натрий
Магнезиев стеарат

Филмово покритие

Поливинилов алкохол
Титанов диоксид
Макрогол 3350
Талк
Индигокармин алуминиев лак (E132)

6.2 Несъвместимости

Неприложимо

6.3 Срок на годност

3 години

6.4 Специални условия на съхранение

Да се съхранява в оригиналната опаковка, за да се предпази от влага. Съхранявайте бутилката плътно затворена.

6.5 Вид и съдържание на опаковката

Бутилка от полиетилен с висока плътност (HDPE) със защитена от деца капачка от полипропилен с непрекъсната резба, с покритие от индукционно активиран слой от алуминиево фолио, съдържаща 30 филмирани таблетки. Всяка бутилка съдържа силикагел сушител и полиестерна спирала.

Предлагат се следните опаковки: картонена опаковка, съдържаща 1 бутилка с 30 филмирани таблетки и картонена опаковка, съдържаща 90 (3 бутилки с по 30) филмирани 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

Gilead Sciences Ireland UC
Carrigtohill
County Cork, T45 DP77
Ирландия

8. НОМЕР(А) НА РАЗРЕШЕНИЕТО ЗА УПОТРЕБА

EU/1/16/1099/003
EU/1/16/1099/004

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

Дата на първо разрешаване: 21 април 2016 г.

10. ДАТА НА АКТУАЛИЗИРАНЕ НА ТЕКСТА

{ММ/ГГГГ}

Подробна информация за този лекарствен продукт е предоставена на уебсайта на Европейската агенция по лекарствата <http://www.ema.europa.eu>.

ПРИЛОЖЕНИЕ II

- A. ПРОИЗВОДИТЕЛ(И) НА БИОЛОГИЧНО АКТИВНИТЕ ВЕЩЕСТВА И ПРОИЗВОДИТЕЛИ, ОТГОВОРЕН(НИ) ЗА ОСВОБОЖДАВАНЕ НА ПАРТИДИ**
- Б. УСЛОВИЯ ИЛИ ОГРАНИЧЕНИЯ ЗА ДОСТАВКА И УПОТРЕБА**
- В. ДРУГИ УСЛОВИЯ И ИЗИСКВАНИЯ НА РАЗРЕШЕНИЕТО ЗА УПОТРЕБА**
- Г. УСЛОВИЯ ИЛИ ОГРАНИЧЕНИЯ ЗА БЕЗОПАСНА И ЕФЕКТИВНА УПОТРЕБА НА ЛЕКАРСТВЕНИЯ ПРОДУКТ**

А. ПРОИЗВОДИТЕЛ(И) НА БИОЛОГИЧНО АКТИВНИТЕ ВЕЩЕСТВА И ПРОИЗВОДИТЕЛ, ОТГОВОРЕН(НИ) ЗА ОСВОБОЖДАВАНЕ НА ПАРТИДИ

Име и адрес на производителя(ите), отговорен(ни) за освобождаване на партидите

Gilead Sciences Ireland UC
IDA Business & Technology Park
Carrigtohill
County Cork
Ирландия

Б. УСЛОВИЯ ИЛИ ОГРАНИЧЕНИЯ ЗА ДОСТАВКА И УПОТРЕБА

Лекарственият продукт се отпуска по ограничено лекарско предписание (вж. Приложение I: Кратка характеристика на продукта, точка 4.2).

В. ДРУГИ УСЛОВИЯ И ИЗИСКВАНИЯ НА РАЗРЕШЕНИЕТО ЗА УПОТРЕБА

- **Периодични актуализирани доклади за безопасност**

Изискванията за подаване на периодични актуализирани доклади за безопасност за този лекарствен продукт са посочени в списъка с референтните дати на Европейския съюз (EURD списък), предвиден в чл. 107в, ал. 7 от Директива 2001/83/ЕО, и във всички следващи актуализации, публикувани на европейския уебпортал за лекарства.

Притежателят на разрешението за употреба трябва да подаде първия периодичен актуализиран доклад за безопасност за този продукт в срок от 6 месеца след разрешаването за употреба.

Г. УСЛОВИЯ ИЛИ ОГРАНИЧЕНИЯ ЗА БЕЗОПАСНА И ЕФЕКТИВНА УПОТРЕБА НА ЛЕКАРСТВЕНИЯ ПРОДУКТ

- **План за управление на риска (ПУР)**

ПУР трябва да извършва изискваните дейности и действия, свързани с проследяване на лекарствената безопасност, посочени в одобрения ПУР, представен в Модул 1.8.2 на разрешението за употреба, както и при всички следващи съгласувани актуализации на ПУР.

Актуализиран ПУР трябва да се подава:

- по искане на Европейската агенция по лекарствата;
- винаги, когато се изменя системата за управление на риска, особено в резултат на получаване на нова информация, която може да доведе до значими промени в съотношението полза/риск, или след достигане на важен етап (във връзка с проследяване на лекарствената безопасност или свеждане на риска до минимум).

ПРИЛОЖЕНИЕ III
ДАНИИ ВЪРХУ ОПАКОВКАТА И ЛИСТОВКА

A. ДАНИИ ВЪРХУ ОПАКОВКАТА

ДАНИИ, КОИТО ТРЯБВА ДА СЪДЪРЖА ВТОРИЧНАТА ОПАКОВКА И ПЪРВИЧНАТА ОПАКОВКА

ОЗНАЧЕНИЯ ВЪРХУ БУТИЛКАТА И КАРТОНЕНАТА КУТИЯ

1. ИМЕ НА ЛЕКАРСТВЕНИЯ ПРОДУКТ

Descovy 200 mg/10 mg филмирани таблетки
емтрицитабин/тенофовир алафенамид

2. ОБЯВЯВАНЕ НА АКТИВНОТО(ИТЕ) ВЕЩЕСТВО(А)

Всяка филмирана таблетка съдържа 200 mg емтрицитабин и тенофовир алафенамид фумарат, съответстващ на 10 mg тенофовир алафенамид.

3. СПИСЪК НА ПОМОЩНИТЕ ВЕЩЕСТВА

4. ЛЕКАРСТВЕНА ФОРМА И КОЛИЧЕСТВО В ЕДНА ОПАКОВКА

30 филмирани таблетки

90 (3 бутилки с по 30) филмирани таблетки

5. НАЧИН НА ПРИЛОЖЕНИЕ И ПЪТ(ИЩА) НА ВЪВЕЖДАНЕ

Преди употреба прочетете листовката.

Перорално приложение

6. СПЕЦИАЛНО ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ, ЧЕ ЛЕКАРСТВЕНИЯТ ПРОДУКТ ТРЯБВА ДА СЕ СЪХРАНЯВА НА МЯСТО ДАЛЕЧЕ ОТ ПОГЛЕДА И ДОСЕГА НА ДЕЦА

Да се съхранява на място, недостъпно за деца.

7. ДРУГИ СПЕЦИАЛНИ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ, АКО Е НЕОБХОДИМО

8. ДАТА НА ИЗТИЧАНЕ НА СРОКА НА ГОДНОСТ

Годен до:

9. СПЕЦИАЛНИ УСЛОВИЯ НА СЪХРАНЕНИЕ

Да се съхранява в оригиналната опаковка, за да се предпази от влага. **Съхранявайте бутилката плътно затворена.**

10. СПЕЦИАЛНИ ПРЕДПАЗНИ МЕРКИ ПРИ ИЗХВЪРЛЯНЕ НА НЕИЗПОЛЗВАНА ЧАСТ ОТ ЛЕКАРСТВЕНИТЕ ПРОДУКТИ ИЛИ ОТПАДЪЧНИ МАТЕРИАЛИ ОТ ТЯХ, АКО СЕ ИЗИСКВАТ ТАКИВА

11. ИМЕ И АДРЕС НА ПРИТЕЖАТЕЛЯ НА РАЗРЕШЕНИЕТО ЗА УПОТРЕБА

Gilead Sciences Ireland UC
Carrigtohill
County Cork, T45 DP77
Ирландия

12. НОМЕР(А) НА РАЗРЕШЕНИЕТО ЗА УПОТРЕБА

EU/1/16/1099/001 30 филмирани таблетки
EU/1/16/1099/002 90 (3 бутилки с по 30) филмирани таблетки

13. ПАРТИДЕН НОМЕР

Партиден №

14. НАЧИН НА ОТПУСКАНЕ

15. УКАЗАНИЯ ЗА УПОТРЕБА

16. ИНФОРМАЦИЯ НА БРАЙЛОВА АЗБУКА

Descovy 200 mg/10 mg [Само върху вторичната опаковка]

17. УНИКАЛЕН ИДЕНТИФИКАТОР – ДВУИЗМЕРЕН БАРКОД

Двуизмерен баркод с включен уникален идентификатор

18. УНИКАЛЕН ИДЕНТИФИКАТОР – ДАННИ ЗА ЧЕТЕНЕ ОТ ХОРА

PC: {номер}
SN: {номер}
NN: {номер}

ДАНИИ, КОИТО ТРЯБВА ДА СЪДЪРЖА ВТОРИЧНАТА ОПАКОВКА И ПЪРВИЧНАТА ОПАКОВКА

ОЗНАЧЕНИЯ ВЪРХУ БУТИЛКАТА И КАРТОНЕНАТА КУТИЯ

1. ИМЕ НА ЛЕКАРСТВЕНИЯ ПРОДУКТ

Descovy 200 mg/25 mg филмирани таблетки
емтрицитабин/тенофовир алафенамид

2. ОБЯВЯВАНЕ НА АКТИВНОТО(ИТЕ) ВЕЩЕСТВО(А)

Всяка филмирана таблетка съдържа 200 mg емтрицитабин и тенофовир алафенамид фумарат, съответстващ на 25 mg тенофовир алафенамид.

3. СПИСЪК НА ПОМОЩНИТЕ ВЕЩЕСТВА

4. ЛЕКАРСТВЕНА ФОРМА И КОЛИЧЕСТВО В ЕДНА ОПАКОВКА

30 филмирани таблетки

90 (3 бутилки с по 30) филмирани таблетки

5. НАЧИН НА ПРИЛОЖЕНИЕ И ПЪТ(ИЩА) НА ВЪВЕЖДАНЕ

Преди употреба прочетете листовката.

Перорално приложение

6. СПЕЦИАЛНО ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ, ЧЕ ЛЕКАРСТВЕНИЯТ ПРОДУКТ ТРЯБВА ДА СЕ СЪХРАНЯВА НА МЯСТО ДАЛЕЧЕ ОТ ПОГЛЕДА И ДОСЕГА НА ДЕЦА

Да се съхранява на място, недостъпно за деца.

7. ДРУГИ СПЕЦИАЛНИ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ, АКО Е НЕОБХОДИМО

8. ДАТА НА ИЗТИЧАНЕ НА СРОКА НА ГОДНОСТ

Годен до:

9. СПЕЦИАЛНИ УСЛОВИЯ НА СЪХРАНЕНИЕ

Да се съхранява в оригиналната опаковка, за да се предпази от влага. **Съхранявайте бутилката плътно затворена.**

10. СПЕЦИАЛНИ ПРЕДПАЗНИ МЕРКИ ПРИ ИЗХВЪРЛЯНЕ НА НЕИЗПОЛЗВАНА ЧАСТ ОТ ЛЕКАРСТВЕНИТЕ ПРОДУКТИ ИЛИ ОТПАДЪЧНИ МАТЕРИАЛИ ОТ ТЯХ, АКО СЕ ИЗИСКВАТ ТАКИВА

11. ИМЕ И АДРЕС НА ПРИТЕЖАТЕЛЯ НА РАЗРЕШЕНИЕТО ЗА УПОТРЕБА

Gilead Sciences Ireland UC
Carrigtohill
County Cork, T45 DP77
Ирландия

12. НОМЕР(А) НА РАЗРЕШЕНИЕТО ЗА УПОТРЕБА

EU/1/16/1099/003 30 филмирани таблетки
EU/1/16/1099/004 90 (3 бутилки с по 30) филмирани таблетки

13. ПАРТИДЕН НОМЕР

Партиден №

14. НАЧИН НА ОТПУСКАНЕ

15. УКАЗАНИЯ ЗА УПОТРЕБА

16. ИНФОРМАЦИЯ НА БРАЙЛОВА АЗБУКА

Descovy 200 mg/25 mg [Само върху вторичната опаковка]

17. УНИКАЛЕН ИДЕНТИФИКАТОР – ДВУИЗМЕРЕН БАРКОД

Двуизмерен баркод с включен уникален идентификатор

18. УНИКАЛЕН ИДЕНТИФИКАТОР – ДАННИ ЗА ЧЕТЕНЕ ОТ ХОРА

PC: {номер}
SN: {номер}
NN: {номер}

Б. ЛИСТОВКА

Листовка: информация за пациента

Descovy 200 mg/10 mg филмирани таблетки емтрицитабин/тенофовир алафенамид (emtricitabine/tenofovir alafenamide)

▼ Този лекарствен продукт подлежи на допълнително наблюдение. Това ще позволи бързото установяване на нова информация относно безопасността. Можете да дадете своя принос като съобщите всяка нежелана реакция, която сте получили. За начина на съобщаване на нежелани реакции вижте края на точка 4.

Прочетете внимателно цялата листовка, преди да започнете да приемате това лекарство, тъй като тя съдържа важна за Вас информация.

- Запазете тази листовка. Може да се наложи да я прочетете отново.
- Ако имате някакви допълнителни въпроси, попитайте Вашия лекар или фармацевт.
- Това лекарство е предписано лично на Вас. Не го преотстъпвайте на други хора. То може да им навреди, независимо че признаците на тяхното заболяване са същите като Вашите.
- Ако получите някакви нежелани реакции, уведомете Вашия лекар или фармацевт. Това включва и всички възможни нежелани реакции, неописани в тази листовка. Вижте точка 4.

Какво съдържа тази листовка

1. Какво представлява Descovy и за какво се използва
2. Какво трябва да знаете, преди да приемете Descovy
3. Как да приемате Descovy
4. Възможни нежелани реакции
5. Как да съхранявате Descovy
6. Съдържание на опаковката и допълнителна информация

1. Какво представлява Descovy и за какво се използва

Descovy съдържа две активни съставки:

- **емтрицитабин**, антиретровирусно лекарство от тип, познат като нуклеозиден инхибитор на обратната транскриптаза (НИОТ)
- **тенофовир алафенамид**, антиретровирусно лекарство от тип, познат като нуклеотиден инхибитор на обратната транскриптаза (НТИОТ)

Descovy блокира действието на ензима обратна транскриптаза, който е от основно значение за размножаването на вируса. По тази причина Descovy намалява количеството на ХИВ в тялото Ви.

Descovy, в комбинация с други лекарства, е за **лечение на инфекция с човешки имунодефицитен вирус тип 1 (Human Immunodeficiency Virus, ХИВ-1)** при възрастни и юноши на и над 12 години, които тежат най-малко 35 kg.

2. Какво трябва да знаете, преди да приемете Descovy

Не приемайте Descovy:

- Ако сте алергични към **емтрицитабин, тенофовир алафенамид** или към някоя от останалите съставки на това лекарство (изброени в точка 6 на тази листовка).

Предупреждения и предпазни мерки

Докато приемате Descovy, трябва да останете под грижите на Вашия лекар.

Когато приемате това лекарство, **Вие все още може да предадете ХИВ**, въпреки че рискът се понижава от ефективна антиретровирусна терапия. Обсъдете с Вашия лекар необходимите предпазни мерки, за да избегнете заразяване на други хора. Това лекарство не води до излекуване на ХИВ инфекцията. Докато приемате Descovy, при Вас все още може да се развият инфекции или други болести, свързани с инфекцията с ХИВ.

Говорете с Вашия лекар, преди да приемете Descovy:

- **Ако имате проблеми с черния дроб или в миналото сте имали чернодробно заболяване, включително хепатит.** Рискът от тежки и потенциално смъртоносни чернодробни усложнения е повишен при пациенти с чернодробно заболяване, включително хроничен хепатит В или С, лекувани с антиретровирусни лекарства. Ако имате инфекция с хепатит В, Вашият лекар внимателно ще прецени коя е най-добрата терапевтична схема за Вас.

Ако имате хепатит В, чернодробните проблеми може да се влошат, след като спрете да приемате Descovy. Не спирайте приема на Descovy, без да сте се посъветвали с Вашия лекар: Вижте точка 3, Не спирайте приема на Descovy.

- Възможно е Вашият лекар да не Ви предпише Descovy, ако вирусът Ви има K65R мутация

Докато приемате Descovy

Щом започнете да приемате Descovy, следете за:

- **Признаци на възпаление или инфекция**
- **Болка и скованост в ставите или проблеми с костите**

→ **Ако забележите някой от тези симптоми, незабавно уведомете Вашия лекар.** За повече информация вижте точка 4, *Възможни нежелани реакции.*

Има вероятност да имате бъбречни проблеми, ако приемате Descovy продължително време, въпреки, че не са наблюдавани такива при употреба на Descovy.

Деца и юноши

Не давайте това лекарство на деца на възраст 11 години или по-малко, или с тегло под 35 kg. Употребата на Descovy при деца на възраст 11 години или по-малко все още не е проучена.

Други лекарства и Descovy

Информирайте Вашия лекар или фармацевт, ако приемате, наскоро сте приемали или е възможно да приемете други лекарства. Descovy може да взаимодейства с други лекарства. В резултат на това количеството на Descovy или на другите лекарства в кръвта Ви може да бъде променено. Това може да спре нормалното действие на лекарствата Ви или може да влоши нежеланите лекарствени реакции. В някои случаи може да се наложи Вашият лекар да промени дозата или да изследва кръвта Ви.

Лекарства, използвани за лечение на инфекция с хепатит В:

Не трябва да приемате Descovy с лекарства, съдържащи:

- **тенофовир алафенамид**
- **тенофовир дизопроксил**
- **ламивудин**
- **адефовир дипивоксил**

→ **Информирайте Вашия лекар, ако приемате някое от тези лекарства.**

Други видове лекарства:

Говорете с Вашия лекар, ако приемате:

- **антибиотици**, използвани за лечение на бактериални инфекции, включително туберкулоза, съдържащи:
 - рифабутин, рифампицин и рифапентин
- **антивирусни лекарства, използвани за лечение на хепатит С:**
 - боцепревир
- **антивирусни лекарства, използвани за лечение на хепатит ХИВ:**
 - емтрицитабин и телапревир
- **антиконвулсанти**, използвани за лечение на епилепсия, като:
 - карбамазепин, окскарбазепин, фенобарбитал и фенитоин
- **билкови лекарства**, използвани за лечение на депресия и тревожност, съдържащи:
 - жълт кантарион (*Hypericum perforatum*)

→ **Информирайте Вашия лекар, ако приемате тези или други лекарства.** Не спирайте лечението, без да сте се свързали с Вашия лекар.

Бременност и кърмене

- Ако сте бременна или кърмите, смятате, че може да сте бременна или планирате бременност, посъветвайте се с Вашия лекар преди употребата на това лекарство.
- **Използвайте ефективна контрацепция**, докато приемате Descovy.

Ако сте бременна, посъветвайте се с Вашия лекар или фармацевт преди употребата на което и да е лекарство.

Ако по време на бременността сте приемали Descovy, Вашият лекар може да назначи редовни кръвни изследвания, както и други диагностични изследвания, за да следи развитието на детето Ви. При деца, чиито майки са приемали НИОТ по време на бременността, ползата от защитата срещу ХИВ е по-голяма от риска от нежелани реакции.

Недейте да кърмите по време на лечение с Descovy. Това се налага, защото едно от активните вещества на това лекарство се отделя в кърмата. Не е препоръчително да кърмите, за да се избегне предаването на вируса на кърмачето чрез кърмата.

Шофиране и работа с машини

Descovy може да причини замаяност. Ако почувствате замаяност, когато приемате Descovy, не шофирайте и не използвайте никакви инструменти или машини.

3. Как да приемате Descovy

Винаги приемайте това лекарство точно както Ви е казал Вашият лекар. Ако не сте сигурни в нещо, попитайте Вашия лекар или фармацевт.

Препоръчителната доза е:

Възрастни: една таблетка всеки ден, със или без храна

Юноши на възраст на и над 12 години с тегло най-малко 35 kg: една таблетка всеки ден, със или без храна

Не дъвчете, не разтрошавайте или не разделяйте таблетката.

Винаги приемайте препоръчаната от Вашия лекар доза. Така се гарантира пълната ефективност на лекарството и се намалява рискът от развитието на резистентност към лечението. Не променяйте дозата, освен ако не Ви е препоръчано от Вашия лекар.

Ако сте приели повече от необходимата доза Descovy

Ако сте приели по-голяма от препоръчителната доза Descovy, съществува по-висок риск от развитие на възможни нежелани реакции към това лекарство (вижте точка 4, *Възможни нежелани реакции*).

Свържете се незабавно с Вашия лекар или с най-близкия център за спешна помощ, за съвет. Вземете с Вас бутилката с таблетките, за да покажете какво лекарство сте приели.

Ако сте пропуснали да приемете Descovy

Важно е да не пропускате доза от Descovy.

Ако сте пропуснали една доза:

- **Ако го забележите в рамките на 18 часа** от обичайното време за приемане на Descovy, трябва да вземете таблетката възможно най-скоро. След това приемете следващата доза както обичайно.
- **Ако го забележите след 18 часа или по-късно** от обичайното време за приемане на Descovy, не приемайте пропуснатата доза. Изчакайте и приемете следващата доза в обичайното време.

Ако повърнете след по-малко от 1 час след приема на Descovy, вземете друга таблетка.

Не спирайте приема на Descovy

Не спирайте приема на Descovy, без да сте се посъветвали с Вашия лекар. Спирането на приема на Descovy може сериозно да повлияе на успеха на бъдещо лечение. Ако по някаква причина приемът на Descovy е спрял, посъветвайте се с Вашия лекар, преди да започнете отново да приемате таблетки Descovy.

Когато запасът Ви от Descovy започне да намалява, вземете още от Вашия лекар или фармацевт. Това е много важно, тъй като количеството на вируса може да започне да се повишава, ако лекарството бъде спряно дори и за кратко време. След това заболяването може да се лекува по-трудно.

Ако имате инфекция както с ХИВ, така и с хепатит В, е много важно да не спирате приема на Descovy, преди първо да се посъветвате с Вашия лекар. Възможно е след спиране на лечението да се наложат кръвни изследвания в продължение на няколко месеца. При някои пациенти с напреднало чернодробно заболяване или цироза спирането може да доведе до влошаване на хепатита, което може да е животозастрашаващо.

→ **Уведомете Вашия лекар незабавно,** ако след спиране на лечението забележите нови или необичайни симптоми, особено ако това са прояви, които бихте свързали с хепатит В инфекция.

Ако имате някакви допълнителни въпроси, свързани с употребата на това лекарство, попитайте Вашия лекар или фармацевт.

4. Възможни нежелани реакции

Както всички лекарства, това лекарство може да предизвика нежелани реакции, въпреки че не всеки ги получава.

Възможни сериозни нежелани реакции: съобщете веднага на лекар

- **Всякакви признаци на възпаление или инфекция.** При някои пациенти с напреднала ХИВ инфекция (СПИН) и които са имали опортюнистични инфекции в миналото (инфекции, които се развиват при хора със слаба имунна система) може да се появят признаци и симптоми на възпаление от предишни инфекции скоро след започване на антиретровирусното лечение. Смята се, че тези симптоми се дължат на подобрение на имунния отговор на тялото, което му позволява да се бори с инфекции, които може да са съществували без очевидни симптоми.
 - Могат да възникнат **автоимунни нарушения** (имунната система атакува здрави тъкани на тялото), след като започнете приема на лекарства за лечение на ХИВ инфекцията. Автоимунните нарушения могат да възникнат много месеци след началото на лечението. Следете за някакви симптоми на инфекция или други симптоми като:
 - мускулна слабост
 - слабост, започваща от ръцете и стъпалата и преминаваща нагоре към тялото
 - сърцебиене, треперене на ръцете или хиперактивност
- Ако забележите описаните по-горе нежелани реакции, уведомете незабавно Вашия лекар.

Много чести нежелани реакции

(могат да засегнат повече от 1 на всеки 10 човека)

- гадене

Чести нежелани реакции

(могат да засегнат до 1 на 10 човека)

- абнормни сънища
- главоболие
- замайване
- диария
- повръщане
- болки в стомаха
- отделяне на газове (*флатуленция*)
- обрив
- лесна уморяемост

Нечести нежелани реакции

(могат да засегнат до 1 на 100 човека)

- нисък брой червени кръвни клетки (*анемия*)
- храносмилателни проблеми с неприятно чувство след хранене (*диспепсия*)
- оток на лицето, устните, езика или гърлото (*ангиоедем*)
- сърбеж (*пруритус*)
- болки в ставите (*артралгия*)

→ Ако някоя от нежеланите лекарствени реакции стане сериозна, уведомете Вашия лекар.

Други ефекти, които може да се наблюдават по време на лечение на ХИВ

Честотата на следните нежелани реакции е неизвестна (от наличните данни не може да бъде направена оценка на честотата).

- **Проблеми с костите.** Някои пациенти, приемащи комбинирани антиретровирусни лекарства като Descovy, може да развият костно заболяване, наречено *остеонекроза* (костната тъкан умира поради прекъсване на притока на кръв към костта). Продължителният прием на този вид лекарства, приемът на кортикостероиди, пиенето на алкохол, много слабата имунна система и наднормено тегло може да са някои от многото рискови фактори за развитие на това заболяване. Признаци на остеонекроза са:
 - скованост в ставите
 - болки (особено в ханша, колената и раменете)
 - затруднени движения

→ Ако забележите някой от тези симптоми, уведомете Вашия лекар.

По време на лечение за ХИВ може да настъпи увеличаване на теглото и на нивата на липидите и глюкозата в кръвта. Това отчасти е свързано с възстановяването на здравето и начина на живот, а по отношение на липидите в кръвта понякога е свързано и със самите лекарства за ХИВ. Вашият лекар ще направи изследвания за тези промени.

Съобщаване на нежелани реакции

Ако получите някакви нежелани лекарствени реакции, уведомете Вашия лекар или фармацевт. Това включва всички възможни неописани в тази листовка нежелани реакции. Можете също да съобщите нежелани реакции директно чрез [националната система за съобщаване, посочена в Приложение V](#).

Като съобщавате нежелани реакции, можете да дадете своя принос за получаване на повече информация относно безопасността на това лекарство.

5. Как да съхранявате Descovy

Да се съхранява на място, недостъпно за деца.

Не използвайте това лекарство след срока на годност, отбелязан върху картонената опаковка и бутилката след „Годен до:“. Срокът на годност отговаря на последния ден от посочения месец.

Да се съхранява в оригиналната опаковка, за да се предпази от влага. Съхранявайте бутилката плътно затворена.

Не изхвърляйте лекарствата в канализацията или в контейнера за домашни отпадъци. Попитайте Вашия фармацевт как да изхвърляте лекарствата, които вече не използвате. Тези мерки ще спомогнат за опазване на околната среда.

6. Съдържание на опаковката и допълнителна информация

Какво съдържа Descovy

Активните вещества са емтрицитабин и тенофовир алафенамид. Всяка филмирана таблетка Descovy съдържа 200 mg емтрицитабин и тенофовир алафенамид фумарат, съответстващи на 10 mg тенофовир алафенамид.

Другите съставки са

Ядро на таблетката:

Микрокристална целулоза, кроскармелоза натрий, магнезиев стеарат.

Филмово покритие:

Поливинилол алкохол, титанов диоксид, макрогол 3350, талк, черен железен оксид (E172).

Как изглежда Descovy и какво съдържа опаковката

Филмираните таблетки Descovy са сиви таблетки с правоъгълна форма, с вдлъбнато релефно означение “GSI” от едната страна и цифрата “210” от другата страна на таблетката.

Descovy се доставя в бутилки с 30 таблетки (със сушител силикагел, който трябва да остане в бутилката, за да предпазва таблетките). Сушителят силикагел е поставен в отделно саше или контейнер и не трябва да се поглъща.

Предлагат се следните опаковки: картонена опаковка, съдържаща 1 бутилка с 30 филмирани таблетки и картонена опаковка, съдържаща 90 (3 бутилки с по 30) филмирани таблетки. Не всички видове опаковки могат да бъдат пуснати в продажба.

Притежател на разрешението за употреба:

Gilead Sciences Ireland UC
Carrigtohill
County Cork, T45 DP77
Ирландия

Производител:

Gilead Sciences Ireland UC
IDA Business & Technology Park
Carrigtohill
County Cork
Ирландия

За допълнителна информация относно това лекарство, моля, свържете се с локалния представител на притежателя на разрешението за употреба:

België/Belgique/Belgien

Gilead Sciences Belgium SPRL-BVBA
Tél/Tel: + 32 (0) 24 01 35 50

Lietuva

Gilead Sciences Poland Sp. z o.o.
Tel: +48 22 262 8702

България

Gilead Sciences Ireland UC
Тел.: + 353 (0) 1 686 1888

Luxembourg/Luxemburg

Gilead Sciences Belgium SPRL-BVBA
Tél/Tel: + 32 (0) 24 01 35 50

Česká republika

Gilead Sciences s.r.o.
Tel: + 420 910 871 986

Magyarország

Gilead Sciences Ireland UC
Tel: + 353 (0) 1 686 1888

Danmark

Gilead Sciences Sweden AB
Tlf: + 46 (0) 8 5057 1849

Malta

Gilead Sciences Ireland UC
Tel: + 353 (0) 1 686 1888

Deutschland

Gilead Sciences GmbH
Tel: + 49 (0) 89 899890-0

Nederland

Gilead Sciences Netherlands B.V.
Tel: + 31 (0) 20 718 36 98

Eesti

Gilead Sciences Poland Sp. z o.o.
Tel: +48 22 262 8702

Ελλάδα

Gilead Sciences Ελλάς Μ.ΕΠΕ.
Τηλ: + 30 210 8930 100

España

Gilead Sciences, S.L.
Tel: + 34 91 378 98 30

France

Gilead Sciences
Tél: + 33 (0) 1 46 09 41 00

Hrvatska

Gilead Sciences Ireland UC
Tel: + 353 (0) 1 686 1888

Ireland

Gilead Sciences Ireland UC
Tel: + 353 (0) 214 825 999

Ísland

Gilead Sciences Sweden AB
Sími: + 46 (0) 8 5057 1849

Italia

Gilead Sciences S.r.l.
Tel: + 39 02 439201

Κύπρος

Gilead Sciences Ελλάς Μ.ΕΠΕ.
Τηλ: + 30 210 8930 100

Latvija

Gilead Sciences Poland Sp. z o.o.
Tel: +48 22 262 8702

Norge

Gilead Sciences Sweden AB
Tlf: + 46 (0) 8 5057 1849

Österreich

Gilead Sciences GesmbH
Tel: + 43 1 260 830

Polska

Gilead Sciences Poland Sp. z o.o.
Tel: +48 22 262 8702

Portugal

Gilead Sciences, Lda.
Tel: + 351 21 7928790

România

Gilead Sciences Ireland UC
Tel: + 353 (0) 1 686 1888

Slovenija

Gilead Sciences Ireland UC
Tel: + 353 (0) 1 686 1888

Slovenská republika

Gilead Sciences Slovakia s.r.o.
Tel: + 421 232 121 210

Suomi/Finland

Gilead Sciences Sweden AB
Puh/Tel: + 46 (0) 8 5057 1849

Sverige

Gilead Sciences Sweden AB
Tel: + 46 (0) 8 5057 1849

United Kingdom

Gilead Sciences Ltd.
Tel: + 44 (0) 8000 113 700

Дата на последно преразглеждане на листовката <{ММ /ГГГГ}> <{месец ГГГГ}>.

Подробна информация за това лекарство е предоставена на уебсайта на Европейската агенция по лекарствата <http://www.ema.europa.eu>.

Листовка: информация за пациента

Descovy 200 mg/25 mg филмирани таблетки емтрицитабин/тенофовир алафенамид (emtricitabine/tenofovir alafenamide)

▼ Този лекарствен продукт подлежи на допълнително наблюдение. Това ще позволи бързото установяване на нова информация относно безопасността. Можете да дадете своя принос като съобщите всяка нежелана реакция, която сте получили. За начина на съобщаване на нежелани реакции вижте края на точка 4.

Прочетете внимателно цялата листовка, преди да започнете да приемате това лекарство, тъй като тя съдържа важна за Вас информация.

- Запазете тази листовка. Може да се наложи да я прочетете отново.
- Ако имате някакви допълнителни въпроси, попитайте Вашия лекар или фармацевт.
- Това лекарство е предписано лично на Вас. Не го преотстъпвайте на други хора. То може да им навреди, независимо че признаците на тяхното заболяване са същите като Вашите.
- Ако получите някакви нежелани реакции, уведомете Вашия лекар или фармацевт. Това включва и всички възможни нежелани реакции, неописани в тази листовка. Вижте точка 4.

Какво съдържа тази листовка

1. Какво представлява Descovy и за какво се използва
2. Какво трябва да знаете, преди да приемете Descovy
3. Как да приемате Descovy
4. Възможни нежелани реакции
5. Как да съхранявате Descovy
6. Съдържание на опаковката и допълнителна информация

1. Какво представлява Descovy и за какво се използва

Descovy съдържа две активни съставки:

- **емтрицитабин**, антиретровирусно лекарство от тип, познат като нуклеозиден инхибитор на обратната транскриптаза (НИОТ)
- **тенофовир алафенамид**, антиретровирусно лекарство от тип, познат като нуклеотиден инхибитор на обратната транскриптаза (НТИОТ)

Descovy блокира действието на ензима обратна транскриптаза, който е от основно значение за размножаването на вируса. По тази причина Descovy намалява количеството на ХИВ в тялото Ви.

Descovy, в комбинация с други лекарства, е за **лечение на инфекция с човешки имунодефицитен вирус тип 1 (Human Immunodeficiency Virus, ХИВ-1)** при възрастни и юноши на и над 12 години, които тежат най-малко 35 kg.

2. Какво трябва да знаете, преди да приемете Descovy

Не приемайте Descovy:

- Ако сте алергични към **емтрицитабин, тенофовир алафенамид** или към някоя от останалите съставки на това лекарство (изброени в точка 6 на тази листовка).

Предупреждения и предпазни мерки

Докато приемате Descovy, трябва да останете под грижите на Вашия лекар.

Когато приемате това лекарство, **Вие все още може да предадете ХИВ**, въпреки че рискът се понижава от ефективна антиретровирусна терапия. Обсъдете с Вашия лекар необходимите предпазни мерки, за да избегнете заразяване на други хора. Това лекарство не води до излекуване на ХИВ инфекцията. Докато приемате Descovy, при Вас все още може да се развият инфекции или други болести, свързани с инфекцията с ХИВ.

Говорете с Вашия лекар, преди да приемете Descovy:

- **Ако имате проблеми с черния дроб или в миналото сте имали чернодробно заболяване, включително хепатит.** Рискът от тежки и потенциално смъртоносни чернодробни усложнения е повишен при пациенти с чернодробно заболяване, включително хроничен хепатит В или С, лекувани с антиретровирусни лекарства. Ако имате инфекция с хепатит В, Вашият лекар внимателно ще прецени коя е най-добрата терапевтична схема за Вас.

Ако имате хепатит В, чернодробните проблеми може да се влошат, след като спрете да приемате Descovy. Не спирайте приема на Descovy, без да сте се посъветвали с Вашия лекар: Вижте точка 3, Не спирайте приема на Descovy.

- Възможно е Вашият лекар да не Ви предпише Descovy, ако вирусът Ви има K65R мутация.

Докато приемате Descovy

Щом започнете да приемате Descovy, следете за:

- **Признаци на възпаление или инфекция**
- **Болка и скованост в ставите или проблеми с костите**

→ **Ако забележите някой от тези симптоми, незабавно уведомете Вашия лекар.** За повече информация вижте точка 4, *Възможни нежелани реакции.*

Има вероятност да имате бъбречни проблеми, ако приемате Descovy продължително време, въпреки, че не са наблюдавани такива при употреба на Descovy.

Деца и юноши

Не давайте това лекарство на деца на възраст 11 години или по-малко, или с тегло под 35 kg. Употребата на Descovy при деца на възраст 11 години или по-малко все още не е проучена.

Други лекарства и Descovy

Информирайте Вашия лекар или фармацевт, ако приемате, наскоро сте приемали или е възможно да приемете други лекарства. Descovy може да взаимодейства с други лекарства. В резултат на това количеството на Descovy или на другите лекарства в кръвта Ви може да бъде променено. Това може да спре нормалното действие на лекарствата Ви или може да влоши нежеланите лекарствени реакции. В някои случаи може да се наложи Вашият лекар да промени дозата или да изследва кръвта Ви.

Лекарства, използвани за лечение на инфекция с хепатит В:

Не трябва да приемате Descovy с лекарства, съдържащи:

- **тенофовир алафенамид**
- **тенофовир дизопростил**
- **ламивудин**
- **адефовир дипивоксил**

→ **Информирайте Вашия лекар, ако приемате някое от тези лекарства.**

Други видове лекарства:

Говорете с Вашия лекар, ако приемате:

- **антибиотици**, използвани за лечение на бактериални инфекции, включително туберкулоза, съдържащи:
 - рифабутин, рифампицин и рифапентин
- **антивирусни лекарства, използвани за лечение на хепатит С:**
 - боцепревир
- **антивирусни лекарства, използвани за лечение на хепатит ХИВ:**
 - емтрицитабин и телапревир
- **антиконвулсанти**, използвани за лечение на епилепсия, като:
 - карбамазепин, окскарбазепин, фенобарбитал и фенитоин
- **билкови лекарства**, използвани за лечение на депресия и тревожност, съдържащи:
 - жълт кантарион (*Hypericum perforatum*)

→ **Информирайте Вашия лекар, ако приемате тези или други лекарства.** Не спирайте лечението, без да сте се свързали с Вашия лекар.

Бременност и кърмене

- Ако сте бременна или кърмите, смятате, че може да сте бременна или планирате бременност, посъветвайте се с Вашия лекар преди употребата на това лекарство.
- **Използвайте ефективна контрацепция**, докато приемате Descovy.

Ако сте бременна, посъветвайте се с Вашия лекар или фармацевт преди употребата на което и да е лекарство.

Ако по време на бременността сте приемали Descovy, Вашият лекар може да назначи редовни кръвни изследвания, както и други диагностични изследвания, за да следи развитието на детето Ви. При деца, чиито майки са приемали НИОТ по време на бременността, ползата от защитата срещу ХИВ е по-голяма от риска от нежелани реакции.

Недейте да кърмите по време на лечение с Descovy. Това се налага, защото едно от активните вещества на това лекарство се отделя в кърмата. Не е препоръчително да кърмите, за да се избегне предаването на вируса на кърмачето чрез кърмата.

Шофиране и работа с машини

Descovy може да причини замаяност. Ако почувствате замаяност, когато приемате Descovy, не шофирайте и не използвайте никакви инструменти или машини.

3. Как да приемате Descovy

Винаги приемайте това лекарство точно както Ви е казал Вашият лекар. Ако не сте сигурни в нещо, попитайте Вашия лекар или фармацевт.

Препоръчителната доза е:

Възрастни: една таблетка всеки ден, със или без храна

Юноши на възраст на и над 12 години с тегло най-малко 35 kg: една таблетка всеки ден, със или без храна

Не дъвчете, не разтрошавайте или не разделяйте таблетката.

Винаги приемайте препоръчаната от Вашия лекар доза. Така се гарантира пълната ефективност на лекарството и се намалява рискът от развитието на резистентност към лечението. Не променяйте дозата, освен ако не Ви е препоръчано от Вашия лекар.

Ако сте приели повече от необходимата доза Descovy

Ако сте приели по-голяма от препоръчителната доза Descovy, съществува по-висок риск от развитие на възможни нежелани реакции към това лекарство (вижте точка 4, *Възможни нежелани реакции*).

Свържете се незабавно с Вашия лекар или с най-близкия център за спешна помощ, за съвет. Вземете с Вас бутилката с таблетките, за да покажете какво лекарство сте приели.

Ако сте пропуснали да приемете Descovy

Важно е да не пропускате доза от Descovy.

Ако сте пропуснали една доза:

- **Ако го забележите в рамките на 18 часа** от обичайното време за приемане на Descovy, трябва да вземете таблетката възможно най-скоро. След това приемете следващата доза както обичайно.
- **Ако го забележите след 18 часа или по-късно** от обичайното време за приемане на Descovy, не приемайте пропуснатата доза. Изчакайте и приемете следващата доза в обичайното време.

Ако повърнете след по-малко от 1 час след приема на Descovy, вземете друга таблетка.

Не спирайте приема на Descovy

Не спирайте приема на Descovy, без да сте се посъветвали с Вашия лекар. Спирането на приема на Descovy може сериозно да повлияе на успеха на бъдещо лечение. Ако по някаква причина приемът на Descovy е спрял, посъветвайте се с Вашия лекар, преди да започнете отново да приемате таблетки Descovy.

Когато запасът Ви от Descovy започне да намалява, вземете още от Вашия лекар или фармацевт. Това е много важно, тъй като количеството на вируса може да започне да се повишава, ако лекарството бъде спряно дори и за кратко време. След това заболяването може да се лекува по-трудно.

Ако имате инфекция както с ХИВ, така и с хепатит В, е много важно да не спирате приема на Descovy, преди първо да се посъветвате с Вашия лекар. Възможно е след спиране на лечението да се наложат кръвни изследвания в продължение на няколко месеца. При някои пациенти с напреднало чернодробно заболяване или цироза спирането може да доведе до влошаване на хепатита, което може да е животозастрашаващо.

→ **Уведомете Вашия лекар незабавно,** ако след спиране на лечението забележите нови или необичайни симптоми, особено ако това са прояви, които бихте свързали с хепатит В инфекция.

Ако имате някакви допълнителни въпроси, свързани с употребата на това лекарство, попитайте Вашия лекар или фармацевт.

4. Възможни нежелани реакции

Както всички лекарства, това лекарство може да предизвика нежелани реакции, въпреки че не всеки ги получава.

Възможни сериозни нежелани реакции: съобщете веднага на лекар

- **Всякакви признаци на възпаление или инфекция.** При някои пациенти с напреднала ХИВ инфекция (СПИН) и които са имали опортюнистични инфекции в миналото (инфекции, които се развиват при хора със слаба имунна система) може да се появят признаци и симптоми на възпаление от предишни инфекции скоро след започване на антиретровирусното лечение. Смята се, че тези симптоми се дължат на подобрение на имунния отговор на тялото, което му позволява да се бори с инфекции, които може да са съществували без очевидни симптоми.
 - Могат да възникнат **автоимунни нарушения** (имунната система атакува здрави тъкани на тялото), след като започнете приема на лекарства за лечение на ХИВ инфекцията. Автоимунните нарушения могат да възникнат много месеци след началото на лечението. Следете за някакви симптоми на инфекция или други симптоми като:
 - мускулна слабост
 - слабост, започваща от ръцете и стъпалата и преминаваща нагоре към тялото
 - сърцебиене, треперене на ръцете или хиперактивност
- Ако забележите описаните по-горе нежелани реакции, уведомете незабавно Вашия лекар.

Много чести нежелани реакции

(могат да засегнат повече от 1 на всеки 10 човека)

- гадене

Чести нежелани реакции

(могат да засегнат до 1 на 10 човека)

- абнормни сънища
- главоболие
- замайване
- диария
- повръщане
- болки в стомаха
- отделяне на газове (*флатуленция*)
- обрив
- лесна уморяемост

Нечести нежелани реакции

(могат да засегнат до 1 на 100 човека)

- нисък брой червени кръвни клетки (*анемия*)
- храносмилателни проблеми с неприятно чувство след хранене (*диспепсия*)
- оток на лицето, устните, езика или гърлото (*ангиоедем*)
- сърбеж (*пруритус*)
- болки в ставите (*артралгия*)

→ Ако някоя от нежеланите лекарствени реакции стане сериозна, уведомете Вашия лекар.

Други ефекти, които може да се наблюдават по време на лечение на ХИВ

Честотата на следните нежелани реакции е неизвестна (от наличните данни не може да бъде направена оценка на честотата).

- **Проблеми с костите.** Някои пациенти, приемащи комбинирани антиретровирусни лекарства като Descovy, може да развият костно заболяване, наречено *остеонекроза* (костната тъкан умира поради прекъсване на притока на кръв към костта). Продължителният прием на този вид лекарства, приемът на кортикостероиди, пиенето на алкохол, много слабата имунна система и наднормено тегло може да са някои от многото рискови фактори за развитие на това заболяване. Признаци на остеонекроза са:
 - скованост в ставите
 - болки (особено в ханша, колената и раменете)
 - затруднени движения

→ Ако забележите някой от тези симптоми, уведомете Вашия лекар.

По време на лечение за ХИВ може да настъпи увеличаване на теглото и на нивата на липидите и глюкозата в кръвта. Това отчасти е свързано с възстановяването на здравето и начина на живот, а по отношение на липидите в кръвта понякога е свързано и със самите лекарства за ХИВ. Вашият лекар ще направи изследвания за тези промени.

Съобщаване на нежелани реакции

Ако получите някакви нежелани лекарствени реакции, уведомете Вашия лекар или фармацевт. Това включва всички възможни неописани в тази листовка нежелани реакции. Можете също да съобщите нежелани реакции директно чрез националната система за съобщаване, посочена в Приложение V.

Като съобщавате нежелани реакции, можете да дадете своя принос за получаване на повече информация относно безопасността на това лекарство.

5. Как да съхранявате Descovy

Да се съхранява на място, недостъпно за деца.

Не използвайте това лекарство след срока на годност, отбелязан върху картонената опаковка и бутилката след „Годен до:”. Срокът на годност отговаря на последния ден от посочения месец.

Да се съхранява в оригиналната опаковка, за да се предпази от влага. Съхранявайте бутилката плътно затворена.

Не изхвърляйте лекарствата в канализацията или в контейнера за домашни отпадъци. Попитайте Вашия фармацевт как да изхвърляте лекарствата, които вече не използвате. Тези мерки ще спомогнат за опазване на околната среда.

6. Съдържание на опаковката и допълнителна информация

Какво съдържа Descovy

Активните вещества са емтрицитабин и тенофовир алафенамид. Всяка филмирана таблетка Descovy съдържа 200 mg емтрицитабин и тенофовир алафенамид фумарат, съответстващи на 25 mg тенофовир алафенамид.

Другите съставки са

Ядро на таблетката:

Микрокристална целулоза, кроскармелоза натрий, магнезиев стеарат.

Филмово покритие:

Поливинилов алкохол, титанов диоксид, макрогол 3350, талк, индигокармин алуминиев лак (E132).

Как изглежда Descovy и какво съдържа опаковката

Филмираните таблетки Descovy са сини таблетки с правоъгълна форма, с вдлъбнато релефно означение “GSI” от едната страна и цифрата “225” от другата страна на таблетката.

Descovy се доставя в бутилки с 30 таблетки (със сушител силикагел, който трябва да остане в бутилката, за да предпазва таблетките). Сушителят силикагел е поставен в отделно саше или контейнер и не трябва да се поглъща.

Предлагат се следните опаковки: картонена опаковка, съдържаща 1 бутилка с 30 филмирани таблетки и картонена опаковка, съдържаща 90 (3 бутилки с по 30) филмирани таблетки. Не всички видове опаковки могат да бъдат пуснати в продажба.

Притежател на разрешението за употреба:

Gilead Sciences Ireland UC
Carrigtohill
County Cork, T45 DP77
Ирландия

Производител:

Gilead Sciences Ireland UC
IDA Business & Technology Park
Carrigtohill
County Cork
Ирландия

За допълнителна информация относно това лекарство, моля, свържете се с локалния представител на притежателя на разрешението за употреба:

België/Belgique/Belgien

Gilead Sciences Belgium SPRL-BVBA
Tél/Tel: + 32 (0) 24 01 35 50

Lietuva

Gilead Sciences Poland Sp. z o.o.
Tel: +48 22 262 8702

България

Gilead Sciences Ireland UC
Тел.: + 353 (0) 1 686 1888

Luxembourg/Luxemburg

Gilead Sciences Belgium SPRL-BVBA
Tél/Tel: + 32 (0) 24 01 35 50

Česká republika

Gilead Sciences s.r.o.
Tel: + 420 910 871 986

Magyarország

Gilead Sciences Ireland UC
Tel: + 353 (0) 1 686 1888

Danmark

Gilead Sciences Sweden AB
Tlf: + 46 (0) 8 5057 1849

Malta

Gilead Sciences Ireland UC
Tel: + 353 (0) 1 686 1888

Deutschland

Gilead Sciences GmbH
Tel: + 49 (0) 89 899890-0

Eesti

Gilead Sciences Poland Sp. z o.o.
Tel: +48 22 262 8702

Ελλάδα

Gilead Sciences Ελλάς Μ.ΕΠΕ.
Τηλ: + 30 210 8930 100

España

Gilead Sciences, S.L.
Tel: + 34 91 378 98 30

France

Gilead Sciences
Tél: + 33 (0) 1 46 09 41 00

Hrvatska

Gilead Sciences Ireland UC
Tel: + 353 (0) 1 686 1888

Ireland

Gilead Sciences Ireland UC
Tel: + 353 (0) 214 825 999

Ísland

Gilead Sciences Sweden AB
Sími: + 46 (0) 8 5057 1849

Italia

Gilead Sciences S.r.l.
Tel: + 39 02 439201

Κύπρος

Gilead Sciences Ελλάς Μ.ΕΠΕ.
Τηλ: + 30 210 8930 100

Latvija

Gilead Sciences Poland Sp. z o.o.
Tel: +48 22 262 8702

Nederland

Gilead Sciences Netherlands B.V.
Tel: + 31 (0) 20 718 36 98

Norge

Gilead Sciences Sweden AB
Tlf: + 46 (0) 8 5057 1849

Österreich

Gilead Sciences GesmbH
Tel: + 43 1 260 830

Polska

Gilead Sciences Poland Sp. z o.o.
Tel: +48 22 262 8702

Portugal

Gilead Sciences, Lda.
Tel: + 351 21 7928790

România

Gilead Sciences Ireland UC
Tel: + 353 (0) 1 686 1888

Slovenija

Gilead Sciences Ireland UC
Tel: + 353 (0) 1 686 1888

Slovenská republika

Gilead Sciences Slovakia s.r.o.
Tel: + 421 232 121 210

Suomi/Finland

Gilead Sciences Sweden AB
Puh/Tel: + 46 (0) 8 5057 1849

Sverige

Gilead Sciences Sweden AB
Tel: + 46 (0) 8 5057 1849

United Kingdom

Gilead Sciences Ltd.
Tel: + 44 (0) 8000 113 700

Дата на последно преразглеждане на листовката <{ММ /ГГГГ}> <{месец ГГГГ}>.

Подробна информация за това лекарство е предоставена на уебсайта на Европейската агенция по лекарствата <http://www.ema.europa.eu>.