

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

Ruxience 100 mg концентрат за инфузионен разтвор
Ruxience 500 mg концентрат за инфузионен разтвор

2. КАЧЕСТВЕН И КОЛИЧЕСТВЕН СЪСТАВ

Ruxience 100 mg концентрат за инфузионен разтвор
Всеки ml съдържа 10 mg ритуксимаб (rituximab).
Всеки флакон от 10 ml съдържа 100 mg ритуксимаб (rituximab).

Ruxience 500 mg концентрат за инфузионен разтвор
Всеки ml съдържа 10 mg ритуксимаб (rituximab).
Всеки флакон от 50 ml съдържа 500 mg ритуксимаб (rituximab).

Ритуксимаб е продукт на генното инженерство, химерно мише/човешко моноклонално антитяло, представляващо гликозилиран имуноглобулин с човешки IgG1 константни участъци и миши последователности в леките и тежките вериги на вариабилните участъци. Антитялото се получава от клетъчна суспензионна култура от бозайници (яйчник от китайски хамстер) и е пречистено с афинитетна и йонообменна хроматография, включително процедури за специфично вирусно инактивиране и отстраняване.

Помощно вещество с известно действие

Този лекарствен продукт съдържа по-малко от 1 mmol натрий (23 mg) на доза.

За пълния списък на помощните вещества вижте точка 6.1.

3. ЛЕКАРСТВЕНА ФОРМА

Концентрат за инфузионен разтвор (стерилен концентрат)

Бистра до леко опалесцентна, безцветна до бледо кафеникавожълта течност.

4. КЛИНИЧНИ ДАННИ

4.1 Терапевтични показания

Ruxience е показан при възрастни за следните показания:

Неходжкинов лимфом (НХЛ)

Ruxience е показан за лечение на нелекувани преди това възрастни пациенти с фоликуларен лимфом в III-IV стадий в комбинация с химиотерапия.

Поддържащата терапия с Ruxience е показана за лечение на фоликуларен лимфом при възрастни пациенти, повлияващи се от индукционна терапия.

Ruxience като монотерапия е показан за лечение на възрастни пациенти с фоликуларен лимфом в III-IV стадий, които са резистентни на химиотерапия или са с втори или следващ рецидив след химиотерапия.

Ruxience е показан за лечение на възрастни пациенти със CD20-позитивен дифузен В-едроклетъчен неходжкинов лимфом в комбинация с СНОР (циклофосфамид, доксорубицин, винкристин, преднизолон) химиотерапия.

Ruxience, в комбинация с химиотерапия, е показан за лечение на педиатрични пациенти (на възраст ≥ 6 месеца до < 18 години) с CD20 позитивен, нелекуван преди това в напреднал стадий дифузен В-едроклетъчен лимфом (DLBCL), лимфом на Burkitt (BL)/левкемия на Burkitt (зряла В-клетъчна остра левкемия) (BAL) или Burkitt-подобен лимфом (BLL).

Хронична лимфоцитна левкемия (ХЛЛ)

Ruxience, в комбинация с химиотерапия, е показан за лечение на пациенти с нелекувана преди това и рецидивираща/рефрактерна ХЛЛ. Има само ограничени данни за ефикасността и безопасността при пациенти, лекувани преди това с моноклонални антитела, включително ритуксимаб, или пациенти, рефрактерни към предшестващо лечение с ритуксимаб плюс химиотерапия.

За допълнителна информация вижте точка 5.1.

Ревматоиден артрит

Ruxience, в комбинация с метотрексат, е показан за лечение на възрастни пациенти с тежък активен ревматоиден артрит, които не се повлияват достатъчно или имат непоносимост към други болест-модифициращи антиревматични лекарства (БМАРЛ), включително една или повече терапии с инхибитор на тумор-некротизиращия фактор (TNF).

Доказано е, че Ruxience намалява честотата на прогресия на ставното увреждане, измерено чрез рентгенография, и подобрява физическата функция, когато се прилага в комбинация с метотрексат.

Грануломатоза с полиангиит и микроскопски полиангиит

Ruxience в комбинация с глюкокортикоиди е показан за лечение на възрастни пациенти с тежка, активна грануломатоза с полиангиит (грануломатоза на Wegener) (ГПА) и микроскопски полиангиит (МПА).

Ruxience, в комбинация с глюкокортикоиди, е показан за въвеждане в ремисия на педиатрични пациенти (на възраст ≥ 2 до < 18 години) с тежка активна ГПА (грануломатоза на Wegener) и МПА.

Пемфигус вулгарис

Ruxience е показан за лечение на пациенти с умерен до тежък пемфигус вулгарис (ПВ).

4.2 Дозировка и начин на приложение

Ruxience трябва да се прилага под внимателното наблюдение на опитен медицински специалист и при наличие на условия за незабавно извършване на пълна ресусцитация (вж. точка 4.4).

Премедикация и профилактични лекарства

Преди всяко приложение на Ruxience трябва винаги да се прилага премедикация, състояща се от антипиретик и антихистамин, напр. парацетамол и дифенхидрамин.

При възрастни пациенти с неходжкинов лимфом и хронична лимфоцитна левкемия трябва да се обмисли премедикация с глюкокортикоиди, ако Ruxience не се прилага в комбинация с химиотерапия, съдържаща глюкокортикоиди.

При педиатрични пациенти с неходжкинов лимфом трябва да се прилага премедикация с парацетамол и H1 антихистамин (= дифенхидрамин или еквивалент) 30 до 60 минути преди началото на инфузията с Ruxience. Освен това трябва да се прилага преднизон, както е показано в Таблица 1.

При пациенти с ХЛЛ се препоръчва профилактика с достатъчна хидратация и приложение на урикостатици 48 часа преди началото на терапията, за да се намали рискът от синдром на туморен разпад. При пациенти с ХЛЛ, при които броят на лимфоцитите е $> 25 \times 10^9/l$, се препоръчва приложение на преднизон/преднизолон 100 mg интравенозно малко преди инфузията с Ruxience, за да се намали честотата и тежестта на острите реакции, свързани с инфузията, и/или синдрома на освобождаване на цитокини.

При пациенти с ревматоиден артрит, ГПА или МПА или пемфигус вулгарис, премедикацията с 100 mg метилпреднизолон интравенозно трябва да приключи 30 минути преди всяка инфузия с Ruxience, за да се намали честотата и тежестта на реакциите, свързани с инфузията (infusion-related reactions, IRR).

При възрастни пациенти с ГПА или МПА се препоръчва приложение на метилпреднизолон интравенозно в продължение на 1 до 3 дни в доза 1 000 mg дневно преди първата инфузия Ruxience (последната доза метилпреднизолон може да се приложи в деня на първата инфузия Ruxience). Това трябва да се последва от перорално приложение на преднизон 1 mg/kg дневно (не повече от 80 mg дневно, като се намали възможно най-бързо въз основа на клиничните нужди) по време на и след 4-седмичния индукционен курс на лечение с Ruxience.

Препоръчва се профилактика на пневмония, причинена от *Pneumocystis jirovecii* (PJP) при възрастни пациенти с ГПА/МПА или ПВ по време на и след лечение с Ruxience, както е подходящо в съответствие с местните клинични ръководства.

Педиатрична популация

При педиатрични пациенти с ГПА или МПА преди първата i.v. инфузия Ruxience трябва да се приложи метилпреднизолон i.v. в три дневни дози от 30 mg/kg/ден (да не се надхвърля 1 g/ден) за лечение на тежки симптоми на васкулит. Преди първата инфузия Ruxience може да се приложат до три допълнителни дневни дози от 30 mg/kg i.v. метилпреднизолон.

След завършване на i.v. приложение на метилпреднизолон, пациентите трябва да получат перорално преднизон 1 mg/kg/ден (да не се надхвърлят 60 mg/ден), като дозата се намалява постепенно възможно най-бързо според клиничните нужди (вж. точка 5.1).

Препоръчва се профилактика на пневмония, причинена от *Pneumocystis jirovecii* (PJP), при педиатрични пациенти с ГПА или МПА по време на и след лечение с Ruxience, както е подходящо.

Дозировка

Важно е да се проверят етикетите на лекарствения продукт, за да се гарантира, че на пациента се прилага съответната лекарствена форма, която е предписана.

Неходжкинов лимфом

Фоликуларен неходжкинов лимфом

Комбинирана терапия

Препоръчителната доза Ruxience в комбинация с химиотерапия за индукционно лечение на нелекувани преди това пациенти или пациенти с рецидив/рефрактерни пациенти с фоликуларен лимфом е: 375 mg/m² телесна повърхност за цикъл, до 8 цикъла.

Ruxience трябва да се приложи на ден 1 от всеки цикъл на химиотерапия след интравенозно приложение на глюкокортикоидния компонент на химиотерапията, ако е приложимо.

Поддържаща терапия

- Нелекуван фоликуларен лимфом

Препоръчителната доза Ruxience като поддържащо лечение при пациенти с нелекуван фоликуларен лимфом, които се повлияват от индукционно лечение, е: 375 mg/m² телесна повърхност веднъж през 2 месеца (като се започне 2 месеца след последната доза на индукционната терапия) до прогресия на заболяването или за максимален период от две години (общо 12 инфузии).

- Рецидивираш/рефрактерен фоликуларен лимфом

Препоръчителната доза Ruxience, използван за поддържащо лечение при пациенти с рецидив/рефрактерни пациенти с фоликуларен лимфом, които се повлияват от индукционно лечение, е: 375 mg/m² телесна повърхност веднъж през 3 месеца (като се започне 3 месеца след последната доза на индукционната терапия) до прогресия на заболяването или за максимален период от две години (общо 8 инфузии).

Монотерапия

- Рецидивираш/рефрактерен фоликуларен лимфом

Препоръчителната доза Ruxience монотерапия, използван като индукционно лечение при възрастни пациенти с фоликуларен лимфом III-IV стадий, които са резистентни на химиотерапия или получават втори или последващ рецидив след химиотерапия, е: 375 mg/m² телесна повърхност, приложен като интравенозна инфузия веднъж седмично в продължение на четири седмици.

При повторно лечение с Ruxience монотерапия на пациенти, които се повлияват от предшестващото лечение с ритуксимаб монотерапия за рецидивираш/рефрактерен фоликуларен лимфом, препоръчителната доза е: 375 mg/m² телесна повърхност, приложен като интравенозна инфузия веднъж седмично в продължение на четири седмици (вж точка 5.1).

Дифузен В-едроклетъчен неходжкинов лимфом при възрастни

Ruxience трябва да се прилага в комбинация с СНОР химиотерапия. Препоръчителната доза е 375 mg/m² телесна повърхност, прилагана на ден 1-ви от всеки химиотерапевтичен цикъл в продължение на 8 цикъла след интравенозна инфузия на глюкокортикоидната съставка на СНОР. Безопасността и ефикасността на ритуксимаб при комбинирано приложение с други химиотерапевтични схеми при дифузен В-едроклетъчен неходжкинов лимфом не са установени.

Коригиране на дозата по време на лечението

Не се препоръчва намаляване на дозата на Ruxience. Когато Ruxience се прилага в комбинация с химиотерапия, трябва да се прилагат стандартните намаления на дозата за химиотерапевтичните лекарствени продукти.

Хронична лимфоцитна левкемия

Препоръчителната доза Ruxience в комбинация с химиотерапия при нелекувани преди това пациенти и при пациенти с рецидив/рефрактерни пациенти е 375 mg/m² телесна повърхност, приложен на ден 0 от първия цикъл на лечение, последвани от 500 mg/m² телесна повърхност, приложен на ден 1 от всеки следващ цикъл в продължение на общо 6 цикъла. Химиотерапията трябва да се приложи след инфузията на Ruxience.

Ревматоиден артрит

На пациентите, лекувани с Ruxience, трябва да се даде сигнална карта на пациента при всяка инфузия.

Един курс с Ruxience се състои от две интравенозни инфузии по 1 000 mg. Препоръчителната доза Ruxience е 1 000 mg за интравенозна инфузия, последвана от втора интравенозна инфузия на 1 000 mg след две седмици.

Необходимостта от допълнителни курсове трябва да се оценява 24 седмици след предшестващия курс. Повторното лечение трябва да се приложи, ако има остатъчна активност на болестта. В противен случай повторното лечение трябва да се забави до възвръщане на активността на заболяването.

Наличните данни показват, че клиничният отговор обикновено се постига в рамките на 16-24 седмици от първоначалния курс на лечение. Продължаването на терапията трябва внимателно да се обмисли отново при пациенти, които не показват данни за терапевтична полза през този период от време.

Грануломатоза с полиангиит (ГПА) и микроскопски полиангиит (МПА)

На пациентите, лекувани с Ruxience, трябва да се дава сигнална карта на пациента при всяка инфузия.

Индукция на ремисия при възрастни

Препоръчителната доза на Ruxience при терапия за индукция на ремисия на възрастни пациенти с ГПА и МПА е 375 mg/m² телесна повърхност, приложен като интравенозна инфузия веднъж седмично в продължение на 4 седмици (общо четири инфузии).

Поддържащо лечение при възрастни

След индукция на ремисия с Ruxience, поддържащо лечение на възрастни пациенти с ГПА и МПА трябва да се започне не по-рано от 16 седмици след последната инфузия Ruxience.

След индукция на ремисия с друго стандартно лечение с имunosупресори, поддържащото лечение с Ruxience трябва да се започне по време на 4-седмичния период след ремисията на заболяването.

Ruxience трябва да се приложи като две интравенозни инфузии от 500 mg през две седмици, последвани от една интравенозна инфузия от 500 mg на всеки 6 месеца след това. На пациентите трябва да се приложи Ruxience в продължение на най-малко 24 месеца след постигане на ремисия (липса на клинични признаци и симптоми). При пациентите, които може да са с по-висок риск от рецидив, лекарите трябва да обмислят по-голяма продължителност на поддържащата терапия с Ruxience, до 5 години.

Пемфигус вулгарис

На пациентите, лекувани с Ruxience, трябва да се дава сигнална карта на пациента при всяка инфузия.

Препоръчителната доза Ruxience за лечение на пемфигус вулгарис е 1 000 mg, приложена като интравенозна инфузия, последвана от втора интравенозна инфузия на 1 000 mg две седмици по-късно, в комбинация с курс на глюкокортикоиди в постепенно намаляваща доза.

Поддържащо лечение

Поддържаща инфузия с 500 mg интравенозно трябва да се приложи на 12-ия и 18-ия месец и след това на всеки 6 месеца, ако е необходимо, въз основа на клиничната оценка.

Лечение на рецидив

В случай на рецидив, пациентите може да получат 1 000 mg интравенозно. Лекарят трябва също да обмисли възобновяване или повишаване на дозата на глюкокортикоидите при пациента въз основа на клинична оценка.

Следващи инфузии могат да се прилагат не по-рано от 16 седмици след предшестващата инфузия.

Специални популации

Педиатрична популация

Неходжкинов лимфом

При педиатрични пациенти на възраст от ≥ 6 месеца до < 18 години с нелекуван преди това CD20 позитивен DLBCL/BL/BAL/BLL в напреднал стадий, Ruxience трябва да се прилага в комбинация със системна Lymphome Malin B (LMB) химиотерапия (вж. Таблици 1 и 2).

Препоръчителната доза Ruxience е 375 mg/m^2 телесна повърхност, приложен като i.v. инфузия. Не е необходимо коригиране на дозата Ruxience, освен според телесната повърхност.

Безопасността и ефикасността на Ruxience при педиатрични пациенти на възраст от ≥ 6 месеца до < 18 години не е установена за показания, различни от нелекуван преди това CD20 позитивен DLBCL/BL/BAL/BLL в напреднал стадий. За пациенти под 3 години са налични само ограничени данни. Вижте точка 5.1 за повече информация.

Ruxience не трябва да се използва при педиатрични пациенти на възраст от раждането до < 6 месеца с CD20 позитивен дифузен В-едроклетъчен лимфом (вж. точка 5.1)

Таблица 1 Дозировка на Ruxience при педиатрични пациенти с неходжкинов лимфом

Цикъл	Ден на лечение	Допълнителна информация относно приложението
Предфаза (COP)	Ruxience не се прилага	-
Индукционен курс 1 (COPDAM1)	Ден -2 (съответстващ на ден 6 от предфазата) 1-ва инфузия Ruxience	По време на 1-ия индукционен курс преднизон се дава като част от курса на химиотерапия и трябва да се прилага преди Ruxience.
	Ден 1 2-ра инфузия Ruxience	Ruxience ще се приложи 48 часа след първата инфузия Ruxience
Индукционен курс 2 (COPDAM2)	Ден -2 3-та инфузия Ruxience	Във 2-ия индукционен курс преднизон не се дава по време на приложение на Ruxience.
	Ден 1 4-та инфузия Ruxience	Ruxience ще се приложи 48 часа след третата инфузия Ruxience.
Консолидационен курс 1 (CYM/CYVE)	Ден 1 5-та инфузия Ruxience	Преднизон не се дава по време на приложение на Ruxience.
Консолидационен курс 2 (CYM/CYVE)	Ден 1 6-та инфузия Ruxience	Преднизон не се дава по време на приложение на Ruxience.
Поддържащ курс 1 (M1)	Ден 25 до 28 от консолидационен курс 2 (CYVE) Ruxience не се прилага	Започва, когато броят на клетките в периферната кръв се е възстановил от консолидационен курс 2 (CYVE) до АБН > 1,0 x 10 ⁹ /l и тромбоцити > 100 x 10 ⁹ /l
Поддържащ курс 2 (M2)	Ден 28 от поддържащ курс 1 (M1) Ruxience не се прилага	-
АБН = абсолютен брой неутрофили; COP = циклофосфамид, винкристин, преднизон; COPDAM = циклофосфамид, винкристин, преднизолон, доксорубин, метотрексат; CYM = цитарабин (арацитин, Ага-С), метотрексат; CYVE = цитарабин (арацитин, Ага-С), вепозид (VP16)		

Таблица 2 План за лечение на педиатрични пациенти с неходжкинов лимфом: съпътстваща химиотерапия с Ruxience

План за лечение	Стадий на болестта на пациента	Допълнителна информация относно приложението
Група В	Стадий III с високо ниво на LDH (> N x 2), Стадий IV отрицателен за ЦНС	Предфаза, последвана от 4 курса: 2 индукционни курса (COPDAM) с HDMTX 3g/m ² и 2 консолидационни курса (CYM)
Група С	Група С1: BAL ЦНС отрицателна, Стадий IV и BAL ЦНС положителна и ЦСТ отрицателна	Предфаза, последвана от 6 курса: 2 индукционни курса (COPDAM) с HDMTX 8g/m ² , 2 консолидационни курса (CYVE) и 2 поддържащи курса (M1 и M2)
	Група С3: BAL ЦСТ положителна, Стадий IV ЦСТ положителна	
Последователните курсове трябва да се прилагат веднага след възстановяване на кръвната картина и когато състоянието на пациента позволява, с изключение на поддържащите курсове, които се прилагат на интервали от 28 дни		
BAL = левкемия на Burkitt (зряла В-клетъчна остра левкемия); ЦСТ = цереброспинална течност; ЦНС = централна нервна система; HDMTX = висока доза метотрексат; LDH = лактат дехидрогеназа		

Грануломатоза с полиангиит (ГПА) и микроскопски полиангиит (МПА)

Въвеждане в ремисия

Препоръчителната доза Ruxience при терапия за въвеждане в ремисия на педиатрични пациенти с тежка активна ГПА или МПА е 375 mg/m² телесна повърхност, приложена като i.v. инфузия веднъж седмично в продължение на 4 седмици.

Безопасността и ефикасността на Ruxience при педиатрични пациенти (на възраст ≥ 2 до < 18 години) не е установена за други показания освен тежка активна ГПА или МПА.

Ruxience не трябва да се използва при педиатрични пациенти под 2-годишна възраст с тежка активна ГПА или МПА, тъй като съществува вероятност от недостатъчен имунен отговор към ваксинации срещу характерните за детската възраст болести, предотвратими с ваксини (напр. морбили, паротит, рубеола и полиомиелит) (вж. точка 5.1).

Старческа възраст

Не се изисква коригиране на дозата при пациенти в старческа възраст (възраст > 65 години).

Начин на приложение

Приготвеният разтвор на Ruxience трябва да се приложи под формата на интравенозна инфузия през отделна система за интравенозно вливане. Той не трябва да се прилага като интравенозна инжекция или болус.

Пациентите трябва да се проследяват внимателно за поява на синдром на освобождаване на цитокини (вж. точка 4.4). При пациенти, при които се появят данни за тежки реакции, особено тежка диспнея, бронхоспазъм или хипоксия, инфузията трябва незабавно да се преустанови. След това пациентите с неходжкинов лимфом трябва да се изследват за данни за синдром на туморен разпад, включително със съответни лабораторни изследвания, както и за белодробен инфилтрат с рентгенография на гръдния кош. При всички пациенти инфузията не трябва да се възобновява до пълното отзвучаване на всички симптоми и нормализиране на лабораторните резултати и находките при рентгенографията на гръдния кош. Едва тогава инфузията може да бъде подновена, първоначално със скорост не по-висока от половината на предходещата

инфузия. Ако същите тежки нежелани реакции се появят за втори път, трябва внимателно да се обмисли прекратяване на лечението при всеки случай поотделно.

Леките или умерено изразени реакции, свързани с инфузията (IRR) (вж. точка 4.8), обикновено се преодоляват при намаляване скоростта на инфузията. Скоростта на инфузията може да се увеличи при подобрене на симптомите.

Първа инфузия

Препоръчителната начална скорост на инфузията е 50 mg/час; след първите 30 минути тя може да се повиши с 50 mg на час на всеки 30 минути, максимално до 400 mg на час.

Следващи инфузии

Всички показания

Следващите дози на Ruxience могат да бъдат вливани с начална скорост 100 mg на час и увеличавани със 100 mg на час през интервали от 30 минути, максимално до 400 mg на час.

Педиатрични пациенти – неходжкинов лимфом

Първа инфузия

Препоръчителната начална скорост на инфузия е 0,5 mg/kg/час (максимално 50 mg/час); тя може да се увеличава с 0,5 mg/kg/час през 30 минути, ако не възникне свръхчувствителност или реакции, свързани с инфузията, до максимално 400 mg/час.

Последващи инфузии

Последващите дози Ruxience може да се вливат с начална скорост от 1 mg/kg/час (максимално 50 mg/час); тя може да се увеличава с 1 mg/kg/час през 30 минути до максимално 400 mg/час.

Само ревматоиден артрит

Алтернативна, последваща, по-бърза схема на инфузия

Ако пациентите не получат сериозна реакция, свързана с инфузията при първата или следващите инфузии на доза Ruxience 1 000 mg, приложени по стандартната схема на инфузия, за втората и следващите инфузии, може да се приложи по-бърза инфузия, като се използва същата концентрация, както при другите инфузии (4 mg/ml в обем 250 ml). Започва се със скорост 250 mg на час за първите 30 минути и след това 600 mg на час за следващите 90 минути. Ако по-бързата инфузия се понася добре, тази схема на инфузия може да се използва при прилагането на следващите инфузии.

При пациенти, които имат клинично значимо сърдечносъдово заболяване, включително аритмии, или сериозни реакции, свързани с инфузията към предишна биологична терапия или към ритуксимаб, по-бързата инфузия не трябва да се прилага.

4.3 Противопоказания

Противопоказания за употреба при неходжкинов лимфом и хронична лимфоцитна левкемия

Свръхчувствителност към активното вещество или към миши протеини, или към някое от другите помощни вещества, изброени в точка 6.1.

Активни, тежки инфекции (вж. точка 4.4).

Пациенти в тежко имунокомпрометирано състояние.

Противопоказания за употреба при ревматоиден артрит, грануломатоза с полиангиит, микроскопски полиангиит и пемфигус вулгарис

Свръхчувствителност към активното вещество или към миши протеини, или към някои от другите помощни вещества, изброени в точка 6.1.

Активни, тежки инфекции (вж. точка 4.4).

Пациенти в тежко имунокомпрометирано състояние.

Тежка сърдечна недостатъчност (клас IV според Нюйоркската асоциация за сърдечни заболявания) или тежко неконтролирано сърдечно заболяване (вж. точка 4.4 относно други сърдечносъдови заболявания).

4.4 Специални предупреждения и предпазни мерки при употреба

Проследимост

За да се подобри проследимостта на биологичните лекарствени продукти, името и партидният номер на приложения продукт трябва ясно да се записват.

Прогресивна мултифокална левкоенцефалопатия

На всички пациенти, лекувани с Ruxience за ревматоиден артрит, ГПА, МПА или пемфигус вулгарис трябва да се дава сигнална карта на пациента при всяка инфузия. Сигналната карта на пациента съдържа важна информация за пациентите относно възможно повишен риск от инфекции, включително прогресивна мултифокална левкоенцефалопатия (ПМЛ).

Има съобщения за много редки случаи на ПМЛ с летален изход след употреба на ритуксимаб. Пациентите трябва да бъдат проследявани редовно за нови или влошаващи се неврологични симптоми или признаци, показателни за наличие на ПМЛ. Ако съществува подозрение за ПМЛ, по-нататъшното приложение трябва да се преустанови до изключване на ПМЛ. Лекуващият лекар трябва да направи оценка на състоянието на пациента, за да прецени дали симптомите показват нарушена неврологична функция, а при такава – дали тези симптоми предполагат вероятна проява на ПМЛ. Трябва да се обмисли консултация с невролог според клиничните показания.

Ако съществува подозрение, трябва да се обмисли допълнително изследване, включително ядрено-магнитен резонанс, за предпочитане с контраст, изследване на гръбначно-мозъчната течност за JC вирусна ДНК и многократни неврологични прегледи.

Трябва да се обърне изключително внимание за симптоми, предполагащи ПМЛ, които пациентът може и да не забележи (напр. когнитивни, неврологични или психични симптоми). Пациентите трябва също да бъдат посъветвани да уведомят партньора си или лицето, което се грижи за тях, за лечението им, тъй като те могат да забележат симптоми, които пациентът не е забелязал.

Ако пациентът развие ПМЛ, приложението на Ruxience трябва се прекрати окончателно.

След възстановяване на имунната система при имунокомпрометирани пациенти с ПМЛ се наблюдава стабилизиране или подобряване на резултатите. Все още не е известно дали ранното откриване на ПМЛ и прекратяване на лечението с ритуксимаб може да доведе до подобно стабилизиране или подобряване на резултатите.

Неходжкинов лимфом и хронична лимфоцитна левкемия

Реакции, свързани с инфузията

Лечението с ритуксимаб се свързва с реакции, свързани с инфузията, които може да са свързани с освобождаване на цитокини и/или други химични медиатори. Синдромът на освобождаване на цитокини може да е клинично неразличим от острите реакции на свръхчувствителност.

Тази съвкупност от реакции, която включва синдром на освобождаване на цитокини, синдром на туморен разпад и анафилактични и реакции на свръхчувствителност, е описана по-долу.

Има съобщения за тежки реакции, свързани с инфузията, с летален изход по време на постмаркетинговата употреба на ритуксимаб в лекарствена форма за интравенозно приложение, с начало, вариращо от 30 минути до 2 часа след започване на първата интравенозна инфузия ритуксимаб. Те се характеризират с белодробни събития и в някои случаи включват бърз туморен разпад и признаци на синдром на туморен разпад в допълнение към повишена температура, втрисане, ригор, хипотония, уртикария, ангиоедем и други симптоми (вж. точка 4.8).

Тежкият синдром на освобождаване на цитокини се характеризира с тежка диспнея, често съпроводена с бронхоспазъм и хипоксия, в допълнение към повишена температура, втрисане, ригор, уртикария и ангиоедем. Този синдром може да има връзка с някои от признаците на синдрома на туморен разпад като хиперурикемия, хиперкалиемия, хипокалциемия, хиперфосфатемия, остра бъбречна недостатъчност, повишаване на лактат дехидрогеназа (ЛДХ) и може да бъде свързан с остра дихателна недостатъчност и летален изход. Острата дихателна недостатъчност може да бъде съпроводена от събития като белодробен интерстициален инфилтрат или оток, визуализирани се при рентгенография на гръдния кош. Синдромът често се проявява до един или два часа от началото на първата инфузия. Пациентите с анамнеза за белодробна недостатъчност или тези с белодробен туморен инфилтрат може да са изложени на по-висок риск по отношение на неблагоприятна прогноза и трябва да бъдат лекувани особено внимателно. При пациентите, които развият тежък синдром на освобождаване на цитокини, инфузията трябва незабавно да се прекрати (вж. точка 4.2) и трябва да им се приложи агресивно симптоматично лечение. Тъй като първоначалното подобрене на клиничната симптоматика може да бъде последвано от влошаване, тези пациенти трябва да бъдат внимателно проследявани, докато синдромът на туморен разпад и белодробен инфилтрат отзвучат или се изключат диагностично подобни състояния. По-нататъшното лечение на пациенти, при които има пълно отзвучаване на признаците и симптомите, рядко води до повторно развитие на тежък синдром на освобождаване на цитокини.

Пациенти с висока степен на туморен товар или с висок брой ($\geq 25 \times 10^9/l$) циркулиращи злокачествени клетки, като пациентите с ХЛЛ, при които може да има по-висок риск от особено тежко протичащ синдром на освобождаване на цитокини, трябва да се лекуват изключително внимателно. Тези пациенти трябва да бъдат внимателно проследявани по време на първата инфузия. Трябва да се прецени доколко при тези пациенти е подходящо да се намали скоростта на вливане при първата инфузия или да се раздели дозата в два дни през първия цикъл и при следващите цикли, ако броят на лимфоцитите е все още $> 25 \times 10^9/l$.

Свързаните с инфузията различни видове нежелани реакции се наблюдават при 77% от пациентите, лекувани с ритуксимаб (включително синдром на освобождаване на цитокини, съпроводен с хипотония и бронхоспазъм при 10% от пациентите) (вж. точка 4.8). Тези симптоми обикновено са обратими при прекъсване на инфузията с ритуксимаб и прилагане на антипиретични и антихистамининови лекарства, понякога кислород, интравенозно физиологичен разтвор или бронходилататори, а при нужда – глюкокортикоиди. За тежките реакции вижте по-горе относно синдрома на освобождаване на цитокини.

Има съобщения за анафилактични и други реакции на свръхчувствителност след интравенозно приложение на протеини при пациентите. За разлика от синдрома на освобождаване на цитокини, истинските реакции на свръхчувствителност обикновено се развиват минути след

започване на инфузията. При приложение на ритуксимаб трябва да има на разположение лекарствени продукти за лечение на реакции на свръхчувствителност за незабавна употреба в случай на алергична реакция, напр. епинефрин (адреналин), антихистамини и глюкокортикоиди. Клиничните прояви на анафилаксия може да наподобяват клиничните прояви на синдрома на освобождаване на цитокини (описан по-горе). Реакциите, свързани със свръхчувствителност, се съобщават по-рядко от тези, свързани с освобождаване на цитокини.

Други реакции, съобщени в някои случаи, са миокарден инфаркт, предсърдно мъждене, белодробен оток и остра обратима тромбоцитопения.

Тъй като при приложение на ритуксимаб може да се развие хипотония, трябва да се има предвид спирането на антихипертезивните лекарствени продукти за 12 часа преди инфузията на Ruxience.

Сърдечни нарушения

При пациенти, лекувани с ритуксимаб, се наблюдават стенокардия, сърдечни аритмии, като предсърдно трептене и мъждене, сърдечна недостатъчност и/или миокарден инфаркт. Поради това пациентите с анамнеза за сърдечно заболяване и/или кардиотоксична химиотерапия трябва да се проследяват внимателно.

Хематологична токсичност

Независимо че ритуксимаб при монотерапия няма миелосупресивен ефект, е необходимо повишено внимание, когато се обмисля лечение при пациенти с брой на неутрофилите $< 1,5 \times 10^9/l$ и/или брой на тромбоцитите $< 75 \times 10^9/l$, тъй като клиничният опит при тази популация е ограничен. Ритуксимаб е прилаган при 21 пациенти, на които е направена автоложна костномозъчна трансплантация, и при други рискови групи с вероятност от потисната костномозъчна функция, без да се индуцира миелотоксичност.

По време на лечението с Ruxience е необходимо редовно да се прави пълна кръвна картина, включително брой на неутрофили и тромбоцити.

Инфекции

По време на лечението с ритуксимаб може да възникнат сериозни инфекции, включително с летален изход (вж. точка 4.8). Ruxience не трябва да се прилага при пациенти с активна, тежка инфекция (напр. туберкулоза, сепсис и опортюнистични инфекции, вж. точка 4.3).

Лекарите трябва да бъдат особено внимателни, когато обмислят употребата на Ruxience при пациенти с анамнеза за рецидивиращи или хронични инфекции или съпътстващи състояния, които може допълнително да предразположат пациентите към сериозни инфекции (вж. точка 4.8).

Съобщават се случаи на повторно активиране на хепатит В при лица, получаващи ритуксимаб, включително на фулминантен хепатит с летален изход. Повечето от тези индивиди са били подложени също на цитотоксична химиотерапия. Ограничената информация от едно проучване при пациенти с рецидив/рефрактерни пациенти с ХЛЛ показва, че лечението с ритуксимаб може да влоши също изхода от първични инфекции с хепатит В. При всички пациенти трябва да се извършва скрининг за вируса на хепатит В (HBV) преди започване на лечение с Ruxience. Като минимум това трябва да включва HBsAg-статус и HBcAb-статус. Те могат да се допълнят с други подходящи маркери според местните указания. Пациентите с активен хепатит В не трябва да бъдат лекувани с Ruxience. Пациентите с положителни серологични изследвания за хепатит В (или HBsAg, или HBcAb) трябва да се консултират със специалисти по чернодробни заболявания преди започване на лечението и трябва да се проследяват и лекуват, като се спазват местните медицински стандарти за предотвратяване на реактивиране на хепатит В.

По време на постмаркетинговата употреба на ритуксимаб при НХЛ и ХЛЛ има съобщения за много редки случаи на прогресивна мултифокална левкоенцефалопатия (ПМЛ) (вж. точка 4.8).

Повечето от пациентите са получавали ритуксимаб в комбинация с химиотерапия или като част от трансплантация на хемопоетични стволови клетки.

Имунизации

Безопасността на имунизацията с живи вирусни ваксини след лечение с ритуксимаб не е проучвана при пациенти с НХЛ и ХЛЛ и ваксинирането с живи вирусни ваксини не се препоръчва. Пациентите, лекувани с Ruxience, може да получават убити ваксини; степента на отговор към убитите ваксини обаче може да бъде намалена. В едно нерандомизирано проучване възрастни пациенти с рецидивирал нискостепенен НХЛ, получавали ритуксимаб монотерапия, са с по-ниска степен на отговор към реваксинация с тетаничен антиген в сравнение със здрави нелекувани контроли (16% спрямо 81%) и Keyhole Limpet (KLH) неоантиген (4% спрямо 76% при оценка за > 2-кратно увеличение на титъра на антителата). Като се има предвид подобие на двете заболявания, може да се приеме, че при пациенти с ХЛЛ резултатите ще бъдат подобни, но това не е изследвано в клинични изпитвания.

Средните титри на антителата преди лечението срещу набор от антигени (*Streptococcus pneumoniae*, грип А, заушка, рубеола, варицела) са били поддържани поне 6 месеца след лечението с ритуксимаб.

Кожни реакции

Има съобщения за тежки кожни реакции, като токсична епидермална некролиза (синдром на Lyell) и синдром на Stevens-Johnson, някои от които с летален изход (вж. точка 4.8). В случай на такова събитие с вероятна връзка с ритуксимаб лечението трябва да се прекрати окончателно.

Педиатрична популация

Налични са само ограничени данни за пациенти под 3-годишна възраст. Вижте точка 5.1 за повече информация.

Ревматоиден артрит, грануломатоза с полиангиит (ГПА), микроскопски полиангиит (МПА) и пемфигус вулгарис

Популации с ревматоиден артрит, които не са лекувани с метотрексат (MTX)

Употребата на ритуксимаб не се препоръчва при пациенти, които не са лекувани с MTX, тъй като не е установено благоприятно съотношение полза/риск.

Реакции, свързани с инфузията

Приложението на ритуксимаб се свързва с реакции, свързани с инфузията (IRR), които може да се дължат на освобождаване на цитокини и/или други химични медиатори.

При пациенти с ревматоиден артрит при постмаркетинговото приложение са съобщени тежки IRR с летален изход. При ревматоиден артрит, повечето събития, свързани с инфузията, съобщавани по време на клиничните изпитвания, са леки до умерени по тежест. Най-честите симптоми са алергични реакции, напр. главоболие, сърбеж, дразнене на гърлото, зачервяване на кожата, обрив, уртикария, хипертония и пирексия. Обикновено процентът пациенти, получили реакция, свързана с инфузията, е по-висок след първата инфузия, отколкото след втората инфузия във всеки курс на лечение. Честотата на IRR намалява при последващите курсове (вж. точка 4.8). Съобщените реакции обикновено са обратими при намаляване на скоростта или при прекъсване на инфузията на ритуксимаб и след прилагане на антипиретици, антихистамини и понякога кислород, разтвор на натриев хлорид, интравенозно, или бронходилататори и глюкокортикоиди, ако е необходимо. Пациентите със предшестващи сърдечни състояния и тези, които преди са имали кардио-пулмонални нежелани реакции, трябва да се проследяват внимателно. В зависимост от тежестта на IRR и необходимите интервенции приложението на Ruxience трябва да се преустанови временно или постоянно. В повечето случаи инфузията може да се възобнови при намаление на скоростта с 50% (напр. от 100 mg на час до 50 mg на час), когато симптомите отзвучат напълно.

При приложението на Ruxience трябва да има на разположение лекарствени продукти за лечение на реакции на свръхчувствителност за незабавна употреба в случай на алергична реакция, напр. епинефрин (адреналин), антихистамини и глюкокортикоиди.

Няма данни за безопасността на ритуксимаб при пациенти с умерено тежка сърдечна недостатъчност (клас III по NYHA) или тежко, неконтролирано сърдечносъдово заболяване. При пациенти, лекувани с ритуксимаб, е наблюдавана проява на предшествващи исхемични сърдечни състояния, станали симптоматични, като стенокардия, както и предсърдно мъждене и трептене. Поради това, при пациенти с анамнеза за сърдечно заболяване и такива, които преди са имали кардио-пулмонални нежелани реакции, преди лечение с Ruxience, трябва да се прецени рискът от сърдечносъдови усложнения, дължащи се на реакция, свързана с инфузията, като пациентите се проследяват внимателно по време на приложението. Тъй като по време на инфузия с ритуксимаб може да се развие хипотония, трябва да се има предвид спирането на антихипертезивните лекарствени продукти за 12 часа преди инфузията с Ruxience.

IRR при пациенти с ГПА, МПА и пемфигус вулгарис са в съответствие с тези, наблюдавани при пациенти с ревматоиден артрит в клиничните изпитвания и в постмаркетинговата употреба (вж. точка 4.8).

Сърдечни нарушения

При пациенти, лекувани с ритуксимаб, са наблюдавани стенокардия, сърдечни аритмии, като предсърдно трептене и мъждене, сърдечна недостатъчност и/или миокарден инфаркт. Поради това, пациентите с анамнеза за сърдечно заболяване трябва да се проследяват внимателно (вж. „Реакции, свързани с инфузията“ по-горе).

Инфекции

Въз основа на механизма на действие на ритуксимаб и като се знае, че В-клетките играят важна роля в поддържането на нормален имуноен отговор, пациентите може да са изложени на повишен риск от инфекция след лечение с ритуксимаб (вж. точка 5.1). По време на лечението с ритуксимаб може да се появят сериозни инфекции, включително с летален изход (вж. точка 4.8). Ruxience не трябва да се прилага при пациенти с активна, тежка инфекция (напр. туберкулоза, сепсис и опортюнистични инфекции, вж. точка 4.3) или при силно имунокомпрометирани пациенти (напр. когато нивата на CD4 или CD8 са много ниски). Лекарите трябва внимателно да преценяват употребата на ритуксимаб при пациенти с анамнеза за повтарящи се или хронични инфекции, или със съпътстващи състояния, които може допълнително да предразположат пациентите към сериозна инфекция, напр. хипогамаглобулинемия (вж. точка 4.8). Препоръчва се да се определят нивата на имуноглобулините, преди да се започне лечение с Ruxience.

Пациентите, съобщаващи за признаци и симптоми на инфекция след лечение с Ruxience, трябва веднага да се преглеждат и да се лекуват подходящо. Преди да се приложи последващ курс на лечение с Ruxience, пациентите трябва да се оценяват повторно за наличие на потенциален риск от инфекции.

Има съобщения за много редки случаи на прогресивна мултифокална левкоенцефалопатия (ПМЛ) с летален изход след употреба на ритуксимаб за лечение на ревматоиден артрит и автоимунни заболявания, включително системен лупус еритематозус (СЛЕ) и васкулит.

Инфекции с хепатит В

Има съобщения за случаи на реактивиране на хепатит В, включително такива с летален изход, при пациенти с ревматоиден артрит, ГПА и МПА, получаващи ритуксимаб.

При всички пациенти трябва да се извършва скрининг за вируса на хепатит В (HBV) преди започване на лечение с Ruxience. Като минимум това трябва да включва HBsAg-статус и HBcAb-статус. Те могат да се допълнят с други подходящи маркери според местните указания. Пациентите с активен хепатит В не трябва да бъдат лекувани с ритуксимаб. Пациентите с положителни серологични изследвания за хепатит В (или HBsAg, или HBcAb) трябва да се

консултират със специалисти по чернодробни заболявания преди започване на лечението и трябва да се проследяват и лекуват, като се спазват местните медицински стандарти за предотвратяване на реактивиране на хепатит В.

Късна неутропения

Броят на неутрофилите в кръвта трябва да се измерва преди всеки курс на лечение с Ruxience и редовно до 6 месеца след прекъсване на лечението и при поява на признаци или симптоми на инфекция (вж. точка 4.8).

Кожни реакции

Има съобщения за тежки кожни реакции, като токсична епидермална некролиза (синдром на Lyell) и синдром на Stevens-Johnson, някои от които с летален изход (вж. точка 4.8). В случай на такова събитие с вероятна връзка с Ruxience лечението трябва да се прекрати окончателно.

Имунизация

Лекарите трябва да се информират за ваксинационния статус на пациента, а на пациентите трябва, ако е възможно, да бъдат приложени всички имунизации в съответствие със съвременните указания за имунизирани преди започване на лечение с Ruxience. Ваксинациите трябва да завършат най-малко 4 седмици преди първото приложение на Ruxience.

Безопасността на имунизацията с живи вирусни ваксини след лечение с ритуксимаб не е проучвана. Поради това ваксинирането с живи вирусни ваксини не се препоръчва по време на терапия с Ruxience или в периода на изчерпване на периферните В-клетки.

На пациентите, лекувани с Ruxience, може да се прилагат убити ваксини; степента на отговор към убитите ваксини обаче може да бъде намалена. В едно рандомизирано изпитване пациенти с ревматоиден артрит, лекувани с ритуксимаб и метотрексат, са със сравнима степен на отговор към тетаничен антиген (39% спрямо 42%), понижен отговор към пневмококова полизахаридна ваксина (43% спрямо 82% към най-малко 2 серотипа пневмококови антитела) и към KLN неоантиген (47% спрямо 93%), когато са прилагани 6 месеца след ритуксимаб в сравнение с пациенти, получаващи само метотрексат. Ако се налага ваксиниране с убита ваксина по време на лечение с ритуксимаб, то трябва да завърши най-малко 4 седмици преди началото на следващия курс с ритуксимаб.

Цялостният опит с многократно лечение с ритуксимаб при ревматоиден артрит в продължение на една година показва, че процентът пациенти с положителни титри на антитела срещу *S. pneumoniae*, грип, заушка, рубеола, варицела и тетаничен токсикоид обикновено е подобен на изходния процент.

Съпътстваща/последователна употреба на други болест-модифициращи антиревматични лекарства (БМАРЛ) при ревматоиден артрит

Съпътстващата употреба на Ruxience и антиревматични лечения, освен предвидените в показанията и дозировката за ревматоиден артрит, не се препоръчва.

Има ограничени данни от клинични изпитвания за пълна оценка на безопасността от последваща употреба на други БМАРЛ (включително инхибитори на TNF и други биологични средства) след лечение с ритуксимаб (вж. точка 4.5). Наличните данни показват, че честотата на клинично значими инфекции е непроменена, когато се прилагат такива видове лечение при пациенти, лекувани преди това с ритуксимаб, но пациентите трябва внимателно да бъдат наблюдавани за признаци на инфекция, ако биологични средства и/или БМАРЛ се използват след терапия с ритуксимаб.

Злокачествени заболявания

Имуномодулиращите лекарства може да увеличат риска от злокачествено заболяване. Въпреки това наличните данни не показват повишен риск от злокачествено заболяване за ритуксимаб, използван при автоимунни показания, отвъд риска от злокачествено заболяване, свързан с подлежащото автоимунно състояние.

Помощни вещества

Този лекарствен продукт съдържа по-малко от 1 mmol натрий (23 mg) на доза, т.е. може да се каже, че практически не съдържа натрий.

4.5 Взаимодействие с други лекарствени продукти и други форми на взаимодействие

Понастоящем има ограничени данни за възможните лекарствени взаимодействия с ритуксимаб.

При пациенти с ХЛЛ съпътстващото приложение на ритуксимаб изглежда няма ефект върху фармакокинетиката на флударабин или циклофосфамид. Освен това няма видим ефект на флударабин и циклофосфамид върху фармакокинетиката на ритуксимаб.

Едновременното приложение с метотрексат няма ефект върху фармакокинетиката на ритуксимаб при пациенти с ревматоиден артрит.

Пациенти с титър на човешки антимиши антитела (human anti-mouse antibody, НАМА) или антитела срещу лекарството (anti-drug antibody, ADA) може да развият алергични реакции или реакции на свръхчувствителност при прилагане на други моноклонални антитела с диагностична или терапевтична цел.

При пациенти с ревматоиден артрит 283 пациенти получават последваща терапия с биологично БМАРЛ след ритуксимаб. При тези пациенти честотата на клинично значима инфекция по време на лечение с ритуксимаб е 6,01 на 100 пациентогодини в сравнение с 4,97 на 100 пациентогодини след лечение с биологично БМАРЛ.

4.6 Фертилитет, бременност и кърмене

Контрацепция при мъже и жени

Поради продължителното време на задържане на ритуксимаб при пациенти с изчерпване на В-клетките, жените с детероден потенциал трябва да използват ефективни методи за контрацепция по време на лечението и в продължение на 12 месеца след лечението с Ruxience.

Бременност

Известно е, че IgG имуноглобулините преминават плацентарната бариера.

Нивата на В-клетките при новородени, след експозиция на ритуксимаб при майката, не са изследвани в клинични изпитвания. Няма достатъчно и добре контролирани данни от проучвания при бременни жени, има съобщения обаче за преходно изчерпване на В-клетките и лимфоцитопения при някои кърмачета, родени от майки с експозиция на ритуксимаб по време на бременността. Подобни ефекти са наблюдавани в проучванията при животни (вж. точка 5.3). Поради тези причини Ruxience не трябва да се прилага при бременни жени, освен ако възможната полза не превишава потенциалния риск.

Кърмене

Ограничени данни за екскрецията на ритуксимаб в кърмата показват ниски концентрации на ритуксимаб в майчиното мляко (приблизителна доза за кърмачетата по-малко от 0,4%). Няколко случая на проследяване на кърмачетата описват нормален растеж и развитие до 2-годишна възраст. Въпреки това, тъй като тези данни са ограничени и дългосрочните ефекти за кърмачетата са неизвестни, кърмене не се препоръчва по време на лечение с ритуксимаб и в продължение на 6 месеца след лечение с ритуксимаб.

Фертилитет

Проучванията при животни не показват вредни ефекти на ритуксимаб върху репродуктивните органи.

4.7 Ефекти върху способността за шофиране и работа с машини

Не са провеждани проучвания за ефектите на ритуксимаб върху способността за шофиране и работа с машини, независимо че данните за фармакологичната активност и нежеланите реакции, съобщени до момента, предполагат, че ритуксимаб не повлиява или повлиява пренебрежимо способността за шофиране и работа с машини.

4.8 Нежелани лекарствени реакции

Опит с неходжкинов лимфом и хронична лимфоцитна левкемия при възрастни

Обобщение на профила на безопасност

Общият профил на безопасност на ритуксимаб при неходжкинов лимфом и хронична лимфоцитна левкемия (ХЛЛ) се основава на данни от пациенти от клинични изпитвания и от постмаркетинговото наблюдение. Тези пациенти са лекувани или с ритуксимаб монотерапия (като индукционно лечение или поддържащо лечение след индукционно лечение) или в комбинация с химиотерапия.

Най-често наблюдаваните нежелани реакции (НЛР) при пациенти, получаващи ритуксимаб, са IRR, които възникват при повечето пациенти по време на първата инфузия. Честотата на симптомите, свързани с инфузията, намалява значително при последващите инфузии и е под 1% след осем дози ритуксимаб.

Инфекциозни събития (предимно бактериални и вирусни) възникват при приблизително 30-55% от пациентите по време на клиничните изпитвания при пациенти с НХЛ и при 30-50% от пациентите по време на клиничните изпитвания при пациенти с ХЛЛ.

Най-често съобщаваните или наблюдавани сериозни нежелани реакции са:

- IRR (включително синдром на освобождаване на цитокини, синдром на туморен разпад), вижте точка 4.4.
- Инфекции, вижте точка 4.4.
- Сърочносъдови събития, вижте точка 4.4.

Другите съобщени сериозни НЛР включват реактивиране на хепатит В и ПМЛ (вж. точка 4.4.).

Табличен списък на нежеланите реакции

Честотите на НЛР, съобщени при приложение на ритуксимаб самостоятелно или в комбинация с химиотерапия, са обобщени в Таблица 3. Честотите са дефинирани като много чести ($\geq 1/10$), чести ($\geq 1/100$ до $< 1/10$), нечести ($\geq 1/1\ 000$ до $< 1/100$), редки ($\geq 1/10\ 000$ до $< 1/1\ 000$), много редки ($< 1/10\ 000$) и с неизвестна честота (от наличните данни не може да бъде направена оценка). При всяко групиране в зависимост от честотата, нежеланите лекарствени реакции са изброени в низходящ ред по отношение на тяхната сериозност.

НЛР, установени само по време на постмаркетинговото наблюдение и за които честотата не може да бъде определена, са изброени като такива „с неизвестна честота“.

Таблица 3 НЛР, съобщени при клиничните изпитвания или по време на постмаркетинговото наблюдение при пациенти с НХЛ и ХЛЛ, лекувани с монотерапия/поддържаща терапия с ритуксимаб или в комбинация с химиотерапия

Системо-органен клас по MedDRA	Много чести	Чести	Нечести	Редки	Много редки	С неизвестна честота
Инфекции и инфестации	бактериални инфекции, вирусни инфекции, +бронхит	сепсис, +пневмония, +фебрилна инфекция, +херпес зостер, +инфекция на дихателните пътища, гъбични инфекции, инфекции с неизвестна етиология, +остър бронхит, +синусит, хепатит В ¹		сериозна вирусна инфекция ² , <i>Pneumocystis jirovecii</i>	ПМЛ	
Нарушения на кръвта и лимфната система	неутропения, левкопения, +фебрилна неутропения, +тромбоцитопения	анемия, +панцитопения, +гранулоцитопения	нарушения на коагулацията, апластична анемия, хемолитична анемия, лимфаденопатия		преходно повишение на серумните нива на IgM ³	късна неутропения ³
Нарушения на имунната система	реакции, свързани с инфузията ⁴ , ангиоедем	свръхчувствителност		анафилаксия	синдром на туморен разпад, синдром на освобождаване на цитокини ⁴ , серумна болест	свързана с инфузията, остра обратима тромбоцитопения ⁴
Нарушения на метаболизма и храненето		хипергликемия, намаление на телото, периферен оток, оток на лицето, увеличение на LDH, хипокалциемия				
Психични нарушения			депресия, нервност			
Нарушения на нервната система		парестезия, хипоестезия, агитация, безсъние, вазодилатация, замайване, тревожност	дисгеузия		периферна невропатия, парализа на лицеви нерв ⁵	краниална невропатия, загуба на друга сетивност ⁵
Нарушения на очите		нарушения на съзвотделянето, конюнктивит			тежка загуба на зрението ⁵	
Нарушения на ухото и лабиринта		шум в ушите, болка в ушите				загуба на слуха ⁵

Системо-органен клас по MedDRA	Много чести	Чести	Нечести	Редки	Много редки	С неизвестна честота
Сърдечни нарушения		+миокарден инфаркт ^{4 и 6} , аритмия, +предсърдно мъждене, тахикардия, +сърдечно нарушение	+левокамерна недостатъчно ст, +надкамерна тахикардия, +камерна тахикардия, +стенокардия, +миокардна исхемия, брадикардия	тежки сърдечни нарушения ^{4 и 6}	сърдечна недостатъчно ст ^{4 и 6}	
Съдови нарушения		хипертония, ортостатична хипотония, хипотония			васкулит (предимно кожен), левкоцитокластичен васкулит	
Респираторни, гръдни и медиастинални и нарушения		bronхоспазм ⁴ , респираторно заболяване, болка в гръдите, диспнея, засилена кашлица, ринит	астма, облитериращ бронхиолит, белодробно нарушение, хипоксия	интерстициална белодробна болест ⁷	дихателна недостатъчно ст ⁴	белодробни инфилтрати
Стомашно-чревни нарушения	гадене	повръщане, диария, коремна болка, дисфагия, стоматит, запек, диспепсия, анорексия, дразнене в гърлото	раздуване на корема		перфорация в стомашно-чревния тракт ⁷	
Нарушения на кожата и подкожната тъкан	сърбеж, обрив, +алопеция	уртикария, изпотяване, нощно изпотяване, +нарушение на кожата			тежки булозни кожни реакции, синдром на Stevens-Johnson, токсична епидермална некролиза (синдром на Lyell) ⁷	
Нарушения на мускулно-скелетната система и съединителната тъкан		хипертонус, миалгия, артралгия, болка в гърба, болка в шията, болка				
Нарушения на бъбреците и пикочните пътища					бъбречна недостатъчно ст ⁴	
Общи нарушения и ефекти на мястото на приложение	фебрилитет, втрисане, астения, главоболие	туморна болка, зачервяване на кожата, неразположение, простуден синдром, +умора, +треперене, +мултиорганна недостатъчност ⁴	болка на мястото на инфузия			
Изследвания	понижени нива на IgG					

Системо-органен клас по MedDRA	Много чести	Чести	Нечести	Редки	Много редки	С неизвестна честота
<p>За всеки термин, честотата се основава на реакции от всички степени (от леки до тежки), с изключение на термините, отбелязани с „+“, при които честотата се основава само на тежките реакции (\geq от степен 3 по критериите за обща токсичност на NCI). Съобщава се само най-високата честота, наблюдавана в изпитванията.</p> <p>1. включва реактивиране и първични инфекции; честотата се основава на схема на лечение R-FC при рецидивираща/рефрактерна ХЛЛ</p> <p>2. вижте и раздел „Инфекции“ по-долу</p> <p>3. вижте и раздел „Хематологични нежелани реакции“ по-долу</p> <p>4. вижте и раздел „Реакции, свързани с инфузията“ по-долу. Рядко се съобщават случаи с летален изход.</p> <p>5. признаци и симптоми на краниална невропатия. Възникват по различно време до няколко месеца след приключване на терапията с ритуксимаб.</p> <p>6. наблюдавани главно при пациенти с предшествващи сърдечни състояния и/или кардиотоксична химиотерапия и са свързани предимно с реакции, свързани с инфузията</p> <p>7. включва случаи с летален изход</p>						

Следните термини се съобщават като нежелани събития по време на клиничните изпитвания, но са съобщавани с подобна или по-ниска честота в рамената с ритуксимаб в сравнение с контролните рамена: хематотоксичност, неутропенична инфекция, инфекция на пикочните пътища, сензорно нарушение, пирексия.

Признаци и симптоми, предполагащи реакция, свързана с инфузията, се съобщават при над 50% от пациентите при клиничните изпитвания, като се наблюдават предимно по време на първата инфузия, обикновено през първите един до два часа. Тези симптоми включват главно: повишена температура, втрисане и тръпки. Другите симптоми включват: зачервяване на кожата, ангиоедем, бронхоспазъм, повръщане, гадене, уртикария/обрив, умора, главоболие, дразнене в гърлото, ринит, сърбеж, болка, тахикардия, хипертония, хипотония, диспнея, диспепсия, астения и признаци на синдром на туморен разпад. Тежки реакции, свързани с инфузията (като бронхоспазъм, хипотония), възникват при до 12% от случаите.

Други реакции, съобщавани в някои случаи, са миокарден инфаркт, предсърдно мъждене, белодробен оток и остра обратима тромбоцитопения. Обостряне на съществуващи сърдечни заболявания, като стенокардия или застойна сърдечна недостатъчност, или тежки сърдечни нарушения (сърдечна недостатъчност, миокарден инфаркт, предсърдно мъждене), белодробен оток, мултиорганна недостатъчност, синдром на туморен разпад, синдром на освобождаване на цитокини, бъбречна недостатъчност и дихателна недостатъчност се съобщават по-рядко или са с неизвестна честота. Честотата на симптомите, свързани с инфузията, намалява значително при последващите инфузии и е < 1% към осмия цикъл на лечение с (съдържащо) ритуксимаб.

Описание на избрани нежелани реакции

Инфекции

Ритуксимаб предизвиква изчерпване на В-клетките при около 70-80% от пациентите, но се свързва с намаляване на серумните имуноглобулини само при малък брой пациенти.

Локализирани кандидозни инфекции, както и херпес зостер, се съобщават с по-висока честота в рамото на лечение, включващо ритуксимаб, при рандомизирани проучвания. Тежки инфекции се съобщават при около 4% от пациентите, лекувани с ритуксимаб монотерапия. По-висока обща честота на инфекции, включително инфекции степен 3 или 4, е наблюдавана по време на поддържащо лечение с ритуксимаб до 2 години, в сравнение с групата на наблюдение. Няма кумулативна токсичност по отношение на инфекциите, които се съобщават по време на 2-годишния период на лечение. Освен това по време на лечение с ритуксимаб се съобщават и други сериозни вирусни инфекции – нововъзникнали, повторно активирани или обострени, някои от които с летален изход. Повечето от пациентите са получавали ритуксимаб в комбинация с химиотерапия или като част от трансплантация на хемопоетични стволови клетки. Пример за тези сериозни вирусни инфекции са инфекциите, причинени от херпесните вируси (цитомегаловирус, вирус варицела зостер и вирус херпес симплекс), JC вирус (прогресивна мултифокална левкоенцефалопатия, ПМЛ) и вируса на хепатит С. По време на клиничните изпитвания се съобщават също случаи на фатална ПМЛ след прогресия на заболяването и повторно лечение. Съобщават се случаи на повторно активирани на хепатит В,

повечето от които при пациенти, получаващи ритуксимаб в комбинация с цитотоксична химиотерапия. При пациенти с рецидивираща/рефрактерна ХЛЛ, честотата на инфекция с хепатит В степен 3/4 (реактивиране и първична инфекция) е 2% при R-FC спрямо 0% FC. Наблюдавана е прогресия на сарком на Kaposi при пациенти с предшестващ сарком на Kaposi с експозиция на ритуксимаб. Тези случаи възникват при неодобрен показания и повечето от пациентите са HIV позитивни.

Хематологични нежелани реакции

В клинични изпитвания при монотерапия с ритуксимаб в продължение на 4 седмици при малка част от пациентите са наблюдавани хематологични отклонения, които обикновено са леки и обратими. Съобщава се за тежка неутропения (степен 3/4) при 4,2%, анемия при 1,1% и тромбоцитопения при 1,7% от пациентите. По време на поддържащата терапия с ритуксимаб в продължение на до 2 години, левкопения (5% спрямо 2%, степен 3/4) и неутропения (10% спрямо 4%, степен 3/4) се съобщават с по-висока честота в сравнение с рамото на наблюдение. Честотата на тромбоцитопенията е ниска (< 1%, степен 3/4) и не са наблюдавани разлики между рамената на лечение. В хода на лечението при проучвания с ритуксимаб в комбинация с химиотерапия, левкопения степен 3/4 (R-CHOP 88% спрямо CHOP 79%, R-FC 23% спрямо FC 12%), неутропения (R-CVP 24% спрямо CVP 14%; R-CHOP 97% спрямо CHOP 88%, R-FC 30% спрямо FC 19% при нелекувана преди това ХЛЛ), панцитопения (R-FC 3% спрямо FC 1% при нелекувана преди това ХЛЛ) обикновено се съобщават с по-висока честота, отколкото само при химиотерапия. По-високата честота на неутропения при пациенти, лекувани с ритуксимаб и химиотерапия, обаче не е свързана с по-висока честота на инфекции и инфестации в сравнение с пациентите, лекувани само с химиотерапия. Проучвания при нелекувана преди това и рецидивираща/рефрактерна ХЛЛ установяват, че в 25% от пациентите, лекувани с R-FC, неутропенията е продължителна (определена като неутрофилен брой под $1 \times 10^9/l$ между 24 и 42 ден след последната доза) или е възниквала с късно начало (определена като неутрофилен брой под $1 \times 10^9/l$ след 42 ден след последната доза при пациенти без предшестваща продължителна неутропения или които са се възстановили преди 42 ден) след лечение с ритуксимаб плюс FC. Не се съобщават разлики в честотата на анемия. Има съобщения за случаи на късна неутропения, възникнала след повече от четири седмици след последната инфузия на ритуксимаб. В проучването при лечение от първа линия на ХЛЛ пациентите в стадий С по Binet получават повече нежелани събития в рамото с R-FC, в сравнение с рамото с FC (R-FC 83% спрямо FC 71%). В проучването с рецидивираща/рефрактерна ХЛЛ се съобщава за тромбоцитопения степен 3/4 при 11% от пациентите в групата с R-FC в сравнение с 9% от пациентите в групата с FC.

При проучванията с ритуксимаб при пациенти с макроглобулинемия на Waldenstrom е наблюдавано преходно увеличение на серумните нива на IgM след началото на лечението, което може да е свързано с хипервискозитет и свързани с него симптоми. Преходното увеличение на IgM обикновено се връща поне към изходното ниво в рамките до 4 месеца.

Сърдечносъдови нежелани реакции

Сърдечносъдови реакции по време на клиничните изпитвания при монотерапия с ритуксимаб се съобщават при 18,8% от пациентите, като най-често съобщаваните събития са хипотония и хипертония. Съобщават се случаи на аритмия степен 3 или 4 (включително камерна и надкамерна тахикардия) и стенокардия по време на инфузията. По време на поддържащата терапия честотата на сърдечни нарушения степен 3/4 е сравнима при пациентите, лекувани с ритуксимаб, и пациентите на наблюдение. Сърдечните събития се съобщават като сериозни нежелани събития (включително предсърдно мъждене, миокарден инфаркт, левокамерна недостатъчност, миокардна исхемия) при 3% от пациентите, лекувани с ритуксимаб, в сравнение с до < 1% от пациентите на наблюдение. При проучванията, оценяващи ритуксимаб в комбинация с химиотерапия, честотата на сърдечни аритмии степен 3 и 4, предимно надкамерни аритмии, като тахикардия и предсърдно трептене/мъждене, е по-висока в R-CHOP групата (14 пациенти, 6,9%) в сравнение с CHOP групата (3 пациенти, 1,5%). Всички тези аритмии възникват или във връзка с инфузията на ритуксимаб, или са свързани с предразполагащи състояния, като повишена температура, инфекция, остър миокарден инфаркт или предшестващо респираторно или сърдечносъдово заболяване. Не е наблюдавана разлика

между групата с R-СНОР и групата с СНОР по отношение на честотата на други сърдечни събития степен 3 и 4, включително сърдечна недостатъчност, миокардно заболяване и прояви на исхемична болест на сърцето. При ХЛЛ общата честота на сърдечните нарушения от степен 3 или 4 е ниска и в проучването при лечение от първа линия (4% R-FC, 3% FC), и в проучването с рецидивиращо/рефрактерно заболяване (4% R-FC, 4% FC).

Дихателна система

Има съобщения за случаи на интерстициална белодробна болест, някои от които с летален изход.

Неврологични нарушения

По време на периода на лечение (фаза на индукционно лечение, състояща се от R-СНОР за най-много осем цикъла), четирима пациенти (2%), лекувани с R-СНОР, всички със сърдечносъдови рискови фактори, са получили тромбоемболични мозъчно-съдови инциденти по време на първия цикъл на лечение. Не е наблюдавана разлика между групите на лечение по отношение на честотата на другите тромбоемболични събития. За разлика от това трима пациенти (1,5%) в групата с СНОР получават мозъчно-съдови събития, като всичките възникват в периода на проследяване. При ХЛЛ общата честота на нарушения на нервната система от степен 3 или 4 е ниска и в проучването при лечение от първа линия (4% R-FC, 4% FC), и в проучването с рецидивиращо/рефрактерно заболяване (3% R-FC, 3% FC).

Съобщават се случаи на синдром на постериорна обратима енцефалопатия (PRES)/синдром на обратима постериорна левкоенцефалопатия (RPLS). Признаците и симптомите включват зрителни нарушения, главоболие, гърчове и променен психичен статус, със или без свързана хипертония. Поставянето на диагноза PRES/RPLS изисква потвърждение с образна диагностика на мозъка. При съобщените случаи съществуват известни рискови фактори за PRES/RPLS, включително съпътстващи заболявания на пациентите, хипертония, имunosупресивна терапия и/или химиотерапия.

Стомашно-чревни нарушения

Перфорация на стомашно-чревния тракт, в някои случаи водеща до смърт, е наблюдавана при пациенти, получаващи ритуксимаб при лечение на неходжкинов лимфом. В повечето от тези случаи ритуксимаб е прилаган с химиотерапия.

Нива на IgG

При клиничните изпитвания, оценяващи поддържащото лечение с ритуксимаб при рецидивиращо/рефрактерен фоликуларен лимфом, медианата на нивата на IgG е под долната граница на нормата (ДГН) (< 7 g/l) след индукционно лечение, както в групата на наблюдение, така и в групата на ритуксимаб. В групата на наблюдение медианата на нивата на IgG след това се е повишила над ДГН, но е останала непроменена в групата на ритуксимаб. Процентът на пациентите с нива на IgG под ДГН е около 60% в групата на ритуксимаб през 2-годишния период на лечение, докато в групата на наблюдение намалява (36% след 2 години).

При педиатрични пациенти, лекувани с ритуксимаб, са наблюдавани малък брой спонтанни и описани в литературата случаи, на хипогамаглобулинемия, някои от които тежки или изискващи дълготрайна заместителна терапия с имуноглобулин. Последствията от продължителното изчерпване на В-клетките при педиатрични пациенти не са известни.

Нарушения на кожата и подкожната тъкан

Много рядко се съобщава за токсична епидермална некролиза (синдром на Lyell) и синдром на Stevens-Johnson, някои от които с летален изход.

Субпопулации пациенти – ритуксимаб монотерапия

Старческа възраст (≥ 65 години)

Честотата на НЛР от всякаква степен и НЛР степен 3/4 е подобна при пациентите в старческа възраст в сравнение с по-младите пациенти (< 65 години).

Масивно заболяване

Наблюдавана е по-висока честота на НЛР степен 3/4 при пациенти с масивно заболяване, отколкото при пациенти без масивно заболяване (25,6% спрямо 15,4%). Честотата на НЛР от всякаква степен е подобна в тези две групи.

Повторно лечение

Процентът на пациентите, съобщаващи НЛР по време на повторни курсове на лечение с ритуксимаб, е подобен на процента пациенти, съобщаващи НЛР при първоначалната експозиция (за всички степени и НЛР със степен 3/4).

Субпопулации пациенти – комбинирана терапия с ритуксимаб

Старческа възраст (≥ 65 години)

Честотата на нежелани събития по отношение на кръвта и лимфната система степен 3/4 е по-висока при пациенти в старческа възраст в сравнение с по-млади пациенти (< 65 години) с нелекувана преди това или рецидивираща/рефрактерна ХЛЛ.

Опит с DLBCL/BL/BAL/BLL при педиатрични пациенти

Обобщение на профила на безопасност

Едно многоцентрово, открито рандомизирано проучване на Lymphome Malin B химиотерапия (LMB) със или без ритуксимаб е проведено при педиатрични пациенти (на възраст от ≥ 6 месеца до < 18 години) с нелекуван преди това CD20 позитивен DLBCL/BL/BAL/BLL в напреднал стадий.

Общо 309 педиатрични пациенти са получили ритуксимаб и са включени в популацията за анализ на безопасността. На педиатричните пациенти, рандомизирани в рамото с химиотерапия LMB с ритуксимаб или включени в частта на проучването с едно рамо, е прилаган ритуксимаб в доза 375 mg/m^2 телесна повърхност, като те са получили общо шест i.v. инфузии с ритуксимаб (две по време на всеки от двата индукционни курса и един по време на всеки от двата консолидационни курса на схемата Lymphome Malin B (LMB)).

Профилът на безопасност на ритуксимаб при педиатрични пациенти (на възраст ≥ 6 месеца до < 18 години) с нелекуван преди това CD20 позитивен DLBCL/BL/BAL/BLL в напреднал стадий като цяло съответства по вид, естество и тежест на известния профил на безопасност при възрастни пациенти с НХЛ и ХЛЛ. Включването на ритуксимаб към химиотерапия води до увеличаване на риска от някои събития, включващи инфекции (вкл. сепсис), в сравнение само с химиотерапия.

Опит с ревматоиден артрит

Обобщение на профила на безопасност

Общият профил на безопасност на ритуксимаб при ревматоиден артрит се основава на данни от пациентите от клиничните изпитвания и от постмаркетинговото наблюдение.

Профилът на безопасност на ритуксимаб при пациенти с умерен до тежък ревматоиден артрит (РА) е обобщен в разделите по-долу. По време на клиничните изпитвания повече от 3 100 пациенти получават най-малко един курс на лечение и са проследени в продължение на период от 6 месеца до над 5 години; приблизително 2 400 пациенти получават два или повече курса на лечение, като над 1 000 преминават 5 или повече курса. Информацията за безопасност, събрана по време на постмаркетинговия опит, отразява очаквания профил на нежелани реакции, наблюдавани по време на клиничните изпитвания с ритуксимаб (вж. точка 4.4).

Пациентите получават $2 \times 1\,000 \text{ mg}$ ритуксимаб, разделени от интервал от две седмици, добавен към метотрексат ($10\text{-}25 \text{ mg/седмично}$). Инфузиите с ритуксимаб са прилагани след

интравенозна инфузия на 100 mg метилпреднизолон; пациентите получават също и преднизон перорално в продължение на 15 дни.

Табличен списък на нежеланите реакции

Нежеланите реакции са изброени в Таблица 4. Честотите са определени като много чести ($\geq 1/10$), чести ($\geq 1/100$ до $< 1/10$), нечести ($\geq 1/1\ 000$ до $< 1/100$), редки ($\geq 1/10\ 000$ до $< 1/1\ 000$), много редки ($< 1/10\ 000$) и с неизвестна честота (от наличните данни не може да бъде направена оценка). При всяко групиране в зависимост от честотата, нежеланите лекарствени реакции са изброени в низходящ ред по отношение на тяхната сериозност.

Най-честите нежелани реакции, за които се счита, че са свързани с приемането на ритуксимаб, са IRR. Общата честота на IRR по време на клиничните изпитвания е 23% при първата инфузия, като намалява при последващите инфузии. Сериозните IRR са нечести (при 0,5% от пациентите) и са наблюдавани предимно по време на началния курс. Освен нежеланите реакции, наблюдавани в клиничните изпитвания на ритуксимаб при пациенти с РА, по време на постмаркетинговия период се съобщава за прогресивна мултифокална левкоенцефалопатия (ПМЛ) (вж. точка 4.4) и реакция, подобна на серумна болест.

Таблица 4 Обобщение на нежеланите реакции, съобщени по време на клиничните изпитвания или на постмаркетинговото наблюдение, наблюдавани при пациенти с ревматоиден артрит, получаващи ритуксимаб

Системо-органен клас по MedDRA	Много чести	Чести	Нечести	Редки	Много редки	С неизвестна честота
Инфекции и инфестации	инфекция на горните дихателни пътища, инфекции на пикочните пътища	bronхит, синусит, гастроентерит, tinea pedis			ПМЛ, реактивира не на хепатит В	сериозна вирусна инфекция ¹
Нарушения на кръвта и лимфната система		неутропения ²		късна неутропения ³	реакция, подобна на серумна болест	
Нарушения на имунната система	⁴ реакции, свързани с инфузията (хипертония, гадене, обрив, пирексия, сърбеж, уртикария, дразнене на гърлото, топли вълни, хипотония, ринит, тръпки, тахикардия, умора, орофарингеална болка, периферен оток, еритем)		⁴ реакции, свързани с инфузията (генерализиран оток, бронхоспазъм, хрипове, ларингеален оток, ангионевротичен оток, генерализиран сърбеж, анафилаксия, анафилактоидна реакция)			
Общи нарушения и ефекти на мястото на приложение						
Нарушения на метаболизма и храненето		хиперхолестеролемия				

Психични нарушения		депресия, тревожност				
Нарушения на нервната система	главоболие	парестезия, мигрена, замаяност, ишиас				
Сърдечни нарушения				стенокардия, предсърдно мъждене, сърдечна недостатъчност, миокарден инфаркт	предсърдно трептене	
Стомашно-чревни нарушения		диспепсия, диария, гастро-езофагеален рефлукс, язви в устата, болка в горната част на корема				
Нарушения на кожата и подкожната тъкан		алопеция			токсична епидермална некролиза (синдром на Lyell), синдром на Stevens-Johnson ⁶	
Нарушения на мускулно-скелетната система и съединителната тъкан		атралгия/мускулно-скелетна болка, остеоартрит, бурсит				
Изследвания	понижени нива на IgM ⁵	понижени нива на IgG ⁵				
<p>¹. Вижте още точка „Инфекции“ по-долу.</p> <p>². Честотата е получена от лабораторните стойности, събрани като част от рутинното лабораторно проследяване при клиничните изпитвания.</p> <p>³. Честотата е получена от постмаркетингови данни.</p> <p>⁴. Реакции, възникнали по време на или до 24 часа от инфузията. Вижте също „Реакции, свързани с инфузията“ по-долу. IRR може да се появят в резултат на свръхчувствителност и/или може да се дължат на механизма на действие.</p> <p>⁵. Включва наблюдения, събрани като част от рутинното лабораторно проследяване.</p> <p>⁶. Включва случаи с летален изход.</p>						

Многократни курсове

Многократните курсове на лечение са свързани с профил на НЛР, подобен на наблюдавания след първата експозиция. Честотата на всички НЛР след първата експозиция на ритуксимаб е най-висока през първите 6 месеца и намалява след това. Те включват предимно IRR (най-чести през първия курс на лечение), обостряне на РА и инфекции, като всички те са най-чести през първите 6 месеца на лечение.

Описание на избрани нежелани реакции

Реакции, свързани с инфузията

Най-честите НЛР след прилагане на ритуксимаб по време на клиничните изпитвания са IRR (вж. Таблица 4). При 3 189 пациенти, лекувани с ритуксимаб, 1 135 (36%) получават поне една IRR, а 733/3 189 (23%) от пациентите получават IRR след първата инфузия на първата експозиция на ритуксимаб. Честотата на IRR намалява при всички последващи инфузии. По време на клиничните изпитвания под 1% (17/3 189) от пациентите получават сериозна IRR. При клиничните изпитвания не са наблюдавани IRR СТС степен 4 и не са отбелязани смъртни случаи, дължащи се на IRR. Процентът на събития СТС степен 3 и на IRR, водещи до оттегляне

от изпитването, намаляват с курсовете и са редки след курс 3 и след това. Премедикацията с интравенозен глюкокортикостероид значително намалява честотата и тежестта на IRR (вж. точки 4.2 и 4.4). При постмаркетингови условия се съобщават тежки IRR с летален изход.

В едно изпитване за оценка на безопасността на по-бързата инфузия на ритуксимаб при пациенти с ревматоиден артрит, на пациентите с умерен до тежък активен РА, които не са получили сериозна IRR по време на или до 24 часа след първата изпитвана инфузия, е позволено да получат 2-часова интравенозна инфузия на ритуксимаб. Пациентите с анамнеза за сериозна реакция, свързана с инфузията към биологична терапия за РА, са изключени от участие в изпитването. Честотата, видът и тежестта на IRR са в съответствие с тези, наблюдавани в миналото. Не са наблюдавани сериозни IRR.

Инфекции

Общата честота на инфекции, съобщени в клинични изпитвания, е приблизително 94 на 100 пациентогодини при пациентите, лекувани с ритуксимаб. Инфекциите са предимно леки до умерени и включват главно инфекции на горните дихателни пътища и на пикочните пътища. Честотата на инфекциите, които са сериозни или изискват интравенозно приложение на антибиотици, е предимно 4 на 100 пациентогодини. Честотата на сериозните инфекции не показва значимо повишение след многократни курсове на ритуксимаб. По време на клиничните изпитвания се съобщава за инфекции на долните дихателни пътища (включително пневмония) с подобна честота в рамената с ритуксимаб в сравнение с контролните рамена.

В постмаркетингови условия сериозни вирусни инфекции се съобщават при пациенти с РА, лекувани с ритуксимаб.

Съобщават се случаи на прогресивна мултифокална левкоенцефалопатия с летален изход след употреба на ритуксимаб за лечение на автоимунни заболявания. Те включват ревматоиден артрит и автоимунни заболявания, които не са включени в одобрените показания, включително системен лупус еритематозус (СЛЕ) и васкулит.

Съобщават се случаи на реактивиране на хепатит В при пациенти с неходжкинов лимфом, получаващи ритуксимаб в комбинация с цитотоксична химиотерапия (вижте неходжкинов лимфом). Реактивиране на инфекция с хепатит В се съобщава също много рядко при пациенти с ревматоиден артрит, които получават ритуксимаб (вж. точка 4.4).

Сърдечносъдови нежелани реакции

Сериозни сърдечни реакции се съобщават с честота от 1,3 на 100 пациентогодини при пациентите, лекувани с ритуксимаб, в сравнение с 1,3 на 100 пациентогодини при пациентите с плацебо. Процентът пациенти със сърдечни нежелани реакции (всички или сериозни) не се увеличава при многократни курсове.

Неврологични събития

Има съобщения за случаи на синдром на постериорна обратима енцефалопатия (PRES)/синдром на постериорна обратима левкоенцефалопатия (RPLS). Признаците и симптомите включват зрителни нарушения, главоболие, гърчове и променено психическо състояние, със или без свързана хипертония. Диагнозата PRES/RPLS налага потвърждение с образна диагностика на мозъка. Съобщените случаи са свързани с известни рискови фактори за PRES/RPLS, включващи основното заболяване на пациента, хипертония, имunosупресивна терапия и/или химиотерапия.

Неутропения

При лечение с ритуксимаб са наблюдавани събития на неутропения, повечето от които са преходни и леки или умерени по тежест. Неутропения може да възникне няколко месеца след приложението на ритуксимаб (вж. точка 4.4).

По време на плацебо-контролираните периоди на клиничните изпитвания 0,94% (13/1 382) от пациентите, лекувани с ритуксимаб и 0,27% (2/731) от пациентите на плацебо развиват тежка неутропения.

Неутропенични събития, включително тежка и персистираща неутропения с късно начало, се съобщават рядко при постмаркетингови условия, някои от които са свързани с инфекции с летален изход.

Нарушения на кожата и подкожната тъкан

Много рядко се съобщава за токсична епидермална некролиза (синдром на Lyell) и синдром на Stevens-Johnson, някои от които с летален изход.

Лабораторни отклонения

При пациенти с РА, лекувани с ритуксимаб, е наблюдавана хипогамаглобулинемия (IgG или IgM под долната граница на нормата). Не се наблюдава повишена честота на общи инфекции или сериозни инфекции след развитието на ниски нива на IgG или IgM (вж. точка 4.4).

При педиатрични пациенти, лекувани с ритуксимаб, са наблюдавани малък брой случаи на хипогамаглобулинемия, спонтанни и от литературни източници, които в някои случаи са били тежки и са изисквали продължителна заместителна терапия с имуноглобулини. Последствията от продължителното изчерпване на В-клетките при педиатрични пациенти не са известни.

Опит с грануломатоза с полиангиит (ГПА) и микроскопски полиангиит (МПА)

Индукция на ремисия при възрастни (ГПА/МПА Проучване 1)

В ГПА/МПА Проучване 1 99 възрастни пациенти са лекувани за индукция на ремисия на ГПА и МПА с ритуксимаб (375 mg/m² веднъж седмично в продължение на 4 седмици) и глюкокортикоиди (вж. точка 5.1).

НЛР, изброени в Таблица 5, са всички нежелани реакции, които са настъпили с честота $\geq 5\%$ в групата на ритуксимаб и с по-висока честота, отколкото в групата на сравнителния продукт.

Таблица 5 Нежелани реакции, които са настъпили на 6-ия месец при $\geq 5\%$ от възрастните пациенти, получаващи ритуксимаб в ГПА/МПА Проучване 1 (Ритуксимаб n=99), с по-висока честота, отколкото в групата на сравнителния продукт, или по време на постмаркетинговото наблюдение

Системо-органен клас по MedDRA Нежелани реакции	Честота
Инфекции и инфестации	
Инфекция на пикочните пътища	7%
Бронхит	5%
Херпес зостер	5%
Назофарингит	5%
Сериозна вирусна инфекция ¹	С неизвестна честота
Нарушения на кръвта и лимфната система	
Тромбоцитопения	7%
Нарушения на имунната система	
Синдром на освобождаване на цитокини	5%
Нарушения на метаболизма и храненето	
Хиперкалиемия	5%
Психични нарушения	
Безсъние	14%
Нарушения на нервната система	
Замаяност	10%
Тремор	10%

Системо-органен клас по MedDRA	Честота
Нежелани реакции	
Съдови нарушения	
Хипертония	12%
Зачервяване	5%
Респираторни, гръдни и медиастинални нарушения	
Кашлица	12%
Диспнея	11%
Епистаксис	11%
Назална конгестия	6%
Стомашно-чревни нарушения	
Диария	18%
Диспепсия	6%
Запек	5%
Нарушения на кожата и подкожната тъкан	
Акне	7%
Нарушения на мускулно-скелетната система и съединителната тъкан	
Мускулни спазми	18%
Артралгия	15%
Болка в гърба	10%
Мускулна слабост	5%
Мускулно-скелетна болка	5%
Болка в крайниците	5%
Общи нарушения и ефекти на мястото на приложение	
Периферен оток	16%
Изследвания	
Понижен хемоглобин	6%

¹ Наблюдавани по време на постмаркетинговия период. Вижте още точка „Инфекции“ по-долу.

Поддържащо лечение при възрастни (ГПА/МПА Проучване 2)

В ГПА/МПА Проучване 2 общо 57 възрастни пациенти с тежък, активен ГПА и МПА са лекувани с ритуксимаб за поддържане на ремисията (вж. точка 5.1).

Таблица 6 Нежелани реакции при $\geq 5\%$ от възрастните пациенти, получаващи ритуксимаб в ГПА/МПА Проучване 2 (Ритуксимаб n=57), с по-висока честота, отколкото в групата на сравнителния продукт, или по време на постмаркетинговото наблюдение

Системо-органен клас по MedDRA	Честота
Нежелана реакция	
Инфекции и инфестации	
Бронхит	14%
Ринит	5%
Сериозна вирусна инфекция ¹	С неизвестна честота
Респираторни, гръдни и медиастинални нарушения	
Диспнея	9%
Стомашно-чревни нарушения	
Диария	7%
Общи нарушения и ефекти на мястото на приложение	
Пирексия	9%
Грипоподобно заболяване	5%
Периферен оток	5%
Наранявания, отравяния и усложнения, възникнали в резултат на интервенции	
Реакции, свързани с инфузията ²	12%

¹ Наблюдавани по време на постмаркетинговия период. Вижте още точка „Инфекции“ по-долу.

²Подробности относно реакциите, свързани с инфузията, са дадени в раздела с описанието на избрани нежелани реакции.

Общият профил на безопасност съответства на добре установения профил на безопасност на ритуксимаб при разрешените показания за автоимунни заболявания, включително ГПА/МПА. Като цяло 4% от пациентите в групата на ритуксимаб са получили нежелани събития, водещи до преустановяване на лечението. Повечето нежелани събития в рамото на ритуксимаб са с лек или умерен интензитет. При нито един от пациентите в рамото на ритуксимаб няма събития с летален изход.

Най-често съобщаваните събития, считани за НЛР, са реакции, свързани с инфузията и инфекции.

Дългосрочно проследяване (ГПА/МПА Проучване 3)

В едно дългосрочно обсервационно проучване на безопасността на 97 пациенти с ГПА/ МПА е прилагано лечение с ритуксимаб (средно 8 инфузии [граница 1-28]) в продължение на до 4 години според обичайната практика и преценка на лекаря. Общият профил на безопасност съответства на добре установения профил на безопасност на ритуксимаб при РА и ГПА/МПА, като не се съобщават нови нежелани реакции.

Педиатрична популация

Проведено е открито проучване с едно рамо при 25 педиатрични пациенти с тежка активна ГПА или МПА. Общият период на проучването се състои от 6-месечна фаза на въвеждане в ремисия с най-малко 18-месечно проследяване, до общо 4,5 години. По време на фазата на проследяване, ритуксимаб е прилаган по преценка на изследователя (17 от 25 пациенти са получили допълнително лечение с ритуксимаб). Разрешено е съпътстващо лечение с друга имunosупресивна терапия (вж. точка 5.1).

За НЛР се считат нежелани събития, възникнали с честота $\geq 10\%$. Те включват: инфекции (17 пациенти [68%] във фазата на въвеждане в ремисия; 23 пациенти [92%] за целия период на проучването), IRR (15 пациенти [60%] във фазата на въвеждане в ремисия; 17 пациенти [68%] за целия период на проучването) и гадене (4 пациенти [16%] във фазата на въвеждане в ремисия; 5 пациенти [20%] за целия период на проучването).

През целия период на проучването профилът на безопасност на ритуксимаб съответства на профила, съобщен във фазата на въвеждане в ремисия.

Профилът на безопасност на ритуксимаб при педиатрични пациенти с ГПА или МПА съответства по вид, естество и тежест на известния профил на безопасност при възрастни пациенти при одобрените автоимунни индикации, включително ГПА или МПА при възрастни.

Описание на избрани нежелани реакции

Реакции, свързани с инфузията

В изпитването за въвеждане в ремисия на възрастни (ГПА/МПА Проучване 1), IRR се определят като всяко нежелано събитие, настъпило до 24 часа от инфузията, което изследователите считат за свързано с инфузията, в популацията за изследване на безопасността. От 99-те пациенти, лекувани с ритуксимаб, 12 (12%) получават поне една IRR. Всички IRR са степен 1 или 2 според СТС. Най-честите IRR включват синдром на освобождаване на цитокини, зачервяване на лицето, дразнене в гърлото и тремор. Ритуксимаб е прилаган в комбинация с глюкокортикоиди интравенозно, което може да намали честотата и тежестта на тези събития.

В изпитването с поддържаща терапия при възрастни при възрастни (ГПА/МПА Проучване 2) 7/57 (12%) пациенти в групата на ритуксимаб получават най-малко една реакция, свързана с инфузията. Честотата на симптоми на IRR е най-висока по време на или след първата инфузия

(9%) и намалява с последващите инфузии (< 4%). Всички симптоми на IRR са леки или умерени и повечето от тях са съобщени от СОК „Респираторни, гръдни и медиастинални нарушения“ и „Нарушения на кожата и подкожната тъкан“.

В клиничното изпитване при педиатрични пациенти с ГПА или МПА, съобщените IRR са наблюдавани предимно при първата инфузия (8 пациенти [32%]), като след това намаляват с времето с увеличаване на броя на инфузиите ритуксимаб (20% при втората инфузия, 12% при третата инфузия и 8% при четвъртата инфузия). Най-честите симптоми на IRR, съобщени по време на фазата на въвеждане в ремисия, са главоболие, обрив, ринорея и пирексия (8% за всеки симптом). Наблюдаваните симптоми на IRR са подобни на известните симптоми при възрастни пациенти с ГПА или МПА, лекувани с ритуксимаб. Повечето IRR са степен 1 и степен 2, има само две несериозни IRR степен 3, като не се съобщават IRR степен 4 или 5. Съобщава се една сериозна IRR степен 2 (генерализиран оток, който е отзвучал по време на лечението) при един пациент (вж. точка 4.4).

Инфекции

В ГПА/МПА Проучване 1 общата честота на инфекции е приблизително 237 на 100 пациентогодини (95% CI 197-285) при първичната крайна точка на 6-ия месец. Инфекциите са предимно леки до умерени и се състоят главно от инфекции на горните дихателни пътища, херпес зостер и инфекции на пикочните пътища. Честотата на сериозни инфекции е приблизително 25 на 100 пациентогодини. Най-често съобщаваната сериозна инфекция в групата на ритуксимаб е пневмония с честота от 4%.

В ГПА/МПА Проучване 2 30/57 (53%) пациенти в групата на ритуксимаб получават инфекции. Честотата на инфекции от всички степени е сходна между групите. Инфекциите са предимно леки до умерени. Най-честите инфекции в групата с ритуксимаб включват инфекции на горните дихателни пътища, гастроентерит, инфекции на пикочните пътища и херпес зостер. Честотата на сериозни инфекции е сходна в двете групи (приблизително 12%). Най-често съобщаваната сериозна инфекция в групата с ритуксимаб е лек или умерен бронхит.

В клиничното изпитване при педиатрични пациенти с тежка активна ГПА и МПА, 91% от съобщените инфекции не са сериозни и 90% са леки до умерени.

Най-честите инфекции в общата фаза са инфекции на горните дихателни пътища (48%), грип (24%), конюнктивит (20%), назофарингит (20%), инфекции на долните дихателни пътища (16%), синусит (16%), вирусни инфекции на горните дихателни пътища (16%), ушна инфекция (12%), гастроентерит (12%), фарингит (12%), инфекция на пикочните пътища (12%). Сериозни инфекции се съобщават при 7 пациенти (28%) и включват грип (2 пациенти [8%]) и инфекции на долните дихателни пътища (2 пациенти [8%]) като най-често съобщавани събития.

В постмаркетингови условия сериозни вирусни инфекции се съобщават при пациенти с ГПА/МПА, лекувани с ритуксимаб.

Злокачествени заболявания

В ГПА/МПА Проучване 1 честотата на злокачествени заболявания при пациентите, лекувани с ритуксимаб в клиничното изпитване при ГПА и МПА е 2,00 на 100 пациентогодини на общата дата на приключване на изпитването (когато последният пациент е завършил периода на проследяване). Въз основа на стандартизираните съотношения на честотата, честотата на злокачествените заболявания изглежда е подобна на тази, съобщена преди това при пациенти с ANCA-свързан васкулит.

В педиатричното клинично изпитване не се съобщават злокачествени заболявания в периода на проследяване до 54 месеца.

Сърдечносъдови нежелани реакции

В ГПА/МПА Проучване 1 сърдечносъдови събития, настъпили с честота приблизително 273 на 100 пациентогодини (95% CI 149-470) при първичната крайна точка на 6-ия месец. Честотата на сериозни сърдечни събития е 2,1 на 100 пациентогодини (95% CI 3-15). Най-често съобщаваните събития са тахикардия (4%) и предсърдно мъждене (3%) (вж. точка 4.4).

Неврологични събития

Има съобщения за случаи на постериорна обратима енцефалопатия (PRES)/синдром на постериорна обратима енцефалопатия (RPLS). Признаците и симптомите включват зрителни нарушения, главоболие, гърчове и променено психическо състояние, със или без свързана хипертония. Диагнозата PRES/RPLS налага потвърждение с образна диагностика на мозъка. Съобщените случаи са свързани с известни рискови фактори за PRES/RPLS, включващи основното заболяване на пациента, хипертония, имunosупресивна терапия и/или химиотерапия.

Реактивиране на хепатит В

Съобщава се за малък брой случаи на реактивиране на хепатит В, някои с летален изход, при пациенти с грануломатоза с полиангиит и микроскопски полиангиит, получаващи ритуксимаб в постмаркетинговия период.

Хипогамаглобулинемия

Хипогамаглобулинемия (IgA, IgG или IgM под долната граница на нормата) е наблюдавана при възрастни и педиатрични пациенти с ГПА и МПА, лекувани с ритуксимаб.

В ГПА/МПА Проучване 1 на 6-ия месец, 27%, 58% и 51% от пациентите с нормални нива на имуноглобулини на изходно ниво в групата на ритуксимаб са имали ниски нива на IgA, IgG и IgM, в сравнение с 25%, 50% и 46% в групата на циклофосфамид. Няма повишение на честотата на общи инфекции и на сериозни инфекции след развитие на ниски нива на IgA, IgG или IgM.

В ГПА/МПА Проучване 2 не са наблюдавани клинично значими разлики между двете групи на лечение или понижаване на нивата на общия имуноглобулин, IgG, IgM или IgA през цялото изпитване.

В педиатричното клинично изпитване, по време на целия период на изпитването, 3/25 (12%) от пациентите съобщават за събитие с хипогамаглобулинемия, 18 пациенти (72%) имат продължително ниски нива на IgG (определени като нива на Ig под долната граница на нормата за най-малко 4 месеца), а от тях 15 пациенти имат също продължително ниски нива на IgM. Трима пациенти са получили лечение с интравенозен имуноглобулин (i.v. IG). Въз основа на ограничените данни не могат да бъдат направени категорични заключения за това дали продължително ниските нива на IgG и IgM са довели до повишен риск от сериозни инфекции при тези пациенти. Последиците от продължително изчерпване на В-клетките при педиатрични пациенти не са известни.

Неутропения

В ГПА/МПА Проучване 1 24% от пациентите в групата на ритуксимаб (един курс) и 23% от пациентите в групата на циклофосфамид развиват неутропения от степен 3 според СТС, или по-голяма. Неутропенията не е свързана с наблюдавано повишение на сериозните инфекции при пациентите, лекувани с ритуксимаб.

В ГПА/МПА Проучване 2 честотата на неутропения от всички степени е 0% при пациентите, лекувани с ритуксимаб, спрямо 5% при пациентите, лекувани с азатиоприн.

Нарушения на кожата и подкожната тъкан

Много рядко се съобщава за токсична епидермална некролиза (синдром на Lyell) и синдром на Stevens-Johnson, някои от които с летален изход.

Опит с пемфигус вулгарис

Обобщение на профила на безопасност в ПВ Проучване 1 (Проучване ML22196) и ПВ Проучване 2 (Проучване WA29330)

Профилът на безопасност на ритуксимаб в комбинация с краткотрайно приложение на ниски дози глюкокортикоиди при лечение на пациенти с пемфигус вулгарис е проучен в едно рандомизирано, контролирано, многоцентрово, открито проучване фаза 3 при пациенти с пемфигус, което включва 38 пациенти с пемфигус вулгарис (ПВ), рандомизирани в групата на ритуксимаб (ПВ Проучване 1). Пациентите, рандомизирани в групата на ритуксимаб, получават първоначално 1 000 mg интравенозно на ден 1 от проучването и втора интравенозна инфузия с 1 000 mg на ден 15 от проучването. Поддържащи дози 500 mg интравенозно се прилагат на 12-ия и 18-ия месец. Пациентите може да получават 1 000 mg интравенозно по време на рецидив (вж. точка 5.1).

В ПВ Проучване 2 (рандомизирано, двойносляпо, двойномаскирано, многоцентрово проучване с активно сравнително лекарство), е оценена ефикасността и безопасността на ритуксимаб в сравнение с микофенолат мофетил (ММФ) при пациенти с умерен до тежък ПВ, които се нуждаят от перорални кортикостероиди. 67 пациенти с ПВ са получили лечение с ритуксимаб (начална доза 1 000 mg i.v. в Ден 1 от проучването и втора доза 1 000 mg i.v. в Ден 15 от проучването, с повторение в Седмица 24 и 26) до 52 седмици общо (вж. точка 5.1).

Профилът на безопасност на ритуксимаб при ПВ е в съответствие с установения профил на безопасност за други одобрени автоимунни показания.

Табличен списък на нежеланите реакции в ПВ Проучване 1 и 2

Нежеланите реакции от ПВ Проучване 1 и 2 са представени в Таблица 7. В ПВ Проучване 1, НЛР с дефинират като нежелани събития, които са настъпили с честота $\geq 5\%$ при пациентите с ПВ, лекувани с ритуксимаб, с $\geq 2\%$ абсолютна разлика в честотата между групата, лекувана с ритуксимаб и групата със стандартната доза преднизон до 24-ия месец. Няма пациенти, оттеглени поради НЛР, в ПВ Проучване 1. В ПВ Проучване 2 НЛР се дефинират като нежелани събития, които са настъпили с честота $\geq 5\%$ при пациентите в рамото на ритуксимаб и които са оценени като свързани.

Таблица 7 Нежелани реакции при пациенти с пемфигус вулгарис, лекувани с ритуксимаб в ПВ Проучване 1 (до 24-ия месец) и ПВ Проучване 2 (до седмица 52), или по време на постмаркетинговото наблюдение

Системо-органен клас по MedDRA	Много чести	Чести	С неизвестна честота
Инфекции и инфестации	Инфекции на горните дихателни пътища	Инфекция с херпес вирус Херпес зостер Херпес на устата Конюнктивит Назофарингит Орална кандидоза Инфекция на пикочните пътища	Сериозна вирусна инфекция ¹
Неоплазми доброкачествени, злокачествени и неопределени (вкл. кисти и папиломи)		Кожен папилом	
Психични нарушения	Персистиращо депресивно разстройство	Голяма депресия Раздразнителност	

Системо-органен клас по MedDRA	Много чести	Чести	С неизвестна честота
Нарушения на нервната система	Главоболие	Замаяност	
Сърдечни нарушения		Тахикардия	
Стомашно-чревни нарушения		Болка в горната част на корема	
Нарушения на кожата и подкожната тъкан	Алопеция	Сърбеж Уртикария Нарушение на кожата	
Нарушения на мускулно-скелетната система, съединителната тъкан и костите		Мускулно-скелетна болка Артралгия Болка в гърба	
Общи нарушения и ефекти на мястото на приложение		Умора Астения Пирексия	
Наранявания, отравяния и усложнения, възникнали в резултат на интервенции	Реакции, свързани с инфузията ²		
¹ Наблюдавани по време на постмаркетинговия период. Вижте още точка „Инфекции“ по-долу. ² Реакциите, свързани с инфузията, в ПВ Проучване 1, включват симптоми, събрани при следващата планирана визита след всяка инфузия и нежелани събития, настъпили в деня или един ден след инфузията. Най-честите симптоми/предпочитани термини на реакциите, свързани с инфузията, в ПВ Проучване 1, включват главоболие, студени тръпки, високо кръвно налягане, гадене, астения и болка. Най-честите симптоми/предпочитани термини на реакциите, свързани с инфузията, в ПВ Проучване 2, са диспнея, еритем, хиперхидроза, зачервяване/затопляне, хипотония/ниско кръвно налягане и обрив/сърбящ обрив.			

Описание на избрани нежелани реакции

Реакции, свързани с инфузията

В ПВ Проучване 1 реакциите, свързани с инфузията, са чести (58%). Почти всички реакции, свързани с инфузията, са леки до умерени по тежест. Процентът пациенти, получили реакция към инфузията, е 29% (11 пациенти), 40% (15 пациенти), 13% (5 пациенти) и 10% (4 пациенти) съответно след първата, втората, третата и четвъртата инфузия. Няма пациенти, оттеглени от лечението поради реакции, свързани с инфузията. Симптомите на реакциите, свързани с инфузията, са подобни по вид и тежест на тези, наблюдавани при пациенти с РА и ГПА/МПА.

В ПВ Проучване 2, IRR са настъпили основно при първата инфузия и честотата им намалява с последващите инфузии: 17,9%, 4,5%, 3%. 3% от пациентите са получили IRR съответно при първата, втората, третата и четвъртата инфузия. При 11/15 пациенти, получили поне една IRR, реакцията е от Степен 1 или 2. При 4/15 пациенти се съобщава за IRR Степен ≥ 3 , които са довели до преустановяване на лечението с ритуксимаб; трима от четири пациенти са получили сериозни (животозастрашаващи) IRR. Сериозни IRR са наблюдавани при първата (2 пациенти) или втората инфузия (1 пациент) и отшумяват след симптоматично лечение.

Инфекции

В ПВ Проучване 1 14 пациенти (37%) в групата на ритуксимаб получават инфекции, свързани с лечението, в сравнение с 15 пациенти (42%) в групата на стандартна доза преднизон. Най-честите инфекции в групата на ритуксимаб са херпес симплекс и зостер инфекции, бронхит, инфекция на пикочните пътища, гъбична инфекция и конюнктивит. Трима пациенти (8%) в групата на ритуксимаб получават общо 5 сериозни инфекции (пневмония, причинена от *Pneumocystis jirovecii*, инфекциозна тромбоза, интервертебрален дисцит, белодробна инфекция,

стафилококов сепсис), а един пациент (3%) в групата на стандартна доза преднизон получава сериозна инфекция (пневмония, причинена от *Pneumocystis jirovecii*).

В ПВ Проучване 2, 42 пациенти (62,7%) в рамото на ритуксимаб са получили инфекции. Най-честите инфекции в групата с ритуксимаб са инфекция на горните дихателни пътища, назофарингит, орална кандидоза и инфекция на пикочните пътища. Шестима пациенти (9%) в рамото с ритуксимаб са получили сериозни инфекции.

В постмаркетингови условия сериозни вирусни инфекции се съобщават при пациенти с ПВ, лекувани с ритуксимаб.

Лабораторни отклонения

В ПВ Проучване 2, в рамото на ритуксимаб, много често след инфузията е наблюдавано преходно понижение на броя лимфоцити в резултат на намалените популации на периферни Т-клетки, както и преходно понижение на нивата на фосфор. Смята се, че те са причинени от инфузията на i.v. метилпреднизолон като премедикация.

В ПВ Проучване 2, ниски нива на IgG се наблюдават често, а на IgM – много често. Въпреки това, няма доказателства за повишен риск от сериозни инфекции след развиване на ниски нива на IgG или IgM.

Съобщаване на подозирани нежелани реакции

Съобщаването на подозирани нежелани реакции след разрешаване за употреба на лекарствения продукт е важно. Това позволява да продължи наблюдението на съотношението полза/риск за лекарствения продукт. От медицинските специалисти се изисква да съобщават всяка подозирана нежелана реакция чрез **националната система за съобщаване, посочена в Приложение V**.

4.9 Предозиране

От клиничните изпитвания при хора е налице ограничен опит с дози, по-високи от одобрената доза на интравенозната лекарствена форма на ритуксимаб. Най-високата интравенозна доза на ритуксимаб, изпитвана при хора досега е 5 000 mg (2 250 mg/m²), изпитвана в проучване с повишаване на дозата при пациенти с хронична лимфоцитна левкемия. Не са установени допълнителни сигнали по отношение на безопасността.

При пациентите, при които има предозиране, трябва да се извърши незабавно прекъсване на инфузията и трябва да се наблюдават внимателно.

При постмаркетингови условия се съобщават пет случая на предозиране на ритуксимаб. В три случая не се съобщава за нежелано събитие. Двете съобщени нежелани събития са грипозни симптоми при доза 1,8 g ритуксимаб и респираторна недостатъчност с летален изход при доза 2 g ритуксимаб.

5. ФАРМАКОЛОГИЧНИ СВОЙСТВА

5.1 Фармакодинамични свойства

Фармакотерапевтична група: Антинеопластични средства, моноклонални антитела, АТС код: L01FA01

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

Ритуксимаб се свързва специфично с трансмембрания антиген, CD20-негликозилиран фосфопротеин, локализиран върху пре-В и зрели В лимфоцити. Антигенът се експресира върху > 95% от всички В клетки при неходжкинови лимфоми.

CD20 се открива както върху нормални, така и върху злокачествени В-клетки, но не и върху хемопоеични стволови клетки, про-В-клетки, нормални плазматични клетки или други нормални тъкани. Този антиген не се интернализира при свързване с антитялото и не се отделя от клетъчната повърхност. CD20 не циркулира в плазмата като свободен антиген и така не се конкурира за свързването с антитялото.

Fab домейнът на ритуксимаб се свързва със CD20 антигена на В-лимфоцитите, а Fc домейнът може да включи ефекторната функция на имунната система, за да медира В-клетъчното лизиране. Вероятните механизми на ефектор-медирано клетъчно лизиране включват комплемент-зависима цитотоксичност (CDC), дължаща се на C1q свързване, и антитяло-зависима клетъчна цитотоксичност (ADCC), медирана от един или повече от Fc γ рецепторите върху повърхността на гранулоцитите, макрофагите и NK клетките. Доказано е, че свързването на ритуксимаб със CD20 антигена върху В-лимфоцитите индуцира клетъчна смърт чрез апоптоза.

Броят на периферните В-клетки спада под нормата след завършването на първата доза на ритуксимаб. При пациенти, лекувани за хематологично злокачествено заболяване, възстановяването на В-клетките започва в рамките на 6 месеца от лечението, и обикновено те се връщат към нормалните нива до 12 месеца след завършване на лечението, въпреки че при някои пациенти може да е необходимо повече време (до медиана на времето за възстановяване 23 месеца след индукционна терапия). При пациенти с ревматоиден артрит е наблюдавано незабавно изчерпване на В-клетките в периферната кръв след две инфузии с 1 000 mg ритуксимаб, разделени през интервал от 14 дни. Броят на В-клетките в периферната кръв започва да се повишава от 24-та седмица, като при повечето пациенти данни за нормализиране са установени към 40-та седмица, независимо дали ритуксимаб се прилага като монотерапия или в комбинация с метотрексат. При малък процент от пациентите е наблюдавано продължително изчерпване на периферните В-клетки, което продължава 2 години или повече след последната доза ритуксимаб. При пациенти с ГПА или с МПА броят на В-клетките в периферната кръв намалява от < 10 клетки/ μ l след две седмични инфузии на ритуксимаб 375 mg/m² и остава на същото ниво при по-голямата част от пациентите до 6-ия месец. Повечето от пациентите (81%) имат признаци на връщане към брой на В-клетките > 10 клетки/ μ l до 12-ия месец и се повишават до 87% от пациентите до 18-ия месец.

Клиничен опит при неходжкинов лимфом и хронична лимфоцитна левкемия

Фоликуларен лимфом

Монотерапия

Начално лечение, един път седмично, 4 дози

В основното изпитване 166 пациенти с рецидивирал или рефрактерен на химиотерапия нискостепенен или фоликуларен В-клетъчен НХЛ получават 375 mg/m² ритуксимаб под формата на интравенозна инфузия веднъж седмично в продължение на 4 седмици. Общата честота на отговор (ORR) в популацията „intent-to-treat“ (ITT) е 48% (CI 95% 41%-56%) с 6% честота на пълен отговор (CR) и 42% на частичен отговор (PR). Предвижданата медиана на времето до прогресия (TTP) на заболяването при отговорилите пациенти е 13,0 месеца. При анализ на подгрупите ORR е по-висока при пациенти с IWF с хистологични подтипове В, С и D в сравнение с IWF подтип А (58% спрямо 12%), по-висока при пациенти, при които най-голямата лезия е < 5 cm спрямо > 7 cm в най-големия си диаметър (53% спрямо 38%) и по-висока при пациенти с рецидив, чувствителен на химиотерапия, в сравнение с резистентните на химиотерапия пациенти (определен като продължителност на отговора < 3 месеца) (50% спрямо 22%). ORR при пациенти, лекувани преди това с автоложна трансплантация на костен мозък (АТКМ), е 78% в сравнение с 43% при пациенти без АТКМ. Възрастта, полът,

клиничният стадий на лимфома, началната диагноза, наличието или отсъствието на масивно заболяване, нормалните или високи стойности на LDH и наличието на екстранодално заболяване не са повлияли статистически значимо (точен тест на Fisher) отговора на ритуксимаб. Отбелязана е статистически значима корелация между честотата на отговор и засягането на костния мозък. Отговорили са 40% от пациентите със засягане на костния мозък в сравнение с 59% от пациентите без засягане на костния мозък ($p = 0,0186$). Тази находка не се поддържа от стъпаловидния логистичен регресионен анализ, при който следните фактори са идентифицирани като прогностични: хистологичен тип, положителен резултат за bcl-2 на изходно ниво, резистентност към последната химиотерапия и масивно заболяване.

Начално лечение, един път седмично, 8 дози

В многоцентрово изпитване с едно рамо 37 пациенти с рецидив или с резистентност към химиотерапия, с НХЛ с ниска степен на малигненост или фоликуларен В-клетъчен НХЛ получават 375 mg/m^2 ритуксимаб под формата на интравенозна инфузия веднъж седмично, за осем дози. ORR е 57% (95% доверителен интервал (CI); 41% – 73%; CR 14%, PR 43%) с предвиждана медиана на времето до прогресия на заболяването (TTP) при отговорилите пациенти 19,4 месеца (граница от 5,3 до 38,9 месеца).

Начално лечение, масивно заболяване, един път седмично, 4 дози

Според обобщените данни от 3 клинични изпитвания при 39 пациенти с рецидив или с резистентност към химиотерапия с масивно заболяване (единична лезия $\geq 10 \text{ cm}$ диаметър), с НЛХ с ниска степен на малигненост или фоликуларен В-клетъчен НХЛ получават 375 mg/m^2 ритуксимаб под формата на интравенозна инфузия веднъж седмично в продължение на 4 седмици. ORR е 36% (CI 95% 21% – 51%; CR 3%, PR 33%) с медиана на TTP при отговорилите пациенти 9,6 месеца (диапазон от 4,5 до 26,8 месеца).

Повторно лечение, един път седмично, 4 дози

В едно многоцентрово изпитване с едно рамо, 58 пациенти с рецидив или с резистентен към химиотерапия НХЛ с ниска степен на малигненост или фоликуларен В-клетъчен НХЛ, които постигат обективен клиничен отговор при предишен курс с ритуксимаб, са лекувани повторно с 375 mg/m^2 ритуксимаб под формата на интравенозна инфузия веднъж седмично в продължение на 4 седмици. Трина от пациентите получават два курса на ритуксимаб преди включването им и по този начин по време на проучването получават трети курс на лечение. Двама пациенти получават повторно лечение два пъти по време на проучването. За 60 повторни лечения по време на изпитването ORR е 38% (CI 95% 26% – 51%; 10% CR, 28% PR) с предвиждана медиана на TTP при повлиялите се пациенти от 17,8 месеца (граница от 5,4 до 26,6). Сравнението с времето до прогресия на заболяването, достигнато след предшестващия курс на лечение с ритуксимаб, е благоприятно (12,4 месеца).

Начално лечение в комбинация с химиотерапия

В едно открито рандомизирано изпитване общо 322 нелекувани преди това пациенти с фоликуларен лимфом са рандомизирани да получават CVP химиотерапия (циклофосфамид 750 mg/m^2 , винкристин $1,4 \text{ mg/m}^2$ до максимум 2 mg на ден 1-ви и преднизолон 40 mg/m^2 дневно в дните от 1-ви до 5-ти) през 3 седмици в продължение на 8 цикъла или 375 mg/m^2 ритуксимаб в комбинация със CVP (R-CVP). Ритуксимаб е прилаган през ден първи от всеки цикъл на лечение. Общо 321 пациенти (162 с R-CVP, 159 със CVP) получават лечение и са анализирани за ефикасност на лечението. Медианата на периода на проследяване на пациентите е 53 месеца. R-CVP води до значимо по-голяма полза в сравнение със CVP по отношение на първичните крайни точки, времето до неуспех на лечението (27 месеца спрямо 6,6 месеца, $p < 0,0001$, log-rank тест). Процентът на пациенти с туморен отговор (CR, CRu, PR) е значително по-висок ($p < 0,0001$ хи-квадрат тест) в групата с R-CVP (80,9%) в сравнение с групата със CVP (57,2%). Лечението с R-CVP значимо удължава времето до прогресия на заболяването или смърт в сравнение с CVP, съответно 33,6 месеца и 14,7 месеца ($p < 0,0001$, log-rank тест). Медианата на продължителност на отговора е 37,7 месеца в групата с R-CVP и 13,5 месеца в групата със CVP ($p < 0,0001$, log-rank тест).

Между групите на лечение има значима клинична разлика по отношение на общата преживяемост ($p=0,029$, log-rank тест стратифициран по център): честотата на преживяемост на 53-ия месец е 80,9% при пациентите в групата на R-CVP в сравнение със 71,1% при пациентите в групата на CVP.

Резултатите от три други рандомизирани изпитвания, които използват ритуксимаб в комбинация с химиотерапевтични схеми, различни от CVP (CHOP, MCP, CHVP/интерферон- α), показват също значимо подобрение в честотата на отговор, показателите, зависими от времето, и общата преживяемост. Основните резултати от всичките четири проучвания са обобщени в Таблица 8.

Таблица 8 Обобщение на основните резултати от четири рандомизирани проучвания фаза III, оценяващи ползата от ритуксимаб при различни химиотерапевтични схеми при фоликуларен лимфом

Проучване	Лечение, N	Медиана на периода на проследяване (FU), месеци	ORR, %	CR, %	Медиана на TTF/PFS/EFS месеци	OS, %
M39021	CVP, 159 R-CVP, 162	53	57 81	10 41	Медиана на TTP: 14,7 33,6 $p < 0,0001$	53 месеца 71,1 80,9 $p = 0,029$
GLSG'00	CHOP, 205 R-CHOP, 223	18	90 96	17 20	Медиана на TTF: 2,6 години Не е достигнато $p < 0,001$	18 месеца 90 95 $p = 0,016$
OSHO-39	MCP, 96 R-MCP, 105	47	75 92	25 50	Медиана на PFS: 28,8 Не е достигнато $p < 0,0001$	48 месеца 74 87 $p = 0,0096$
FL2000	CHVP-IFN, 183 R-CHVP-IFN, 175	42	85 94	49 76	Медиана на EFS: 36 Не е достигнато $p < 0,0001$	42 месеца 84 91 $p = 0,029$

EFS – Преживяемост без събития

TTP – Време до прогресия или смърт

PFS – Преживяемост без прогресия

TTF – Време до неуспех на лечението

OS честота – Честота на преживяемост по време на анализа

Поддържаща терапия

Нелекуван фоликуларен лимфом

В проспективно, открито, международно, многоцентрово изпитване фаза III 1 193 пациенти с нелекуван авансирал фоликуларен лимфом получават индукционна терапия с R-CHOP ($n = 881$), R-CVP ($n = 268$) или R-FCM ($n = 44$) според избора на изследователите. Общо 1 078 пациенти се повлияват от индукционната терапия, от които 1 018 са рандомизирани за поддържащо лечение с ритуксимаб ($n = 505$) или за наблюдение ($n = 513$). Двете групи на лечение са добре балансирани по отношение на изходните характеристики и статуса на заболяването. Поддържащото лечение с ритуксимаб се състои от еднократна инфузия на ритуксимаб с 375 mg/m^2 телесна повърхност, прилагана през 2 месеца до прогресия на заболяването или за максимален период от две години.

Предварително определеният първичен анализ е проведен при медиана на времето на наблюдение 25 месеца от рандомизирането, поддържащата терапия с ритуксимаб води до клинично и статистически значимо подобрение на първичната крайна точка, оценена от

изследователя преживяемост без прогресия (PFS) в сравнение с наблюдението при пациентите с нелекуван фоликуларен лимфом (Таблица 9).

Значима полза от поддържащото лечение с ритуксимаб е наблюдавана също и при вторичните крайни точки – преживяемост без събития (EFS), време до следващото антилимфомно лечение (TNLT), време до следващата химиотерапия (TNCT) и обща честота на отговор (ORR) в първичния анализ (Таблица 9).

Данните от разширеното проследяване на пациенти в проучването (медиана на проследяване 9 години) потвърждават дългосрочната полза от поддържаща терапия с ритуксимаб по отношение на PFS, EFS, TNLT и TNCT (Таблица 9).

Таблица 9 Преглед на резултатите за ефикасност при поддържаща терапия с ритуксимаб спрямо наблюдение, при определения по протокол първичен анализ и след 9 години медиана на проследяване (окончателен анализ)

	Първичен анализ (медиана на проследяване: 25 месеца)		Окончателен анализ (медиана на проследяване: 9,0 години)	
	Наблюдение Ритуксимаб N=513	Наблюдение Ритуксимаб N=505	Наблюдение Ритуксимаб N=513	Наблюдение Ритуксимаб N=505
Първична крайна точка за ефикасност				
Преживяемост без прогресия (медиана)	NR	NR	4,06 години	10,49 години
log-rank p-стойност	< 0,0001		< 0,0001	
коефициент на риск (95% CI)	0,50 (0,39, 0,64)		0,61 (0,52, 0,73)	
намаление на риска	50%		39%	
Вторична крайна точка за ефикасност				
Обща преживяемост (медиана)	NR	NR	NR	NR
log-rank p-стойност	0,7246		0,7948	
коефициент на риск (95% CI)	0,89 (0,45, 1,74)		1,04 (0,77, 1,40)	
намаление на риска	11%		-6%	
Преживяемост без събития (медиана)	38 месеца	NR	4,04 години	9,25 години
log-rank p-стойност	< 0,0001		< 0,0001	
коефициент на риск (95% CI)	0,54 (0,43, 0,69)		0,64 (0,54, 0,76)	
намаление на риска	46%		36%	
TNLT (медиана)	NR	NR	6,11 години	NR
log-rank p-стойност	0,0003		< 0,0001	
коефициент на риск (95% CI)	0,61 (0,46, 0,80)		0,66 (0,55, 0,78)	
намаление на риска	39%		34%	
TNCT (медиана)	NR	NR	9,32 години	NR
log-rank p-стойност	0,0011		0,0004	
коефициент на риск (95% CI)	0,60 (0,44, 0,82)		0,71 (0,59, 0,86)	
намаление на риска	40%		39%	
Честота на обективен отговор*	55%	74%	61%	79%
p-стойност от хи-квадрат тест	< 0,0001		< 0,0001	
коефициент на риск (95% CI)	2,33 (1,73, 3,15)		2,43 (1,84, 3,22)	
Честота на пълен отговор (CR/CRu)*	48%	67%	53%	67%
p-стойност от хи-квадрат тест	< 0,0001		< 0,0001	
коефициент на риск (95% CI)	2,21 (1,65, 2,94)		2,34 (1,80, 3,03)	

* в края на поддържащата терапия/наблюдението; резултати от окончателния анализ, основани на медиана на

времето на проследяване 73 месеца.

FU: Не се достига към датата на заключение на базата данни на клиничното изпитване; TNCT: време до следващата химиотерапия; TNLT: време до следващото антилимфомно лечение.

Поддържащото лечение с ритуксимаб дава сходна полза във всички предварително определени подгрупи: пол (мъже, жени), възраст (< 60 години, ≥ 60 години), FLIPI скор (≤ 1, 2 или ≥ 3), индукционна терапия (R-CHOP, R-CVP или R-FCM) и независимо от качеството на отговора към индукционното лечение (CR, CRu или PR). Изследователските анализи на ползата от поддържащото лечение показват по-слабо изразен ефект при пациенти в старческа възраст (> 70 години), обаче размерът на извадката е малък.

Рецидивиращ/рефрактерен фоликуларен лимфом

В едно проспективно, отворено, международно, многоцентрово изпитване фаза III 465 пациенти с рецидивиращ/рефрактерен фоликуларен лимфом са рандомизирани като първа стъпка на индукционна терапия с CHOP (циклофосфамид, доксорубин, винкристин, преднизолон; n = 231) или ритуксимаб плюс CHOP (R-CHOP, n = 234). Двете групи на лечение са добре балансирани по отношение на изходните характеристики и статуса на заболяването. Общо 334 пациенти, постигнали пълна или частична ремисия след индукционна терапия, са рандомизирани във втората стъпка за поддържащо лечение с ритуксимаб (n = 167) или за наблюдение (n = 167). Поддържащата терапия с ритуксимаб се състои от еднократна инфузия на ритуксимаб в доза 375 mg/m² телесна повърхност, приложена през 3 месеца до прогресия на заболяването или за максимален период от две години.

Окончателният анализ на ефикасността включва всички пациенти, рандомизирани в двете части на проучването. След време на наблюдение с медиана от 31 месеца, при пациентите, рандомизирани в индукционната фаза, R-CHOP значимо подобрява изхода на пациентите с рецидивиращ/рефрактерен фоликуларен лимфом в сравнение с CHOP (вижте Таблица 10).

Таблица 10 Индукционна фаза: преглед на резултатите по отношение на ефикасността на CHOP спрямо R-CHOP (31 месеца медиана на времето на наблюдение)

	CHOP	R-CHOP	p-стойност	Намаление на риска ¹⁾	
Първична ефикасност	ORR ²⁾	74%	87%	0,0003	NA
	CR ²⁾	16%	29%	0,0005	NA
	PR ²⁾	58%	58%	0,9449	NA

¹⁾ Оценките са изчислени с коефициенти на риск

²⁾ Последното туморно повлияване, оценено от изследователя. „Първичният“ статистически тест за „повлияване“ е trend тест на CR срещу PR спрямо липса на отговор (p < 0,0001).

Съкращения: NA, няма данни; ORR: обща честота на отговор; CR: пълен отговор; PR: частичен отговор

При пациентите, рандомизирани в поддържащата фаза на клиничното изпитване, медианата на времето за наблюдение е 28 месеца от рандомизирането за поддържане. Поддържащото лечение с ритуксимаб води до клинично и статистически значимо подобрение на първичната крайна точка, PFS, (време от рандомизирането в поддържащата фаза до рецидив, прогресия на заболяването или смърт) в сравнение с пациентите само за наблюдение (p < 0,0001 log-rank тест). Медианата на PFS е 42,2 месеца в рамото с поддържащо лечение с ритуксимаб в сравнение с 14,3 месеца в рамото за наблюдение. Като се използва Сох-регресионен анализ, рискът от прогресия на заболяването или смърт е намален с 61% с поддържащата терапия с ритуксимаб в сравнение с групата за наблюдение (95% CI; 45%-72%). Изчислените степени без прогресия по Kaplan-Meier на 12-ти месец са 78% в групата с поддържащо лечение с ритуксимаб спрямо 57% в групата за наблюдение. Анализът на общата преживяемост потвърждава значимата полза от поддържащата терапия с ритуксимаб пред групата за наблюдение (p=0,0039 log-rank тест). Поддържащото лечение с ритуксимаб намалява риска от смърт с 56% (95% CI; 22% – 75%).

Таблица 11 Поддържаща фаза: преглед на резултатите по отношение на ефикасността на ритуксимаб спрямо наблюдение (28 месеца медиана на времето на наблюдение)

Показател за ефикасност	Оценка по Kaplan-Meier медиана на времето до събитието (месеци)			Намаление на риска
	Наблюдение (N = 167)	Ритуксимаб (N = 167)	Log-rank p-стойност	
Преживяемост без прогресия (PFS)	14,3	42,2	< 0,0001	61%
Обща преживяемост	NR	NR	0,0039	56%
Време до лечение на нов лимфом	20,1	38,8	< 0,0001	50%
Преживяемост без заболяване ^a	16,5	53,7	0,0003	67%
Анализ на подгрупите PFS				
CHOP	11,6	37,5	< 0,0001	71%
R-CHOP	22,1	51,9	0,0071	46%
CR	14,3	52,8	0,0008	64%
PR	14,3	37,8	< 0,0001	54%
OS				
CHOP	NR	NR	0,0348	55%
R-CHOP	NR	NR	0,0482	56%

NR: не е достигнато; ^a: приложимо само при пациенти, достигащи CR

Ползата от поддържащото лечение с ритуксимаб се потвърждава при всички анализирани подгрупи, независимо от схемата на индукционно лечение (CHOP или R-CHOP) или от качеството на повлияване на индукционното лечение (CR или PR) (Таблица 11). Поддържащата терапия с ритуксимаб значимо удължава медианата на PFS при пациенти, отговарящи на индукционно лечение с CHOP (медиана на PFS 37,5 месеца спрямо 11,6 месеца, $p < 0,0001$), както и при отговарящите на индукционно лечение с R-CHOP (медиана на PFS 51,9 месеца спрямо 22,1 месеца, $p = 0,0071$). Въпреки че подгрупите са малки, поддържащата терапия с ритуксимаб осигурява значителна полза по отношение на общата преживяемост както при пациентите, отговарящи на CHOP, така и при пациентите, отговарящи на R-CHOP, макар че е необходимо по-продължително проследяване, за да се потвърди това наблюдение.

Дифузен В-едроклетъчен неходжкинов лимфом при възрастни

В едно рандомизирано отворено изпитване общо 399 пациенти в старческа възраст (на възраст от 60 до 80 години) с дифузен В-едроклетъчен лимфом, нелекувани преди това, са получили стандартна CHOP химиотерапия (циклофосфамид 750 mg/m², доксорубицин 50 mg/m², винкристин 1,4 mg/m² до максимална доза 2 mg на ден 1-ви и преднизолон 40 mg/m² дневно в дните 1-ви-5-ти) през 3 седмици за осем цикъла или ритуксимаб 375 mg/m² плюс CHOP (R-CHOP). Ритуксимаб е прилаган в ден първи от всеки цикъл на лечение.

Окончателният анализ на ефикасността включва всички рандомизирани пациенти (197 CHOP, 202 R-CHOP), а медианата на времето на проследяване е приблизително 31 месеца. Двете групи на лечение са добре балансирани на изходно ниво по отношение на характеристиките и статуса на заболяването. Окончателният анализ потвърждава, че лечението с R-CHOP е свързано с клинично и статистически значимо подобрене на продължителността на преживяемостта без събития (първичен показател за ефикасност, където събития са смърт, рецидив или прогресия на лимфома или индукция на ново антилимфомно лечение) ($p = 0,0001$). Изчислената медиана на продължителност на преживяемостта без събития по Kaplan-Meier е 35 месеца в рамото с R-CHOP в сравнение с 13 месеца в рамото с CHOP, което представлява намаление на риска с

41%. На 24-ти месец изчислената обща преживяемост е 68,2% в рамото с R-СНОР в сравнение с 57,4% в рамото с СНОР. Последващият анализ на продължителността на общата преживяемост, направен при медиана на продължителността на проследяване от 60 месеца, е потвърдил ползата от лечението с R-СНОР в сравнение с СНОР ($p = 0,0071$), представляваща намаление на риска с 32%.

Анализът на всички вторични показатели (честота на отговор, преживяемост без прогресия, преживяемост без заболяване, продължителност на повлияване) потвърждава ефекта от лечението с R-СНОР в сравнение с СНОР. Честотата на пълен отговор след цикъл 8 е 76,2% в групата с R-СНОР и 62,4% в групата с СНОР ($p = 0,0028$). Рискът от прогресия на заболяването е намален с 46%, а рискът от рецидив – с 51%. Във всички подгрупи пациенти (пол, възраст, IPI, коригирана по възраст, степен по Ann Arbor, ECOG, $\beta 2$ -микроглобулин, LDH, албумин, В-симптоми, масивно заболяване, екстранодални локализации, засягане на костния мозък) съотношението на риска за преживяемост без събития и обща преживяемост (R-СНОР в сравнение с СНОР) е под 0,83 и 0,95 съответно. Лечението с R-СНОР е свързано с подобрение на резултата както при пациентите с висок риск, така и при тези с нисък риск според IPI, коригирана по възраст.

Клинично-лабораторни находки

При 67 пациенти, изследвани за човешки антимиши антитела (НАМА), не се наблюдава отговор. От 356 пациенти, изследвани за антитела срещу лекарството (ADA), 1,1% (4 пациенти) са положителни.

Хронична лимфоцитна левкемия

В две отворени рандомизирани изпитвания общо 817 нелекувани преди това пациенти и 552 пациенти с рецидивираща/рефрактерна ХЛЛ са рандомизирани да получат FC химиотерапия (флударабин 25 mg/m², циклофосфамид 250 mg/m², дни 1-ви – 3-ти) през 4 седмици в продължение на 6 цикъла или ритуксимаб в комбинация с FC (R-FC). Ритуксимаб е прилаган в доза 375 mg/m² през първия цикъл един ден преди химиотерапията и в доза 500 mg/m² в ден 1-ви на всеки следващ терапевтичен цикъл. Пациентите са изключвани от проучването при рецидивираща/рефрактерна ХЛЛ, ако преди това са лекувани с моноклонални антитела или ако са рефрактерни към флударабин или някой нуклеозиден аналог (определено като неуспех за достигане на частична ремисия в продължение най-малко на 6 месеца). Общо 810 пациенти (403 R-FC, 407 FC) в проучването за лечение от първа линия (Таблица 12а и Таблица 12б) и 552 пациенти (276 R-FC, 276 FC) в проучването при рецидивиращо/рефрактерно заболяване (Таблица 13) са анализирани за ефикасност.

В проучването за лечение от първа линия, след време на наблюдение с медиана от 48,1 месеца, медианата на преживяемост без прогресия е 55 месеца в R-FC групата и 33 месеца във FC групата ($p < 0,0001$, log-rank тест). Анализите на общата преживяемост продължават да показват значима полза на лечението с R-FC в сравнение със самостоятелното приложение на химиотерапия с FC ($p = 0,0319$, log-rank тест) (Таблица 12а). Ползата по отношение на преживяемост без прогресия се наблюдава при повечето подгрупи пациенти, анализирани според риска на заболяването на изходно ниво (т.е. стадии А-С по Binet) (Таблица 12б).

Таблица 12а Лечение от първа линия на хронична лимфоцитна левкемия
**Преглед на резултатите за ефикасност при ритуксимаб плюс FC спрямо FC
самостоятелно – 48,1 месеца медиана на времето на наблюдение**

Показател за ефикасност	Оценка по Kaplan-Meier медиана на времето до събитието (месеци)			Намаление на риска
	FC (N = 409)	R-FC (N = 408)	Log-rank p- стойност	
Преживяемост без прогресия (PFS)	32,8	55,3	< 0,0001	45%
Обща преживяемост	NR	NR	0,0319	27%
Преживяемост без събитие	31,3	51,8	< 0,0001	44%
Честота на отговор (CR, nPR или PR)	72,6%	85,8%	< 0,0001	n.a.
Честота на CR	16,9%	36,0%	< 0,0001	n.a.
Продължителност на отговора*	36,2	57,3	< 0,0001	44%
Преживяемост без заболяване (DFS)**	48,9	60,3	0,0520	31%
Време до ново лечение	47,2	69,7	< 0,0001	42%

Честота на отговор и честота на CR, анализирани с помощта на хи-квадрат тест. NR: не е достигнато; n.a.: неприложимо

*: приложимо само за пациентите, достигащи CR, nPR, PR

** : приложимо само при пациенти, достигащи CR

Таблица 12б Лечение от първа линия на хронична лимфоцитна левкемия
**Коефициенти на риска за преживяемост без прогресия според стадия по
Binet (ITT) – 48,1 месеца медиана на времето на наблюдение**

Преживяемост без прогресия (PFS)	Брой пациенти		Коефициент на риск (95% CI)	p-стойност (Wald тест, некоригиран)
	FC	R-FC		
Стадий А по Binet	22	18	0,39 (0,15; 0,98)	0,0442
Стадий В по Binet	259	263	0,52 (0,41; 0,66)	< 0,0001
Стадий С по Binet	126	126	0,68 (0,49; 0,95)	0,0224

CI: доверителен интервал

В проучването при рецидивиращо/рефрактерно заболяване медианата на преживяемост без прогресия (първична крайна точка) е 30,6 месеца в групата с R-FC и 20,6 месеца в групата с FC ($p = 0,0002$, log-rank тест). Ползата по отношение на PFS е наблюдавана при почти всички подгрупи пациенти, анализирани според риска на заболяването на изходно ниво. Съобщава се за леко, но незначително подобрене в общата преживяемост в рамото с R-FC в сравнение с рамото с FC.

Таблица 13 Лечение на рецидивираща/рефрактерна хронична лимфоцитна левкемия – преглед на резултатите по отношение на ефикасността на ритуксимаб плюс FC спрямо самостоятелно приложение на FC (25,3 месеца медиана на времето на наблюдение)

Показател за ефикасност	Оценка по Kaplan-Meier медиана на времето до събитието (месеци)			Намаление на риска
	FC (N = 276)	R-FC (N = 276)	Log-rank p-стойност	
Преживяемост без прогресия (PFS)	20,6	30,6	0,0002	35%
Обща преживяемост	51,9	NR	0,2874	17%
Преживяемост без събитие	19,3	28,7	0,0002	36%
Честота на отговор (CR, nPR или PR)	58,0%	69,9%	0,0034	n.a.
Честота на CR	13,0%	24,3%	0,0007	n.a.
Продължителност на повлияване *	27,6	39,6	0,0252	31%
	42,2	39,6	0,8842	-6%
Преживяемост без заболяване (DFS)** Време до ново лечение на ХЛЛ	34,2	NR	0,0024	35%

Честота на отговор и честота на CR, анализирани с използване на хи-квадрат тест.

*: приложимо само за пациентите, достигащи CR, nPR, PR;

NR: не е достигнато

n.a.: неприложимо

** : приложимо само при пациенти, достигащи CR;

Резултатите от другите поддържащи проучвания, прилагащи ритуксимаб в комбинация с други химиотерапевтични схеми (включващи CHOP, FCM, PC, PCM, бендамустин и кладрибин) за лечение на нелекувани преди това пациенти и/или пациенти с рецидивираща/рефрактерна ХЛЛ, също показват висока обща честота на отговор с полза по отношение на честотата на PFS, въпреки че се отбелязва умерено по-висока токсичност (особено миелотоксичност). Тези проучвания подкрепят употребата на ритуксимаб с всички видове химиотерапия.

Данни от приблизително 180 пациенти, лекувани преди това с ритуксимаб, показват клинична полза (включително CR) и подкрепят повторно лечение с ритуксимаб.

Педиатрична популация

Проведено е многоцентрово, открито, рандомизирано проучване на LMB химиотерапия (кортикостероиди, винкристин, циклофосфамид, висока доза метотрексат, цитарабин, доксорубицин, етопозид и тройна интратекална терапия [метотрексат/цитарабин/кортикостероид]) самостоятелно или в комбинация с ритуксимаб при педиатрични пациенти с нелекуван преди това CD20 позитивен DLBCL/BL/BAL/BLL в напреднал стадий. Напредналият стадий е определен като стадий III с повишени нива на LDH ("B-high"), [LDH > два пъти над установената в лечебното заведение горна граница на нормалните стойности за възрастни (> N x 2)], всеки стадий IV или BAL. Пациентите са рандомизирани за получаване на LMB химиотерапия или шест i.v. инфузии с ритуксимаб в доза 375 mg/m² телесна повърхност в комбинация с LMB химиотерапия (две по време на всеки от двата индукционни курса и един по време на всеки от двата консолидационни курса) според схемата LMB. Общо 328 рандомизирани пациенти са включени в анализите за ефикасност, от които един пациент на възраст под 3 години е получил ритуксимаб в комбинация с LMB химиотерапия.

Двете рамена на лечение, LMB (LMB химиотерапия) и R-LMB (LMB химиотерапия с

ритуксимаб), са добре балансирани по отношение на изходните характеристики. Медианата на възрастта на пациентите е 7 и 8 години съответно в рамото с LMB и с R-LMB. Приблизително половината от пациентите са в Група В (50,6% в рамото с LMB и 49,4% в рамото с R-LMB), 39,6% в Група С1 в двете рамена и 9,8% и 11,0% са в Група С3 съответно в рамената с LMB и с R-LMB. Въз основа на стадирането по Murphy повечето пациенти са или ВL стадий III (45,7% в рамото с LMB и 43,3% в рамото с R-LMB) или В-AL, ЦНС отрицателни (21,3% в рамото с LMB и 24,4% в рамото с R-LMB). При по-малко от половината пациенти (45,1% в двете рамена) е засегнат костният мозък, а при повечето пациенти (72,6% в рамото с LMB и 73,2% в рамото с R-LMB) ЦНС не е засегната. Първичната крайна точка за ефикасност е EFS, при което събитието е определено като настъпване на прогресия на заболяването, рецидив, второ злокачествено заболяване, смърт по каквито и да е причини или липса на отговор, доказано чрез откриване на остатъчни жизнеспособни клетки след втория курс CYVE, което настъпи първо. Вторичните крайни точки за ефикасност са OS и пълна ремисия.

При предварително уточнения междинен анализ след медиана на проследяване приблизително 1 година е наблюдавано клинично значимо подобрене на първичната крайна точка EFS, като изчислената 1-годишна честота е 94,2% (95% CI, 88,5% - 97,2%) в рамото с R-LMB спрямо 81,5% (95% CI, 73,0% - 87,8%) в рамото с LMB, а коригираният HR по Cox е 0,33 (95% CI, 0,14 – 0,79). По препоръка на независимата комисия за мониториране на данните (Independent Data Monitoring Committee, IDMC) въз основа на този резултат рандомизирането е спряно и на пациентите в рамото с LMB е позволено да преминат към получаване на ритуксимаб.

Първичните анализи на ефикасността са извършени при 328 рандомизирани пациенти с медиана на проследяване 3,1 години. Резултатите са описани в Таблица 14.

Таблица 14 Преглед на първичните резултати за ефикасност (ITT популация)

Анализ	LMB (N = 164)	R-LMB (N=164)
EFS	28 събития	10 събития
	Едностранин log-rank тест р-стойност 0,0006	
	Коригиран HR по Cox 0,32 (90% CI: 0,17; 0,58)	
3-годишна честота на EFS	82,3% (95% CI: 75,7%; 87,5%)	93,9% (95% CI: 89,1%; 96,7%)
OS	20 смъртни случая	8 смъртни случая
	Едностранин log-rank тест р-стойност 0,0061	
	Коригиран HR по модел на Cox 0,36 (95% CI: 0,16; 0,81)	
3-годишна честота на OS	87,3% (95% CI: 81,2%; 91,6%)	95,1% (95% CI: 90,5%; 97,5%)
Честота на CR	93,6% (95% CI: 88,2%; 97,0%)	94,0% (95% CI: 88,8%; 97,2%)

Съкращения: EFS: преживяемост без събитие; OS: обща преживяемост; CR: пълна ремисия

Първичният анализ за ефикасност показва полза по отношение на EFS от добавянето на ритуксимаб към LMB химиотерапия в сравнение със самостоятелно приложение на LMB химиотерапия, като HR за EFS е 0,32 (90% CI 0,17 – 0,58) от регресионен анализ по Cox, коригиран по национална група, хистология и терапевтична група. Въпреки че не е наблюдавана значителна разлика в броя на пациентите, постигнали пълна ремисия, между двете групи на лечение, ползата от добавянето на ритуксимаб към LMB химиотерапия е показана също и при вторичната крайна точка OS, като HR за OS е 0,36 (95% CI, 0,16 – 0,81).

Европейската Агенция по лекарствата освобождава от задължението за предоставяне на резултатите от проучванията с ритуксимаб във всички подгрупи на педиатричната популация при фоликуларен лимфом и ХЛЛ и в педиатричната популация на възраст от раждането до < 6 месеца при CD20 позитивен дифузен В-едроклетъчен В-клетъчен лимфом. Вижте точка 4.2 за информацията относно употребата в педиатрията.

Клиничен опит при ревматоиден артрит

Ефикасността и безопасността на ритуксимаб за облекчаване на симптомите и признаците на ревматоиден артрит при пациенти, които не се повлияват достатъчно от инхибитори на TNF, са доказани в едно основно рандомизирано, контролирано, двойносляпо многоцентрово изпитване (изпитване 1).

Изпитване 1 оценява 517 пациенти с неадекватен отговор или непоносимост към един или повече видове лечение с инхибитор на TNF. Пациентите, подходящи за изпитването, са с активен ревматоиден артрит, диагностициран според критериите на Американската колегия по ревматология (American College of Rheumatology, ACR). Ритуксимаб е прилаган под формата на две интравенозни инфузии през интервал от 15 дни. Пациентите получават 2 x 1 000 mg интравенозни инфузии с ритуксимаб или плацебо в комбинация с MTX. Всички пациенти получават съпътстващо 60 mg преднизон перорално на 2-7 ден и 30 mg на дни 8-14 след първата инфузия. Първичната крайна точка е процентът пациенти, които достигат повлияване ACR20 отговор на 24-та седмица. Пациентите са проследявани след 24-та седмица за дългосрочни крайни критерии, включително рентгенографско изследване на 56-та седмица и на 104-та седмица. През това време 81% от пациентите от първоначалната група с плацебо са получили ритуксимаб между 24-та и 56-та седмици съгласно протокола на отворено разширено проучване.

Изпитванията на ритуксимаб при пациенти с ранен артрит (пациенти без предшестващо лечение с метотрексат и пациенти с недостатъчен отговор към метотрексат, но все още нелекувани с TNF-алфа инхибитори) достигат своите първични крайни точки. Ритуксимаб не е показан при тези пациенти, тъй като няма достатъчно данни за безопасността при продължително лечение с ритуксимаб, особено по отношение на риска от развитие на злокачествени заболявания и ПМЛ.

Резултати по отношение на активността на заболяването

Ритуксимаб в комбинация с метотрексат значимо увеличава относителния дял пациенти, достигащи поне 20% подобрение на ACR скората, в сравнение с пациентите, лекувани само с метотрексат (Таблица 15). Във всички проучвания по време на разработване на продукта, ползата от лечението за пациентите е била сходна, независимо от възрастта, пола, телесната повърхност, расата, броя на предишните лечения или статуса на заболяването.

Клинично и статистически значимо подобрение е установено също и при всички индивидуални компоненти на ACR повлияване (брой на болезнени и подути стави, обща оценка на пациенти и лекар, скор на индекса на инвалидизиране (HAQ), оценка на болката и С-реактивен протеин (mg/dl).

Таблица 15 Клиничен отговор на първична крайна точка при изпитване 1 (ITT популация)

	Резултат†	Плацебо+MTX	Ритуксимаб+MTX (2 x 1 000 mg)
Изпитване 1		N = 201	N = 298
	ACR20	36 (18%)	153 (51%)***
	ACR50	11 (5%)	80 (27%)***
	ACR70	3 (1%)	37 (12%)***

	Резултат†	Плацебо+MTX	Ритуксимаб+MTX (2 x 1 000 mg)
	EULAR отговор (добър/умерен)	44 (22%)	193 (65%)***
	Средна промяна на DAS	-0,34	-1,83***

† Резултат след 24 седмици

Значима разлика от плацебо + MTX при първична времева точка: ***p ≤ 0,0001

Пациентите, лекувани с ритуксимаб в комбинация с метотрексат, имат значимо по-голямо намаление на скората за активност на заболяването (DAS28) в сравнение с пациентите, лекувани само с метотрексат (Таблица 15). Аналогично, във всички проучвания добър до умерен отговор според Европейска лига срещу ревматизма (European League Against Rheumatism, EULAR) е постигнат при значимо повече пациенти, лекувани с ритуксимаб и метотрексат, в сравнение с пациентите, лекувани само с метотрексат (Таблица 15).

Рентгенографски отговор

Структурните ставни увреждания са оценени рентгенографски, като са изразени чрез промените в модифицирания общ скор по Sharp (modified Total Sharp Score, mTSS) и неговите компоненти – скор за ерозия и за стесняване на ставното пространство.

При изпитване 1, проведено при пациенти с неадекватно повлияване или непоносимост към едно или повече лечения с инхибитори на TNF и получавали ритуксимаб в комбинация с метотрексат, на 56-та седмица са показали значимо по-слабо рентгенографско прогресиране в сравнение с пациентите, които са получавали първоначално само метотрексат. От пациентите, лекувани първоначално само с метотрексат, 81% са получили ритуксимаб като допълнително лечение между седмици 16-24-та или като продължение на клиничното изпитване преди 56-та седмица. По-голям процент от пациентите, получавали първоначално лечение с ритуксимаб/MTX, също не са имали прогресия на ерозивните процеси за 56 седмици (Таблица 16).

Таблица 16 Рентгенографски резултати след 1 година (mTT популация)

	Плацебо+MTX	Ритуксимаб+MTX 2 x 1 000 mg
Изпитване 1	(n=184)	(n=273)
Средна промяна от изходно ниво:		
Модифициран общ скор по Sharp	2,30	1,01*
Скор за ерозия	1,32	0,60*
Скор за стесняване на ставното пространство	0,98	0,41**
Процент пациенти без рентгенографски промени	46%	53%, NS
Процент пациенти без ерозивни промени	52%	60%, NS

150 пациенти, първоначално рандомизирани за приемане на плацебо + MTX в изпитване 1, получават поне един курс от RTX + MTX до една година

* p < 0,05, ** p < 0,001. Съкращение: NS, незначимо

Инхибирането на скоростта на прогресивно ставно увреждане е наблюдавано също продължително време. Рентгенографското изследване след 2 години при изпитване 1 показва значимо забавена прогресия на структурните ставни увреждания при пациенти, получаващи ритуксимаб в комбинация с метотрексат, в сравнение със самостоятелното приложение на метотрексат, както и значимо по-висок процент пациенти без прогресия на ставното увреждане за период от 2 години.

Резултати по отношение на физическата функция и качеството на живот

Наблюдавано е значително намаление на индекса на инвалидизиране (HAQ-DI) и скората за умора (FACIT-Fatigue) при пациенти, лекувани с ритуксимаб, в сравнение с пациентите, лекувани само с метотрексат. Процентът на пациентите, лекувани с ритуксимаб, с минимална

клинично значима разлика (MCID) в HAQ-DI (определен като индивидуално намаление на общия скор от > 0,22) е също по-висок отколкото при болните, получавали само метотрексат (Таблица 17).

Значимото подобрене на качеството на живот, свързано със здравето, се доказва и със значимото подобрене на скората за физическо здраве (PHS) и скората за психично здраве (MHS) при SF-36. Освен това значимо по-висок процент пациенти са постигнали MCIDs за тези скорове (Таблица 14).

Таблица 17 Резултати от физическата функция и качеството на живот на седмица 24 при изпитване 1

Резултат†	Плацебо+MTX	Ритуксимаб+MTX (2 x 1 000 mg)
Средна промяна на HAQ-DI	n = 201 0,1	n = 298 -0,4***
% HAQ-DI MCID	20%	51%
Средна промяна на FACIT-T	-0,5	-9,1***
Средна промяна на SF-36 PHS	n = 197 0,9	n = 294 5,8***
% SF-36 PHS MCID	13%	48%***
Средна промяна на SF-36 MHS	1,3	4,7**
% SF-36 MHS MCID	20%	38%*

† Резултат след 24 седмици

Значима разлика от плацебо в първостепенната времева точка: *p < 0,05, **p < 0,001 ***p ≤ 0,0001

MCID HAQ-DI ≥ 0,22, MCID SF-36 PHS > 5,42, MCID SF-36 MHS > 6,33

Ефикасност при серопозитивни пациенти с автоантитела (RF и/или анти-CCP)

Серопозитивни пациенти с ревматоиден фактор (RF) и/или анти-циклически цитрулиниран пептид (анти-CCP), лекувани с ритуксимаб в комбинация с метотрексат, показват по-силен отговор в сравнение с пациенти, негативни за двата фактора.

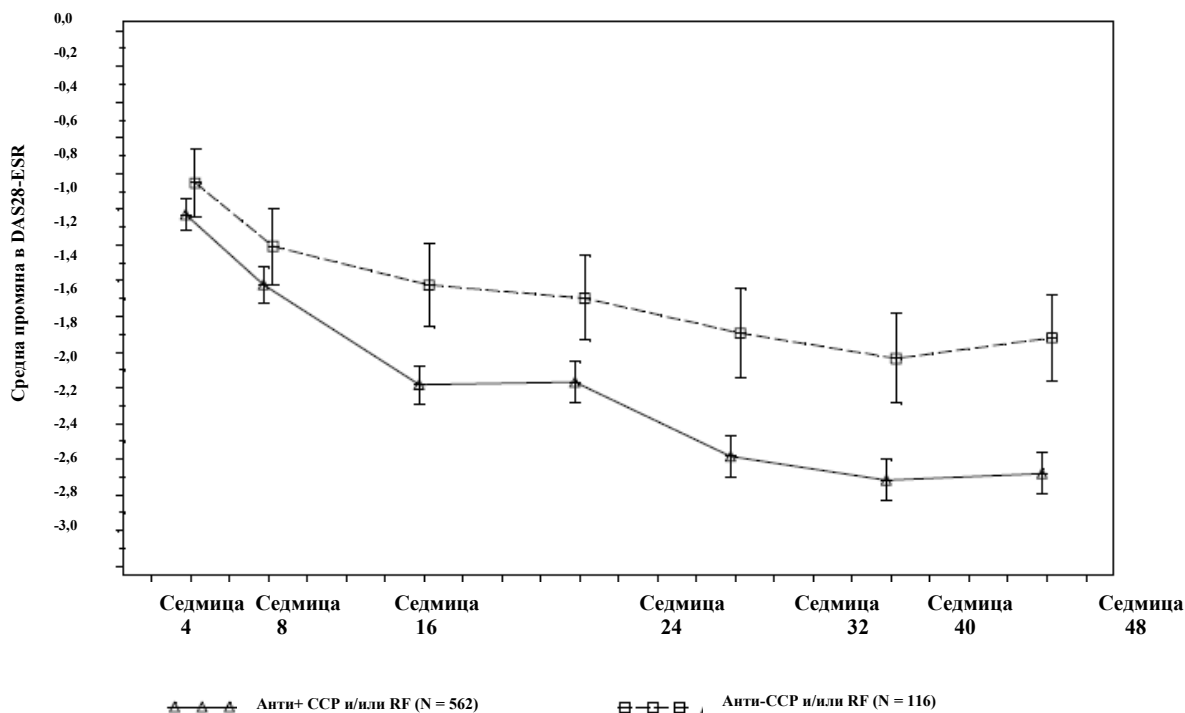
Резултатите за ефикасност при пациенти, лекувани с ритуксимаб, са анализирани въз основа на статуса на автоантителата преди началото на лечението. На 24-та седмица при пациентите, серопозитивни за RF и/или анти-CCP на изходно ниво, съществува значимо по-висока вероятност от достигане на ACR20 и 50 отговори в сравнение със серонегативните пациенти (p = 0,0312 и p = 0,0096) (Таблица 18). Тези находки се повтарят на 48-та седмица, когато серопозитивността по отношение на автоантителата също значимо повишава вероятността от достигане на ACR70. На 48-та седмица вероятността серопозитивните пациенти да достигнат ACR отговори е 2 – 3 пъти по-голяма в сравнение със серонегативните болни. Сероположителните пациенти имат също значимо по-голямо намаление на DAS28-ESR в сравнение със сероотрицателните пациенти (фигура 1).

Таблица 18 Обобщение на ефикасността според статуса на автоантителата на изходно ниво

	Седмица 24		Седмица 48	
	Сероположителни (n = 514)	Сероотрицателни (n = 106)	Сероположителни (n = 506)	Сероотрицателни (n = 101)
ACR20 (%)	62,3*	50,9	71,1*	51,5
ACR50 (%)	32,7*	19,8	44,9**	22,8
ACR70 (%)	12,1	5,7	20,9*	6,9
EULAR отговор (%)	74,8*	62,9	84,3*	72,3
Средна промяна на DAS28-ESR	-1,97**	-1,50	-2,48***	-1,72

Нивата на значимост са определени като *p < 0,05, **p < 0,001, ***p < 0,0001.

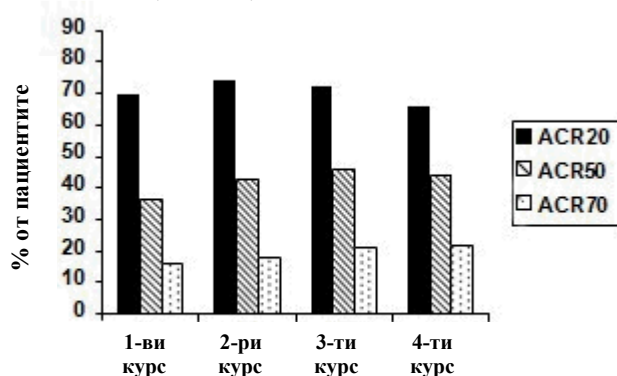
Фигура 1: Промени от изходното ниво на DAS28-ESR според статуса на автоантителата на изходно ниво



Продължителна ефикасност при многократни курсове на терапия

Лечението с ритуксимаб в комбинация с метотрексат при многократни курсове води до устойчиво подобрене на клиничните признаци и симптоми на РА според ACR, DAS28-ESR и отговорите по EULAR, което се установява при всички изследвани популации пациенти (фигура 2). Наблюдавано е устойчиво подобрене на физическата функция според точките за HAQ-DI и процента пациенти, постигнали MCID за HAQ-DI.

Фигура 2: ACR отговори за 4 курса на лечение (24 седмици след всеки курс (за пациент, за посещение) при пациенти с недостатъчно повлияване от инхибитори на TNF (n = 146)



Клинично-лабораторни находки

Общо 392/3 095 (12,7%) пациенти с ревматоиден артрит показват положителен резултат за ADA при клиничните изпитвания след лечение с ритуксимаб. Появата на ADA при повечето пациенти не е свързана с клинично влошаване или с увеличен риск от реакции след последващи инфузии. Наличието на ADA може да се свърже с влошаване на реакциите, свързани с инфузията, или с алергичните реакции след втората инфузия на последващите курсове.

Педиатрична популация

Европейската Агенция по лекарствата освобождава от задължението за предоставяне на резултатите от проучванията с ритуксимаб във всички подгрупи на педиатричната популация при аутоимунен артрит. Вижте точка 4.2 за информацията относно употребата в педиатрията.

Клиничен опит при грануломатоза с полиангиит (ГПА) и микроскопски полиангиит (МПА)

Индукция на ремисия при възрастни

В ГПА/МПА Проучване 1 общо 197 пациенти на възраст 15 години или по-големи с тежка активна ГПА (75%) и МПА (24%) са включени и лекувани в контролирано с активен сравнителен продукт, рандомизирано, двойнослепо, плацебо-контролирано многоцентрово изпитване за доказване на не по-малка ефикасност.

Пациентите са рандомизирани в съотношение 1:1 за приемане на циклофосфамид перорално дневно (2 mg/kg/ден) в продължение на 3-6 месеца или ритуксимаб (375 mg/m²) веднъж седмично в продължение на 4 седмици. Всички пациенти в рамките на циклофосфамид получават поддържаща терапия с азатиоприн по време на проследяването. Пациентите в двете рамена получават 1 000 mg пулсово интравенозно (i.v.) метилпреднизолон (или друг глюкокортикоид в еквивалентна доза) дневно за 1 до 3 дни, последвано от преднизон перорално (1 mg/kg/ден, не повече от 80 mg на ден). Намалването на дозата на преднизон трябва да е завършило до 6 месеца от началото на лечението в изпитването.

Измерител за първичния резултат е постигане на пълна ремисия на 6-ия месец, определена като 0 точки според Бирмингамския скор за активност на васкулита при грануломатоза на Wegener (Birmingham Vasculitis Activity Score for Wegener's Granulomatosis - BVAS/WG) и спиране на терапията с глюкокортикоид. Предварително определената граница за не по-малка ефикасност за разлика в лечението е 20%. Клиничното изпитване показва не по-малка ефикасност на ритуксимаб в сравнение с циклофосфамид по отношение на пълна ремисия на 6-ия месец (Таблица 19).

Ефикасност е наблюдавана както при пациенти с новодиагностицирано заболяване, така и при пациенти с рецидивиращо заболяване (Таблица 20).

Таблица 19 Процент на възрастните пациенти, постигнали пълна ремисия на 6-ия месец (популация Intent-to-treat*)

	Ритуксимаб (n = 99)	Циклофосфамид (n = 98)	Разлика в лечението (ритуксимаб- циклофосфамид)
Честота	63,6%	53,1%	10,6% 95,1% ^б CI (-3,2%, 24,3%) ^а
– CI = доверителен интервал. – * Прилагане на метода на най-лошия случай			
^а Доказана е не по-малка ефикасност, тъй като долната граница (-3,2%) е по-висока от предварително определената граница за не по-малка ефикасност (-20%).			
^б Доверителният интервал от 95,1% отразява допълнително 0,001 алфа от междинния анализ на ефикасността.			

Таблица 20 Пълна ремисия на 6-ия месец според статуса на заболяването

	Ритуксимаб	Циклофосфамид	Разлика (CI 95%)
Всички пациенти	n=99	n=98	
Новодиагностицирани	n=48	n=48	
С рецидив	n=51	n=50	
Пълна ремисия			
Всички пациенти	63,6%	53,1%	10,6% (-3,2, 24,3)
Новодиагностицирани	60,4%	64,6%	-4,2% (-23,6, 15,3)
С рецидив	66,7%	42,0%	24,7% (5,8, 43,6)

Прилага се метода на най-лошия случай за пациенти с липсващи данни

Пълна ремисия на 12-ия и 18-ия месец

В групата с ритуксимаб 48% от пациентите постигат пълна ремисия на 12-ия месец, а 39% от пациентите постигат пълна ремисия на 18-ия месец. При пациентите, лекувани с циклофосфамид (последвано от азатиоприн за поддържане на пълна ремисия), 39% от пациентите постигат CR на 12-ия месец, а 33% от пациентите постигат CR на 18-ия месец. От 12-ия месец до 18-ия месец са наблюдавани 8 случая на рецидив в групата на ритуксимаб, в сравнение с четири в групата на циклофосфамид.

Лабораторна оценка

Общо 23/99 (23%) от пациентите, лекувани с ритуксимаб от клиничното изпитване за индукция на ремисия, са положителни за ADA до 18-тия месец. Нито един от 99-те пациенти, лекувани с ритуксимаб, не е положителен за ADA при скрининга. Няма видима тенденция или отрицателно въздействие на наличието на ADA върху безопасността или ефикасността в клиничното изпитване за индукция на ремисия.

Поддържащо лечение при възрастни

Общо 117 пациенти (88 с ГПА, 24 с МПА и 5 с ограничен в бъбреците васкулит, свързан с ANCA) в ремисия на заболяването, са рандомизирани да получават азатиоприн (59 пациенти) или ритуксимаб (58 пациенти) в проспективно, многоцентрово, контролирано, открито проучване. Включените пациенти са на възраст от 21 до 75 години и имат новодиагностицирано или рецидивиращо заболяване в пълна ремисия след комбинирано лечение с глюкокортикоиди и пулсово лечение с циклофосфамид. Повечето от пациентите са положителни за ANCA при диагностицирането или в хода на тяхното заболяване, имат хистологично потвърден некротизиращ васкулит на малките кръвоносни съдове с клиничен фенотип на ГПА или МПА, или ограничен в бъбреците васкулит, свързан с ANCA, или и двете.

Терапията за индукция на ремисия включва преднизон интравенозно, прилаган по преценка на изследователя, предхождан при някои пациенти от пулсово лечение с метилпреднизолон и с циклофосфамид до постигане на ремисия след 4 до 6 месеца. По това време и в рамките на максимум 1 месец след последния пулс с циклофосфамид, пациентите са разпределени на случаен принцип да получават ритуксимаб (две интравенозни инфузии от 500 mg, разделени през две седмици (на ден 1 и ден 15), последвани от 500 mg i.v. на всеки 6 месеца в продължение на 18 месеца), или азатиоприн (прилаган перорално в доза 2 mg/kg/ден в продължение на 12 месеца, след това 1,5 mg/kg/ден за 6 месеца и накрая 1 mg/kg/ден в продължение на 4 месеца (преустановяване на лечението след тези 22 месеца)). При лечението с преднизон дозата е намалявана постепенно и след това задържана на ниска доза (приблизително 5 mg на ден) в продължение на най-малко 18 месеца след рандомизацията. Намаляването на дозата на преднизон и решението за спиране на лечението с преднизон след 18-ия месец са по преценка на изследователя.

Всички пациенти са проследявани до 28-ми месец (10 или 6 месеца съответно след последната инфузия на ритуксимаб или доза на азатиоприн). Необходима е профилактика на пневмония,

причинена от *Pneumocystis jirovecii*, при всички пациенти с брой на CD4+ Т лимфоцити под 250 на кубичен милиметър.

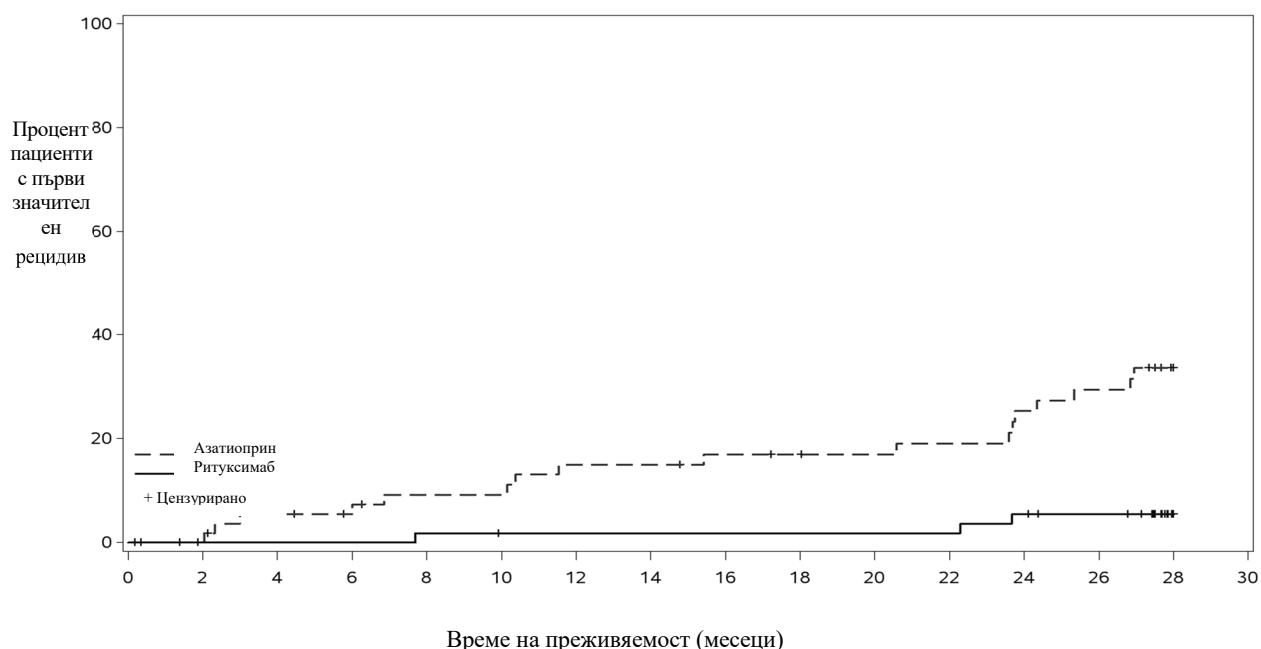
Измерител за първичния резултат е честотата на значителен рецидив на 28-ми месец.

Резултати

На 28-ия месец значителен рецидив (определен като повторна поява на клинични и/или лабораторни признаци на активност на васкулита ($[BVAS] > 0$), които биха могли да доведат до органа недостатъчност или увреждане, или биха могли да бъдат животозастрашаващи) е настъпил при 3 пациенти (5%) в групата с ритуксимаб и 17 пациенти (29%) в групата с азатиоприн ($p=0,0007$). Незначителни рецидиви (които не са животозастрашаващи и не предизвикват значително органно увреждане) са настъпили при седем пациенти в групата с ритуксимаб (12%) и при осем пациенти в групата с азатиоприн (14%).

Кривите на кумулативната честота показват, че времето до първия значителен рецидив е по-продължително при пациенти с ритуксимаб, като се започне от 2-ия месец и се поддържа до 28-ия месец (фигура 3).

Фигура 3: Кумулативна честота за времето на първи значителен рецидив



Брой пациенти със значителен рецидив	
Азатиоприн	0 0 3 3 5 5 8 8 9 9 9 10 13 15 17
Ритуксимаб	0 0 0 0 1 1 1 1 1 1 1 1 3 3 3
Брой пациенти в риск	
Азатиоприн	59 56 52 50 47 47 44 44 42 41 40 39 36 34 0
Ритуксимаб	58 56 56 56 55 54 54 54 54 54 54 54 52 50 0

Забележка: Пациентите са цензурирани на 28-ия месец, ако не са имали събитие.

Лабораторни оценки

Общо 6/34 (18%) от пациентите, лекувани с ритуксимаб в клиничното изпитване с поддържаща терапия, са развили ADA. Няма видима тенденция или отрицателно въздействие на наличието на ADA върху безопасността или ефикасността в клиничното изпитване с поддържаща терапия.

Педиатрична популация

Грануломатоза с полиангиит (ГПА) и микроскопски полиангиит (МПА)

Проучване WA25615 (PePRS) е многоцентрово, открито, неконтролирано проучване с едно рамо при 25 педиатрични пациенти (на възраст ≥ 2 до < 18 години) с тежка активна ГПА или МПА. Медианата на възрастта на пациентите в проучването е 14 години (диапазон: 6-17 години), като повечето от пациентите (20/25 [80%]) са от женски пол. Общо 19 пациенти (76%) имат ГПА и 6 пациенти (24%) имат МПА на изходно ниво. Осемнадесет пациенти (72%) имат новодиагностицирано заболяване при включване в проучването (13 пациенти с ГПА и 5 пациенти с МПА), а 7 пациенти имат рецидивиращо заболяване (6 пациенти с ГПА и 1 пациент с МПА).

Дизайнът на проучването се състои от начална 6-месечна фаза на въвеждане в ремисия с най-малко 18-месечно проследяване до общо максимално 54 месеца (4,5 години). Пациентите трябва да получат най-малко 3 дози i.v. метилпреднизолон (30 mg/kg/ден, без да се надвишава 1 g/ден) преди първата i.v. инфузия на ритуксимаб. Ако е клинично показано, могат да бъдат приложени до три допълнителни дневни дози i.v. метилпреднизолон. Схемата на въвеждане в ремисия се състои от общо четири i.v. инфузии с ритуксимаб, по една веднъж седмично, в доза 375 mg/m² телесна повърхност на дни 1, 8, 15 и 22 от проучването, в комбинация с перорален преднизолон или преднизон 1 mg/kg/ден (макс. 60 mg/ден), като дозата се намалява постепенно до минимум от 0,2 mg/kg/ден (макс. 10 mg/ден) към Месец 6. След фазата на въвеждане в ремисия, пациентите могат (по преценка на изследователя) да получават последващи инфузии с ритуксимаб на или след Месец 6 за поддържане на ремисията по PVAS (Педиатричен скор за активност на васкулит, Pediatric Vasculitis Activity Score) и контрол на активността на заболяването (включително прогресия на заболяването или обостряне) или за постигане на първа ремисия.

Всички 25 пациенти са завършили всичките четири i.v. инфузии веднъж седмично за 6-месечната фаза на въвеждане в ремисия. Общо 24 от 25 пациенти са завършили най-малко 18 месеца на проследяване.

Целите на това проучване са оценка на безопасност, ФК параметри и ефикасност на ритуксимаб при педиатрични пациенти с ГПА и МПА (на възраст ≥ 2 до < 18 години). Целите за ефикасност в проучването са експлораторни и са оценявани предимно при използване на PVAS (Таблица 21).

Кумулативна доза на глюкокортикоиди (i.v. и перорална) към месец 6:

Двадесет и четири от 25 пациенти (96%) в проучване WA25615 са постигнали постепенно намаляване на дозата на глюкокортикоида до 0,2 mg/kg/ден (по-малко от или равно на 10 mg/ден, което е по-ниско) на или до Месец 6 по време на фазата на постепенно намаляване на пероралните стероиди, определена според протокола на проучването.

Намаление на медианата на общата перорална употреба на глюкокортикоиди се наблюдава от Седмица 1 (медиана = 45 mg еквивалентна доза преднизон [IQR: 35 – 60]) до Месец 6 (медиана = 7,5 mg [IQR: 4-10]), която след това се поддържа до Месец 12 (медиана = 5 mg [IQR: 2-10]) и Месец 18 (медиана = 5 mg [IQR: 1-5]).

Последващо лечение

По време на периода на цялото проучване, пациентите са получили между 4 и 28 инфузии на ритуксимаб (до 4,5 години [53,8 месеца]). Пациентите са получили до 4 пъти по 375 mg/m² от ритуксимаб, приблизително на всеки 6 месеца по преценка на изследователя. Общо 17 от 25 пациенти (68%) са получили допълнително лечение с ритуксимаб на или след Месец 6 до приключване на проучването, а 14 от 17-те са получили допълнително лечение с ритуксимаб между Месец 6 и Месец 18.

Таблица 21 Проучване WA25615 (PePRS) – Ремисия според PVAS към Месец 1, 2, 4, 6, 12 и 18

Визита по проучването	Брой респондери в ремисия според PVAS* (честота на отговор [%]) n=25	95% CI ^a
Месец 1	0	0,0%, 13,7%
Месец 2	1 (4,0%)	0,1%, 20,4%
Месец 4	5 (20,0%)	6,8%, 40,7%
Месец 6	13 (52,0%)	31,3%, 72,2%
Месец 12	18 (72,0%)	50,6%, 87,9%
Месец 18	18 (72,0%)	50,6%, 87,9%
<p>* PVAS 0 и постигнато намаляване на дозата на глюкокортикоида до 0,2 mg/kg/ден (или 10 mg/ден, което е по-ниско) в момента на оценка ^a Резултатите за ефикасност са експлораторни и не е провеждано официално статистическо изследване за тези крайни точки Лечението с ритуксимаб (375 mg/m² x 4 инфузии) до Месец 6 е еднакво за всички пациенти. Лечението при проследяване след Месец 6 е по преценка на изследователя.</p>		

Лабораторни оценки

Общо 4/25 пациенти (16%) развиват ADA по време на целия период на проучване. Ограничени данни показват, че не се наблюдава тенденция в нежеланите реакции, съобщени при положителни за ADA пациенти.

Няма видима тенденция или отрицателно въздействие на наличието на ADA върху безопасността или ефикасността в клиничните изпитвания при педиатрични пациенти с ГПА и МПА.

Европейската агенция по лекарствата освобождава от задължението за предоставяне на резултатите от проучванията с ритуксимаб при педиатричната популация на възраст < 2 години при тежка активна ГПА или МПА. Вижте точка 4.2 за информацията относно употреба в педиатрията.

Клиничен опит при пемфигус вулгарис

ПВ Проучване 1 (проучване ML22196)

Ефикасността и безопасността на ритуксимаб в комбинация с краткотрайна терапия с ниски дози глюкокортикоид (преднизон) са оценени при новодиагностицирани пациенти с умерен до тежък пемфигус (74 с пемфигус вулгарис [ПВ] и 16 с пемфигус фолиацеус [ПФ]) в това рандомизирано, открито, контролирано, многоцентрово проучване. Пациентите са на възраст между 19 и 79 години и не са получавали преди това лечение за пемфигус. В популацията с ПВ 5 (13%) пациенти в групата на ритуксимаб и 3 (8%) пациенти в групата на стандартна доза преднизон са имали умерено заболяване, а 33 (87%) пациенти в групата на ритуксимаб и 33 (92%) пациенти в групата на стандартна доза преднизон са имали тежко заболяване според критериите на Harman за тежест на заболяването.

Пациентите са стратифицирани по изходна тежест на заболяването (умерено или тежко) и са рандомизирани 1:1 да получават ритуксимаб и ниска доза преднизон, или стандартна доза преднизон. Пациентите, рандомизирани в групата на ритуксимаб, получават начална интравенозна инфузия с 1 000 mg ритуксимаб на ден 1 от проучването в комбинация с 0,5 mg/kg/ден преднизон перорално, с постепенно намаляване на дозата в продължение на 3 месеца, ако имат умерено заболяване, или 1 mg/kg/ден преднизон перорално, с постепенно намаляване на дозата в продължение на 6 месеца, ако имат тежко заболяване, и втора интравенозна инфузия с 1 000 mg на ден 15 от проучването. Поддържащи инфузии с ритуксимаб 500 mg се прилагат на 12-ия и 18-ия месец. Пациентите, рандомизирани в групата на стандартна доза преднизон, получават първоначално 1 mg/kg/ден преднизон перорално, с постепенно намаляване на дозата в продължение на 12 месеца, ако имат умерено заболяване, или 1,5 mg/kg/ден преднизон перорално, с постепенно намаляване на дозата в продължение на 18 месеца, ако имат тежко заболяване. Пациентите в групата на ритуксимаб, които получават рецидив, могат да получат допълнителна инфузия с ритуксимаб 1 000 mg в комбинация с преднизон във възобновена или повишена доза. Инфузиите за поддържаща терапия и рецидив се прилагат не по-рано от 16 седмици след предшестващата инфузия.

Първичната цел на проучването е постигане на пълна ремисия (пълна епителизация и липса на нови и/или установени лезии) на 24-ия месец без прилагане на терапия с преднизон в продължение на два или повече месеца (CRoff за ≥ 2 месеца).

Резултати от ПВ Проучване 1

Проучването показва статистически значими резултати на ритуксимаб и ниска доза преднизон в сравнение със стандартна доза преднизон при постигане на CRoff ≥ 2 месеца на 24-ия месец при пациенти с ПВ (вж. Таблица 22).

Таблица 22 Процент на пациентите с ПВ, които са постигнали пълна ремисия без терапия с кортикостероиди в продължение на два или повече месеца, на 24-ия месец (Intent-to-Treat популация - ПВ)

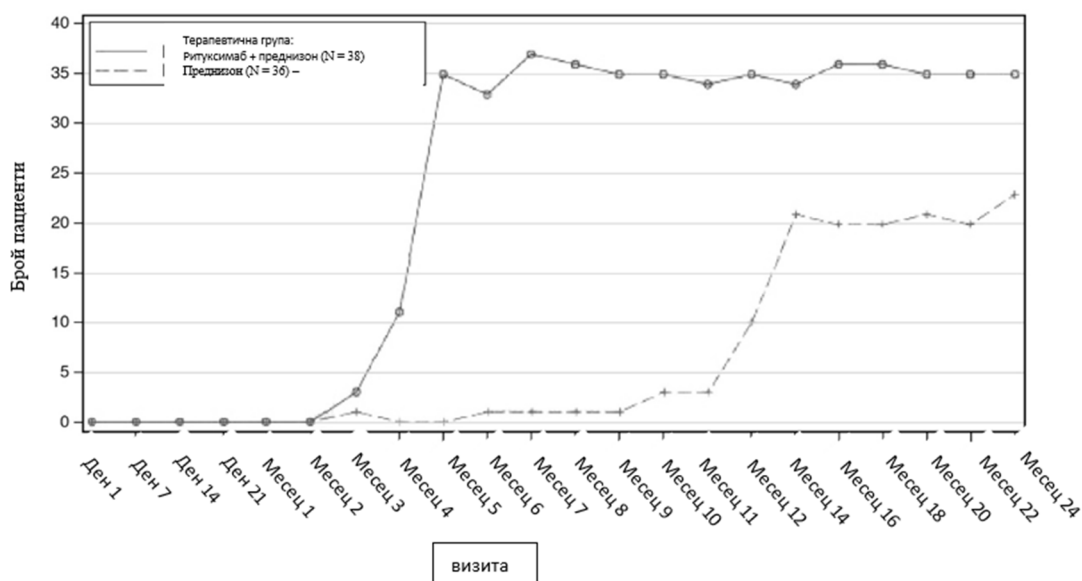
	Ритуксимаб + Преднизон N = 38	Преднизон N = 36	p-стойност^a	95% CI^b
Брой респондери (честота на отговор [%])	34 (89,5%)	10 (27,8%)	< 0,0001	61,7% (38,4, 76,5)

^ap-стойността е получена от точен тест на Fisher с mid-p корекция

^b95% доверителен интервал е коригиран Newcombe интервал

Броят на пациентите на ритуксимаб плюс ниска доза преднизон, без терапия с преднизон или на минимална терапия (доза преднизон 10 mg или по-малка на ден) в сравнение с пациенти на стандартна доза преднизон през 24-месечния период на лечение демонстрира спестяващ употребата на стероиди ефект на ритуксимаб (фигура 4).

Фигура 4: Брой пациенти, които през времето са били на терапия без или със минимално количество кортикостероид (≤ 10 mg/ден)



Post-hoc ретроспективна лабораторна оценка

Общо 19/34 (56%) пациенти с ПВ, лекувани с ритуксимаб, са положителни за ADA антитела до 18 месеца. Не е ясна клиничната значимост на образуването на ADA при пациенти с ПВ, лекувани с ритуксимаб.

ПВ Проучване 2 (Проучване WA29330)

В рандомизирано, двойносляпо, двойномаскирано, многоцентрово проучване с активно сравнително лекарство, е сравнена безопасността с ефикасността на ритуксимаб с тази на микофенолат мофетил (MMF) при пациенти с умерен до тежък ПВ, които получават 60 – 120 mg/ден перорален преднизон или еквивалент (1,0 – 1,5 mg/kg/ден) при включване в проучването с постепенно намаляване на дозата до 60 или 80 mg/ден към Ден 1. Пациентите са с потвърдена диагноза ПВ в рамките на предишните 24 месеца и с доказано умерено до тежко заболяване (определено като общ PDAI (Pemphigus Disease Area Index) скор на активност ≥ 15).

Сто тридесет и пет пациенти са рандомизирани за лечение с ритуксимаб 1 000 mg, приложен в Ден 1, Ден 15, Седмица 24 и Седмица 26 или перорален MMF 2 g/ден за 52 седмици, в комбинация с 60 или 80 mg перорален преднизон, като дозата на преднизона се намалява постепенно до 0 mg/ден до Седмица 24.

Първичната цел за ефикасност на това изпитване е да оцени ефикасността на ритуксимаб в Седмица 52, в сравнение с MMF, за постигане на продължителна пълна ремисия, определена като постигане на излекуване на лезиите без нови активни лезии (т.е. PDAI скор за активност 0), при 0 mg/ден преднизон или еквивалент, както и поддържането на този отговор за поне 16 последователни седмици по време на 52-седмичния период.

Резултати от ПВ Проучване 2

Проучването демонстрира превъзходството на ритуксимаб над MMF в комбинация с постепенно намаляващ курс на перорални кортикостероиди при постигане на пълна ремисия без кортикостероиди ≥ 16 седмици в Седмица 52 при пациенти с ПВ (Таблица 23). Мнозинството от пациентите в модифицираната ITT популация са новодиагностицирани (74%), а 26% от пациентите имат установено заболяване (продължителност на болестта ≥ 6 месеца) и са получавали лечение за ПВ.

Таблица 23 Процент на пациентите с ПВ, които постигат стабилна пълна ремисия без кортикостероидна терапия за 16 или повече седмици в Седмица 52 (модифицирана ITT популация)

	Ритуксимаб (N=62)	MMF (N=63)	Разлика (95% CI)	р-стойност
Брой респондери (степен на отговор[%])	25 (40,3%)	6 (9,5%)	30,80% (14,70%, 45,15%)	< 0,0001
Новодиагностицирани пациенти	19 (39,6%)	4 (9,1%)		
Пациенти с установено заболяване	6 (42,9%)	2 (10,5%)		

MMF = Микофенолат мофетил; CI = Доверителен интервал.
 Новодиагностицирани пациенти = продължителност на заболяването < 6 месеца или без предшестващо лечение за ПВ.
 Пациенти с установено заболяване = продължителност на заболяването ≥ 6 месеца и с предшестващо лечение за ПВ.
 За определяне на р-стойността е използван тестът на Cochran-Mantel-Haenszel.

Анализът на всички вторични параметри (вкл. кумулативна перорална кортикостероидна доза, общ брой обостряния на заболяването, промяна в качеството на живот, свързано със здравето и измерено чрез Дерматологичния индекс на качеството на живот) потвърждават статистически значимите резултати с ритуксимаб в сравнение с MMF. Изпитването за вторични крайни точки е контролирано за множественост.

Глюкокортикоидна експозиция

Кумулативната доза перорални кортикостероиди е значително по-ниска при пациенти, лекувани с ритуксимаб. Медианата на кумулативната доза преднизон (min, max) в Седмица 52 е 2 775 mg (450, 22 180) в групата с ритуксимаб, в сравнение с 4 005 mg (900, 19 920) в групата с MMF (p=0,0005). Общият брой обостряния при пациентите, лекувани с ритуксимаб, в сравнение с MMF, е значително по-нисък (6 срещу 44 (p<0,0001)), а пациентите с поне едно обостряне на заболяването са по-малко (8,1% срещу 41,3%).

Лабораторни оценки

Към Седмица 52, общо 20/63 (31,7%) от пациентите, лекувани с ритуксимаб за ПВ, показват положителни резултати за ADA (при 19 от тях те са индуцирани от лечението, а при 1 са подсилени от лечението). Наличието на ADA няма видимо негативно влияние върху безопасността или ефикасността в ПВ Проучване 2.

5.2 Фармакокинетични свойства

Неходжкинов лимфом при възрастни

При един популационен фармакокинетичен анализ при 298 пациенти с НХЛ, които получават еднократно или многократно инфузия с ритуксимаб като монотерапия или в комбинация с СНОР терапия (приложените дози на ритуксимаб варират от 100 до 500 mg/m²), обичайните популационни изчисления на неспецифичния клирънс (CL₁), специфичния клирънс (CL₂), вероятно с приноса на В клетките или туморното натоварване, и обема на разпределение в централния компартимент (V₁) показват съответно 0,14 l/ден, 0,59 l/ден и 2,7 l. Изчислената медиана на терминален елиминационен полуживот на ритуксимаб е 22 дни (диапазон 6,1 до 52 дни). Изходният брой на CD19-позитивните клетки и размерът на измеримите туморни лезии допринасят за известна вариабилност на CL₂ на ритуксимаб при данните от 161 пациенти, получавали 375 mg/m² под формата на интравенозна инфузия в продължение на 4 седмици. Пациентите с по-висок брой CD19-позитивни клетки или туморни лезии имат по-голям CL₂.

След корекция за броя на CD19-позитивни клетки и размера на туморните лезии, обаче, CL_2 остава голям компонент на интериндивидуална вариабилност. V_1 варира според площта на телесната повърхност (ПТП) и СНОР терапията. Тази вариабилност на V_1 (27,1% и 19,0%), зависи съответно от границите на ПТП (1,53 до 2,32 m²) и едновременно прилаганата СНОР терапия, е относително малка. Възрастта, полът и статусът на представяне по СЗО нямат ефект върху фармакокинетиката на ритуксимаб. Този анализ показва, че коригирането на дозата на ритуксимаб според някой от изследваните показатели не се очаква да доведе до значимо намаление на фармакокинетичната вариабилност.

Ритуксимаб, прилаган под формата на интравенозна инфузия в доза 375 mg/m² през интервал от една седмица в продължение на 4 дози при 203 пациенти с НХЛ, които не са лекувани с ритуксимаб дотогава, води до средна C_{max} след четвъртата инфузия от 486 µg/ml (граница 77,5 до 996,6 µg/ml). Ритуксимаб се открива в серума на пациенти 3 – 6 месеца след края на последното лечение.

При приложението на ритуксимаб в доза 375 mg/m² под формата на интравенозна инфузия през интервал от една седмица в продължение на 8 дози на 37 пациенти с НХЛ, средната C_{max} се увеличава след всяка последваща инфузия, като варира от средно 243 µg/ml (граница 16–582 µg/ml) след първата инфузия до 550 µg/ml (граница 171–1 177 µg/ml) след осмата инфузия.

Фармакокинетичният профил на ритуксимаб при прилагане на 6 инфузии по 375 mg/m² в комбинация с 6 цикъла на СНОР химиотерапия е подобен на този, наблюдаван при самостоятелно приложение на ритуксимаб.

DLBCL/BL/BAL/BLL при педиатрични пациенти

В клиничното изпитване, проучващо DLBCL/BL/BAL/BLL при педиатрични пациенти, ФК е проучвана в подгрупа от 35 пациенти на възраст 3 и повече години. ФК е сравнима между двете възрастови групи (≥ 3 до < 12 години спрямо ≥ 12 до < 18 години). След две i.v. инфузии с ритуксимаб доза 375 mg/m² във всеки от двата индукционни цикъла (цикъл 1 и 2), последвани от една i.v. инфузия с ритуксимаб в доза 375 mg/m² във всеки от консолидационните цикли (цикъл 3 и 4), максималната концентрация е най-висока след четвъртата инфузия (цикъл 2) със средна геометрична стойност 347 µg/ml, последвана от по-ниски средни геометрични максимални концентрации след това (цикъл 4: 247 µg/ml). При тази схема на прилагане най-ниските нива са постоянни (средни геометрични стойности: 41,8 µg/mL (преди дозата на цикъл 2; след 1 цикъл), 67,7 µg/ml (преди дозата на цикъл 3, след 2 цикъла) и 58,5 µg/ml (преди дозата на цикъл 4, след 3 цикъла)). Медианата на елиминационния полуживот при педиатрични пациенти на възраст 3 и повече години е 26 дни.

ФК характеристики на ритуксимаб при педиатрични пациенти с DLBCL/BL/BAL/BLL са подобни на тези, наблюдавани при възрастни пациенти с НХЛ.

Няма налични ФК данни за групата на възраст от ≥ 6 месеца до < 3 , но въпреки това популационна ФК прогноза подкрепя подобие на системната експозиция (AUC , $C_{through}$) в тази възрастова група, в сравнение с ≥ 3 години (Таблица 24). По-малкият размер на тумора на изходно ниво е свързан с по-голямата експозиция поради по-ниския клирънс, зависим от времето; въпреки това, системните експозиции, повлияни от различните размери на тумора, се запазват в границите на ефикасната експозиция с приемлив профил на безопасност.

Таблица 24 Прогнозни ФК параметри след схема на прилагане на ритуксимаб при педиатрични пациенти с DLBCL/BL/BAL/BLL

Възрастова група	≥ 6 месеца до < 3 години	≥ 3 до < 12 години	≥ 12 до < 18 години
C _{trough} (µg/ml)	47,5 (0,01-179)	51,4 (0,00-182)	44,1 (0,00-149)
AUC ₁₋₄ цикъл (µg*ден/ml)	13 501 (278-31 070)	11 609 (135-31 157)	11 467 (110-27 066)

Резултатите са представени под формата на медиана (min – max); C_{trough} представлява Цикъл 4 преди дозата.

Хронична лимфоцитна левкемия

Ритуксимаб е прилаган като интравенозна инфузия в доза 375 mg/m² при първия цикъл, увеличена на 500 mg/m² за всеки цикъл в продължение на 5 дози в комбинация с флударабин и циклофосфамид при пациенти с ХЛЛ. Средната C_{max} (N=15) е 408 µg/ml (граници 97–764 µg/ml) след петата инфузия с 500 mg/m², а средният терминален полуживот е 32 дни (диапазон 14 – 62 дни).

Ревматоиден артрит

След две интравенозни инфузии на ритуксимаб в доза 1 000 mg, през две седмици, средният терминален полуживот е 20,8 дни (граница 8,58 до 35,9 дни), средният системен клирънс е 0,23 l дневно (граница 0,091 до 0,67 l дневно), а средният обем на разпределение в стационарно състояние е 4,6 l (граници от 1,7 до 7,51 l). Популационният фармакокинетичен анализ на същите данни дава подобни средни стойности за системния клирънс и полуживота, съответно 0,26 l дневно и 20,4 дни. Популационният фармакокинетичен анализ показва, че ПТП и пола са най-значимите ковариати за обяснение на интериндивидуалната вариабилност на фармакокинетичните показатели. След коригиране по отношение на ПТП, мъжете са имали по-голям обем на разпределение и по-бърз клирънс отколкото жените. Половите разлики във фармакокинетиката не се считат клинично значими и не е необходимо коригиране на дозата. Няма фармакокинетични данни при пациенти с чернодробно или бъбречно увреждане.

Фармакокинетиката на ритуксимаб е оценявана след две интравенозни дози от 500 mg и 1 000 mg на 1 и 15 ден в четири проучвания. Във всичките проучвания, фармакокинетиката на ритуксимаб е пропорционална на дозата за изследвания в ограничен дозов диапазон. Средната C_{max} на ритуксимаб в серума след първата инфузия варира от 157 до 171 µg/ml при доза 2 x 500 mg и от 298 до 341 µg/ml при доза 2 x 1 000 mg. След втората инфузия средната C_{max} варира от 183 до 198 µg/ml при дозата 2 x 500 mg и от 355 до 404 µg/ml при дозата 2 x 1 000 mg. Средният терминален елиминационен полуживот варира от 15 до 16 дни за групата с доза 2 x 500 mg и от 17 до 21 дни в групата с доза 2 x 1 000 mg. Средната C_{max} е 16 до 19% по-висока след втората инфузия в сравнение с първата инфузия при двете дози.

Фармакокинетиката на ритуксимаб е оценявана след две интравенозни дози от 500 mg и 1 000 mg след повторно лечение във втория курс. Средната C_{max} на ритуксимаб в серума след първата инфузия е от 170 до 175 µg/ml при дозата от 2 x 500 mg и от 317 до 370 µg/ml за дозата от 2 x 1 000 mg. C_{max} след втората инфузия е 207 µg/ml при дозата от 2 x 500 mg и варира от 377 до 386 µg/ml при дозата от 2 x 1 000 mg. Средният терминален елиминационен полуживот след втората инфузия, след втория курс, е 19 дни при дозата от 2 x 500 mg и варира от 21 до 22 дни при дозата от 2 x 1 000 mg. ФК показатели на ритуксимаб са сравними в двата курса на лечение.

Фармакокинетичните (ФК) показатели при популация от пациенти, неадекватно отговарящи на анти-TNF след същата схема на прилагане (2 x 1 000 mg, i.v., през 2 седмици), са подобни със средна максимална серумна концентрация от 369 µg/ml и среден терминален полуживот от 19,2 дни.

Грануломатоза с полиангиит (ГПА) и микроскопски полиангиит (МПА)

Възрастни

Въз основа на популационен фармакокинетичен анализ на данни от 97 пациенти с грануломатоза с полиангиит и микроскопски полиангиит, които са получавали четири дози от 375 mg/m² ритуксимаб веднъж седмично, изчисленият медианен терминален елиминационен полуживот е 23 дни (граница от 9 до 49 дни). Средният клирънс и обем на разпределение на ритуксимаб са съответно 0,313 l дневно (граница от 0,116 до 0,726 l дневно) и 4,50 l (граница от 2,25 до 7,39 l). Максималната концентрация през първите 180 дни (C_{max}), минималната концентрация на ден 180 (C₁₈₀) и кумулативната площ под кривата концентрация/време за 180 дни (AUC₁₈₀) са съответно 372,6 (252,2-533,5) µg/ml, 2,1 (0-29,3) µg/ml и 10 302(3 653-21 874) µg/ml*дни (медиана [граница]). ФК показатели на ритуксимаб при възрастни пациенти с ГПА и МПА са подобни на тези, които се наблюдават при пациенти с ревматоиден артрит.

Педиатрична популация

Въз основа на популационен фармакокинетичен анализ на данни от 25 деца (между 6-17-годишни) с ГПА и МПА, които са получавали четири дози от 375 mg/m² ритуксимаб веднъж седмично, медианата на изчисления терминален елиминационен полуживот е 22 дни (граница 11 до 42 дни). Средният клирънс и обем на разпределение на ритуксимаб са съответно 0,221 l/ден (граница 0,0996 до 0,381 l/ден) и 2,27 l (граница 1,43 до 3,17 l). Максималната концентрация през първите 180 дни (C_{max}), минималната концентрация на ден 180 (C₁₈₀) и кумулативната площ под кривата концентрация/време за 180 дни (AUC₁₈₀) са съответно 382,8 (270,6-513,6) µg/ml, 0,9 (0-17,7) µg/ml и 9 787 (4 838-20 446) µg/ml*дни (медиана [граница]). ФК показатели на ритуксимаб при педиатрични пациенти с ГПА или МПА са подобни на тези при възрастни пациенти с ГПА или МПА, когато се вземе предвид ефектът на телесната повърхност върху клирънса и обема на разпределение.

Пемфигус вулгарис

Фармакокинетичните параметри при възрастни пациенти с ПВ, получаващи 1 000 mg ритуксимаб в Дни 1, 15, 168 и 182, са обобщени в Таблица 25.

Таблица 25 Популационна фармакокинетика при възрастни пациенти с ПВ от ПВ
Проучване 2

Параметър	Инфузионен цикъл	
	1-ви цикъл с 1 000 mg Ден 1 и Ден 15 N=67	2-ри цикъл с 1 000 mg Ден 168 и Ден 182 N=67
Терминален полуживот (дни) Медиана (граница)	21,0 (9,3 – 36,2)	26,5 (16,4 – 42,8)
Клирънс (l/ден) Медиана (граница)	391 (159 – 1 510)	247 (128 – 454)
Централен обем на разпределение (l) Медиана (граница)	3,52 (2,48 – 5,22)	3,52 (2,48 – 5,22)

След първите две приложения на ритуксимаб (в Дни 1 и 15, съответстващи на цикъл 1), ФК параметри на ритуксимаб при пациенти с ПВ са подобни на тези при пациенти с ГПА/МПА и пациенти с РА. След последните две приложения (в Дни 168 и 182, съответстващи на цикъл 2), клирънсът на ритуксимаб намалява, а централният обем на разпределение остава непроменен.

5.3 Предклинични данни за безопасност

Ритуксимаб показва висока специфичност по отношение на CD20 антигена на В-клетките. Проучванията за токсичност при дългоопашати макаци не показват друг ефект освен очакваното фармакологично обусловено изчерпване на В-клетките в периферната кръв и лимфоидната тъкан.

Проведени са проучвания за токсичност за развитието при дългоопашати макаци в дози до 100 mg/kg (третиране от 20-ти до 50-ти ден на бременността), които не са показали данни за токсичност по отношение на фетуса, дължаща се на ритуксимаб. Наблюдавано е доза-зависимо, фармакологично обусловено изчерпване на В-клетките в лимфоидните органи на фетуса, което персистира постнатално и е съпроводено с намаление на нивата на IgG в засегнатите новородени животни. Броят на В-клетките се връща към нормата при тези животни до 6 месеца след раждането, като реакцията към имунизация не е компрометирана.

Стандартни тестове за мутагенност не са провеждани, тъй като тези тестове не са уместни при тази молекула. Не са провеждани дългосрочни проучвания при животни за установяване на канцерогенния потенциал на ритуксимаб.

Не са провеждани специфични проучвания за определяне на ефектите на ритуксимаб върху фертилитета. В проучванията за обща токсичност при дългоопашати макаци не са наблюдавани вредни ефекти върху репродуктивните органи при мъжките или женските.

6. ФАРМАЦЕВТИЧНИ ДАННИ

6.1 Списък на помощните вещества

L-хистидин
L-хистидинов хидрохлорид монохидрат
Динатриев едетат
Полисорбат 80 (E433)
Захароза
Вода за инжекции

6.2 Несъвместимости

Не са наблюдавани несъвместимости между Ruxience и саковете от поливинилхлорид или полиетилен или инфузионната система.

6.3 Срок на годност

Неотворен флакон

24 месеца

Разреден лекарствен продукт

- След асептично разреждане в разтвор на натриев хлорид
Пригответият инфузионен разтвор на Ruxience в 0,9% разтвор на натриев хлорид е физично и химично стабилен в продължение на 35 дни при 2 °C – 8 °C плюс допълнително за 24 часа при ≤ 30 °C.
- След асептично разреждане в разтвор на D-глюкоза
Пригответият инфузионен разтвор на Ruxience в 5% разтвор на D-глюкоза е физично и химично стабилен в продължение на 24 часа при 2 °C – 8 °C плюс допълнително за 24 часа при ≤ 30 °C.

От микробиологична гледна точка приготвеният инфузионен разтвор трябва да се използва незабавно. Ако не се използва незабавно, времето и условията на съхранение преди употребата са отговорност на потребителя и обикновено не трябва да надхвърлят 24 часа при 2°C – 8°C, освен ако разреждането не е извършено при контролирани и валидирани асептични условия.

6.4 Специални условия на съхранение

Да се съхранява в хладилник (2°C – 8°C). Да се съхранява в оригиналната опаковка, за да се предпази от светлина.

За условията на съхранение след разреждане на лекарствения продукт вижте точка 6.3.

6.5 Вид и съдържание на опаковката

Ruxience 100 mg концентрат за инфузионен разтвор

Флакони от прозрачно стъкло тип I със запушалка от хлорбутилова гума, съдържащи 100 mg ритуксимаб в 10 ml.
Опаковка с 1 флакон.

Ruxience 500 mg концентрат за инфузионен разтвор

Флакони от прозрачно стъкло тип I със запушалка от хлорбутилова гума, съдържащи 500 mg ритуксимаб в 50 ml.
Опаковка с 1 флакон.

6.6 Специални предпазни мерки при изхвърляне и работа

Ruxience се доставя в стерилни, апиrogenни флакони за еднократна употреба, без консерванти.

Използвайте стерилни игла и спринцовка, за да пригответе Ruxience. Асептично изтеглете необходимото количество Ruxience и разрежете до изчислена концентрация от 1 до 4 mg/ml ритуксимаб в инфузионния сак, съдържащ стерилен, апиrogenен инжекционен разтвор на натриев хлорид 9 mg/ml (0,9%) или 5% воден разтвор на D-глюкоза. За смесване на разтвора внимателно обърнете сака, за да се избегне образуването на пяна. Трябва да се внимава, за да се запази стерилността на приготвените разтвори. Тъй като лекарственият продукт не съдържа никакви антимикробни консерванти или бактериостатични средства, трябва да се спазва асептична техника. Лекарствените продукти за парентерално приложение трябва да бъдат проверявани визуално преди приложение за наличие на частици и промяна на цвета.

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

7. ПРИТЕЖАТЕЛ НА РАЗРЕШЕНИЕТО ЗА УПОТРЕБА

Pfizer Europe MA EEIG
Boulevard de la Plaine 17
1050 Bruxelles
Белгия

8. НОМЕР(А) НА РАЗРЕШЕНИЕТО ЗА УПОТРЕБА

Ruxience 100 mg концентрат за инфузионен разтвор

EU/1/20/1431/001

Ruxience 500 mg концентрат за инфузионен разтвор

EU/1/20/1431/002

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

Дата на първо разрешаване: 01 април 2020 г.

10. ДАТА НА АКТУАЛИЗИРАНЕ НА ТЕКСТА

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

ПРИЛОЖЕНИЕ II

- A. ПРОИЗВОДИТЕЛ(И) НА БИОЛОГИЧНО АКТИВНОТО ВЕЩЕСТВО И ПРОИЗВОДИТЕЛ, ОТГОВОРЕН 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**

A. ПРОИЗВОДИТЕЛ(И) НА БИОЛОГИЧНО АКТИВНОТО ВЕЩЕСТВО И ПРОИЗВОДИТЕЛ, ОТГОВОРЕН ЗА ОСВОБОЖДАВАНЕ НА ПАРТИДИ

Име и адрес на производителя(ите) на биологично активното вещество

Boehringer Ingelheim Pharma GmbH & Co KG
Birkendorfer Straße 65
88397 Biberach an der Riss
Германия

Pfizer Ireland Pharmaceuticals
Grange Castle Business Park
Clondalkin, Dublin 22
Ирландия

Име и адрес на производителя, отговорен за освобождаване на партидите

Pfizer Manufacturing Belgium NV
Rijksweg 12
2870 Puurs
Белгия

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 (ПАДБ)**

Изискванията за подаване на ПАДБ 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.

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

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

Притежателят на разрешението за употреба (ПРУ) 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 във всички следващи одобрени 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).

- **Допълнителни мерки за свеждане на риска до минимум**

Неонкологични показания:

ПРУ трябва да осигури на всички лекари, които се очаква да предписват Ruxience, следното:

Продуктова информация
Информация за лекаря
Информация за пациента
Сигнална карта на пациента

Информацията за лекаря относно Ruxience трябва да съдържа следните основни елементи:

- Необходимостта от строго наблюдение по време на приложение при наличие на условия за незабавно извършване на пълна ресусцитация
- Необходимостта от проверка преди лечение с Ruxience за наличие на инфекции, имunosупресия, за предишна/настояща лекарствена терапия, повлияваща имунната система, скорошна или планирана ваксинация
- Необходимостта от проследяване на пациентите за инфекции, особено за ПМЛ, по време на и след лечение с Ruxience
- Подробна информация относно риска от ПМЛ, необходимостта от навременна диагноза на ПМЛ и подходящи мерки за поставяне на диагноза ПМЛ
- Необходимостта да се съветват пациентите за риска от инфекции и ПМЛ, включително симптомите, за които трябва да се внимава, както и необходимостта да се свържат незабавно със своя лекар, ако получат някои от тях.
- Необходимостта да се предоставя на пациентите сигнална карта на пациента при всяка инфузия.

Информацията за пациента относно Ruxience трябва да съдържа следните основни елементи:

- Подробна информация относно риска от инфекции и ПМЛ
- Информация за признаците и симптомите на инфекции, особено ПМЛ, и необходимостта да се свържат незабавно със своя лекар, ако получат някои от тях
- Значението на споделянето на тази информация с техния партньор или с човека, който се грижи за тях
- Информация за сигналната карта на пациента

Сигналната карта на пациента за Ruxience при неонкологични показания трябва да съдържа следните основни елементи:

- Необходимостта да се носи картата през цялото време и да се показва на всички лекуващи медицински специалисти
- Предупреждения за риска от инфекции и ПМЛ, включително симптомите
- Необходимостта за пациентите да се свържат със своя медицински специалист, ако се появят симптоми

Онкологични показания:

ПРУ трябва да осигури на всички лекари, които се очаква да предписват Ruxience, следното:

Продуктова информация
Информация за лекаря

Информацията за лекаря относно Ruxience трябва да съдържа следните основни елементи:

- Информация, че продуктът трябва да се прилага само интравенозно за избягване на грешки, свързани с пътя на въвеждане.

Информацията за лекаря, информацията за пациента и сигналната карта на пациента трябва да се съгласуват с националните компетентни органи преди разпространение.

ПРИЛОЖЕНИЕ III
ДАНИИ ВЪРХУ ОПАКОВКАТА И ЛИСТОВКА

А. ДАНИИ ВЪРХУ ОПАКОВКАТА

ДАНИИ, КОИТО ТРЯБВА ДА СЪДЪРЖА ВТОРИЧНАТА ОПАКОВКА
КАРТОНЕНА КУТИЯ

1. ИМЕ НА ЛЕКАРСТВЕНИЯ ПРОДУКТ

Ruxience 100 mg концентрат за инфузионен разтвор
ритуксимаб

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

1 флакон съдържа 10 mg/ml ритуксимаб.

3. СПИСЪК НА ПОМОЩНИТЕ ВЕЩЕСТВА

L-хистидин, L-хистидинов хидрохлорид монохидрат, динатриев едетат, полисорбат 80, захароза, вода за инжекции.

4. ЛЕКАРСТВЕНА ФОРМА И КОЛИЧЕСТВО В ЕДНА ОПАКОВКА

Концентрат за инфузионен разтвор
100 mg/10 ml
1 флакон

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

За интравенозно приложение след разреждане
Преди употреба прочетете листовката.

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 хладилник. Да се съхранява в оригиналната опаковка, за да се предпази от

светлина.

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

Pfizer Europe MA EEIG
Boulevard de la Plaine 17
1050 Bruxelles
Белгия

12. НОМЕР(А) НА РАЗРЕШЕНИЕТО ЗА УПОТРЕБА

EU/1/20/1431/001

13. ПАРТИДЕН НОМЕР

Парт. №

14. НАЧИН НА ОТПУСКАНЕ

15. УКАЗАНИЯ ЗА УПОТРЕБА

16. ИНФОРМАЦИЯ НА БРАЙЛОВА АЗБУКА

Прието е основание да не се включи информация на Брайлова азбука.

17. УНИКАЛЕН ИДЕНТИФИКАТОР — ДВУИЗМЕРЕН БАРКОД

Двуизмерен баркод с включен уникален идентификатор.

18. УНИКАЛЕН ИДЕНТИФИКАТОР — ДАННИ ЗА ЧЕТЕНЕ ОТ ХОРА

PC
SN
NN

МИНИМУМ ДАННИ, КОИТО ТРЯБВА ДА СЪДЪРЖАТ МАЛКИТЕ ЕДИНИЧНИ ПЪРВИЧНИ ОПАКОВКИ

ЕТИКЕТ НА ФЛАКОНА

1. ИМЕ НА ЛЕКАРСТВЕНИЯ ПРОДУКТ И ПЪТ(ИЩА) НА ВЪВЕЖДАНЕ

Ruxience 100 mg стерилен концентрат

ритуксимаб

2. НАЧИН НА ПРИЛОЖЕНИЕ

За i.v. приложение след разреждане

3. ДАТА НА ИЗТИЧАНЕ НА СРОКА НА ГОДНОСТ

EXP

4. ПАРТИДЕН НОМЕР

Lot

5. СЪДЪРЖАНИЕ КАТО МАСА, ОБЕМ ИЛИ ЕДИНИЦИ

100 mg/10 ml

6. ДРУГО

ДАНИИ, КОИТО ТРЯБВА ДА СЪДЪРЖА ВТОРИЧНАТА ОПАКОВКА
КАРТОНЕНА КУТИЯ

1. ИМЕ НА ЛЕКАРСТВЕНИЯ ПРОДУКТ

Ruxience 500 mg концентрат за инфузионен разтвор
ритуксимаб

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

1 флакон съдържа 10 mg/ml ритуксимаб.

3. СПИСЪК НА ПОМОЩНИТЕ ВЕЩЕСТВА

L-хистидин, L-хистидинов хидрохлорид монохидрат, динатриев едетат, полисорбат 80, захароза, вода за инжекции.

4. ЛЕКАРСТВЕНА ФОРМА И КОЛИЧЕСТВО В ЕДНА ОПАКОВКА

Концентрат за инфузионен разтвор
500 mg/50 ml
1 флакон

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

За интравенозно приложение след разреждане
Преди употреба прочетете листовката.

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 хладилник. Да се съхранява в оригиналната опаковка, за да се предпази от

светлина.

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

Pfizer Europe MA EEIG
Boulevard de la Plaine 17
1050 Bruxelles
Белгия

12. НОМЕР(А) НА РАЗРЕШЕНИЕТО ЗА УПОТРЕБА

EU/1/20/1431/002

13. ПАРТИДЕН НОМЕР

Парт. №

14. НАЧИН НА ОТПУСКАНЕ

15. УКАЗАНИЯ ЗА УПОТРЕБА

16. ИНФОРМАЦИЯ НА БРАЙЛОВА АЗБУКА

Прието е основание да не се включи информация на Брайлова азбука.

17. УНИКАЛЕН ИДЕНТИФИКАТОР — ДВУИЗМЕРЕН БАРКОД

Двуизмерен баркод с включен уникален идентификатор.

18. УНИКАЛЕН ИДЕНТИФИКАТОР — ДАННИ ЗА ЧЕТЕНЕ ОТ ХОРА

PC
SN
NN

МИНИМУМ ДАННИ, КОИТО ТРЯБВА ДА СЪДЪРЖАТ МАЛКИТЕ ЕДИНИЧНИ ПЪРВИЧНИ ОПАКОВКИ

ЕТИКЕТ НА ФЛАКОНА

1. ИМЕ НА ЛЕКАРСТВЕНИЯ ПРОДУКТ И ПЪТ(ИЩА) НА ВЪВЕЖДАНЕ

Ruxience 500 mg стерилен концентрат

ритуксимаб

2. НАЧИН НА ПРИЛОЖЕНИЕ

За i.v. приложение след разреждане

3. ДАТА НА ИЗТИЧАНЕ НА СРОКА НА ГОДНОСТ

EXP

4. ПАРТИДЕН НОМЕР

Lot

5. СЪДЪРЖАНИЕ КАТО МАСА, ОБЕМ ИЛИ ЕДИНИЦИ

500 mg/50 ml

6. ДРУГО

ТЕКСТ НА СИГНАЛНА КАРТА НА ПАЦИЕНТА ЗА НЕОНКОЛОГИЧНИ ПОКАЗАНИЯ

<p><u>Сигнална карта на Ruxience за пациенти с неонкологични заболявания</u></p> <p>Защо ми е дадена тази карта?</p> <p>Това лекарство може да Ви направи по-предразположени към инфекции. Тази карта Ви дава информация за това:</p> <ul style="list-style-type: none">• Какво трябва да знаете, преди да Ви се приложи Ruxience• Какви са симптомите на инфекция• Какво да направите, ако смятате, че може да имате инфекция. <p>Тя включва също Вашето име и името и телефонния номер на Вашия лекар, на обратната страна.</p> <p>Какво трябва да правя с тази карта?</p> <ul style="list-style-type: none">• Носете тази карта със себе си през цялото време – например в портфейла или в чантата си.• Показвайте тази карта на всеки лекар, сестра или стоматолог, който Ви преглежда – не само на специалиста, който Ви предписва Ruxience. <p>Носете тази карта със себе си в продължение на 2 години след последната доза Ruxience. Това е, защото нежеланите реакции могат да се развият няколко месеца след лечението Ви.</p> <p>Кога не трябва да ми се прилага Ruxience?</p> <p>Не трябва да Ви се прилага Ruxience, ако имате активна инфекция или сериозен проблем с имунната система.</p> <p>Информирайте Вашия лекар или медицинска сестра, ако приемате или сте приемали лекарства, които могат да засегнат имунната Ви система, това включва химиотерапия.</p> <p>Какви са признаците на инфекция?</p> <p>Следете за появата на следните възможни признаци на инфекция:</p> <ul style="list-style-type: none">• Постоянно повишена температура или кашлица• Загуба на телло	<p>Какво друго трябва да знам?</p> <p>Рядко Ruxience може да предизвика сериозна мозъчна инфекция, наречена „Прогресивна мултифокална левкоенцефалопатия“ или ПМЛ. Това може да се окаже фатално.</p> <ul style="list-style-type: none">• Симптомите на ПМЛ включват:<ul style="list-style-type: none">- Объркване, загуба на паметта или затруднено мислене- Загуба на равновесие или промяна в походката или говора- Намалена сила или слабост от едната страна на тялото- Замъглено зрение или загуба на зрение. <p>Ако получите някои от изброените признаци, кажете незабавно на лекар или медицинска сестра. Трябва да ги уведомите също и за Вашето лечение с Ruxience.</p> <p>Къде мога да получа повече информация?</p> <p>За повече информация вижте листовката на Ruxience.</p> <p>Дата на започване на лечението и данни за контакт</p> <p>Дата на последната инфузия:</p> <hr/> <p>Дата на първата инфузия:</p> <hr/> <p>Име на пациента:</p> <hr/> <p>Име на лекаря:</p> <hr/> <p>Данни за контакт на лекаря:</p> <hr/> <p>Уверете се, че имате списък на всички ваши лекарства, когато се срещате с медицинския специалист.</p> <p>Моля, говорете с Вашия лекар или медицинска сестра, ако имате някакви въпроси относно информацията в тази карта.</p>
--	--

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Болка, без да сте се наранили• Общо неразположение или отпуснатост. <p>Ако получите някои от изброените признаци, кажете незабавно на лекар или медицинска сестра.</p> <p>Трябва да ги уведомите също и за Вашето лечение с Ruxience.</p> | |
|--|--|

Б. ЛИСТОВКА

Листовка: информация за пациента

Ruxience 100 mg концентрат за инфузионен разтвор Ruxience 500 mg концентрат за инфузионен разтвор ритуксимаб (rituximab)

▼ 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 използвате 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, фармацевт или медицинска сестра.
- Ако получите някакви нежелани реакции, уведомете Вашия лекар, фармацевт или медицинска сестра. Това включва и всички възможни нежелани реакции, неописани в тази листовка. Вижте точка 4.

Какво съдържа тази листовка

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

1. Какво представлява Ruxience и за какво се използва

Какво представлява Ruxience

Ruxience съдържа активното вещество ритуксимаб. Това е вид белтък, наречен „моноклонално антитяло“. Той се свързва към повърхността на един вид бели кръвни клетки, наречени „В-лимфоцити“. Когато ритуксимаб се свърже към повърхността на тази клетка, той предизвиква смъртта ѝ.

За какво се използва Ruxience

Ruxience може да се използва за лечение на няколко различни заболявания при възрастни и деца. Вашият лекар може да Ви предпише Ruxience за лечение на:

а) Неходжкинов лимфом

Това е заболяване на лимфната тъкан (част от имунната система), което засяга един вид бели кръвни клетки, наречени В-лимфоцити.

При възрастни Ruxience може да се прилага самостоятелно или с други лекарства, наречени химиотерапевтици.

При възрастни пациенти, при които лечението има ефект, Ruxience може да се използва като поддържащо лечение в продължение на 2 години след приключване на първоначалното лечение.

При деца и юноши Ruxience се прилага в комбинация с „химиотерапия“.

б) Хронична лимфоцитна левкемия

Хроничната лимфоцитна левкемия (ХЛЛ) е най-често срещаната форма на левкемия при възрастните. ХЛЛ засяга един конкретен тип лимфоцити – В-клетките, които произхождат от костния мозък и се развиват в лимфните възли. Пациентите с ХЛЛ имат твърде много необичайни (нетипични) лимфоцити, които се натрупват предимно в костния мозък и кръвта. Увеличаването на броя на тези необичайни В-лимфоцити е причина за симптомите, които може

да имате. Ruxience в комбинация с химиотерапия разрушава тези клетки, които постепенно се отстраняват от организма чрез биологичните процеси.

в) Ревматоиден артрит

Ruxience се използва за лечение на ревматоиден артрит. Ревматоидният артрит е заболяване на ставите. В-лимфоцитите са причината за някои от симптомите, които имате. Ruxience се използва за лечение на ревматоиден артрит при хора, които вече са опитали други лекарства, които или са престанали да действат или не са подействали достатъчно добре, или са причинили нежелани реакции. Ruxience обикновено се прилага заедно с друго лекарство, наречено метотрексат.

Ruxience забавя увреждането на ставите Ви, предизвикано от ревматоидния артрит, и подобрява способността Ви да извършвате нормални ежедневни дейности.

Най-добре се повлияват от Ruxience пациенти с положителен кръвен тест за ревматоиден фактор (РФ) и/или антицикличен цитрулиниран пептид (анти-CCP). Двата теста обикновено са положителни при ревматоиден артрит и спомагат за потвърждаване на диагнозата.

г) Грануломатоза с полиангиит или микроскопски полиангиит

Ruxience, прилаган в комбинация с кортикостероиди, се използва за лечение на грануломатоза с полиангиит (наричана по-горе грануломатоза на Вегенер) или микроскопски полиангиит при възрастни и деца на възраст 2 години и повече.

Грануломатоза с полиангиит и микроскопски полиангиит са две форми на възпаление на кръвоносните съдове, което засяга предимно белите дробове и бъбреците, но може да засегне също и други органи. Част от причината за тези състояния са В-лимфоцитите.

д) Пемфигус вулгарис

Ruxience се използва за лечение на пациенти с умерен до тежък пемфигус вулгарис. Пемфигус вулгарис е автоимунно заболяване, при което се появяват болезнени мехури по кожата и лигавицата на устата, носа, гърлото и половите органи.

2. Какво трябва да знаете, преди да използвате Ruxience

Не използвайте Ruxience

- ако сте алергични към ритуксимаб, други белтъци, които са подобни на ритуксимаб, или към някоя от останалите съставки на това лекарство (изброени в точка б)
- ако имате тежка активна инфекция в момента
- ако имате слаба имунна система
- ако имате тежка сърдечна недостатъчност или тежко неконтролирано сърдечно заболяване и имате ревматоиден артрит, грануломатоза с полиангиит, микроскопски полиангиит или пемфигус вулгарис.

Не трябва да Ви се прилага Ruxience, ако някое от изброените по-горе се отнася за Вас. Ако не сте сигурни, говорете с Вашия лекар, фармацевт или медицинска сестра, преди да Ви се приложи Ruxience.

Предупреждения и предпазни мерки

Важно е Вие и Вашият лекар да запишете търговското име и партидният номер на Вашето лекарство.

Говорете с Вашия лекар, фармацевт или медицинска сестра, преди да Ви се приложи Ruxience, ако:

- някога сте имали или може сега да имате инфекция с хепатит. Това е, защото в някои случаи Ruxience може да доведе до повторно активиране на хепатит В, което в много

- редки случаи може да завърши със смърт. Пациенти, които са имали инфекция с хепатит В, ще бъдат внимателно прегледани от своя лекар за признаци на тази инфекция
- някога сте имали проблеми със сърцето (например стенокардия, сърцебиене или сърдечна недостатъчност) или проблеми с дишането.

Ако някое от изброените по-горе се отнася за Вас (или не сте сигурни), говорете с Вашия лекар, фармацевт или медицинска сестра, преди да Ви се приложи Ruxience. Може да е необходимо Вашият лекар да положи специални грижи за Вас по време на лечението с Ruxience.

Уведомете Вашия лекар също и ако смятате, че може да имате нужда от ваксиниране в близко бъдеще, включително ваксиниране, необходимо за пътуване в други страни. Някои ваксини не трябва да се прилагат едновременно с Ruxience или в месеците след приложението на Ruxience. Вашият лекар ще провери дали трябва да Ви се приложат ваксини, преди да започнете лечение с Ruxience.

Ако имате ревматоиден артрит, грануломатоза с полиангиит, микроскопски полиангиит или пемфигус вулгарис, уведомете Вашия лекар също и

- ако смятате, че може да имате инфекция, дори и лека като простуда. Клетките, на които въздейства Ruxience, помагат в борбата с инфекцията и трябва да изчакате, докато инфекцията отзвучи, преди да Ви се приложи Ruxience. Моля, кажете на Вашия лекар и ако в миналото сте имали много инфекции или страдате от тежки инфекции.

Деца и юноши

Неходжкинов лимфом

Ruxience може да се използва за лечение на деца и юноши, на възраст 6 месеца и повече, с неходжкинов лимфом, по-специално CD20 позитивен дифузен В-дроклетъчен лимфом (DLBCL), лимфом на Бъркит (BL)/ левкемия на Бъркит (зряла В-клетъчна остра левкемия) (BAL) или Бъркит-подобен лимфом (BLL).

Говорете с Вашия лекар, фармацевт или медицинска сестра, преди да Ви се приложи това лекарство, ако Вие сте или Вашето дете е на възраст под 18 години.

Грануломатоза с полиангиит или микроскопски полиангиит

Ruxience може да се използва за лечение на деца и юноши на възраст 2 години и повече с грануломатоза с полиангиит (наричана по-рано грануломатоза на Вегенер) или микроскопски полиангиит. Няма много информация относно употребата на Ruxience при деца и млади хора с други заболявания.

Говорете с Вашия лекар, фармацевт или медицинска сестра, преди да Ви се приложи това лекарство, ако Вие сте или Вашето дете е на възраст под 18 години.

Други лекарства и Ruxience

Трябва да кажете на Вашия лекар, фармацевт или медицинска сестра, ако приемате, наскоро сте приемали или е възможно да приемете други лекарства. Това включва лекарства, отпускани без рецепта, растителни лекарства. Това е така, защото Ruxience може да повлияе действието на някои други лекарства. Също така, някои други лекарства може да повлияят начина, по който действа Ruxience.

По-специално, информирайте Вашия лекар:

- ако приемате лекарства за високо кръвно налягане. Може да Ви бъде казано да не приемате тези лекарства 12 часа, преди да Ви се приложи Ruxience. Това е, защото при някои хора има понижаване на кръвното налягане, докато се прилага Ruxience.
- ако някога сте приемали лекарства, които повлияват имунната Ви система – като например химиотерапия или имуносупресивни лекарства.

Ако някое от изброените по-горе се отнася за Вас (или не сте сигурни), говорете с Вашия лекар, фармацевт или медицинска сестра, преди да Ви се приложи Ruxience.

Бременност и кърмене

Трябва да кажете на Вашия лекар или медицинска сестра, ако сте бременна, смятате, че може да сте бременна или планирате бременност. Това се налага, защото Ruxience може да премине през плацентата и да засегне бебето Ви.

Ако има вероятност да забременеете, Вие и Вашият партньор трябва да използвате ефективен метод за предпазване от забременяване, докато използвате Ruxience и в продължение на 12 месеца след последното Ви лечение с Ruxience.

Ruxience преминава в кърмата в много малки количества. Тъй като дългосрочните ефекти за кърмачето не са известни, поради съображения за безопасност, не се препоръчва кърмене по време на лечение с Ruxience и в продължение на 6 месеца след лечението.

Шофиране и работа с машини

Не е известно дали ритуксимаб повлиява способността Ви за шофиране или работа с инструменти или машини.

Ruxience съдържа натрий

Това лекарство съдържа по-малко от 1 mmol натрий (23 mg) на доза, т.е. може да се каже, че практически не съдържа натрий.

3. Как се прилага Ruxience

Как се прилага

Ruxience ще Ви се прилага от лекар или медицинска сестра, които имат опит в използването на това лечение. Те ще Ви наблюдават внимателно, докато Ви се прилага това лекарство. Това е в случай че получите някакви нежелани реакции.

Ruxience винаги ще Ви се прилага като вливане (интравенозна инфузия).

Лекарства, давани преди всяко приложение на Ruxience

Преди да Ви се приложи Ruxience, ще Ви бъдат дадени други лекарства (премедикация) за предотвратяване или намаляване на възможни нежелани реакции.

По колко и колко често ще получавате Вашето лечение

а) Ако се лекувате за неходжкинов лимфом

- *Ако Ви се прилага само Ruxience*
Ruxience ще Ви се прилага веднъж седмично за 4 седмици. Възможни са и повторни курсове на лечение с Ruxience.
- *Ако Ви се прилага Ruxience с химиотерапия*
Ruxience ще Ви се приложи в деня на химиотерапията. Това се повтаря обикновено на всеки 3 седмици до 8 пъти.
- Ако се повлиявате добре от лечението, Ruxience може да Ви се прилага като поддържащо лечение на всеки 2 или 3 месеца в продължение на две години. Вашият лекар може да промени това в зависимост от Вашето повлияване от лекарството.
- Ако сте на по-малко от 18 години, Ruxience ще Ви се прилага с химиотерапия. Вие ще получите Ruxience до 6 пъти за период от 3,5 – 5,5 месеца.

б) Ако се лекувате за хронична лимфоцитна левкемия

Когато се лекувате с Ruxience в комбинация с химиотерапия, Вие ще получавате инфузия с Ruxience на ден 0 от цикъл 1 и след това на ден 1 от всеки цикъл в продължение на общо 6 цикъла. Всеки цикъл има продължителност от 28 дни. Химиотерапията трябва да се прилага след инфузията с Ruxience. Вашият лекар ще реши дали трябва да получавате съпътстващо поддържащо лечение.

в) Ако се лекуват за ревматоиден артрит

Всеки курс на лечение се състои от две отделни инфузии, които се правят през 2 седмици. Възможни са повторни курсове на лечение с Ruxience. В зависимост от признаците и симптомите на Вашето заболяване Вашият лекар ще реши кога трябва да получите още Ruxience. Това може да бъде след месеци.

г) Ако се лекуват за грануломатоза с полиангиит или микроскопски полиангиит

Лечението с Ruxience се състои от четири отделни инфузии, които се прилагат през интервали от една седмица. Преди началото на лечението с Ruxience обикновено ще се прилагат кортикостероиди чрез инжекция. За лечение на състоянието Ви Вашият лекар може по всяко време да започне лечение с кортикостероиди, които се прилагат през устата.

Ако сте на възраст 18 години и повече и отговаряте добре на лечението, Ruxience може да Ви се прилага като поддържащо лечение. То ще се прилага като 2 отделни инфузии през интервал от 2 седмици, последвани от 1 инфузия на всеки 6 месеца в продължение на най-малко 2 години. Вашият лекар може да реши да Ви лекува по-дълго с Ruxience (до 5 години), в зависимост от това как се повлиявате от лекарството.

д) Ако се лекуват за пемфигус вулгарис

Всеки курс на лечение се състои от две отделни инфузии, които се прилагат през 2 седмици. Ако се повлиявате добре от лечението, Ruxience може да Ви се приложи като поддържаща терапия. Тя ще се приложи 1 година и 18 месеца след началното лечение и след това на всеки 6 месеца, ако е необходимо, или Вашият лекар може да промени тази схема в зависимост от това как се повлиявате от лекарството.

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

4. Възможни нежелани реакции

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

Повечето нежелани реакции са леки до умерени, но някои може да са тежки и да изискват лечение. Рядко някои от тези реакции са били фатални.

Реакции, свързани с инфузията

По време на вливането или в рамките на първите 24 часа след инфузията може да получите повишена температура, втрисане и треперене. Не така често, някои пациенти може да получат болка на мястото на инфузията, мехури, сърбеж, гадене, умора, главоболие, затруднено дишане, повишено кръвно налягане, хрипове, дискомфорт в гърлото, подуване на езика или гърлото, сърбеж в носа или хрема, повръщане, зачервяване на кожата или сърцебиене, инфаркт или нисък брой тромбоцити. Ако имате сърдечно заболяване или стенокардия, тези реакции може да се влошат. **Кажете незабавно на лицето, което провежда инфузията**, ако Вие или Вашето дете развivate някои от тези симптоми, тъй като може да се наложи инфузията да се забави или да се спре. Може да се наложи допълнително лечение с антихистамини или парацетамол. Когато тези симптоми отзвучат или се подобряват, инфузията може да продължи. По-малко вероятно е да получите тези реакции след втората инфузия. Вашият лекар може да реши да спре лечението Ви с Ruxience, ако тези реакции са сериозни.

Инфекции

Кажете на Вашия лекар незабавно, ако Вие или Вашето дете получите симптоми на инфекция, включително:

- повишена температура, кашлица, възпалено гърло, пареща болка при уриниране или чувство на слабост и общо неразположение
- загуба на паметта, затруднено мислене, затруднение при ходене или загуба на зрението – те може да се дължат на много рядка, сериозна мозъчна инфекция с летален изход (прогресивна мултифокална левкоенцефалопатия или ПМЛ).

По време на лечението с Ruxience може да получавате инфекции по-лесно.

Често те са простудни заболявания, но има случаи на пневмония или инфекции на пикочните пътища и сериозни вирусни инфекции. Те са изброени по-долу в „Други нежелани реакции“.

Ако се лекувате за ревматоиден артрит, грануломатоза с полиангиит или микроскопски полиангиит или пемфигус вулгарис, ще намерите тази информация също и в Сигналната карта на пациента, която Ви е дадена от Вашия лекар. Важно е да пазите Сигналната карта на пациента и да я покажете на Вашия партньор или на човека, който се грижи за Вас.

Кожни реакции

Много рядко може да настъпят тежки кожни заболявания с образуване на мехури, които могат да бъдат животозастрашаващи. Може да се появи зачервяване, често свързано с мехури по кожата или лигавиците, например по вътрешната страна на устата, гениталната област или клепачите, като може да има и повишена температура. **Кажете на Вашия лекар незабавно, ако имате някои от тези симптоми.**

Други нежелани реакции включват:

а) Ако Вие или Вашето дете се лекувате за неходжкинов лимфом или хронична лимфоцитна левкемия

Много чести нежелани реакции (може да засегнат повече от 1 на 10 души):

- бактериални или вирусни инфекции, бронхит
- нисък брой бели кръвни клетки със или без повишена температура или нисък брой кръвни клетки, наречени „тромбоцити“
- гадене
- петна на оплешивяване по скалпа, студени тръпки, главоболие
- намален имунитет – поради по-ниски нива в кръвта на антитела, наречени „имуноглобулини“ (IgG), които подпомагат защитата срещу инфекции

Чести нежелани реакции (може да засегнат до 1 на 10 души):

- инфекции на кръвта (сепсис), пневмония, херпес, простуда, инфекции на бронхите, гъбични инфекции, инфекции с неизвестен произход, възпаление на синусите, хепатит В
- нисък брой червени кръвни клетки (анемия), нисък брой на всички кръвни клетки
- алергични реакции (свръхчувствителност)
- високи нива на кръвната захар, загуба на тегло, оток на лицето и тялото, повишени нива в кръвта на ензима „ЛДХ“, ниски нива на калций в кръвта
- необичайни усещания по кожата като изтръпване, мравучкане, бодежи, парене, усещане на тръпки по кожата, намалено усещане при допир
- чувство на безпокойство, проблеми със заспиването
- зачервяване на лицето и на други участъци от кожата поради разширение на кръвоносните съдове
- замайване или тревожност
- повишено образуване на слъзи, проблеми със слъзния канал, възпаление на окото (конюнктивит)
- звънене в ушите, болка в ушите
- сърдечни проблеми – като инфаркт, неравномерна или ускорена сърдечна честота
- високо или ниско кръвно налягане (ниско кръвно налягане особено при изправяне)

- свиване на мускулите на дихателните пътища, което причинява затруднено дишане (бронхоспазъм), възпаление, дразнене на белите дробове, гърлото или синусите, задух, хрема
- повръщане, диария, болка в стомаха, възпаление или язви в гърлото и устата, проблеми при преглъщане, запек, нарушено храносмилане
- нарушения в храненето, недостатъчно приемане на храна, водещо до загуба на тегло
- копривна треска, повишено изпотяване, нощни изпотявания
- проблеми с мускулите – като например стягане в мускулите, ставна или мускулна болка, болка в гърба и във врата
- туморна болка
- общ дискомфорт или чувство на безпокойство или умора, треперене, симптоми на грип
- мултиорганна недостатъчност

Нечести нежелани реакции (може да засегнат до 1 на 100 души):

- проблеми с кръвосъсирването, намалено образуване на червени кръвни клетки и повишено разграждане на червените кръвни клетки (апластична хемолитична анемия), подути или увеличени лимфни възли
- понижено настроение и загуба на интерес или удоволствие от обичайните дейности, нервност
- проблеми с вкуса – като например промяна на вкуса
- проблеми със сърцето – като например намалена сърдечна честота или гръдна болка (стенокардия)
- астма, намален приток на кислород до органите
- подуване на стомаха.

Много редки нежелани реакции (може да засегнат до 1 на 10 000 души):

- временно повишение на количеството на някои видове антитела в кръвта (наречени имуноглобулини – IgM), химични нарушения на кръвта, причинени от разпадане на загиващите ракови клетки
- увреждане на нервите на ръцете и краката, парализирано лице
- сърдечна недостатъчност
- възпаление на кръвоносните съдове, включително тези, които водят до кожни симптоми
- дихателна недостатъчност
- увреждане на чревната стена (перфорация)
- тежки кожни проблеми с образуване на мехури, които могат да бъдат животозастрашаващи. Може да се появи зачервяване, често свързано с мехури по кожата или лигавиците, например по вътрешната страна на устата, гениталната област или клепачите, като може да има и повишена температура.
- бъбречна недостатъчност
- тежка загуба на зрението

С неизвестна честота (честотата не може да бъде установена от наличните данни):

- намаляване на белите кръвни клетки, което не се случва веднага
- намален брой на тромбоцитите непосредствено след инфузията – това може да е обратимо, но в редки случаи може да е фатално
- загуба на слуха, загуба на други усещания

Деца и юноши с неходжкинов лимфом

Като цяло, нежеланите реакции при деца и юноши с неходжкинов лимфом са подобни на тези при възрастни с неходжкинов лимфом или хронична лимфоцитна левкемия. Най-честите наблюдавани нежелани реакции са повишена температура, свързана с ниски нива на бели кръвни клетки (неутрофили), възпаление или разязвяване на лигавицата на устата и алергични реакции (свръхчувствителност).

б) Ако се лекувате за ревматоиден артрит

Много чести нежелани реакции (може да засегнат повече от 1 на 10 души):

- инфекции, например пневмония (бактериална)
- болка при уриниране (инфекция на пикочните пътища)
- алергични реакции, които най-често възникват по време на инфузията, но може да се появят до 24 часа след нея
- промени в кръвното налягане, гадене, обрив, повишена температура, сърбеж, течащ или запушен нос, кихане, треперене, учестена сърдечна дейност и умора
- главоболие
- промени в лабораторните изследвания, назначени от Вашия лекар. Те включват намаление на количеството на някои специфични белтъци в кръвта (имуноглобулини), които помагат за защита срещу инфекции

Чести нежелани реакции (може да засегнат до 1 на 10 души):

- инфекции, например възпаление на бронхите (bronхит)
- чувство за тежест или пулсираща болка зад носа, бузите и очите (синусит), болка в корема, повръщане и диария, проблеми с дишането
- гъбична инфекция на стъпалата (атлетично стъпало)
- високи нива на холестерол в кръвта
- необичайни кожни усещания, като изтръпване, мравучкане, бодежи или парене, ишиас, мигрена, замайване
- опадане на косата
- тревожност, депресия
- нарушено храносмилане, диария и рефлукс, дразнене и/или разязвявания в гърлото и устата
- болка в корема, гърба, мускулите и/или ставите

Нечести нежелани реакции (може да засегнат до 1 на 100 души):

- задържане на прекомерно количество течности в лицето и тялото
- възпаление, дразнене и/или стягане в белите дробове и гърлото, кашлица
- кожни реакции, включващи уртикария, сърбеж и обрив
- алергични реакции, включващи хрипове или задух, подуване на лицето и езика, колапс

Много редки нежелани реакции (може да засегнат до 1 на 10 000 души):

- комплекс от симптоми, възникващи няколко седмици след инфузия с ритуксимаб, включващи реакции, подобни на алергичните, например обрив, сърбеж, болка в ставите, подути лимфни възли и повишена температура
- тежки състояния с образуване на мехури по кожата, които могат да бъдат животозастрашаващи. Може да се появи зачервяване, често свързано с мехури по кожата или лигавиците, например по вътрешната страна на устата, гениталната област или клепачите, като може да има и повишена температура.

С неизвестна честота (честотата не може да бъде определена от наличните данни):

- сериозна вирусна инфекция

Други рядко съобщавани нежелани реакции, дължащи се на ритуксимаб, включват намален брой на белите кръвни клетки (неутрофили), които помагат в борбата срещу инфекции. Някои инфекции може да са тежки (вижте информацията за „Инфекции“ в тази точка).

в) Ако Вие или Вашето дете се лекувате за грануломатоза с полиангиит или микроскопски полиангиит

Много чести нежелани реакции (може да засегнат повече от 1 на 10 души):

- инфекции, например гръдни инфекции, инфекции на пикочните пътища (болка при уриниране), простуда и херпесни инфекции

- алергични реакции, които е най-вероятно да настъпят по време на инфузията, но може да се появят до 24 часа след нея
- диария
- кашлица или задух
- кървене от носа
- повишено кръвно налягане
- болки в ставите или гърба
- мускулни потрепвания или треперене
- замаяност
- тремор (треперене, често на ръцете)
- трудно заспиване (безсъние)
- подуване на ръцете или глезените

Чести нежелани реакции (може да засегнат до 1 на 10 души):

- нарушено храносмилане
- запек
- кожни обриви, включително акне или петна
- зачервяване на лицето или кожата
- повишена температура
- запушен нос или хрема
- схванати или болезнени мускули
- болка в мускулите на ръцете или краката
- нисък брой на червените кръвни клетки (анемия)
- нисък брой на тромбоцитите в кръвта
- повишаване на количеството на калий в кръвта
- промени в ритъма на сърцето или сърцебиене

Много редки нежелани реакции (може да засегнат до 1 на 10 000 души):

- тежки състояния с образуване на мехури по кожата, които могат да бъдат животозастрашаващи. Може да се появи зачервяване, често свързано с мехури по кожата или лигавиците, например по вътрешната страна на устата, гениталната област или клепачите, като може да има и повишена температура.
- повторна поява на предишна инфекция с хепатит В

С неизвестна честота (честотата не може да бъде определена от наличните данни):

- сериозна вирусна инфекция

Деца и юноши с грануломатоза с полиангиит или микроскопски полиангиит

Като цяло, нежеланите реакции при деца и юноши с грануломатоза с полиангиит или микроскопски полиангиит са подобни по вид на тези при възрастни с грануломатоза с полиангиит или микроскопски полиангиит. Най-честите наблюдавани нежелани реакции са инфекции, алергични реакции и гадене.

г) Ако се лекувате за пемфигус вулгарис

Много чести нежелани реакции (може да засегнат повече от 1 на 10 души):

- алергични реакции, които е по-вероятно да настъпят по време на инфузията, но може да се появят до 24 часа след нея
- главоболие
- инфекции, като например инфекции на гръдния кош
- продължителна депресия
- косопад

Чести нежелани реакции (може да засегнат до 1 на 10 души):

- инфекции, като например простуда, херпесни инфекции, очна инфекция, млечница и инфекции на пикочните пътища (болка при уриниране)
- нарушения на настроението, като раздразнителност и депресия
- нарушения на кожата, като сърбеж, уртикария и доброкачествени бучки
- чувство на умора или замаяност
- повишена температура
- болка в ставите или гърба
- болка в корема
- болка в мускулите
- ускорен сърдечен ритъм повече от нормалното

С неизвестна честота (честотата не може да бъде определена от наличните данни):

- сериозна вирусна инфекция

Ruxience може също да предизвика промени в лабораторните изследвания, назначени от Вашия лекар.

Ако Ruxience се прилага с други лекарства, някои от нежеланите реакции, които може да получите, може да се дължат на другите лекарства.

Съобщаване на нежелани реакции

Ако получите някакви нежелани лекарствени реакции, уведомете Вашия лекар, фармацевт или медицинска сестра. 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 Ruxience

Да се съхранява на място, недостъпно за деца.

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

Да се съхранява в хладилник (2°C – 8°C). Да се съхранява в оригиналната опаковка, за да се предпази от светлина.

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 Ruxience

- Активно вещество на Ruxience: нарича се ритуксимаб.
Флаконът от 10 ml съдържа 100 mg ритуксимаб (10 mg/ml).
Флаконът от 50 ml съдържа 500 mg ритуксимаб (10 mg/ml).
- Други съставки: L-хистидин, L-хистидинов хидрохлорид монохидрат, динатриев едетат, полисорбат 80, захароза, вода за инжекции.

Как изглежда Ruxience и какво съдържа опаковката

Ruxience е бистър до леко опалесцентен, безцветен до бледо кафеникавожълт разтвор, който се предлага под формата на концентрат за инфузионен разтвор [стерилен концентрат].

Флакон от 10 ml – опаковка с 1 флакон
Флакон от 50 ml – опаковка с 1 флакон

Притежател на разрешението за употреба

Pfizer Europe MA EEIG
Boulevard de la Plaine 17
1050 Bruxelles
Белгия

Производител

Pfizer Manufacturing Belgium NV
Rijksweg 12
2870 Puurs
Белгия

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

België/Belgique/Belgien

Luxembourg/Luxemburg

Pfizer NV/SA
Tél/Tel: +32 (0)2 554 62 11

Česká republika

Pfizer, spol. s r.o.
Tel: +420 283 004 111

Danmark

Pfizer ApS
Tlf: +45 44 20 11 00

Deutschland

PFIZER PHARMA GmbH
Tel: +49 (0)30 550055-51000

България

Пфайзер Люксембург САРЛ,
Клон България
Тел.: +359 2 970 4333

Eesti

Pfizer Luxembourg SARL Eesti filiaal
Tel: +372 666 7500

Ελλάδα

Pfizer Ελλάς Α.Ε.
Τηλ: +30 210 6785800

España

Pfizer, S.L.
Tel: +34 91 490 99 00

Κύπρος

Pfizer Ελλάς Α.Ε. (Cyprus Branch)
Τηλ: +357 22817690

Magyarország

Pfizer Kft.
Tel.: + 36 1 488 37 00

Malta

Vivian Corporation Ltd.
Tel: +356 21344610

Nederland

Pfizer bv
Tel: +31 (0)800 63 34 636

Norge

Pfizer AS
Tlf: +47 67 52 61 00

Österreich

Pfizer Corporation Austria Ges.m.b.H.
Tel: +43 (0)1 521 15-0

Polska

Pfizer Polska Sp. z o.o.
Tel.: +48 22 335 61 00

Portugal

Laboratórios Pfizer, Lda.
Tel: +351 21 423 5500

France

Pfizer

Tél: +33 (0)1 58 07 34 40

Hrvatska

Pfizer Croatia d.o.o.

Tel: +385 1 3908 777

Ireland

Pfizer Healthcare Ireland

Tel: +1800 633 363 (toll free)

Tel: +44 (0)1304 616161

Ísland

Icepharma hf.

Sími: +354 540 8000

Italia

Pfizer S.r.l.

Tel: +39 06 33 18 21

Latvija

Pfizer Luxembourg SARL filiāle Latvijā

Tel: +371 670 35 775

Lietuva

Pfizer Luxembourg SARL filialas Lietuvoje

Tel: +370 5 251 4000

România

Pfizer Romania S.R.L.

Tel: +40 (0) 21 207 28 00

Slovenija

Pfizer Luxembourg SARL

Pfizer, podružnica za svetovanje s področja farmaceutске dejavnosti, Ljubljana

Tel: +386 (0)1 52 11 400

Slovenská republika

Pfizer Luxembourg SARL, organizačná zložka

Tel: + 421 2 3355 5500

Suomi/Finland

Pfizer Oy

Puh/Tel: +358 (0)9 430 040

Sverige

Pfizer AB

Tel: +46 (0)8 550 520 00

United Kingdom (Northern Ireland)

Pfizer Limited

Tel: +44 (0)1304 616161

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

Други източници на информация

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

Тази листовка е налична на всички езици на ЕС/ЕИП на уебсайта на Европейската агенция по лекарствата.