

**I PRIEDAS**  
**PREPARATO CHARAKTERISTIKŲ SANTRAUKA**

▼ Vykdoma papildoma šio vaistinio preparato stebėseną. Tai padės greitai nustatyti naują saugumo informaciją. Sveikatos priežiūros specialistai turi pranešti apie bet kokias įtariamas nepageidaujamas reakcijas. Apie tai, kaip pranešti apie nepageidaujamas reakcijas, žr. 4.8 skyriuje.

## 1. VAISTINIO PREPARATO PAVADINIMAS

Ruxience 100 mg koncentratas infuziniam tirpalui  
Ruxience 500 mg koncentratas infuziniam tirpalui

## 2. KOKYBINĖ IR KIEKYBINĖ SUDĖTIS

Ruxience 100 mg koncentratas infuziniam tirpalui  
Kiekviename ml yra 10 mg rituksimabo.  
Kiekviename 10 ml tūrio flakone yra 100 mg rituksimabo.

Ruxience 500 mg koncentratas infuziniam tirpalui  
Kiekviename ml yra 10 mg rituksimabo.  
Kiekviename 50 ml tūrio flakone yra 500 mg rituksimabo.

Rituksimabas yra genų inžinerijos būdu pagamintas chimerinis pelės ir žmogaus monokloninių antikūnų preparatas; tai – glikozilintas imunoglobulinas, kurį sudaro žmogaus IgG1 pastoviųjų sričių ir pelės lengvųjų bei sunkiųjų grandinių kintamųjų sričių sekos. Antikūnai gaminami žinduolių (kininių žiurkėnukų kiaušidžių) ląstelių suspensijos kultūroje ir gryninami afininės bei jonų mainų chromatografijos metodais, įskaitant specifinį virusų inaktyvinimą ir šalinimą.

Pagalbinė (-s) medžiaga (-os), kurios (-ių) poveikis žinomas  
Šio vaistinio preparato dozėje yra mažiau kaip 1 mmol (23 mg) natrio.

Visos pagalbinės medžiagos išvardytos 6.1 skyriuje.

## 3. FARMACINĖ FORMA

Koncentratas infuziniam tirpalui (sterilus koncentratas).

Skaidrus arba lengvai opalinis bespalvis arba rusvai geltonas skystis.

## 4. KLINIKINĖ INFORMACIJA

### 4.1 Terapinės indikacijos

Ruxience vartojamas suaugusiems asmenims gydyti pagal toliau išvardytas indikacijas.

#### Ne Hodžkino limfoma (NHL)

Ruxience vartojamas suaugusiems pacientams negydytai III–IV stadijos folikulinei limfomai gydyti kartu su chemoterapija.

Ruxience vartojamas palaikomajam folikulinės limfomos gydymui suaugusiems pacientams, kurių indukcinė terapija buvo veiksminga.

Ruxience monoterapija taikoma suaugusiems pacientams gydyti III–IV stadijos folikulinę limfomą, atsparią chemoterapijai arba antrą ar daugiau kartų pasikartojusią po chemoterapijos.

Ruxience taip pat vartojamas suaugusiems pacientams CD20 teigiamai difuzinei didelių B ląstelių ne Hodžkino limfomai gydyti kartu su CHOP (ciklofosfamido, doksorubicino, vinkristino, prednizolono) chemoterapija.

Ruxience derinyje su chemoterapija skiriamas vaikams (nuo  $\geq 6$  mėnesių iki  $< 18$  metų amžiaus), kuriems yra anksčiau negydyta pažengusios stadijos CD20 teigiama difuzinė didelių B ląstelių limfoma (DDBLL), Berkito (*Burkitt*) limfoma (BL) ar Berkito (*Burkitt*) leukemija (ūminė subrendusių B ląstelių leukemija) (ŪBLL) arba į Berkito (*Burkitt*) panaši limfoma (BPL), gydyti.

#### Lėtinė limfocitinė leukemija (LLL)

Ruxience kartu su chemoterapija vartojamas anksčiau negydyta ir recidyvuojančia/atsparia LLL sergantiems pacientams gydyti. Nėra pakankamai duomenų apie pacientų, gydytų monokloniniais antikūnais, įskaitant rituksimabą, arba pacientų, atsparių ankstesniam gydymui rituksimabu kartu su chemoterapija, veiksmingumą ir saugumą.

Daugiau informacijos žr. 5.1 skyriuje.

#### Reumatoidinis artritas

Ruxience kartu su metotreksatu skiriamas gydyti suaugusiems pacientams, sergantiems sunkiu aktyviu reumatoidiniu artritu, kai gydymas kitais ligos eigą keičiančiais vaistais nuo reumato (LEKVNR) buvo nepakankamai veiksmingas ar netoleruojamas, įskaitant vienkartinį ar daugiau bandymų gydyti naviko nekrozės faktoriaus (NNF) inhibitoriais.

Įrodyta, kad kartu su metotreksatu vartojamas Ruxience sulėtina rentgenu nustatomo sąnarių pažeidimo progresavimą ir pagerina fizinę funkciją.

#### Granulimatozė su poliangitu ir mikroskopinis poliangitas

Ruxience kartu su gliukokortikoidais skirtas suaugusiems pacientams, sergantiems sunkia aktyvia granulimatoze su poliangitu (Vegenerio (*Wegener*) granulimatoze) (GPA) ir mikroskopiniu poliangitu (MPA), gydyti.

Ruxience kartu su gliukokortikoidais skiriamas remisijai sukelti vaikams (nuo  $\geq 2$  metų iki  $< 18$  metų amžiaus), sergantiems sunkia, aktyvios eigos granulimatoze su poliangitu (Wegener'io) (GPA) ir mikroskopiniu poliangitu (MPA).

#### Paprastoji pūslinė

Ruxience skirtas pacientams, sergantiems vidutinio sunkumo ar sunkia paprastąja pūsline (PP), gydyti.

### **4.2 Dozavimas ir vartojimo metodas**

Ruxience turi būti skiriamas atidžiai prižiūrint patyrusiam sveikatos priežiūros specialistui tokioje patalpoje, kurioje yra visos gaivinimo priemonės neatidėliotinai pagalbai teikti (žr. 4.4 skyrių).

#### Premedikacijai ir profilaktiniam gydymui skiriami vaistiniai preparatai

Prieš kiekvieną Ruxience vartojimą būtina visada skirti premedikaciją, susidedančią iš antipiretiko ir antihistamininio vaistinio preparato (pvz., paracetamolio ir difenhidramino).

Reikia apsvarstyti premedikacijos gliukokortikoidais poreikį tais atvejais, kai ne Hodžkino limfoma arba lėtine limfocitine leukemija sergantiems suaugusiems pacientams gydyti Ruxience nėra skiriamas kartu su chemoterapija, kurios sudėtyje yra ir gliukokortikoidų.

Ne Hodžkino limfoma sergantiems vaikams likus 30–60 minučių iki Ruxience infuzijos pradžios reikia skirti premedikaciją paracetamoliu ir H1 antihistamininiu preparatu (pvz., difenhidraminu arba lygiaverčiu preparatu). Be to, reikia paskirti prednizono, kaip nurodyta 1 lentelėje.

Kad gydant LLL sergančius pacientus sumažėtų naviko irimo sindromo pavojus, per 48 valandas iki gydymo pradžios rekomenduojama profilaktiškai duoti pakankamai skysčių ir skirti urikostatikų. LLL sergantiems pacientams, kurių limfocitų skaičius yra  $> 25 \times 10^9/l$ , likus nedaug laiko iki Ruxience infuzijos rekomenduojama į veną suleisti 100 mg prednizono ar prednizolono, kad sumažėtų ūminės reakcijos į infuziją ir (arba) citokinų išsiskyrimo sindromo dažnis ir sunkumas.

Reumatoidiniu artritu, GPA ar MPA arba paprastąja pūsline sergantiems pacientams 30 minučių prieš kiekvieną Ruxience infuziją turi būti suleista premedikacija 100 mg metilprednizolono doze į veną, kad rečiau pasireikštų ir būtų lengvesnės su infuzija susijusios reakcijos.

GPA arba MPA sergantiems suaugusiems pacientams prieš pirmąją Ruxience infuziją 1–3 dienas rekomenduojama į veną suleisti po 1000 mg metilprednizolono paros dozę (paskutinią metilprednizolono dozę gali būti leidžiama tą pačią dieną kaip pirmoji Ruxience infuzija). Vėliau 4 savaitių trukmės indukcinio gydymo Ruxience kurso metu ir po jo reikia skirti 1 mg/kg kūno svorio per parą per burną vartojamo prednizono dozę (negalima viršyti 80 mg paros dozės, o vėliau dozę kaip galima greičiau mažinti, atsižvelgiant į klinikinį poreikį).

Prireikus suaugusius pacientus, sergančius GPA ir MPA arba PP, gydymo Ruxience metu ir po jo rekomenduojama gydyti profilaktiškai nuo *Pneumocystis jirovecii* pneumonijos (PJP), atsižvelgiant į vietines klinikinės praktikos rekomendacijas.

#### *Vaikų populiacija*

GPA ir MPA sergantiems vaikams prieš pirmąją Ruxience infuziją reikia skirti 3 dienas į veną po 30 mg/kg metilprednizolono paros dozę (neviršijant 1 g paros dozės), siekiant išvengti sunkaus vaskulito. Galima skirti iki trijų papildomų 30 mg/kg metilprednizolono dozių į veną prieš pirmąją Ruxience infuziją.

Pabaigus metilprednizolono infuzijas į veną, pacientui reikia skirti prednizono po 1 mg/kg kūno svorio per parą per burną (neviršijant 60 mg paros dozės), o vėliau dozę kaip galima greičiau mažinti, atsižvelgiant į klinikinį poreikį (žr. 5.1 skyrių).

Prireikus vaikus, sergančius GPA ar MPA, gydymo Ruxience metu ir po jo rekomenduojama gydyti profilaktiškai nuo *Pneumocystis jirovecii* pneumonijos (PJP).

#### Dozavimas

Svarbu patikrinti vaistinio preparato ženklumą ir įsitikinti, kad pacientui ketinama skirti tinkamą gydytojo paskirtą farmacinę formą.

#### Ne Hodžkino limfoma

##### *Folikulinė ne Hodžkino limfoma*

##### Sudėtinė terapija

Rekomenduojama Ruxience, vartojama kartu su chemoterapija, dozė anksčiau negydytai ar pasikartojusiai bei atspariai folikulinei limfomai gydyti yra 375 mg/m<sup>2</sup> kūno paviršiaus ploto vienam ciklui, iš viso iki 8 ciklų.

Ruxience infuzija daroma pirmąją kiekvieno chemoterapijos ciklo dieną, jei reikia, suleidus į veną gliukokortikoidų, įeinančių į chemoterapijos derinį.

## Palaikomasis gydymas

- Anksčiau negydyta folikulinė limfoma

Jei anksčiau negydytos folikulinės limfomos indukcinė terapija buvo veiksminga, rekomenduojama Ruxience dozė palaikomajam folikulinės limfomos gydymui yra 375 mg/m<sup>2</sup> kūno paviršiaus ploto kas 2 mėnesius (pradedant nuo dviejų mėnesių po paskutinės indukcinio gydymo dozės) iki ligos progresavimo arba ne ilgiau kaip dvejus metus (iš viso 12 infuzijų).

- Recidyvuojanti arba atspari folikulinė limfoma

Jei recidyvuojančios ar atsparios folikulinės limfomos indukcinė terapija buvo veiksminga, rekomenduojama Ruxience dozė palaikomajam folikulinės limfomos gydymui yra 375 mg/m<sup>2</sup> kūno paviršiaus ploto kas 3 mėnesius (pradedant nuo trijų mėnesių po paskutinės indukcinio gydymo dozės) iki ligos progresavimo arba ne ilgiau kaip dvejus metus (iš viso 8 infuzijos).

## Monoterapija

- Recidyvuojanti arba atspari folikulinė limfoma

Ruxience, vartojamo kaip vienintelis vaistas suaugusių pacientų, sergančių III–IV stadijos chemoterapijai atsparia arba antrą ar daugiau kartų po chemoterapijos pasikartojusia folikuline limfoma, indukciniai terapijai, rekomenduojama dozė yra 375 mg/m<sup>2</sup> kūno paviršiaus ploto, infuzuojama į veną kartą per savaitę keturias savaites.

Jei ankstesnis pasikartojusios ar gydymui atsparios folikulinės limfomos gydymas vien Ruxience buvo veiksmingas, rekomenduojama rituksimabo dozė kartotinei monoterapijai yra 375 mg/m<sup>2</sup> kūno paviršiaus ploto, infuzuojama į veną kartą per savaitę keturias savaites (žr. 5.1 skyrių).

## *Suaugusiųjų difuzinė didelių B ląstelių ne Hodžkino limfoma*

Ruxience turi būti vartojamas kartu su CHOP chemoterapija. Rekomenduojamoji dozė yra 375 mg/m<sup>2</sup> kūno paviršiaus ploto, leidžiama pirmąją kiekvieno chemoterapijos ciklo dieną aštuonis ciklus į veną po gliukokortikoido, įeinančio į CHOP sudėtį, infuzijos. Difuzinės didelių B ląstelių ne Hodžkino limfomos gydymo rituksimabu kartu su kitais chemoterapijos būdais veiksmingumas ir saugumas nenustatytas.

## Dozės reguliavimas gydymo metu

Ruxience dozės mažinti nerekomenduojama. Kai Ruxience vartojamas kartu su chemoterapija, reikia įprastiniu būdu mažinti chemoterapinių vaistinių preparatų dozes.

## Lėtinė limfocitinė leukemija

Rekomenduojamoji Ruxience, vartojamo kartu su chemoterapija, dozė anksčiau negydytiems ir pakartotinai susirgusiems/gydymui atspariems pacientams yra 375 mg/m<sup>2</sup> kūno paviršiaus ploto, leidžiama nulinę pirmo chemoterapijos ciklo dieną, paskui – po 500 mg/m<sup>2</sup> kūno paviršiaus ploto, leidžiama pirmąją kiekvieno naujo ciklo dieną, iš viso šešis ciklus. Chemoterapija turi būti skiriama po Ruxience infuzijos.

## Reumatoidinis artritas

Ruxience gydomiems pacientams prieš kiekvieną infuziją reikia duoti „Paciento budrumo lapelį“.

Gydymo Ruxience kursas – dvi 1000 mg infuzijos į veną. Rekomenduojamasis Ruxience dozavimas yra 1000 mg infuzija į veną, po kurios praėjus 2 savaitėms atliekama antra 1000 mg infuzija.

Tolimesnių gydymo kursų poreikis turi būti vertinamas praėjus 24 savaitėms po paskutinio kurso. Jeigu tuo metu liekamasis ligos aktyvumas tebėra, reikalingas pakartotinis gydymas. Kitu atveju pakartotinis gydymas skiriamas tik ligai suaktyvėjus.

Turimi duomenys rodo, kad klinikinis poveikis paprastai pasireiškia praėjus 16–24 savaitėms po pradinio gydymo kurso. Jeigu per šį laikotarpį nepastebima jokio gydomojo poveikio, reikia kruopščiai apsvarstyti, ar gydymą tęsti.

### Granuliozė su poliangitu (GPA) ir mikroskopinis poliangitas (MPA)

Prieš kiekvieną Ruxience infuziją šiuo vaistu gydomiems pacientams reikia duoti „Paciento budrumo lapelį“.

#### *Suaugusiųjų remisijos indukcija*

Rekomenduojama Ruxience dozė ligos remisijai sukelti suaugusiems pacientams, sergantiems GPA ir MPA, yra 375 mg/m<sup>2</sup> kūno paviršiaus ploto, ši dozė skiriama infuzijos į veną būdu kartą per savaitę 4 savaites (iš viso skiriamos keturios infuzijos).

#### *Suaugusiųjų palaikomasis gydymas*

Jeigu ligos remisija buvo sukurta skiriant Ruxience, palaikomąjį gydymą suaugusiems pacientams, sergantiems GPA ir MPA, reikia pradėti ne anksčiau kaip praėjus 16 savaičių po paskutiniosios Ruxience infuzijos.

Jeigu ligos remisija buvo sukurta skiriant kitą įprastinį gydymą imunosupresantais, palaikomąjį gydymą Ruxience reikia pradėti per 4 savaičių trukmės laikotarpį nuo ligos remisijos pradžios.

Ruxience reikia skirti kaip dvi 500 mg intravenines (IV) infuzijas su dviejų savaičių pertrauka tarp jų, o vėliau skirti po 500 mg IV infuzijas kas 6 mėnesius. Po pasiektos remisijos (t. y., nesant klinikinių požymių ir simptomų) pacientams Ruxience reikia skirti bent 24 mėnesius. Pacientams, kuriems gali būti didesnė atkryčio rizika, gydytojai turėtų apsvarstyti ilgesnės palaikomojo gydymo Ruxience trukmės poreikį (iki 5 metų).

### Paprastoji pūsline

Prieš kiekvieną Ruxience infuziją šiuo vaistiniu preparatu gydomiems pacientams reikia duoti „Paciento budrumo lapelį“.

Rekomenduojamas Ruxience dozavimas gydant paprastąją pūsline sergančius pacientus yra 1000 mg dozė, skiriama intraveninės (IV) infuzijos būdu, o vėliau po dviejų savaičių pertraukos skiriant antrąją 1000 mg IV infuziją, šio vaistinio preparato vartojant derinyje su laipsniškai mažinamos gliukokortikoidų dozės gydymo kursu.

#### *Palaikomasis gydymas*

Palaikomajam gydymui reikia skirti 500 mg dozės IV infuziją praėjus 12 mėnesių ir 18 mėnesių ir vėliau kas 6 mėnesius arba jeigu reikia, atsižvelgiant į klinikinės būklės įvertinimą.

#### *Atkryčio gydymas*

Pasireiškus ligos atkryčiui, pacientams galima skirti 1000 mg dozės IV infuziją. Sveikatos priežiūros specialistas taip pat turėtų apsvarstyti gydymo gliukokortikoidais atnaujinimo ar jų dozės padidinimo pacientui poreikį, atsižvelgiant į klinikinės būklės įvertinimą.

Vėlesnes infuzijas galima skirti ne anksčiau kaip praėjus 16 savaičių po ankstesniosios infuzijos.

### Specialios pacientų grupės

#### *Vaikų populiacija*

#### Ne Hodžkino limfoma

Vaikams nuo ≥6 mėnesių iki <18 metų amžiaus, kuriems yra anksčiau negydyta pažengusios stadijos CD20 teigiama DDBLL/BL/ŪBLL/BPL, Ruxience reikia skirti kartu su sisteminio poveikio

*Lymphome Malin B* (LMB) chemoterapija (žr. 1 ir 2 lenteles). Rekomenduojama Ruxience dozė, skiriama infuzijos į veną būdu, yra 375 mg/m<sup>2</sup> kūno paviršiaus ploto (KPP). Ruxience dozės nereikia koreguoti kitaip, nei pagal kūno paviršiaus plotą.

Rituksimabo saugumas ir veiksmingumas vaikams nuo ≥6 mėnesių iki <18 metų amžiaus, skiriant kitoms indikacijoms nei anksčiau negydyta pažengusios stadijos CD20 teigiama DDBLL/BL/ŪBLL/BPL, neištirti. Duomenų apie jaunesnius nei 3 metų pacientus turima nedaug. Daugiau informacijos pateikiama 5.1 skyriuje.

Ruxience negalima skirti vaikams nuo gimimo iki <6 mėnesių amžiaus, sergantiems CD20 teigiama difuzine didelių B ląstelių limfoma (žr. 5.1 skyrių).

### 1 lentelė. Ruxience dozavimas skiriant ne Hodžkino limfoma sergantiems vaikams

Ciklas	Gydymo diena	Vaistinio preparato skyrimo ypatumai
Prefazė (COP)	Ruxience neskiriamas	-
1-asis indukcijos kursas (COPDAM1)	2-oji diena (atitinka 6-ąją prefazės dieną) 1-oji Ruxience infuzija	1-ojo indukcijos kurso metu kaip dalis chemoterapijos schemos skiriama prednizono, kurio turi būti vartojama prieš Ruxience skyrimą.
	1-oji diena 2-oji Ruxience infuzija	Ruxience bus skiriamas praėjus 48 valandoms po pirmosios Ruxience infuzijos.
2-asis indukcijos kursas (COPDAM2)	2-oji diena 3-ioji Ruxience infuzija	2-ojo indukcijos kurso metu, kai vartojama Ruxience, prednizono neskiriama.
	1-oji diena 4-oji Ruxience infuzija	Ruxience bus skiriamas praėjus 48 valandoms po trečiosios Ruxience infuzijos.
1-asis konsolidacijos kursas (CYM/CYVE)	1-oji diena 5-oji Ruxience infuzija	Ruxience vartojimo metu prednizono neskiriama.
2-asis konsolidacijos kursas (CYM/CYVE)	1-oji diena 6-oji Ruxience infuzija	Ruxience vartojimo metu prednizono neskiriama.
1-asis palaikomojo gydymo kursas (M1)	Nuo 25-osios iki 28-osios 2-ojo konsolidacijos kurso (CYVE) dienos Ruxience neskiriamas	Gydymas pradamas, kai po 2-ojo konsolidacijos kurso (CYVE) atsistatė ląstelių skaičius periferiniame kraujyje ir ANS yra >1,0 x 10 <sup>9</sup> /l, o trombocitų skaičius yra >100 x 10 <sup>9</sup> /l.
2-asis palaikomojo gydymo kursas (M2)	28-oji 1-ojo palaikomojo gydymo kurso (M1) diena Ruxience neskiriamas	-
ANS – absoliutus neutrofilų skaičius; COP – ciklofosfamidai, vinkristinas, prednizonas; COPDAM – ciklofosfamidai, vinkristinas, prednizonas, doksorubicinas, metotreksatas; CYM – CYtarabinas (Aracytine, Ara-C), metotreksatas; CYVE – CYtarabinas (Aracytine, Ara-C), VEpozidas (VP16)		

**2 lentelė. Ne Hodžkino limfoma sergančių vaikų gydymo planas: chemoterapija kartu su Ruxience**

Gydymo planas	Paciento ligos stadija	Vaistinio preparato skyrimo ypatumai
B grupė	III stadija su dideliu LDH aktyvumu (>N x 2), IV stadija, neišplitusi į CNS	Prefazė ir vėliau skiriami 4 gydymo kursai: 2 indukcijos kursai (COPADM) kartu su DDMTX 3 g/m <sup>2</sup> ir 2 konsolidacijos kursai (CYM)
C grupė	C1 grupė: B-ŪL, neišplitusi į CNS; IV stadija ir B-ŪL, išplitusi į CNS, tačiau ląstelių nenustatoma likvoro tyrime C3 grupė: B-ŪL, kai ląstelių nustatoma likvoro tyrime; IV stadija, kai ląstelių nustatoma likvoro tyrime	Prefazė ir vėliau skiriami 6 gydymo kursai: 2 indukcijos kursai (COPADM) kartu su DDMTX 8 g/m <sup>2</sup> , 2 konsolidacijos kursai (CYVE) ir 2 palaikomojo gydymo kursai (M1 ir M2).
Kitą gydymo kursą reikia paskirti iškart, kai tik atsistato kraujo ląstelių skaičiai ir tai leidžia paciento būklė, išskyrus palaikomojo gydymo kursus, kurie skiriami praėjus 28 dienų trukmės laiko tarpui.		
B-ŪL – Berkito ( <i>Burkitt</i> ) leukemija (ūminė subrendusių B ląstelių leukemija); CNS – centrinė nervų sistema; DDMTX – didelių dozių metotreksatas; LDH – laktatdehidrogenazė		

Granuliozė su poliangitu (GPA) ir mikroskopinis poliangitas (MPA)

Remisijos indukcija

Rekomenduojama Ruxience dozė ligos remisijai sukelti vaikams, sergantiems sunkiu, aktyvios eigos GPA ar MPA, yra 375 mg/m<sup>2</sup> kūno paviršiaus ploto, ši dozė skiriama infuzijos į veną būdu kartą per savaitę 4 savaites.

Rituksimabo saugumas ir veiksmingumas vaikams (nuo ≥2 metų iki <18 metų amžiaus), skiriant kitoms indikacijoms nei sunkus, aktyvios eigos GPA ar MPA, neiširti.

Ruxience negalima skirti jaunesniems kaip 2 metų vaikams, sergantiems sunkiu, aktyvios eigos GPA ar MPA, kadangi gali pasireikšti nepakankamas imuninės sistemos atsakas į vakcinaciją, naudojamą išvengti įprastų vaikystės laikotarpiu pasitaikančių ligų (pvz., tymų, kiaulytės, raudonukės ir poliomiolitito) (žr. 5.1 skyrių).

Senyvi žmonės

Senyviems pacientams (vyresniems kaip 65 metų) dozės keisti nereikia.

Vartojimo metodas

Paruoštas Ruxience tirpalas turi būti infuzuojamas į veną per atskirą infuzijos sistemą. Negalima paruoštų infuzinių tirpalų švirkšti į veną srove ar staigiai.

Pacientą reikia dažnai stebėti, ar neprasideda citokinų išsiskyrimo sindromas (žr. 4.4 skyrių). Jei atsiranda sunkios reakcijos simptomų, ypač ryškus dusulys, bronchų spazmas arba hipoksija, infuziją būtina nedelsiant nutraukti. Paskui pacientus, sergančius ne Hodžkino limfoma, reikia tirti, ar nėra naviko irimo sindromo – daryti reikiamus laboratorinius tyrimus, o plaučių infiltracijai nustatyti – atlikti krūtinės rentgenologinį tyrimą. Visiems pacientams infuzijos neatnaujinti, kol visiškai išnyks simptomai, sunormalės laboratorinių tyrimų ir krūtinės rentgenografijos duomenys. Tada infuziją galima atnaujinti iš pradžių bent perpus mažesniu greičiu. Jei antrą kartą pasikartoja tokia pati sunki nepageidaujama reakcija, atsižvelgiant į konkrečią situaciją reikia kruopščiai apsvarstyti, ar nevertėtų gydymą nutraukti.



Lengva arba vidutinio sunkumo su infuzija susijusi reakcija (žr. 4.8 skyrių) dažniausiai praecina sumažinus infuzijos greitį. Simptomams sumažėjus infuziją galima vėl pagreitinti.

#### Pirmoji infuzija

Rekomenduojamas pradinis infuzijos greitis yra 50 mg/val.; po pirmųjų 30 minučių infuzijos greitį kas 30 minučių galima didinti po 50 mg/val. iki maksimalaus 400 mg/val. greičio.

#### Kitos infuzijos

##### *Visos indikacijos*

Kitas Ruxience dozes galima lašinti į veną pradiniu 100 mg/val. greičiu, o paskui kas 30 minučių greitį didinti po 100 mg/val. iki maksimalaus 400 mg/val. greičio.

##### *Ne Hodžkino limfoma sergantiems vaikams*

#### Pirmoji infuzija

Rekomenduojamas pradinis infuzijos greitis yra 0,5 mg/kg/val. (daugiausia 50 mg/val.); jeigu nepasireiškia padidėjusio jautrumo ar su infuzija susijusių reakcijų, infuzijos greitį kas 30 minučių galima didinti po 0,5 mg/kg/val. iki maksimalaus 400 mg/val. greičio.

#### Kitos infuzijos

Kitas Ruxience dozes galima lašinti į veną pradiniu 1 mg/kg/val. greičiu (daugiausia 50 mg/val.); infuzijos greitį kas 30 minučių galima didinti po 1 mg/kg/val. iki maksimalaus 400 mg/val. greičio.

##### *Tik reumatoidiniu artritu sergantiems pacientams*

#### Alternatyvus kitų (vėlesnių) greitesnių infuzijų būdas

Jeigu pacientams skiriant pirmąją ar kitas 1000 mg Ruxience dozės infuzijas pagal įprastą schemą nepasireiškė sunkių su infuzija susijusių reakcijų, antrąją ir vėlesnes infuzijas galima sulašinti greičiau naudojant tokios pačios koncentracijos kaip ankstesnės infuzijos tirpalą (250 ml tūrio 4 mg/ml). Infuziją pradėkite 250 mg/val. greičiu ir taip lašinkite pirmąsias 30 minučių, o kitas 90 minučių vaistinio preparato lašinkite 600 mg/val. greičiu. Jeigu ši greitesnė infuzija gerai toleruojama, tokią lašinimo schemą galima naudoti ir skiriant kitas infuzijas.

Pacientams, kuriems nustatyta kliniškai reikšminga širdies ir kraujagyslių liga, įskaitant aritmijas, arba kuriems anksčiau pasireiškė sunkių su infuzija susijusių reakcijų skiriant bet kokių biologinių vaistinių preparatų ar rituksimabo, greitesnės infuzijos skirti negalima.

### **4.3 Kontraindikacijos**

#### Kontraindikacijos ne Hodžkino limfomai ir lėtinei limfocitinei leukemijai gydyti

Padidėjęs jautrumas veikliajai medžiagai, pelių baltymams arba bet kuriai 6.1 skyriuje nurodytai pagalbinei medžiagai.

Aktyvios, sunkios infekcijos (žr. 4.4 skyrių).

Sunki imuniteto slopinimo būklė.

Kontraindikacijos reumatoidiniam artritui, granuliomatozei su poliangitu, mikroskopiniam poliangitui ar paprastajai pūslinei gydyti

Padidėjęs jautrumas veikliajai medžiagai, pelių baltymams arba bet kuriai 6.1 skyriuje nurodytai pagalbinei medžiagai.

Aktyvios, sunkios infekcijos (žr. 4.4 skyrių).

Sunki imuniteto slopinimo būklė.

Sunkus širdies nepakankamumas (Niujorko širdies asociacijos IV grupė) arba sunki nekontroliuojama širdies liga (žr. 4.4 skyrių apie kitas širdies ir kraujagyslių ligas).

#### **4.4 Specialūs įspėjimai ir atsargumo priemonės**

##### Atsekamumas

Siekiant pagerinti biologinių vaistinių preparatų atsekamumą, reikia aiškiai užrašyti paskirto vaistinio preparato pavadinimą ir serijos numerį.

##### Progresuojančioji daugiažidininė leukoencefalopatija

Kiekvienam nuo reumatoidinio artrito, GPA, MPA ar paprastosios pūslinės Ruxience gydomam pacientui prieš kiekvieną infuziją reikia duoti „Paciento budrumo lapelį“. Budrumo lapelyje yra pacientui svarbi saugumo informacija apie galimą padidėjusį infekcijų pavojų, įskaitant progresuojančiąją daugiažidininę leukoencefalopatiją (PDL).

Gauta pranešimų apie labai retai pasireiškusių mirtį lėmusius PDL atvejus rituksimabą vartojusiems pacientams. Pacientus reikia reguliariai stebėti, ar neatsiranda kokių nors naujų simptomų, taip pat ar neryškėja neurologiniai simptomai ar požymiai, kurie galėtų kelti PDL įtarimą. Jeigu PDL įtariama, gydymą reikia sustabdyti, kol PDL bus paneigta. Klinikistas turi vertinti paciento būklę, kad galėtų nustatyti, ar simptomai rodo nervų sistemos disfunkciją; jeigu taip, – ar šie simptomai gali būti būdingi PDL. Atsižvelgiant į klinikinę būklę, gali būti reikalinga neurologo konsultacija.

Jeigu yra bet kokių abejonių, gali reikėti papildomų tyrimų, įskaitant atlikti MRT (geriau su kontrastu), JC viruso DNR tyrimą smegenų skystyje ir kartotini neurologinės būklės įvertinimą.

Gydytojai turi būti ypač budrūs tų PDL simptomų atžvilgiu, kurių pacientai gali nepastebėti (pvz., pažinimo, nervų sistemos ar psichikos sutrikimų simptomai). Pacientams taip pat reikia patarti apie savo gydymą informuoti partnerį ar globėjus, kadangi jie gali pastebėti simptomus, kurių patys pacientai nepastebi.

Pacientui susirgus PDL, gydymą Ruxience būtina nutraukti visam laikui.

PDL sergančių pacientų, kurių imunitetas nuslopintas, imuninei sistemai sunormalėjus, pastebėtas būklės stabilizavimasis arba pagerėjimas. Kol kas nežinoma, ar anksti nustačius PDL ir nutraukus gydymą rituksimabu, būklė gali panašiai stabilizuotis ar pagerėti.

##### Ne Hodžkino limfoma ir lėtinė limfocitinė leukemija

###### *Su infuzija susijusios reakcijos*

Vartojant rituksimabą gali pasireikšti su infuzija susijusių reakcijų, kurias gali sukelti citokinų ir (arba) kitų cheminių mediatorių išsilaisvinimas. Citokinų išsiskyrimo sindromo požymiai kliniškai gali būti neatskiriami nuo ūminės padidėjusio jautrumo reakcijos.

Šio tipo reakcijos, įskaitant citokinų išsiskyrimo sindromą, naviko irimo sindromą ir anafilaksines ar padidėjusio jautrumo reakcijas, aprašomos toliau.

Rituksimabo į veną leidžiamai farmacinei formai patekus į rinką, gauta pranešimų apie sunkias mirtį lėmusias su infuzija susijusias reakcijas, kurių pasireiškimo pradžia buvo nuo 30 minučių iki

2 valandų po pirmosios rituksimabo intraveninės infuzijos skyrimo pradžios. Šios reakcijos pasireiškė kaip plaučių funkcijos sutrikimai, o kai kuriais atvejais kaip greitas naviko irimas ir kiti naviko irimo sindromui būdingi požymiai, be to dar karščiavimas, šaltkrėtis, drebulys, hipotenzija, dilgėlinė, angioneurozinė edema ir kiti simptomai (žr. 4.8 skyrių).

Ryškus citokinų išsiskyrimo sindromas pasireiškia sunkiu dusuliu, dažnai ir bronchų spazmu bei hipoksija kartu su karščiavimu, šaltkrėčiu, drebuliu, dilgėline ir angioedema. Šis sindromas gali būti susijęs su kai kuriais naviko irimo sindromo požymiais, pavyzdžiui, hiperurikemija, hiperkalemija, hipokalcemija, hiperfosfatemija, ūminiu inkstų nepakankamumu, padidėjusia laktatdehidrogenazės (LDH) koncentracija; dėl to gali pasireikšti ūminis kvėpavimo nepakankamumas ir ištikti mirtis. Ūminis kvėpavimo nepakankamumas gali būti susijęs su plaučių intersticine infiltracija arba pabrinkimu, matomais krūtinės rentgenogramoje. Sindromas dažnai pasireiškia per dvi valandas nuo pirmosios infuzijos pradžios. Pacientų, kuriems yra buvęs plaučių nepakankamumas arba navikas infiltruoja plaučius, ligos baigtis gali būti blogesnė, todėl juos reikia gydyti ypač atsargiai. Pasireiškus sunkiam citokinų išsiskyrimo sindromui reikia nedelsiant nutraukti infuziją (žr. 4.2 skyrių) ir pradėti intensyviai gydyti simptomus mažinančiomis priemonėmis. Kadangi po pradinio klinikinių simptomų sumažėjimo paciento būklė vėl gali pablogėti, jį reikia atidžiai stebėti, kol naviko irimo sindromo ir plaučių infiltracijos požymiai praeis arba bus paneigti. Jei požymiams ir simptomams visiškai išnykus pacientas gydomas toliau, sunkus naviko irimo sindromas retai pasikartoja.

Pacientus, kurių navikas labai išplitęs arba kurių kraujyje cirkuliuoja daug ( $\geq 25 \times 10^9/l$ ) piktybinių ląstelių, pavyzdžiui, LLL sergančius pacientus, kuriems gali būti didesnis ypač sunkaus citokinų išsiskyrimo sindromo pavojus, reikia gydyti nepaprastai atsargiai. Atliekant pirmąją infuziją šių pacientų būklę būtina labai atidžiai stebėti. Reikia apsvarstyti, gal šiems pacientams tikslinga sumažinti pirmosios infuzijos greitį arba dozę padalyti ir sulašinti per dvi dienas pirmo ciklo metu ir visų vėlesnių ciklų metu, jei limfocitų kiekis tebėra  $> 25 \times 10^9/l$ .

Bet kokia su infuzija susijusi nepageidaujama reakcija pasitaiko 77 % rituksimabu gydomų ligonių (įskaitant citokinų išsiskyrimo sindromą, susijusį su hipotenzija ir bronchų spazmu, nustatomą 10 % pacientų) (žr. 4.8 skyrių). Nutraukus rituksimabo infuziją ir gydant temperatūrą mažinančiais, antihistamininiais vaistais, kartais deguonimi, leidžiant į veną natrio chlorido tirpalo ar bronchų plečiančių vaistų, o jei reikia – gliukokortikoidų, nepageidaujamos reakcijos simptomai paprastai išnyksta. Žiūrėkite pirmiau pateiktus ryškaus citokinų išsiskyrimo sindromo požymius.

Leidžiant pacientams į veną baltymų pasitaiko anafilaksijos ir kitokių padidėjusio jautrumo reakcijų. Skirtingai nuo citokinų išsiskyrimo sindromo, tikroji padidėjusio jautrumo reakcija paprastai įvyksta per keletą minučių nuo infuzijos pradžios. Leidžiant į veną rituksimabą reikia turėti paruoštų vaistų, kurių gali nedelsiant prireikti padidėjusio jautrumo reakcijai gydyti, pavyzdžiui, epinefrino (adrenalino), antihistamininių vaistų ir gliukokortikoidų. Kliniškai anafilaksijos reakcija gali pasireikšti panašiai kaip citokinų išsiskyrimo sindromas (aprašytas pirmiau). Padidėjusio jautrumo reakcija pasitaiko rečiau negu reakcija į citokinų išsiskyrimą.

Kitos reakcijos, apie kurias gauta keletas pranešimų, buvo miokardo infarktas, prieširdžių virpėjimas, plaučių pabrinkimas ir ūmi laikina trombocitopenija.

Kadangi vartojant rituksimabą gali pasireikšti hipotenzija, gali būti tikslinga prieš 12 valandų iki Ruxience infuzijos nutraukti gydymą antihipertenziniais vaistinėmis preparatais.

#### *Širdies sutrikimai*

Rituksimabu gydomiems pacientams pasitaiko krūtinės angina, širdies aritmija (pavyzdžiui, prieširdžių plazdėjimas ar virpėjimas), širdies nepakankamumas ir (arba) miokardo infarktas, todėl pacientus, sergančius širdies liga ir (arba) gydomus kardiotoksiniais chemoterapiniais vaistais, reikia dažnai stebėti.

#### *Toksinis poveikis kraujui*

Nors rituksimabas, vartojamas vienas, neslopina kaulų čiulpų, reikia būti atsargiems gydant pacientus, kurių neutrofilų skaičius  $< 1,5 \times 10^9/l$  ir (arba) trombocitų skaičius  $< 75 \times 10^9/l$ , nes tokių pacientų

gydymo patirtis nedidelė. Rituksimabu gydytas 21 pacientas, kuriam buvo atliktas autologinis kaulų čiulpų persodinimas, ir kitokių rizikos grupių pacientai, kuriems galėjo būti susilpnėjusi kaulų čiulpų funkcija, tačiau mielotoksinio poveikio vaistas nesukėlė.

Gydant Ruxience reikia reguliariai atlikti išsamų kraujo tyrimą, įskaitant neutrofilų ir trombocitų skaičių.

#### *Infekcijos*

Gydant rituksimabu gali pasireikšti sunkios infekcijos, įskaitant mirtinas (žr. 4.8 skyrių). Ruxience neturi būti skiriamas pacientams, sergantiems aktyvia, sunkia infekcija (pvz., tuberkuloze, sepsiu ir oportunistinėmis infekcijomis, žr. 4.3 skyrių).

Gydytojai turi būti atsargūs svarstydami Ruxience skyrimą pacientams, sirgusiems besikartojančiomis ar lėtinėmis infekcijomis arba sergantiems ligomis, kurios gali sudaryti sąlygas sunkioms infekcijoms pasireikšti (žr. 4.8 skyrių).

Gauta pranešimų apie hepatito B suaktyvėjimą gydant rituksimabu, įskaitant pranešimus apie žaibinį hepatitą, pasibaigusį mirtimi. Dauguma šių asmenų taip pat buvo gydomi citotoksinais chemoterapiniais vaistais. Negausūs vieno klinikinio tyrimo, kuriame dalyvavo pacientai, sergantys recidyvuojančia/ atsparia LLL, duomenys leidžia iškelti prielaidą, kad gydymas rituksimabu gali pabloginti netgi pirminės hepatito B infekcijos baigtį. Prieš pradėdant gydymą Ruxience visiems pacientams turi būti atliktas hepatito B viruso (HBV) nustatymo tyrimas. Visiems pacientams turi būti nustatyti bent HBsAg ir HBcAb rodikliai. Be šių tyrimų gali būti nustatomi ir kiti reikalingi žymenys, laikantis vietinių gairių. Aktyvia hepatito B infekcija sergantiems pacientams gydymo Ruxience skirti negalima. Pacientai, kuriems nustatyta teigiamų hepatito B serologinių tyrimų rodiklių (arba HBsAg, arba HBcAb), prieš pradėdami gydymą turi pasikonsultuoti su kepenų ligų specialistais; šių pacientų būklę reikia stebėti bei juos gydyti laikantis vietinių gydymo standartų, siekiant apsaugoti nuo hepatito B atsinaujinimo.

Gauta pranešimų apie labai retus progresuojančiosios daugiažidininės leukoencefalopatijos (PDL) atvejus vartojant rituksimabą po registracijos ne Hodžkino limfomai ir LLL gydyti (žr. 4.8 skyrių). Dauguma pacientų buvo gydomi rituksimabu kartu su chemoterapija arba tai buvo vienas iš gydymo komponentų po kamieninių kraujodaros ląstelių persodinimo.

#### *Imunizacija*

Skiepijimo gyvomis virusinėmis vakcinomis saugumas po NHL ir LLL gydymo rituksimabu netirtas, todėl vakcinuoti gyvomis virusinėmis vakcinomis nerekomenduojama. Ruxience gydytus pacientus galima skiepyti negyvomis vakcinomis, tačiau atsakas į negyvas vakcinas gali būti mažesnis. Nerandomizuoto tyrimo duomenimis, recidyvuojančia nedidelio laipsnio NHL sergančius suaugusius pacientus, gydytus vien rituksimabu, paskiepijus stabiligės atgaminamuoju antigenu ir Keyhole Limpet hemocianino (KLH) neoantigeno atsako dažnis buvo mažesnis, palyginti su sveikais negydytais kontroliniais asmenimis (atitinkamai 16 %, palyginti su 81 % ir 4 %, palyginti su 76 %, vertinant pagal daugiau kaip dvigubą antikūnų titro padidėjimą). Manoma, kad panašūs rezultatai būtų ir skiepijant LLL sergančius pacientus, atsižvelgiant į šių dviejų ligų panašumą, tačiau klinikinių tyrimų neatlikta.

Po gydymo rituksimabu vidutinis antikūnų titras prieš grupę antigenų (*Streptococcus pneumoniae*, gripo A, kiaulytės, raudonukės, vėjaraupių) bent 6 mėnesius išliko toks pat, koks buvo iki gydymo.

#### *Odos reakcijos*

Gauta pranešimų apie pasireiškusias sunkias odos reakcijas, pavyzdžiui, toksinę epidermio nekrolizę (Lyell'io sindromą) ir Stevens–Johnson sindromą, kai kurios iš šių reakcijų lėmė pacientų mirtį (žr. 4.8 skyrių). Tokio reiškinio atveju ir kai įtariamą priežastinį ryšys su rituksimabo vartojimu, gydymą reikia visam laikui nutraukti.

### *Vaikų populiacija*

Duomenų apie jaunesnius nei 3 metų pacientus turima nedaug. Daugiau informacijos pateikiama 5.1 skyriuje.

### Reumatoidinis artritas, granuliomatozė su poliangitu (GPA), mikroskopinis poliangitas (MPA) ir paprastoji pūslinė

#### *Metotreksatu negydyti ligoniai, sergantys reumatoidiniu artritu*

Rituksimabo nerekomenduojama skirti metotreksatu negydytiems ligoniams, nes gydymo naudos ir rizikos santykis nenustatytas.

#### *Su infuzija susijusios reakcijos*

Rituksimabas gali sukelti su infuzija susijusias reakcijas (SISR), kurias gali sukelti citokinų ir (arba) kitų cheminių mediatorių išsilaisvinimas.

Vaistui patekus į rinką, gauta pranešimų apie sunkias mirtį lėmusias SISR, pasireiškusias reumatoidiniu artritu sergantiems pacientams. Dauguma klinikinių tyrimų metu praneštų su infuzija susijusių reiškinų reumatoidiniu artritu sergantiems pacientams buvo nuo lengvo iki vidutinio sunkumo. Dažniausi simptomai buvo alerginės reakcijos, kaip antai, galvos skausmas, niežulys, ryklės perštėjimas, veido ir kaklo paraudimas, bėrimas, dilgėlinė, kraujospūdžio pakilimas ir karščiavimas. Apskritai, bet kokia su infuzija susijusi reakcija dažniau pasireiškė po pirmos bet kurio gydymo kurso infuzijos, negu po antros. Per vėlesnius gydymo kursus SISR dažnumas mažėjo (žr. 4.8 skyrių). Reakcijos dažniausiai praeidavo, sumažinus rituksimabo infuzijos greitį arba ją nutraukus ir pavartojus temperatūrą mažinančių, antihistamininių vaistų, o kartais – deguonies, druskos tirpalų į veną arba bronchus plečiančių vaistų ir gliukokortikoidų, jei prireikdavo. Reikia atidžiai stebėti pacientų, kuriems jau anksčiau buvo širdies sutrikimų arba kuriems anksčiau pasireiškė nepageidaujamų širdies ir kvėpavimo reakcijų, būklę. Priklausomai nuo SISR sunkumo ir taikytinų medicininės pagalbos priemonių, gydymą Ruxience reikia laikinai ar iš viso nutraukti. Simptomams visiškai išnykus, infuziją dažniausiai galima atnaujinti, 50 % sumažinus greitį (pvz., nuo 100 mg/val. iki 50 mg/val.).

Leidžiant Ruxience reikia turėti paruoštų vaistų padidėjusio jautrumo reakcijoms gydyti, pavyzdžiui, epinefrino (adrenalino), antihistamininių vaistų ir gliukokortikoidų, kad, atsiradus alerginei reakcijai, juos iškart būtų galima panaudoti.

Nėra duomenų apie pacientų, kuriems yra vidutinio laipsnio širdies nepakankamumas (NYHA III grupės) arba sunki, nekontroliuojama širdies ir kraujagyslių liga, gydymo rituksimabu saugumą. Rituksimabu gydomiems pacientams pasitaikė iki tol buvusios išeminės širdies ligos, pavyzdžiui, krūtinės anginos, simptomų atsinaujinimo, taip pat prieširdžių virpėjimo ir plazdėjimo atvejų. Taigi prieš gydant Ruxience pacientus, sergančius žinoma širdies liga ir kuriems anksčiau pasireiškė nepageidaujamų širdies ir kvėpavimo reakcijų, reikia turėti omenyje širdies ir kraujagyslių komplikacijų pavojų nuo reakcijos į infuziją, todėl vaisto vartojimo metu pacientus reikia atidžiai stebėti. Kadangi rituksimabo infuzijos metu gali pasireikšti hipotenzija, reikia apsvastyti, ar prieš 12 valandų iki Ruxience infuzijos nenutraukti gydymo antihipertenziniais vaistiniais preparatais.

Pacientams, sergantiems GPA, MPA ar paprastąja pūsline, pasireiškė panašios SISR, kaip stebėtos klinikinių tyrimų metu ir po vaistinio preparato registracijos reumatoidiniu artritu sergantiems pacientams (žr. 4.8 skyrių).

#### *Širdies sutrikimai*

Rituksimabu gydomiems pacientams pasitaiko krūtinės angina, širdies aritmija (pavyzdžiui, prieširdžių plazdėjimas ar virpėjimas), širdies nepakankamumas ir (arba) miokardo infarktas, todėl širdies liga sergančių pacientų būklę reikia atidžiai stebėti (žr. anksčiau pateiktą informaciją poskyryje „Su infuzija susijusios reakcijos“).

### *Infekcijos*

Atsižvelgiant į rituksimabo veikimo mechanizmą ir į žinomus dalykus, kad B ląstelės svarbios palaikant normalų imuninės sistemos atsaką, po gydymo rituksimabu pacientams gali būti padidėjusi infekcijų pasireiškimo rizika (žr. 5.1 skyrių). Gydant rituksimabu gali pasireikšti sunkios, kartais mirtinos infekcijos (žr. 4.8 skyrių). Ruxience negalima vartoti pacientams, kuriems yra aktyvi, sunki infekcija (pvz., tuberkuliozė, sepsis ir sąlyginai patogeninių mikroorganizmų sukeltos infekcijos; žr. 4.3 skyrių) arba labai nuslopintas imunitetas (pvz., yra labai mažas CD4 arba CD8 ląstelių skaičius). Gydytojai turi būti atsargūs svarstydami, ar gydyti rituksimabu pacientus, sirgusius kartotinėmis ar lėtinėmis infekcijomis arba sergančius ligomis, sudarančiomis palankias sąlygas sunkioms infekcijoms, pvz., hipogamaglobulinemija (žr. 4.8 skyrių). Prieš pradėdant gydyti Ruxience rekomenduojama nustatyti imunoglobulinų koncentraciją.

Jeigu gydant Ruxience atsiranda infekcijos požymių ar simptomų, ligonio būklę reikia skubiai įvertinti ir tinkamai gydyti. Prieš tolesnį gydymo Ruxience kursą paciento būklę reikia iš naujo įvertinti, atsižvelgiant į galimą infekcijos pavojų.

Gauta labai retų pranešimų apie mirtinus progresuojančiosios daugiažidininės leukoencefalopatijos (PDL) atvejus po reumatoidinio artrito ir autoimuninių ligų, įskaitant sisteminę raudonąją vilkligę (SRV) ir vaskulitą, gydymo rituksimabu.

### *Hepatito B infekcija*

Gauta pranešimų apie hepatito B suaktyvėjimo atvejus gydant rituksimabu reumatoidiniu artritu, GPA ir MPA sergančius pacientus, įskaitant mirtį lėmusius atvejus.

Prieš pradėdant gydymą Ruxience visiems pacientams turi būti atliktas hepatito B viruso (HBV) nustatymo tyrimas. Visiems pacientams turi būti nustatyti bent HBsAg ir HBcAb rodikliai. Be šių tyrimų gali būti nustatomi ir kiti reikalingi žymenys, laikantis vietinių gairių. Aktyvia hepatito B infekcija sergantiems pacientams gydymo rituksimabu skirti negalima. Pacientai, kuriems nustatyta teigiamų hepatito B serologinių tyrimų rodiklių (arba HBsAg, arba HBcAb), prieš pradėdami gydymą turi pasikonsultuoti su kepenų ligų specialistais; šių pacientų būklę reikia stebėti bei juos gydyti laikantis vietinių gydymo standartų, siekiant apsaugoti nuo hepatito B atsinaujinimo.

### *Vėlyva neutropenija*

Neutrofilų skaičių kraujyje reikia tikrinti prieš kiekvieną Ruxience kursą ir reguliariai tirti iki 6 mėnesių nutraukus gydymą, bei pasireiškus infekcijos požymiams ar simptomams (žr. 4.8 skyrių).

### *Odos reakcijos*

Gauta pranešimų apie pasireiškusias sunkias odos reakcijas, pavyzdžiui, toksinę epidermio nekrolizę (Lyell'io sindromą) ir Stevens–Johnson sindromą, kai kurios iš šių reakcijų lėmė pacientų mirtį (žr. 4.8 skyrių). Tokio reiškinio atveju ir kai įtariamas priežastinis ryšys su Ruxience vartojimu, gydymą reikia visam laikui nutraukti.

### *Imunizacija*

Prieš gydymą Ruxience gydytojas turi peržiūrėti paciento skiepimų būklę ir pacientui, jeigu galima, turi būti skiriami visi skiepai, vadovaujantis esamais skiepimų nurodymais. Vakcinaciją reikia baigti likus nemažiau kaip 4 savaitėms iki pirmosios Ruxience dozės.

Skiepėjimo gyvomis virusinėmis vakcinomis saugumas po gydymo Ruxience netirtas, todėl gydant rituksimabu ir kol periferinių B ląstelių skaičius sumažėjęs vakcinuoti gyvomis virusinėmis vakcinomis nerekomenduojama.

Ruxience gydomus pacientus galima skiepyti negyvomis vakcinomis, tačiau atsakas į negyvas vakcinas gali būti mažesnis. Randomizuoto tyrimo duomenimis, reumatoidiniu artritu sergančių pacientų, gydytų rituksimabu ir metotreksatu, atsako į skiepimą stabligės atgaminamuoju antigenu dažnis buvo panašus (39 % palyginti su 42 %), o į skiepimą pneumokokine polisacharidine vakcina – mažesnis (43 % palyginti su 82 % bent pagal dviejų pneumokokų serotipų antikūnus), taip pat mažesnis į skiepimą KLH neoantigenu (47 % palyginti su 93 %), kai skiepijama praėjus 6 mėnesiams

po rituksimabo vartojimo, palyginti su gydymu vien metotreksatu. Jeigu gydant rituksimabu būtina skiepyti negyvimis vakcinomis, skiepimą reikia baigti likus nemažiau kaip 4 savaitėms iki naujo rituksimabo kurso pradžios.

Pagal bendrąją vienerių metų reumatoidinio artrito kartotinio gydymo rituksimabu patirtį, pacientų, kurių antikūnų titrai prieš *S. pneumoniae*, gripą, kiaulytę, raudonukę, vėjaraupius ir stabligės toksoidą buvo teigiami, proporcija apskritai buvo panaši į pradinę.

*Gydymas tuo pačiu metu arba paeiliui kitais LEKVNR reumatoidiniu artritu sergantiems pacientams*  
Nerekomenduojama kartu vartoti Ruxience ir kitus antireumatinius vaistus, išskyrus tuos, kurių nurodytos indikacijos ir dozavimas reumatoidiniam artritui gydyti.

Nėra pakankamai klinikinių tyrimų duomenų, kad būtų galima tiksliai įvertinti nuoseklaus gydymo kitais LEKVNR (įskaitant NNF inhibitorius ir kitus biologinius preparatus) saugumą po gydymo rituksimabu (žr. 4.5 skyrių). Pagal turimus duomenis, kai šie vaistai vartojami po ankstesnio gydymo rituksimabu, kliniškai svarbių infekcijų dažnis nepakinta, tačiau jei po gydymo rituksimabu vartojami biologiniai preparatai ir (arba) LEKVNR, pacientus reikia dažnai stebėti, ar neatsiranda infekcijos požymių.

#### *Piktybinės ligos*

Imunomodulatoriai gali padidinti piktybinių ligų pavojų. Tačiau pagal autoimuninių ligų gydymo pagal patvirtintas rituksimabo indikacijas patirtį esami duomenys didesnio, nei susijęs su esama autoimunine liga, piktybinių ligų pavojaus nerodo. Pagalbinės medžiagos  
Šio vaistinio preparato dozėje yra mažiau kaip 1 mmol (23 mg) natrio, t. y. jis beveik neturi reikšmės.

#### **4.5 Sąveika su kitais vaistiniais preparatais ir kitokia sąveika**

Kol kas yra mažai duomenų apie galimą vaistų sąveiką su rituksimabu.

LLL sergančių pacientų gydymas rituksimabu neturėjo poveikio fludarabino ar ciklofosfamido farmakokinetikai organizme. Be to, neaptikta jokio matomo fludarabino ir ciklofosfamido poveikio rituksimabo farmakokinetikai.

Gydant reumatoidiniu artritu sergančius pacientus, metotreksatas, vartojamas kartu su rituksimabu, pastarojo farmakokinetikos neveikė.

Jei paciento organizme yra antikūnų prieš pelių baltymus (angl. *HAMA*) arba antikūnų prieš vaistinį preparatą (angl. *ADA*), gali pasireikšti alergija arba padidėjusio jautrumo reakcija vartojant diagnostikai arba gydymui kitus monokloninius antikūnus.

Po gydymo rituksimabu 283 reumatoidiniu artritu sergantys ligoniai gavo biologinius LEKVNR. Šiems pacientams gydymo rituksimabu metu kliniškai svarbių infekcijų dažnis buvo 6,01 šimtui pacientų–metų, palyginti su 4,97 šimtui pacientų–metų po gydymo biologiniais LEKVNR.

#### **4.6 Vaisingumas, nėštumo ir žindymo laikotarpis**

##### Vyrų ir moterų kontracepcija

Kadangi rituksimabo ilgai lieka organizme tų pacientų, kurių B ląstelių skaičius sumažėjęs, vaisingos moterys turi naudoti veiksmingą kontracepcijos metodą gydymo Ruxience metu ir paskui bent 12 mėnesių po jo.

##### Nėštumas

Yra žinoma, kad IgG imunoglobulinai prasiskverbia per placentos barjerą.

Klinikinių tyrimų metu nebuvo tirtas B ląstelių kiekis naujagimių organizmuose po jų motinų gydymo rituksimabu. Nėščių moterų tinkamai atliktų ir gerai kontroliuotų tyrimų duomenų nėra, tačiau esama pranešimų, kad kai kuriems nėštumo metu rituksimabu gydytų moterų kūdikiams pasireiškė laikinas B ląstelių kiekio sumažėjimas ir limfocitopenija. Panašus poveikis stebėtas ir su gyvūnais atliktų tyrimų metu (žr. 5.3 skyrių). Dėl to Ruxience nėščiosioms skirti negalima, nebent galima gydymo nauda būtų didesnė už galimą pavojų.

### Žindymas

Riboti duomenys apie rituksimabo išsiskyrimą į žindyvės pieną rodo, labai mažas koncentracijas piene (santykinė dozė kūdikiui mažesnė nei 0,4 %). Keliais žindomų kūdikių stebėjimo atvejais charakterizuotas normalus augimas ir vystymasis iki 2 metų. Vis dėlto, kadangi duomenų nepakanka ir ilgalaikės pasekmės žindomiems kūdikiams lieka nežinomos, gydymo rituksimabu metu ir jį baigus optimaliai 6 mėnesių laikotarpiu žindyti nerekomenduojama.

### Vaisingumas

Su gyvūnais atlikti tyrimai žalingo rituksimabo poveikio reprodukciniams organams neparodė.

## **4.7 Poveikis gebėjimui vairuoti ir valdyti mechanizmus**

Rituksimabo poveikio gebėjimui vairuoti ir valdyti mechanizmus tyrimų neatlikta, tačiau farmakologinės savybės ir iki šiol pastebėtos nepageidaujamos reakcijos rodytų, kad rituksimabas gebėjimo vairuoti ir valdyti mechanizmus neveikia arba veikia nereikšmingai.

## **4.8 Nepageidaujamas poveikis**

### Ne Hodžkino limfomos ir lėtinės limfocitinės leukemijos gydymo patirtis suaugusiesiems

#### Saugumo savybių santrauka

Bendras ne Hodžkino limfomos ir lėtinės limfocitinės leukemijos gydymo rituksimabu saugumo pobūdis yra pagrįstas pacientų klinikinių tyrimų, taip pat stebėjimų po vaisto registracijos duomenimis. Šie pacientai buvo gydyti vien rituksimabu (vartotu indukciniam gydymui arba palaikomajam gydymui po indukcinio) arba kartu su chemoterapija.

Dažniausiai pastebėtos nepageidaujamos reakcijos (NRV) gydant pacientus rituksimabu buvo SISR, kurios daugumai pacientų pasireiškė atliekant pirmąją infuziją. Su infuzija susijusių simptomų dažnis reikšmingai mažėjo atliekant kitas infuzijas ir po aštuntosios rituksimabo dozės buvo mažesnis kaip 1 %.

Atliekant NHL sergančių pacientų klinikinius tyrimus, maždaug 30–55 % iš jų pasireiškė infekcija (daugiausia bakterinė ir virusinė). o atliekant LLL sergančių pacientų klinikinius tyrimus, infekcija pasireiškė 30–50 % pacientų.

Dažniausios sunkios reakcijos, apie kurias gauta pranešimų arba kurios pastebėtos, buvo šios:

- SISR (įskaitant citokinų išsiskyrimo sindromą, naviko irimo sindromą); žr. 4.4 skyrių.
- Infekcijos; žr. 4.4 skyrių.
- Širdies ir kraujagyslių sistemos reiškiniai; žr. 4.4 skyrių.

Kitos sunkios NRV, apie kurias gauta pranešimų, buvo hepatito B suaktyvėjimas ir PDL (žr. 4.4 skyrių).

#### Nepageidaujamų reakcijų sąrašas lentelėje

NRV dažnis, užregistruotas gydant vien rituksimabu arba derinant jį su chemoterapija, pateikiamas 3 lentelėje. Reiškinių dažnio apibūdinimai yra tokie: labai dažnas ( $\geq 1/10$ ), dažnas (nuo  $\geq 1/100$  iki



< 1/10), nedažnas (nuo  $\geq 1/1\ 000$  iki < 1/100), retas (nuo  $\geq 1/10\ 000$  iki < 1/1 000), labai retas (< 1/10 000) ir dažnis nežinomas (negali būti įvertintas pagal turimus duomenis). Kiekvienoje dažnio grupėje nepageidaujamas poveikis išvardytas mažėjančio sunkumo tvarka.

NRV, kurios pasireiškė tik stebėjimo po vaisto registracijos laikotarpiu ir kai jų dažnio nebuvo galima nustatyti, pažymėtos „dažnis nežinomas“.

**3 lentelė. NRV, užregistruotos NHL ir LLL sergančių pacientų monoterapijos arba palaikomosios terapijos rituksimabu ar jo deriniu su chemoterapija klinikinių tyrimų arba stebėjimo po vaisto registracijos metu**

MedDRA Organų sistemų klasė	Labai dažnas	Dažnas	Nedažnas	Retas	Labai retas	Dažnis nežinomas
<b>Infekcijos ir infestacijos</b>	Bakterinės infekcijos, virusinės infekcijos, +bronchitas	Sepsis, +pneumonija, +febrilinė infekcija, +juostinė pūslelinė, +kvėpavimo takų infekcija, grybelinė infekcija, nežinomos etiologijos infekcija, +ūminis bronchitas, +sinusitas, hepatitas B <sup>1</sup>		Sunki virusinė infekcija <sup>2</sup> , <i>Pneumocystis jirovecii</i> infekcija	PDL	
<b>Kraujo ir limfinės sistemos sutrikimai</b>	Neutropenija, leukopenija, +febrilinė neutropenija, Trombocitopenija	Anemija, +pancitopenija, granulocitopenija	Krešėjimo sutrikimai, aplazinė anemija, hemolizinė anemija, limfadenopatija		Laikinas IgM kiekio serume padidėjimas <sup>3</sup>	Vėlyva neutropenija <sup>3</sup>
<b>Imuninės sistemos sutrikimai</b>	Reakcijos, susijusios su infuzija <sup>4</sup> , angioneurozinė edema	Padidėjęs jautrumas		Anafilaksija	Naviko irimo sindromas, citokinų išsiskyrimo sindromas <sup>4</sup> , seruminė liga	Su infuzija susijusi ūminė grįžtamoji trombocitopenija <sup>4</sup>
<b>Metabolizmo ir mitybos sutrikimai</b>		Hiperglikemija, svorio sumažėjimas, periferinė edema, veido edema, padidėjęs LDH kiekis, hipokalcemija				
<b>Psichikos sutrikimai</b>			Depresija, nervingumas			
<b>Nervų sistemos sutrikimai</b>		Parestezija, hipestezija, sujaudinimas, nemiga, kraujagyslių išsiplėtimas, svaigulys, nerimas	Iškreiptas skonio jutimas		Periferinė neuropatija, veidinio nervo paralyžius <sup>5</sup>	Galvos nervų neuropatija, kitų jutimų sutrikimas <sup>5</sup>
<b>Akių sutrikimai</b>		Sutrikęs ašarų išsiskyrimas, konjunktyvitas			Sunkus regos sutrikimas <sup>5</sup>	

MedDRA Organų sistemų klasė	Labai dažnas	Dažnas	Nedažnas	Retas	Labai retas	Dažnis nežinomas
Ausų ir labirintų sutrikimai		Spengimas, ausų skausmas				Klausos sutrikimas <sup>5</sup>
Širdies sutrikimai		+Miokardo infarktas <sup>4 ir 6</sup> , aritmija, +prieširdžių virpėjimas, tachikardija, +širdies sutrikimas	+Kairiojo skilvelio nepakankamumas, +supraventrikulinė tachikardija, +skilvelinė tachikardija, +stenokardija, +miokardo išemija, bradikardija	Sunkūs širdies sutrikimai <sup>4 ir 6</sup>	Širdies nepakankamumas <sup>4 ir 6</sup>	
Kraujagyslių sutrikimai		Hipertenzija, ortostatinė hipotenzija, hipotenzija			Vaskulitas (daugiausia odos), leukocitoklastinis vaskulitas	
Kvėpavimo sistemos, krūtinės ląstos ir tarpuplaučio sutrikimai		Bronchų spazmas <sup>4</sup> , kvėpavimo takų liga, krūtinės skausmas, dusulys, sustiprėjęs kosulys, rinitas	Astma, obliteruojantis bronchiolitas, plaučių sutrikimas, hipoksija	Intersticinė plaučių liga <sup>7</sup>	Kvėpavimo nepakankamumas <sup>4</sup>	Plaučių infiltracija
Virškinimo trakto sutrikimai	Pykinimas	Vėmimas, viduriavimas, pilvo skausmas, disfagija, stomatitas, vidurių užkietėjimas, dispepsija, anoreksija, ryklės dirginimas	Pilvo padidėjimas		Skrandžio ir žarnų perforacija <sup>7</sup>	
Odos ir poodinio audinio sutrikimai	Niežulys, išbėrimas, +plikimas	Dilgėlinė, prakaitavimas, naktinis prakaitavimas, +odos sutrikimai			Sunkios pūslinės odos reakcijos, <i>Stevens–Johnson</i> sindromas, toksinė epidermio nekrolizė ( <i>Lyell</i> sindromas) <sup>7</sup>	
Skeleto, raumenų ir jungiamojo audinio sutrikimai		Hipertonija, mialgija, artralgija, nugaros skausmas, kaklo skausmas, skausmas				
Inkstų ir šlapimo takų sutrikimai					Inkstų funkcijos nepakankamumas <sup>4</sup>	

MedDRA Organų sistemų klasė	Labai dažnas	Dažnas	Nedažnas	Retas	Labai retas	Dažnis nežinomas
<b>Bendrieji sutrikimai ir vartojimo vietos pažeidimai</b>	Karščiavimas, šaltkrėtis, astenija, galvos skausmas	Naviko skausmas, karščio pylimas, negalavimas, peršalimo sindromas, +nuovargis, +drebulys, +daugelio organų nepakankamumas <sup>4</sup>	Infuzijos vietos skausmas			
<b>Tyrimai</b>	Sumažėjusi IgG koncentracija					
<p>Visų reiškiniių nurodytas bet kurio sunkumo laipsnio reakcijų dažnis (nuo lengvų iki sunkių), išskyrus reiškiniius, pažymėtus „+“, kurių dažnis nurodytas tik sunkaus laipsnio (<math>\geq 3</math> laipsnio pagal Nacionalinio vėžio instituto (NVI) bendrojo toksiškumo kriterijus). Pateikiami tik didžiausi atliekant šiuos tyrimus pastebėti dažniai.</p> <p><sup>1</sup> įskaitant paūmėjimą ir pirmines infekcijas; dažnis remiantis R-FC programa recidyvuojančiai/atspariąi LLL.</p> <p><sup>2</sup> žr. taip pat infekcijos poskyrį toliau</p> <p><sup>3</sup> žr. taip pat kraujo nepageidaujamų reakcijų poskyrį toliau</p> <p><sup>4</sup> žr. taip pat su infuzija susijusių reakcijų poskyrį toliau. Gauta pranešimų apie retus mirties atvejus.</p> <p><sup>5</sup> galvos nervų neuropatijos požymiai ir simptomai. Pasireiškė įvairiu laiku, net po kelių mėnesių po gydymo rituksimabu pabaigos.</p> <p><sup>6</sup> pasitaikė daugiausia pacientams, kuriems jau anksčiau buvo širdies sutrikimų ir (arba) buvo atliekama kardiotoksinė chemoterapija, ir tai daugiausia buvo susiję su reakcija į infuziją</p> <p><sup>7</sup> įskaitant mirtinus atvejus</p>						

Klinikinių tyrimų metu toliau išvardytos būklės buvo vertintos kaip nepageidaujami reiškiniai, tačiau jų dažnis rituksimabu gydytų asmenų grupėje buvo panašus arba mažesnis, palyginti su kontroline grupe; tai toksinis poveikis kraujui, neutropeninė infekcija, šlapimo takų infekcija, jutimo sutrikimai, karščiavimas.

Atliekant klinikinius tyrimus, požymių ir simptomų, rodančių su infuzija susijusią reakciją, užregistruota daugiau kaip 50 % pacientų; jų daugiausia pastebėta atliekant pirmąją infuziją, paprastai – per pirmąsias dvi valandas. Tai daugiausia buvo karščiavimas, šalčio krėtimas ir drebulys. Kiti simptomai buvo kraujo priplūdimas į kaklą ir veidą, angioedema, bronchų spazmas, vėmimas, pykinimas, dilgėlinė ar bėrimas, nuovargis, galvos skausmas, ryklės dirginimas, rinitas, niežulys, skausmas, tachikardija, hipertenzija, hipotenzija, dusulys, dispepsija, astenija ir naviko irimo sindromo požymiai. Sunkių su infuzija susijusių reakcijų (pvz., bronchų spazmo, kraujospūdžio sumažėjimo) pasitaikė iki 12 % atvejų.

Papildomos reakcijos, užregistruotos kai kuriais atvejais, buvo miokardo infarktas, prieširdžių virpėjimas, plaučių pabrinkimas ir ūmi laikina trompocitopenija. Anksčiau buvusių širdies ligų, pavyzdžiui, krūtinės anginos, stazinio širdies nepakankamumo ar sunkių širdies sutrikimų (širdies nepakankamumo, miokardo infarkto, prieširdžių virpėjimo) paūmėjimas, plaučių pabrinkimas, daugelio organų nepakankamumas, naviko irimo sindromas, citokinų išsiskyrimo sindromas, inkstų funkcijos nepakankamumas ir kvėpavimo nepakankamumas pasitaikė rečiau arba jų dažnis liko nežinomas. Su infuzija susijusių simptomų dažnis ryškiai mažėjo infuzijas kartojant, ir aštuntojo gydymo rituksimabu (arba jo deriniu su kitais vaistais) ciklo metu pasireiškė < 1 % pacientų.

#### Atrinktų nepageidaujamų reakcijų apibūdinimas

##### *Infekcijos*

Rituksimabas mažina B ląstelių skaičių maždaug 70–80 % pacientų, tačiau tik nedaugeliui jų tai buvo susiję su serumo imunoglobulinų koncentracijos sumažėjimu.

Atliekant atsitiktinių imčių tyrimą, rituksimabu gydytų pacientų grupėje ribota *candida* infekcija, taip pat juostinė pūslelinė užregistruotos dažniau. Sunkios infekcijos pastebėtos maždaug 4 % pacientų, kuriems taikyta rituksimabo monoterapija. Apskritai, didesnis infekcijų dažnis, įskaitant 3 ar 4 laipsnio infekcijas, dažniau užregistruotas iki 2 metų trukmės palaikomojo gydymo rituksimabu metu, palyginti su stebėjimu. Per 2 metų trukmės gydymo laikotarpį kumuliacinio toksinio poveikio

infekcijų prasme nepastebėta. Tačiau gydant rituksimabu gauta pranešimų apie kitas sunkias naujas, suaktyvėjusias arba paūmėjusias virusines infekcijas; kai kurios iš jų buvo mirtinos. Dauguma pacientų buvo gydomi rituksimabu kartu su chemoterapija arba kartu su kamieninių kraujo gamybos ląstelių persodinimu. Šių sunkių virusinių infekcijų sukėlėjų pavyzdžiai yra herpesvirusai (citomegalovirusas, vėjaraupių ir juostinės pūslelinės virusas bei paprastosios pūslelinės virusas), JC virusas (progresuojančiosios daugiažidininės leukoencefalopatijos (PDL)) ir hepatito C virusas. Taip pat gauta pranešimų apie mirtinus PDL atvejus, kurie pasitaikė po ligos progresavimo ir kartotinio gydymo klinikinių tyrimų metu. Gauta pranešimų apie hepatito B suaktyvėjimo atvejus, daugiausia pacientams, gydytiems rituksimabu kartu su citotoksine chemoterapija. Pacientams, sergantiems recidyvuojančia ar atsparia LLL, 3 ir 4 laipsnio hepatito B infekcijos (paūmėjimo ir pirminės infekcijos) dažnis R-FC grupėje buvo 2 %, o FC grupėje – 0 %. Gydant rituksimabu Kaposi sarkoma sergančius pacientus pasitaikė šios sarkomos progresavimo atvejų. Tai įvyko gydant ne pagal patvirtintas indikacijas, o dauguma šių pacientų buvo užsikrėtę ŽIV.

#### *Hematologinės nepageidaujamos reakcijos*

Atliekant 4 savaičių trukmės rituksimabo monoterapijos klinikinius tyrimus, hematologinių sutrikimų atsirado nedidelei pacientų daliai, šie sutrikimai dažniausiai buvo lengvi ir laikini. Ryški (3/4 laipsnio) neutropenija pasireiškė 4,2 %, anemija – 1,1 %, o trombocitopenija – 1,7 % pacientų. Iki 2 metų trukmės palaikomojo gydymo rituksimabu laikotarpiu šioje grupėje, palyginti su stebimąja, dažniau užregistruota leukopenija (3/4 laipsnio – atitinkamai 5 % ir 2 %) ir neutropenija (3/4 laipsnio – atitinkamai 10 % ir 4 %). Trombocitopenijos dažnis buvo mažas (3/4 laipsnio < 1 %) ir tarp gydymo grupių nesiskyrė. Atliekant gydymo rituksimabu kartu su chemoterapija tyrimus, preparatų vartojimo metu šioje grupėje, palyginti su vien chemoterapija, dažniau užregistruota 3/4 laipsnio leukopenija (R-CHOP grupėje 88 %, o CHOP – 79 %, R-FC 23 %, o FC – 12 %), neutropenija (R-CVP grupėje 24 %, o CVP – 14 %; R-CHOP grupėje 97 %, o CHOP – 88 %, R-FC – 30 %, o FC – 19 %, kai LLL anksčiau negydyta), pancitopenija (R-FC grupėje 3 %, o FC – 1 %, kai LLL anksčiau negydyta). Tačiau gydymo rituksimabu ir chemoterapija grupėje didesnis neutropenijos dažnis nebuvo susijęs su didesniu infekcijų ir infestacijų dažniu, palyginti su vien chemoterapija gydytų pacientų grupe. Tyrimų, kuriuose dalyvavo anksčiau negydyti recidyvuojančia ar atsparia LLL sergantys pacientai, duomenys rodo, kad iki 25% R-FC gydytų pacientų skiriant gydymą rituksimabu ir FC neutropenija buvo ilgalaikė (apibūdinama kaip mažiau nei  $1 \times 10^9/l$  išliekantis neutrofilų skaičius tarp 24-osios ir 42-osios dienos nuo paskutiniosios dozės vartojimo) arba pasireiškė vėliau (apibūdinama kaip mažiau nei  $1 \times 10^9/l$  nustatomas neutrofilų skaičius po 42-osios dienos nuo paskutiniosios dozės vartojimo pacientams, kuriems anksčiau nebuvo ilgalaikės neutropenijos arba kurie pasveiko iki 42-osios dienos). Anemijos dažnio skirtumo nepastebėta. Gauta keletas pranešimų apie vėlyvą neutropeniją, pasireiškusią praėjus daugiau kaip keturioms savaitėms po paskutinės rituksimabo infuzijos. Atliekant pagrindinį LLL tyrimą, Binet C stadijos R-FC grupės pacientams nepageidajamų reiškinį pasitaikė dažniau, palyginti su FC grupe (R-FC grupėje – 83 %, o FC – 71 %). Tiriant recidyvuojančia ar atsparia LLL sergančiuosius, 3/4 laipsnio trombocitopenija R-FC grupėje pasireiškė 11 % pacientų, o FC grupėje – 9 % pacientų.

Atliekant Waldenstromo makroglobulinemija sergančių pacientų gydymo rituksimabu tyrimus, gydymo pradžioje pastebėtas laikinas IgM kiekio serume padidėjimas, kuris galėjo būti susijęs su padidėjusiu klampumu ir nuo to priklausančiais simptomais. Laikiniai padidėjusi IgM koncentracija dažniausiai per 4 mėnesius sumažėjo bent iki pradinio lygio.

#### *Širdies ir kraujagyslių sistemos nepageidaujamos reakcijos*

Atliekant gydymo vien rituksimabu klinikinius tyrimus, širdies ir kraujagyslių sistemos reakcijų užregistruota 18,8% pacientų; dažniausiai tai buvo hipotenzija ir hipertenzija. Infuzijos metu pasitaikė 3 ar 4 laipsnio aritmija (įskaitant skilvelinę ir supraventrikulinę tachikardiją) ir krūtinės angina. Palaikomojo gydymo laikotarpiu 3 ar 4 laipsnio širdies sutrikimų dažnis rituksimabu gydomų ir stebimų pacientų grupėse buvo panašus. Širdies reiškiniai buvo vertinti kaip sunkūs nepageidajami reiškiniai (įskaitant prieširdžių virpėjimą, miokardo infarktą, kairiojo skilvelio nepakankamumą, miokardo išemiją) 3% rituksimabu gydomų ir < 1% stebimų pacientų. Atliekant tyrimus, kuriais buvo vertinamas rituksimabo derinys su chemoterapija, 3 ir 4 laipsnio širdies aritmijų, daugiausia supraventrikulinių aritmijų, pavyzdžiui, tachikardijos ir prieširdžių plazdėjimo ar virpėjimo dažnis buvo didesnis R-CHOP grupėje (14 pacientų, t. y. 6,9%), palyginti su CHOP grupe (3 pacientams,

t. y. 1,5%). Visos šios aritmijos pasireiškė arba rituksimabo infuzijos metu, arba buvo susijusios su joms palankiomis aplinkybėmis, pavyzdžiui, karščiavimu, infekcija, ūminiu miokardo infarktu ar jau buvusiomis kvėpavimo bei širdies ir kraujagyslių ligomis. Kitų 3 ir 4 laipsnio širdies sutrikimų, įskaitant širdies nepakankamumą, miokardo ligas ir vainikinės arterijos ligos pasireiškimą, dažnio skirtumo tarp R-CHOP ir CHOP grupių nebuvo pastebėta. Gydant LLL, bendras 3 ar 4 laipsnio širdies sutrikimų dažnis buvo mažas tiek pirmą kartą gydomųjų tyrimo metu (R-FC grupėje – 4%, o FC grupėje – 3%), tiek recidyvuojančios ar atsparios LLL gydymo metu (R-FC grupėje – 4%, FC grupėje – 4%).

#### *Kvėpavimo sistema*

Gauta pranešimų apie intersticinės plaučių ligos atvejus; dėl šios ligos kai kurie pacientai mirė.

#### *Nervų sistemos sutrikimai*

Gydymo laikotarpiu (indukcinio gydymo fazė, kurią daugeliu aštuonių ciklų atvejų sudarė R-CHOP) keturiems (2%) R-CHOP grupės pacientams pirmojo gydymo ciklo metu atsirado tromboembolinių smegenų kraujagyslių sutrikimų; visiems jiems buvo širdies ir kraujagyslių ligų rizikos veiksniai. Kitų tromboembolinių reiškinių dažnis gydymo grupėse nesiskyrė. Skirtingai nuo to, trims (1,5%) CHOP grupės pacientams tolesnio stebėjimo laikotarpiu atsirado smegenų kraujagyslių reiškinių. Gydant LLL, bendras 3 ar 4 laipsnio nervų sistemos sutrikimų dažnis buvo mažas tiek pradinio gydymo (R-FC grupėje – 4% ir FC grupėje – 4%), tiek recidyvuojančios ar atsparios LLL gydymo metu (R-FC grupėje – 3%, FC grupėje – 3%).

Gauta pranešimų apie užpakalinės laikinos encefalopatijos sindromo (ULES) arba laikinos užpakalinės leukoencefalopatijos sindromo (LULS) atvejus. Jų požymiai ir simptomai buvo regos sutrikimai, galvos skausmas, traukuliai ir pakitusi psichikos būklė kartu su hipertenzija ar be jos. ULES arba LULS diagnozė turi būti patvirtinta vaizdiniu smegenų tyrimu. Atvejais, apie kuriuos gauta pranešimų, buvo atpažintų ULES ar LULS rizikos veiksnių, įskaitant pagrindinę paciento ligą, hipertenziją, imunosupresinį gydymą ir (arba) chemoterapiją.

#### *Virškinimo trakto sutrikimai*

Kartais pacientams, gydomiems rituksimabu nuo ne Hodžkino limfomos, įvyko virškinimo trakto perforacija, sukėlusį mirtį. Dažniausiai tai atsitiko, kai rituksimabu buvo gydoma kartu su chemoterapija.

#### *IgG koncentracija*

Atliekant klinikinį tyrimą recidyvuojančios ar atsparios folikulinės limfomos palaikomajam gydymui rituksimabu įvertinti, po indukcinio gydymo tiek kontrolinėje, tiek gydymo rituksimabu grupėje IgG koncentracijos mediana buvo mažesnė už apatinę normos ribą (ANR) (< 7 g/l). Kontrolinėje grupėje IgG koncentracijos mediana vėliau pakilo virš ANR, o gydymo rituksimabu grupėje liko pastovi. Pacientų, kurių IgG koncentracija buvo mažesnė už ANR, rituksimabo grupėje per visą 2 metų gydymo laikotarpį liko apie 60%, o kontrolinėje grupėje sumažėjo (po 2 metų – 36%).

Rituksimabą vartojusiems vaikams pastebėta nedidelis skaičius spontaniniu būdu ir iš literatūros gautų hipogamaglobulinemijos atvejų, kai kurie iš jų buvo sunkūs ir dėl jų reikėjo skirti ilgalaikį pakaitinį gydymą imunoglobulinu. Ilgalaikio B ląstelių skaičiaus sumažėjimo pasekmės vaikams nežinomos.

#### *Odos ir poodinio audinio sutrikimai*

Gauta pranešimų apie labai retai pasireiškusių toksinės epidermio nekrolizės (*Lyell* sindromo) ir *Stevens-Johnson* sindromo atvejus, kai kurie iš jų lėmė pacientų mirtį.

#### *Pacientų subpopuliacijos taikant rituksimabo monoterapiją*

Senyvi asmenys (≥ 65 metų)

Bet kokio laipsnio ir 3 bei 4 laipsnio NRV dažnis senyviems žmonėms buvo panašus kaip ir jaunesniems (< 65 metų).

## Didelis navikas

Pacientams, kurių navikas buvo didelis, 3 ir 4 laipsnio NRV pasitaikė dažniau (25,6 %) negu tiems, kurių navikas nebuvo didelis (15,4 %). Bet kokio laipsnio NRV dažnumas abiejose grupėse buvo panašus.

## Kartotinis gydymas

Kartotiniai rituksimabu gydomiems pacientams NRV (tiek bet kokio laipsnio, tiek ir 3 bei 4 laipsnio) procentas buvo panašus, kaip ir pirmą kartą gydomiems.

## *Pacientų subpopuliacijos gydant rituksimabo ir kitų vaistų deriniu*

### *Senyvi asmenys (≥ 65 metų)*

Gydant anksčiau negydyta arba recidyvuojančia ar atsparia LLL sergančius ligonius, 3 ir 4 laipsnio kraujo ir limfinės sistemos nepageidaujamų reiškinių dažnis buvo didesnis vyresniems nei jaunesniems (< 65 metų) pacientams.

## DDBLL/BL/ŪBLL/BPL sergančių vaikų gydymo patirtis

### Saugumo savybių santrauka

Atliktas daugiacentris, atvirasis, atsitiktinių imčių klinikinis tyrimas, kurio metu *Lymphome Malin B* chemoterapija (LMB) kartu su rituksimabu arba be jo buvo skiriama vaikams (nuo ≥6 mėnesių iki <18 metų amžiaus), sirgusiems anksčiau negydyta pažengusios stadijos CD20 teigiama DDBLL/BL/ŪBLL/BPL.

Rituksimabo buvo paskirta iš viso 309 vaikams, kurie buvo įtraukti į saugumo duomenų analizės populiaciją. Vaikams, kurie atsitiktine tvarka buvo atrinkti į LMB chemoterapijos kartu su rituksimabu vartojusiųjų grupę arba kurie buvo įtraukti į vienos šakos tyrimo dalį, buvo skiriama 375 mg/m<sup>2</sup> kūno paviršiaus ploto rituksimabo dozė, ir jiems iš viso buvo sulašintos šešios rituksimabo infuzijos į veną (po dvi infuzijas kiekvieno iš dviejų indukcijos kursų metu ir po vieną infuziją kiekvieno iš dviejų konsolidacijos kursų metu, skiriant LMB gydymo schemą).

Nustatytas rituksimabo saugumo savybių pobūdis vaikams (nuo ≥6 mėnesių iki < 18 metų amžiaus), sirgusiems anksčiau negydyta pažengusios stadijos CD20 teigiama DDBLL/BL/ŪBLL/BPL, iš esmės buvo panašus į žinomas vaistinio preparato saugumo savybes NHL ar LLL sergantiems suaugusiems pacientams pagal nepageidaujamų reakcijų tipą, pobūdį ir sunkumą. Chemoterapijos papildymas gydymu rituksimabu padidino kai kurių reiškinių, tarp jų ir infekcijų (įskaitant sepsį) pasireiškimo riziką, lyginant su gydymu vien chemoterapija.

## Reumatoidinio artrito gydymo patirtis

### Saugumo savybių santrauka

Bendrieji reumatoidiniu artritu sergančių pacientų gydymo rituksimabu saugumo duomenys pagrįsti klinikiniais tyrimais ir stebėjimu po vaisto registracijos.

Sunkių reumatoidiniu artritu (RA) sergančių ligonių gydymo rituksimabu saugumo duomenys yra apibendrinti tolimesniuose skyriuose. Atliekant klinikinius tyrimus daugiau kaip 3100 pacientų buvo gydyti bent vienu kursu ir stebėti nuo 6 mėnesių iki daugiau kaip 5 metų; apie 2400 pacientų buvo gydyti dviem ar daugiau kursų, iš jų daugiau kaip 1000 gydyti penkiais ar daugiau kursų. Saugumo duomenys, surinkti po vaisto registracijos, atspindi laukimą nepageidaujamų reakcijų pobūdį, kuris pastebėtas atliekant rituksimabo klinikinius tyrimus (žr. 4.4 skyrių).

Pacientai gavo 2 × 1000 mg rituksimabo kas dvi savaites kartu su metotreksatu (10–25 mg per savaitę). Rituksimabo infuzijos buvo atliekamos po 100 mg metilprednizolono infuzijos į veną; be to, pacientai 15 dienų buvo gydomi geriamuoju prednizonu.

Nepageidaujamų reakcijų sąrašas lentelėje

Nepageidaujamos reakcijos yra išvardytos 4 lentelėje. Nepageidaujamo poveikio dažnis apibūdinamas taip: labai dažnas ( $\geq 1/10$ ), dažnas (nuo  $\geq 1/100$  iki  $< 1/10$ ), nedažnas (nuo  $\geq 1/1000$  iki  $< 1/100$ ), retas ( $\geq 1/10\ 000$  iki  $< 1/1\ 000$ ), „labai retas“ ( $< 1/10\ 000$ ) ir dažnis nežinomas (negali būti apskaičiuotas pagal turimus duomenis). Kiekvienoje dažnio grupėje nepageidaujamas poveikis pateikiamas mažėjančio sunkumo tvarka.

Dažniausios nepageidaujamos reakcijos, pasireiškusios, kaip manoma, nuo rituksimabo, buvo SISR. Bendrasis su infuzija susijusių reakcijų dažnis klinikiniuose tyrimuose buvo 23% pirmosios infuzijos metu ir mažėjo atliekant kitas infuzijas. Sunkios su infuzija susijusios reakcijos pasireiškė retai (0,5% pacientų) ir beveik visada pirmojo kurso metu. Be tų nepageidaujamų reakcijų, kurios pastebėtos gydant rituksimabu sergančiuosius RA klinikinių tyrimų metu, gydant juos šiuo vaistu po registracijos gauta pranešimų apie progresuojančią daugiažidininę leukoencefalopatiją (PDL) (žr. 4.4 skyrių) ir į seruminę ligą panašią reakciją.

**4 lentelė. Nepageidaujamų reakcijų, pastebėtų klinikinių tyrimų arba poregistracinio stebėjimo metu, pasireiškusių reumatoidiniu artritu sergantiems pacientams, gydytiems rituksimabu, suvestinė**

MedDRA Organų sistemų klasė	Labai dažnas	Dažnas	Nedažnas	Retas	Labai retas	Dažnis nežinomas
<b>Infekcijos ir infestacijos</b>	viršutinių kvėpavimo takų infekcija, šlapimo takų infekcija	bronchitas, sinusitas, gastroenteritas, pėdų grybelis			PDL, hepatito B suaktyvėjimas	sunki virusinė infekcija <sup>1</sup>
<b>Kraujo ir limfinės sistemos sutrikimai</b>		neutropenija <sup>1</sup>		vėlyva neutropenija <sup>2</sup>	Į seruminę ligą panaši reakcija	
<b>Imuninės sistemos sutrikimai</b>	<sup>3</sup> reakcijos, susijusios su infuzija (hipertenzija, pykinimas, bėrimas, karščiavimas, niežulys, dilgėlinė, ryklės perštėjimas, karščio pylimas, hipotenzija, rinitas, sustingimas, tachikardija, nuovargis, burnos ir ryklės skausmas, periferinė edema, eritema)		<sup>3</sup> reakcijos, susijusios su infuzija (išplitusi edema, bronchų spazmas, švokštimas, gerklų edema, angioneurozinė edema, išplitęs niežulys, anafilaksija, anafilaktoidinė reakcija			
<b>Bendrieji sutrikimai ir vartojimo vietos pažeidimai</b>						
<b>Metabolizmo ir mitybos sutrikimai</b>		hipercholesterol-emija				
<b>Psichikos sutrikimai</b>		depresija, nerimas				
<b>Nervų sistemos sutrikimai</b>	galvos skausmas	parestезija, migrena, svaigulys, sėdimąjo nervo skausmai				

MedDRA Organų sistemų klasė	Labai dažnas	Dažnas	Nedažnas	Retas	Labai retas	Dažnis nežinomas
<b>Širdies sutrikimai</b>				krūtinės angina, prieširdžių virpėjimas, širdies nepakankamumas, miokardo infarktas	prieširdžių plazdėjimas	
<b>Virškinimo trakto sutrikimai</b>		dispepsija, viduriavimas, gastroezofaginis refluksas, burnos išopėjimas, viršutinės pilvo dalies skausmas				
<b>Odos ir poodinio audinio sutrikimai</b>		plikimas			toksinė epidermio nekrolizė (Lyell'io sindromas), Stevens–Johnson sindromas <sup>5</sup>	
<b>Skeleto, raumenų ir jungiamojo audinio sutrikimai</b>		artralgija arba raumenų ir kaulų skausmas, osteoartritas, bursitas				
<b>Tyrimai</b>	sumažėjusi IgM koncentracija <sup>4</sup>	sumažėjusi IgG koncentracija <sup>4</sup>				

<sup>1</sup> Taip pat žr. toliau esantį skyrių „Infekcijos“.

<sup>1</sup> Dažnio kategorija nustatyta iš laboratorinių duomenų, surinktų iš klinikinių tyrimų metu atliekamų laboratorinių tyrimų.

<sup>2</sup> Dažnio kategorija nustatyta iš duomenų, gautų po vaisto registracijos.

<sup>3</sup> Reakcijos, įvykusios infuzijos metu arba per 24 val. po infuzijos. Žr. taip pat toliau pateikiamas reakcijas, susijusias su infuzija. SISR gali pasireikšti dėl padidėjusio jautrumo ir (arba) dėl veikimo būdo.

<sup>4</sup> įskaitomi stebėjimai, gauti iš laboratorinių tyrimų.

<sup>5</sup> įskaitant mirtį lėmusius atvejus.

### *Kartotiniai kursai*

Kartotiniai gydymo kursai yra susiję su panašiomis NRV, kurios pastebimos ir po pirmojo kurso. Po pirmosios rituksimabo dozės NRV dažniausiai pasireiškėdavo per pirmus 6 mėnesius ir vėliau retėdavo. Didesnis NRV dažnis gydymo pradžioje yra susijęs su SISR (jos dažnesnės pirmojo gydymo kurso metu), reumatoidinio artrito paūmėjimu ir infekcijomis; visa tai dažniau pasitaiko per pirmuosius 6 gydymo mėnesius.



## Atrinktų nepageidaujamų reakcijų apibūdinimas

### *Su infuzija susijusios reakcijos*

Klinikinių tyrimų duomenimis, dažniausios NRV, atsiradusios sulašinus rituksimabo, buvo SISR (žr. 4 lentelę). Iš 3189 pacientų, gydytų rituksimabu, 1135 (36%) patyrė bent vieną SISR, 733 ligoniams iš 3189 (23%) SISR atsirado pirmosios rituksimabo infuzijos metu per pirmąjį gydymo kursą. Atliekant kitas infuzijas SISR dažnumas retėjo. Atliekant klinikinius tyrimus mažiau negu 1% ligonių (17 iš 3189) patyrė sunkią reakciją, susijusią su infuzija. Klinikinių tyrimų metu nebuvo nustatyta nė vienos SISR, kuri būtų ketvirtojo laipsnio pagal klinikinio toksiškumo kriterijus arba sukeltų mirtį. Trečiojo laipsnio nepageidaujamų reakcijų ir SISR, dėl kurių būtų reikėję nutraukti gydymą, skaičius mažėjo po kiekvieno kurso ir po trijų gydymo kursų jos buvo retos. Premedikacija į veną gliukokortikoidu reikšmingai mažino SISR dažnumą ir sunkumą (žr. 4.2 ir 4.4 skyrius). Vaistui patekus į rinką, gauta pranešimų apie sunkias mirtį lėmusias SISR.

Klinikinio tyrimo, kuris buvo skirtas įvertinti greitesnės rituksimabo infuzijos reumatoidiniu artritu (RA) sergantiems pacientams saugumą, metu vidutinio sunkumo ar sunkiu aktyviu RA sirgusiems pacientams, kuriems pirmosios tirtos infuzijos metu ar per 24 valandas nuo jos pabaigos nepasireiškė sunkių SISR, buvo galima skirti 2 valandų trukmės rituksimabo infuziją į veną. Į šį tyrimą negalėjo būti įtraukiami pacientai, kuriems anksčiau buvo pasireiškę sunkių su infuzija susijusių reakcijų skiriant biologinių vaistinių preparatų RA gydyti. Pastebėtų SISR pasireiškimo dažnis, tipas ir sunkumas buvo panašus į anksčiau nustatytuosius. Sunkių SISR pastebėta nebuvo.

### *Infekcijos*

Rituksimabu gydytiems pacientams bendras infekcijų dažnumas, remiantis iš klinikinių tyrimų pranešimų, buvo maždaug 94 atvejai šimtui pacientų–metų. Dažniausiai pasireiškė lengvos ar vidutinio sunkumo viršutinių kvėpavimo takų ir šlapimo takų infekcijos. Sunkių infekcijų ar infekcijų, kurioms gydyti reikėjo į veną vartojamų antibiotikų, dažnis buvo apie 4 šimtui pacientų–metų. Sunkių infekcijų dažnis po kartotinių rituksimabo kursų reikšmingai nepadidėjo. Klinikinių tyrimų duomenimis, apatinių kvėpavimo takų infekcijų (iš jų ir plaučių uždegimo) dažnumas buvo panašus rituksimabu gydytų ligonių ir kontrolinės šakos ligonių grupėse.

Vaistiniam preparatui patekus į rinką, buvo pranešta apie sunkias virusines infekcijas RA sergantiems pacientams, gydytiems rituksimabu.

Gauta pranešimų apie mirtimi pasibaigusius progresuojančiosios daugiažidininės leukoencefalopatijos atvejus po autoimuninių ligų gydymo rituksimabu. Tos ligos – tai reumatoidinis artritas ir kitos į indikacijas neįrašytos autoimuninės ligos, įskaitant sisteminę raudonąją vilkligę (SRV) ir vaskulitą.

Esama pranešimų kad ne Hodžkino limfoma sergančius ligonius gydant rituksimabu kartu su citotoksine chemoterapija pasitaikė hepatito B suaktyvėjimo atvejų (žr. ne Hodžkino limfoma). Taip pat gauta labai retų pranešimų apie hepatito B suaktyvėjimą gydant rituksimabu reumatoidiniu artritu sergančius ligonius (žr. 4.4 skyrių).

### *Širdies ir kraujagyslių sistemos nepageidaujamos reakcijos*

Sunkių širdies reakcijų rituksimabu gydytų ligonių grupėje užregistruota 1,3 šimtui pacientų–metų, palyginti su 1,3 atvejo šimtui pacientų–metų placebo grupėje. Širdies reakcijų (bet kokių arba sunkių) patyrusių ligonių dalis kartotinių gydymo kursų metu nepadidėjo.

### *Neurologiniai reiškiniai*

Gauta pranešimų apie užpakalinės laikinos encefalopatijos sindromo (ULES) arba laikinos užpakalinės leukoencefalopatijos sindromo (LULS) atvejus. Jų požymiai ir simptomai buvo regos sutrikimai, galvos skausmas, traukuliai ir pakitusi psichikos būklė kartu su hipertenzija ar be jos. ULES arba LULS diagnozė turi būti patvirtinta vaizdiniu smegenų tyrimu. Atvejais, apie kuriuos gauta pranešimų, buvo atpažintų ULES ar LULS rizikos veiksnių, įskaitant pagrindinę paciento ligą, hipertenziją, imunosupresinį gydymą ir (arba) chemoterapiją.

### *Neutropenija*

Buvo pastebėta su gydymu rituksimabu susijusių neutropenijos atvejų, daugelis kurių buvo praeinantys ir nesunkūs ar vidutinio sunkumo. Neutropenija gali pasireikšti praėjus keletui mėnesių po rituksimabo skyrimo (žr. 4.4 skyrių).

Placebu kontroliuotų klinikinių tyrimų metu 0,94% (13 iš 1 382) rituksimabą vartojusių pacientų ir 0,27% (2 iš 731) placebo grupės pacientų išsivystė sunki neutropenija.

Vaistui patekus į rinką, gauta pranešimų apie retus neutropenijos epizodus, įskaitant sunkios vėlyvos pradžios ir persistuojančios neutropenijos atvejus, o kai kurie iš jų buvo susiję su mirtį lėmusios infekcijos pasireiškimu.

### *Odos ir poodinio audinio sutrikimai*

Gauta pranešimų apie labai retai pasireiškusius toksinės epidermio nekrolizės (Lyell'io sindromo) ir Stevens–Johnson sindromo atvejus, kai kurie iš jų lėmė pacientų mirtį.

### Laboratorinių tyrimų pokyčiai

#### *Hipogamaglobulinemija*

Rituksimabą vartojantiems RA sergantiems pacientams pastebėta hipogamaglobulinemijos atvejų (kai IgG ar IgM koncentracijos buvo mažesnės nei apatinė normos riba). Sumažėjus IgG ar IgM koncentracijoms, nenustatyta padidėjusio bendrojo infekcijų pasireiškimą dažnio ar sunkių infekcijų pasireiškimą dažnio (žr. 4.4 skyrių).

Rituksimabą vartojusiems vaikams pastebėta nedidelis skaičius spontaniniu būdu ir iš literatūros gautų hipogamaglobulinemijos atvejų, kai kurie iš jų buvo sunkūs ir dėl jų reikėjo skirti ilgalaikį pakaitinį gydymą imunoglobulinu. Ilgalaikio B ląstelių skaičiaus sumažėjimo pasekmės vaikams nežinomos.

### Granuliozės su poliangitu (GPA) ir mikroskopinio poliangito (MPA) gydymo patirtis

#### *Suaugusiųjų remisijos indukcija (GPA / MPA 1-asis tyrimas)*

GPA/ MPA 1-ojo tyrimo metu 99 pacientai gydyti rituksimabu (375 mg/m<sup>2</sup> kūno paviršiaus ploto dozė kartą per savaitę 4 savaites) kartu su gliukokortikoidais GPA ir MPA remisijai sukelti (žr. 5.1 skyrių).

5 lentelėje išvardytos nepageidaujamos reakcijos į vaistą (NRV) buvo visi nepageidaujami reiškiniai, kurie pasireiškė  $\geq 5\%$  dažniu rituksimabą vartojusių grupėje ir kurių pasireiškimą dažnis buvo didesnis nei palyginamojo preparato grupėje.

#### **5 lentelė. Nepageidaujamos reakcijos, kurios pasireiškė per 6 mėnesius $\geq 5\%$ dažniu GPA / MPA 1-ojo tyrimo metu rituksimabo vartojusiems suaugusiems pacientams (Rituksimabas n=99), kai jų pasireiškimą dažnis buvo didesnis nei palyginamosios grupės pacientams**

<b>Organų sistemų klasė pagal MedDRA</b> Nepageidaujamos reakcijos	<b>Rituksimabas</b> <b>(n = 99)</b>
<b>Infekcijos ir infestacijos</b>	
Šlapimo takų infekcija	7 %
Bronchitas	5 %
Juostinė pūslelinė	5 %
Nazofaringitas	5 %
Sunkios virusinės infekcijos <sup>1</sup>	Dažnis nežinomas
<b>Kraujo ir limfinės sistemos sutrikimai</b>	
Trombocitopenija	7 %
<b>Imuninės sistemos sutrikimai</b>	
Citokinų išsiskyrimo sindromas	5 %
<b>Metabolizmo ir mitybos sutrikimai</b>	
Hiperkalemija	5 %

<b>Organų sistemų klasė pagal MedDRA</b> Nepageidaujamos reakcijos	<b>Rituksimabas</b> <b>(n = 99)</b>
<b>Psichikos sutrikimai</b>	
Nemiga	14 %
<b>Nervų sistemos sutrikimai</b>	
Svaigulys	10 %
Drebulys	10 %
<b>Kraujagyslių sutrikimai</b>	
Hipertenzija	12 %
Karščio pylimas	5 %
<b>Kvėpavimo sistemos, krūtinės ląstos ir tarpuplaučio sutrikimai</b>	
Kosulys	12 %
Dusulys	11 %
Kraujavimas iš nosies	11 %
Nosies užsikimšimas	6 %
<b>Virškinimo trakto sutrikimai</b>	
Viduriavimas	18 %
Dispepsija	6 %
Vidurių užkietėjimas	5 %
<b>Odos ir poodinio audinio sutrikimai</b>	
Aknė	7 %
<b>Skeleto, raumenų ir jungiamojo audinio sutrikimai</b>	
Raumenų spazmai	18 %
Artralgija	15 %
Nugaros skausmas	10 %
Raumenų silpnumas	5 %
Raumenų ir skeleto skausmas	5 %
Galūnių skausmas	5 %
<b>Bendrieji sutrikimai ir vartojimo vietos pažeidimai</b>	
Periferinė edema	16 %
<b>Tyrimai</b>	
Sumažėjusi hemoglobino koncentracija	6 %

<sup>1</sup> Stebėtas po pateikimo į rinką. Taip pat žiūrėkite žemiau esantį skyrių „Infekcijos“.

*Suaugusiųjų palaikomas gydymas (GPA / MPA 2-asis tyrimas)*

GPA / MPA 2-ojo tyrimo metu iš viso 57 suaugusieji pacientai, kurie sirgo sunkia aktyvios eigos GPA ir MPA buvo gydomi rituksimabu siekiant palaikyti remisiją (žr. 5.1 skyrių).

**6 lentelė. Nepageidaujamos reakcijos, kurios  $\geq 5\%$  dažniu GPA / MPA 2-ojo tyrimo metu pasireiškė rituksimabo vartojusiems suaugusiems pacientams (Rituksimabas n=57), kai jų pasireiškimo dažnis buvo didesnis nei palyginamosios grupės pacientams ar stebėjimo po pateikimo į rinką metu**

<b>Organų sistemų klasė pagal MedDRA</b> Nepageidaujama reakcija į vaistą	<b>Dažnis</b>
<b>Infekcijos ir infestacijos</b>	
Bronchitas	14%
Rinitas	5%
Sunkios virusinės infekcijos <sup>1</sup>	Dažnis nežinomas
<b>Kvėpavimo sistemos, krūtinės ląstos ir tarpuplaučio sutrikimai</b>	
Dusulys	9 %
<b>Virškinimo trakto sutrikimai</b>	
Viduriavimas	7 %
<b>Bendrieji sutrikimai ir vartojimo vietos pažeidimai</b>	
Karščiavimas	9%
Į gripą panaši liga	5%
Periferinė edema	5%
<b>Sužalojimai, apsinuodijimai ir procedūrų komplikacijos</b>	
Su infuzija susijusios reakcijos <sup>1</sup>	12%
<sup>1</sup> Stebėtas po pateikimo į rinką. Taip pat žiūrėkite žemiau esančių skyrių „Infekcijos“..  <sup>11</sup> Informacija apie su infuzija susijusias reakcijas pateikiama atrinktų nepageidaujamų reakcijų apibūdinimo skyrelyje.	

Bendrasis saugumo savybių pobūdis buvo panašus į gerai ištirtas rituksimabo saugumo savybes, vaistinio preparato skiriant patvirtintoms autoimuninių ligų indikacijoms, įskaitant GPA ir MPA. Iš viso 4% pacientų rituksimabą vartojusiųjų grupėje pasireiškė nepageidaujamų reiškinių, dėl kurių prirėkė nutraukti vaistinio preparato vartojimą. Dauguma rituksimabą vartojusiųjų grupėje pasireiškusių nepageidaujamų reiškinių buvo nesunkūs ar vidutinio sunkumo. Nė vienam pacientui rituksimabą vartojusiųjų grupėje nepasireiškė mirtį lėmusio nepageidaujamo reiškinių.

Dažniausiai pasireiškę nepageidaujami reiškiniai, įvertinti kaip NRV, buvo su infuzija susijusios reakcijos ir infekcijos.

#### *Ilgalaikė stebėseną (GPA / MPA 3-iasis tyrimas)*

Ilgalaikio saugumo stebėjimo tyrimo metu 97 GPA ir MPA sirgusiems pacientams buvo skirtas gydymas rituksimabu (vidutiniškai 8 infuzijos [svyravo nuo 1 iki 28 infuzijų]) iki 4 metų, atsižvelgiant į gydančio gydytojo įprastinę praktiką ir pasirinktą taktiką. Bendrasis saugumo savybių pobūdis buvo panašus į gerai ištirtas rituksimabo saugumo savybes, vaistinio preparato skiriant RA bei GPA ir MPA sergantiems pacientams, o naujų nepageidaujamų reakcijų į vaistą nepastebėta.

#### *Vaikų populiacija*

Atliktas atvirasis, vienos šakos klinikinis tyrimas, kurio metu gydyti 25 vaikai, sirgę sunkia aktyvios eigos GPA ar MPA. Bendras tyrimo laikotarpis susidėjo iš 6 mėnesių trukmės remisijos indukcijos fazės ir mažiausiai 18 mėnesių trukmės stebėjimo fazės, o iš viso tyrimas truko iki 4,5 metų. Stebėjimo fazės metu rituksimabas buvo skiriamas tyrėjo nuožiūra (17 iš 25 pacientų buvo skirtas papildomas gydymas rituksimabu). Tyrimo metu buvo leista kartu vartoti kitus imuninę sistemą slopinančius vaistus (žr. 5.1 skyrių).

Nepageidaujami reiškiniai, kurie pasireiškė  $\geq 10$  % pacientų, buvo apibrėžiami kaip nepageidaujamos reakcijos į vaistą (NRV). NRV pasireiškė kaip infekcijos (17 pacientų [68 %] remisijos indukcijos fazėje; 23 pacientams [92 %] per visą tyrimo laikotarpį), SISR (15 pacientų [60 %] remisijos indukcijos fazėje; 17 pacientų [68 %] per visą tyrimo laikotarpį) ir pykinimas (4 pacientams [16 %] remisijos indukcijos fazėje; 5 pacientams [20 %] per visą tyrimo laikotarpį).

Per visą tyrimo laikotarpį rituksimabo saugumo duomenys atitiko tuos, kurie buvo nustatyti remisijos indukcijos fazėje.

GPA ar MPA sergantiems vaikams nustatytas rituksimabo saugumo savybių pobūdis pagal nepageidaujamų reakcijų tipą, pobūdį ir sunkumą buvo panašus į žinomas rituksimabo saugumo savybes suaugusiems pacientams patvirtintoms autoimuninėms indikacijoms, įskaitant suaugusiųjų GPA ar MPA.

### Atrinktų nepageidaujamų reakcijų apibūdinimas

#### *Su infuzija susijusios reakcijos*

GPA / MPA 1-ojo tyrimo (remisijos indukcijos suaugusiems pacientams tyrimo) metu pasireiškusių SISR buvo apibrėžiamos kaip bet koks nepageidaujamas reiškinys, atsiradęs per 24 valandas nuo infuzijos pradžios tiriamųjų saugumo populiacijoje ir tyrėjo vertintas kaip susijęs su infuzija. 12 iš 99 (12 %) rituksimabu gydytų pacientų pasireiškė bent viena su infuzija susijusi reakcija. Visos šios reakcijos buvo 1-ojo arba 2-ojo sunkumo laipsnio pagal CTC klasifikaciją. Dažniausios su infuzija susijusios reakcijos buvo citokinų atpalaidavimo sindromas, karščio pylimas, gerklės dirginimas ir tremoras. Rituksimabas buvo skiriamas kartu su intraveniniais gliukokortikoidais, kurie gali sumažinti šių reiškinų pasireiškimo dažnį ir sunkumą.

GPA / MPA 2-ojo tyrimo (suaugusių pacientų palaikomojo gydymo tyrimo) metu 7 iš 57 (12%) pacientų rituksimabą vartojusiųjų grupėje pasireiškė bent viena su infuzija susijusi reakcija. SISR simptomų pasireiškimo dažnis buvo didesnis pirmosios infuzijos metu ar po jos (9%), ir šis dažnis mažėjo skiriant kitas infuzijas (< 4%). Visi SISR simptomai buvo nesunkūs ar vidutinio sunkumo ir daugelis jų pasireiškė kaip Organų sistemų klasių kvėpavimo sistemos, krūtinės ląstos ir tarpuplaučio sutrikimai bei odos ir poodinio audinio sutrikimai.

Klinikiniame vaikų, sergančių GPA ar MPA, tyrime, SISR dažniausiai buvo pastebėtos atlikus pirmąją infuziją (8 pacientams [32 %]), o vėliau skiriant kitas rituksimabo infuzijas jų dažnis mažėjo (20 % su antrąja infuzija, 12 % su trečiąja infuzija ir 8 % su ketvirtąja infuzija). Dažniausi SISR simptomai, apie kuriuos pranešta remisijos indukcijos fazės metu, buvo tokie: galvos skausmas, išbėrimas, rinorėja ir karščiavimas (8 % dažnis kiekvienam simptomui). Stebimi SISR simptomai buvo panašūs į tuos, kurie buvo žinomi suaugusiems GPA ar MPA sergantiems pacientams, gydytiems rituksimabu. Didžioji dalis SISR buvo 1-ojo ir 2-ojo laipsnių, buvo nustatytos dvi nesunkios 3-iojo laipsnio SISR, o apie 4-ojo ar 5-ojo laipsnių SISR nebuvo pranešta. Vienam pacientui pasireiškė sunki 2-ojo laipsnio SISR (generalizuota edema, kuri išnyko gydant) (žr. 4.4 skyrių).

#### *Infekcijos*

GPA / MPA 1-ojo tyrimo metu vertinant pagrindinę baigtį po 6 mėnesių nustatyta, kad bendras infekcijų pasireiškimo dažnis buvo maždaug 237 atvejai šimtui paciento metų (95% PI 197–285). Paprastai infekcijos buvo nesunkios arba vidutinio sunkumo, dažniausiai pasireiškė viršutinių kvėpavimo takų infekcija, *herpes zoster* infekcija ir šlapimo takų infekcija. Sunkių infekcijų pasireiškimo dažnis buvo maždaug 25 atvejai šimtui paciento metų. rituksimabą vartojusiųjų grupėje dažniausiai pasireiškusi sunki infekcinė liga buvo pneumonija, kurios dažnis buvo 4%.

GPA / MPA 2-ojo tyrimo metu 30 iš 57 (53 %) pacientų rituksimabą vartojusiųjų grupėje pasireiškė infekcijų. Visų sunkumo laipsnių infekcijų pasireiškimo dažnis tiriamosiose grupėse buvo panašus. Daugiausia pasireiškė nesunkių ar vidutinio sunkumo infekcijų. Dažniausios infekcijos, kurios pasireiškė rituksimabą vartojusiųjų grupėje, buvo viršutinių kvėpavimo takų infekcijos, gastroenteritas, šlapimo takų infekcijos bei juostinė pūslelinė. Sunkių infekcijų pasireiškimo dažnis

abejose tiriamosiose grupėse buvo panašus (maždaug 12 %). Dažniausiai rituksimabą vartojusiųjų grupėje pasireiškusį sunki infekcija buvo nesunkus ar vidutinio sunkumo bronchitas.

Klinikiniame tyrime, kuriame dalyvavo vaikai, sergantys sunkiu, aktyvios eigos GPA ir MPA, 91 % praneštų infekcijų nebuvo sunkios, o 90 % – lengvos ar vidutinio sunkumo.

Dažniausios infekcijos bendroju tyrimo laikotarpiu buvo tokios: viršutinių kvėpavimo takų infekcijos (VKTI) (48 %), gripas (24 %), konjunktyvitas (20 %), nosiaryklės uždegimas (20 %), apatinių kvėpavimo takų infekcijos (16 %), sinusitas (16 %), virusinės VKTI (16 %), ausų infekcija (12 %), gastroenteritas (12 %), faringitas (12 %), šlapimo takų infekcija (12 %). Apie sunkias infekcijas buvo pranešta 7 pacientams (28 %), o dažniausiai pasireiškė gripas (2 pacientams [8 %]) ir apatinių kvėpavimo takų infekcija (2 pacientams [8 %]).

Vaistiniam preparatui patekus į rinką, buvo pranešta apie sunkias virusines infekcijas pacientams, gydytiems rituksimabu GPA/MPA.

#### *Piktybinės ligos*

GPA / MPA 1-ojo tyrimo metu rituksimabą vartojusiems GPA ir MPA sergantiems pacientams piktybinių ligų atsiradimo dažnis buvo 2,00 atvejai šimtui paciento metų, vertinant tyrimo pabaigos metu (kai pasibaigė paskutinio paciento stebėjimo laikotarpis). Remiantis standartizuotu dažnių koeficientu manoma, kad piktybinių ligų atsiradimo dažnis yra panašus į anksčiau nustatytą dažnį pacientams, sergantiems su ANCA susijusiu vaskulitu.

Klinikiniame tyrime su vaikais, kurio stebėjimo laikotarpis tęsėsi iki 54 mėnesių, nepastebėta jokių piktybinių navikų.

#### *Širdies ir kraujagyslių sistemos nepageidaujamos reakcijos*

GPA / MPA 1-ojo tyrimo metu vertinant pagrindinę baigtį po 6 mėnesių nustatyta, kad širdies sutrikimų pasireiškimo dažnis buvo maždaug 273 atvejai šimtui paciento metų (95% PI 149–470). Sunkių širdies sutrikimų pasireiškimo dažnis buvo 2,1 atvejo šimtui paciento metų (95% PI 3–15). Dažniausiai pasireiškę sutrikimai buvo tachikardija (4%) ir prieširdžių virpėjimas (3%) (žr. 4.4 skyrių).

#### *Neurologiniai reiškiniai*

Gauta pranešimų apie užpakalinės laikinos encefalopatijos sindromo (ULES) arba laikinos užpakalinės leukoencefalopatijos sindromo (LULS) atvejus, esant autoimuninėms būklėms. Jų požymiai ir simptomai buvo regos sutrikimai, galvos skausmas, traukuliai ir pakitusi psichikos būklė kartu su hipertenzija ar be jos. ULES arba LULS diagnozė turi būti patvirtinta vaizdiniu smegenų tyrimu. Atvejais, apie kuriuos gauta pranešimų, buvo atpažintų ULES ar LULS rizikos veiksnių, įskaitant pagrindinę paciento ligą, hipertenziją, imunosupresinį gydymą ir (arba) chemoterapiją.

#### *Hepatito B suaktyvėjimas*

Vaistui patekus į rinką gauta pranešimų apie keletą hepatito B suaktyvėjimo atvejų, kurių dalis pasibaigė mirtimi, granuliomatoze su poliangitu ir mikroskopiniu poliangitu sergantiems pacientams, kurie vartojo rituksimabą.

#### *Hipogamaglobulinemija*

GPA ir MPA sergantiems bei rituksimabą vartojusiems pacientams (suaugusiems ir vaikams) nustatyta hipogamaglobulinemijos (žemiau apatinės normalių reikšmių ribos sumažėjusio IgA, IgG arba IgM kiekio) atvejų.

GPA / MPA 1-ojo tyrimo duomenimis, po 6 mėnesių rituksimabą vartojusiųjų grupėje atitinkamai 27%, 58% ir 51% pacientų, kuriems prieš pradėdant tyrimą imunoglobulinų koncentracija buvo normali, nustatytas sumažėjęs IgA, IgG ir IgM kiekis, palyginus su 25%, 50% ir 46% ciklofosfamido vartojusių pacientų. Sumažėjęs IgA, IgG arba IgM kiekiui, bendrasis infekcijų dažnis ir sunkių infekcijų pasireiškimo dažnis nepadidėjo.

GPA / MPA 2-ojo tyrimo duomenimis, visu tyrimo laikotarpiu nebuvo nustatyta kliniškai reikšmingų skirtumų tarp dviejų tiriamųjų grupių pacientų ir reikšmingai sumažėjusių bendrojo imunoglobulino, IgG, IgM ar IgA kiekių.

Klinikiniame tyrime su vaikais per visą tyrimo laikotarpį 3 iš 25 (12 %) pacientų buvo pranešta apie hipogamaglobulinemijos atvejį, 18 pacientų (72 %) buvo ilgą laiką (apibrėžiant kaip mažiausiai 4 mėnesius besitęsiantis Ig kiekio sumažėjimas žemiau apatinės normos ribos) nustatytas sumažėjęs IgG kiekis (iš kurių 15 pacientų taip pat ilgą laiką buvo sumažėjęs IgM kiekis). Trys pacientai buvo gydomi intraveniniu imunoglobulinu (IV-Ig). Remiantis ribotais duomenimis, negalima daryti tvirtų išvadų dėl to, ar ilgai trunkantis sumažėjęs IgG ir IgM kiekis padidino sunkios infekcijos riziką šiems pacientams. Ilgalaikio B ląstelių kiekio sumažėjimo pasekmės vaikams nėra žinomos.

#### *Neutropenija*

GPA / MPA 1-ojo tyrimo duomenimis, 24 % rituksimabo (vieną gydymo kursą) vartojusių pacientų ir 23 % ciklofosfamido vartojusių pacientų pasireiškė 3–iojo ar didesnio sunkumo laipsnių pagal CTC klasifikaciją neutropenijos atvejų. Rituksimabą vartojusiems pacientams neutropenija nebuvo susijusi su nustatytu padidėjusiu sunkių infekcijų pasireiškimo dažniu.

GPA / MPA 2-ojo tyrimo duomenimis, visų sunkumo laipsnių neutropenijos pasireiškimo dažnis buvo 0% rituksimabą vartojusių grupėje, lyginant su 5 % dažniu azatioprinu gydytiems pacientams.

#### *Odos ir poodinio audinio sutrikimai*

Gauta pranešimų apie labai retai pasireiškusius toksinės epidermio nekrolizės (*Lyell* sindromo) ir *Stevens–Johnson* sindromo atvejus, kai kurie iš jų lėmė pacientų mirtį.

#### Paprastosios pūslinės gydymo patirtis

##### *PV 1-ojo tyrimo (tyrimo ML22196) ir PV 2-ojo tyrimo (tyrimo WA29330) metu nustatyto saugumo savybių santrauka*

Rituksimabo ir trumpalaikio, nedidelių gliukokortikoidų dozių vartojimo derinio saugumo savybių pobūdis gydant paprastąją pūslinę sergančius pacientus buvo tirtas atliekant III fazės, atsitiktinių imčių, kontroliuojamąjį, daugiacentrį, atvirąjį tyrimą, į kurį buvo įtraukti 38 paprastąją pūslinę (PP) sirgę pacientai, kuriems atsitiktine tvarka buvo paskirtas rituksimabas (PV 1-asis tyrimas). Atsitiktine tvarka rituksimabą vartojusių grupėi priskirtiems pacientams buvo skirta pradinė 1000 mg IV infuzija 1-ąją tyrimo dieną bei antroji 1000 mg IV infuzija 15-ąją tyrimo dieną. Palaikomosios 500 mg IV dozės buvo paskirtos 12-ąjį ir 18-ąjį mėnesiais. Ligos atkryčio metu pacientams galėjo būti skirtos 1000 mg vaistinio preparato dozės IV (žr. 5.1 skyrių).

Atsitiktinių imčių, dvigubai koduoto, abipusiai užslaptinto, veikliu palyginamuoju preparatu kontroliuoto, daugiacentrio klinikinio tyrimo, PV 2-ojo tyrimo, kuriuo buvo vertintas rituksimabo veiksmingumas ir saugumas, palyginant jį su mikofenolato mofetilu (MMF), vidutinio sunkumo ar sunkia PV sirgusiems pacientams, kuriems reikėjo geriamųjų kortikosteroidų, metu 67 PP sirgę pacientai ne ilgiau kaip 52 savaites buvo gydyti rituksimabu (pradinė 1000 mg i.v. dozė pirmąją tyrimo dieną ir antroji 1000 mg i.v. dozė 15-ąją tyrimo dieną, kartojant jas 24-ąją ir 26-ąją savaitėmis) (žr. 5.1 skyrių).

Rituksimabo saugumo savybių pobūdis PP sirgusiems pacientams buvo panašus į nustatytąjį pacientams, gydytiems pagal kitas patvirtintas autoimuninių ligų indikacijas.

##### *PV 1-ojo ir PV 2-ojo tyrimų metu nustatyto nepageidaujamų reakcijų sąrašas lentelėje*

PV 1-ojo ir PV 2-ojo tyrimų metu nustatytos nepageidaujamos reakcijos yra išvardytos 7 lentelėje. PV 1-ojo tyrimo metu NRV buvo apibrėžtos kaip buvo visi nepageidaujami reiškiniai, kurie pasireiškė  $\geq 5\%$  dažniu rituksimabą vartojusių ir PP sirgusių pacientų grupėje, kai buvo nustatytas  $\geq 2\%$  absoliutus pasireiškimo dažnio skirtumas tarp rituksimabą vartojusių grupės ir įprastinę prednizono dozę vartojusių grupės iki 24-ojo mėnesio. Nė vienam PV 1-ojo tyrimo pacientui dėl pasireiškusių NRV dalyvavimas šiame tyrime nebuvo nutrauktas. PV 2-ojo tyrimo 2 metu NRV buvo apibrėžtos

kaip nepageidaujami reiškiniai, kurie pasireiškė  $\geq 5\%$  gydymo rituksimabu grupės pacientų ir buvo įvertinti kaip susiję.

**7 lentelė. Nepageidaujamos reakcijos, pasireiškusios rituksimabą vartojusiems paprastąja pūsline sirgusiems pacientams PV 1-ojo tyrimo metu (iki 24-ojo mėnesio) ir PV 2-ojo tyrimo metu (iki 52-osios savaitės) ar stebėjimo po pateikimo į rinką metu**

MedDRA organų sistemų klasė	Labai dažnas	Dažnas	Dažnis nežinomas
<b>Infekcijos ir infestacijos</b>	Viršutinių kvėpavimo takų infekcija	Herpes viruso infekcija Juostinė pūslelinė Burnos pūslelinė Konjunktyvitas Nosiaryklės uždegimas Burnos kandidozė Šlapimo takų infekcija	Sunki virusinė infekcija <sup>1</sup>
<b>Gerybiniai, piktybiniai ir nepatikslinti navikai (tarp jų cistos ir polipai)</b>		Odos papiloma	
<b>Psichikos sutrikimai</b>	Persistuojantis depresinis sutrikimas	Didžioji depresija Dirglumas	
<b>Nervų sistemos sutrikimai</b>	Galvos skausmas	Svaigulys	
<b>Širdies sutrikimai</b>		Tachikardija	
<b>Virškinimo trakto sutrikimai</b>		Viršutinės pilvo dalies skausmas	
<b>Odos ir poodinio audinio sutrikimai</b>	Alopecija	Niežulys Dilgėlinė Odos sutrikimas	
<b>Skeleto, raumenų ir jungiamojo audinio sutrikimai</b>		Skeleto raumenų ir kaulų skausmas Sąnarių skausmas Nugaros skausmas	
<b>Bendrieji sutrikimai ir vartojimo vietos pažeidimai</b>		Nuovargis Silpnumas Karščiavimas	
<b>Sužalojimai, apsinuodijimai ir procedūrų komplikacijos</b>	Su infuzija susijusios reakcijos*		
<sup>1</sup> Stebėtas po pateikimo į rinką. Taip pat žiūrėkite žemiau esantį skyrių „Infekcijos“. <sup>2</sup> PV 1-ojo tyrimo metu su infuzija susijusios reakcijos apėmė simptomus, surinktus per kitą, po kiekvienos infuzijos, suplanuotą vizitą, ir nepageidaujamus reiškinius, atsirandančius infuzijos dieną ar kitą dieną po jos. Dažniausiai PV 1-ojo tyrimo metu pasitaikę su infuzija susijusios reakcijos simptomai / pasirenkamieji terminai buvo galvos skausmai, šaltkrėtis, padidėjęs kraujospūdis, pykinimas, astenija ir skausmas.  Dažniausiai PV 2-ojo tyrimo metu pasitaikę su infuzija susijusios reakcijos simptomai / pasirenkamieji terminai buvo dusulys, eritema, padidėjęs prakaitavimas, karščio pylimas, hipotenzija / sumažėjęs kraujospūdis ir išbėrimas / niežintis išbėrimas.			

#### Atrinktų nepageidaujamų reakcijų apibūdinimas

##### *Su infuzija susijusios reakcijos*

PV 1-ojo tyrimo metu su infuzija susijusių reakcijų pasireiškė dažnai (58%). Beveik visos su infuzija susijusios reakcijos buvo nesunkios ar vidutinio sunkumo. Pacientų, kuriems pasireiškė su infuzija susijusių reakcijų, dalis buvo 29% (11 pacientų), 40% (15 pacientų), 13% (5 pacientai) ir 10% (4 pacientai) atitinkamai po pirmosios, antrosios, trečiosios ir ketvirtosios infuzijų. Nė vienam pacientui dėl pasireiškusių su infuzija susijusių reakcijų gydymas nebuvo nutrauktas. Su infuzija susijusių reakcijų simptomų pobūdis ir jų sunkumas buvo panašus kaip ir nustatytieji RA ir GPA ar MPA sirgusiems pacientams.



PV 2-ojo tyrimo metu daugiausia SISR pasireiškė atliekant pirmąją infuziją, o SISR dažnis mažėjo sulig kitomis infuzijomis: pirmosios infuzijos metu SISR pasireiškė 17,9 % pacientų, antrosios – 4,5 %, trečiosios – 3 %, ketvirtosios – 3 % pacientų. 11 iš 15 pacientų, patyrusių bent vieną SISR, ji buvo 1-ojo arba 2-ojo laipsnio. 4 iš 15 pacientų pasireiškė 3-iojo ar didesnio laipsnio SISR, dėl to jų gydymas rituksimabu buvo nutrauktas; trims iš šių keturių pacientų pasireiškė sunkios (gyvybei pavojingos) SISR. Sunkios SISR pasireiškė pirmosios (2 pacientams) arba antrosios (1 pacientui) infuzijos metu ir taikant simptominių gydymą išnyko.

#### *Infekcijos*

PV 1-ojo tyrimo metu 14 pacientų (37 %) rituksimabą vartojusiųjų grupėje pasireiškė su vaistiniu preparatu susijusių infekcijų, lyginant su 15 pacientų (42 %) įprastinę prednizono dozę vartojusiųjų grupėje. Dažniausiai pasireiškusios infekcijos rituksimabą vartojusiems pacientams buvo paprastoji pūslelinė ir *herpes zoster*, bronchitas, šlapimo takų infekcija, grybelinė infekcija ir konjunktyvitas. Trims pacientams (8 %) rituksimabą vartojusiųjų grupėje pasireiškė iš viso 5 sunkios infekcijos (*Pneumocystis jirovecii* sukelta pneumonija, infekcinė trombozė, tarpšlankstelinis discitas, plaučių infekcija, stafilokokinis sepsis) ir vienam pacientui (3 %) įprastinę prednizono dozę vartojusiųjų grupėje pasireiškė sunki infekcija (*Pneumocystis jirovecii* sukelta pneumonija).

PV 2-ojo tyrimo metu 42 (62,7 %) gydymo rituksimabu grupės pacientų susirgo infekcinėmis ligomis. Dažniausios gydymo rituksimabu grupėje pasireiškusios infekcijos buvo viršutinių kvėpavimo takų infekcija, nosiaryklės uždegimas, burnos kandidozė ir šlapimo takų infekcija. Šeši (9 %) gydymo rituksimabu grupės pacientai patyrė sunkias infekcijas.

Vaistiniam preparatui patekus į rinką, buvo pranešta apie rimtas virusines infekcijas pacientams, sergantiems PV, gydytiems rituksimabu.

#### *Laboratoriniai nuokrypiai*

PV 2-ojo tyrimo metu gydymo rituksimabu grupėje po infuzijos labai dažnai buvo stebimas laikinas limfocitų skaičiaus sumažėjimas, kurį sąlygojo periferinių T ląstelių populiacijos sumažėjimas, taip pat laikinas fosforo kiekio sumažėjimas. Buvo manoma, kad juos sukėlė premedikacija metilprednizolono infuzija į veną.

PV 2-ojo tyrimo metu dažnai buvo stebimas sumažėjęs IgG kiekis ir labai dažnai – sumažėjęs IgM kiekis; vis dėlto sunkių infekcijų rizikos padidėjimo dėl sumažėjusio IgG ar IgM kiekio įrodymų nebuvo.

#### Pranešimas apie įtariamą nepageidaujamą reakciją

Svarbu pranešti apie įtariamą nepageidaujamą reakciją po vaistinio preparato registracijos, nes tai leidžia nuolat stebėti vaistinio preparato naudos ir rizikos santykį. Sveikatos priežiūros specialistai turi pranešti apie bet kokias įtariamą nepageidaujamą reakcijas naudodamiesi [V priede nurodyta nacionaline pranešimo sistema](#).

## **4.9 Perdozavimas**

Atliekant žmonių klinikinius tyrimus didesnių dozių nei registruotos į veną leidžiamos rituksimabo farmacinės formos dozės vartojimo patirties yra nedaug. Didžiausia iki šiol žmonėms tirta į veną leidžiama rituksimabo dozė buvo 5 000 mg (2 250 mg/m<sup>2</sup> kūno paviršiaus ploto), kuri vartota dozės didinimo tyrimo metu lėtine limfocitine leukemija sergantiems pacientams. Jokių papildomų duomenų, susijusių su saugumu, nenustatyta.

Perdozavus vaisto, pacientams reikia nedelsiant nutraukti vaistinio preparato infuziją ir šių pacientų būklę atidžiai stebėti.

Vartojant vaistą po registracijos gauta pranešimų apie penkis rituksimabo perdozavimo atvejus. Trimis atvejais apie jokių nepalankių poveikį nebuvo pranešta. Du atvejai, apie kuriuos pranešta, buvo tokie: į gripą panašūs simptomai po 1,8 g rituksimabo dozės vartojimo ir mirtinas kvėpavimo nepakankamumas po 2 g rituksimabo dozės vartojimo.

## 5. FARMAKOLOGINĖS SAVYBĖS

### 5.1 Farmakodinaminės savybės

Farmakoterapinė grupė – priešnavikiniai preparatai, monokloniniai antikūnai, ATC kodas – L01FA01.

Ruxience yra panašus biologinis vaistinis preparatas. Išsami informacija pateikiama Europos vaistų agentūros tinklalapyje: <http://www.ema.europa.eu>.

Rituksimabas specifiskai jungiasi su transmembraniniu antigenu CD20 – neglikozilintu fosfoproteinu, esančiu ant pre-B ir subrendusių B limfocitų. Šio antigeno ekspresija vyksta > 95 procentuose visų ne Hodžkino limfomos B ląstelių.

CD20 būna ant normalių ir piktybinių B ląstelių, tačiau nebūna ant kraujodaros kamieninių ląstelių, pro-B ląstelių, normalių plazminių ląstelių ir kitų normalių audinių. Susijungęs su antikūnu jis nepatenka į ląstelę ir neatsiskiria nuo ląstelės paviršiaus. CD20 necirkuliuoja plazmoje laisvo antigeno pavidalu, taigi nekonkuruoja dėl jungimosi su antikūnais.

Rituksimabo Fab domenas jungiasi su B limfocitų antigenu CD20, o Fc domenas gali pritraukti imuninių efektorių, sudarydamas sąlygas irti B ląstelėms. Galimi efektorių sukulto ląstelių irimo būdai yra nuo komplemento priklausomas citotoksinis poveikis (CDC) prisijungiant C1q ir nuo antikūnų priklausomas ląstelinis citotoksinis poveikis (ADCC), dalyvaujant vienam ar daugiau granulocitų, makrofagų ir NK ląstelių paviršiaus Fcγ receptorių. Išsiaiškinta, kad rituksimabo prisijungimas prie B limfocitų paviršiaus antigeno CD20 sukelia ląstelės žūtį ir apoptozės būdu.

Periferinių B ląstelių skaičius pasidaro mažesnis už normalų po pirmosios rituksimabo dozės. Nuo piktybinių kraujo ligų gydytų pacientų B ląstelių skaičius pradeda atsistatinėti po 6 mėnesių, o baigus gydymą paprastai grįžta į normalų lygį per 12 mėnesių, nors kai kuriems pacientams tai gali trukti ilgiau (atsistatymo laiko mediana yra iki 23 mėnesių po indukcinio gydymo). Reumatoidiniu artritu sergančių pacientų periferiniame kraujyje artimiausias B ląstelių mažėjimas pastebimas po dviejų 1000 mg rituksimabo infuzijų kas 14 dienų. Periferinių B ląstelių skaičius pradeda didėti nuo 24 savaitės, o daugumai pacientų populiacija atsinaujina po 40 savaičių tiek po gydymo vien rituksimabu, tiek jo deriniu su metotreksatu. Nedidelei pacientų daliai pasireiškė ilgalaikis periferinių B ląstelių sumažėjimas, kuris truko 2 metus ar ilgiau po paskutiniosios rituksimabo dozės vartojimo. GPA ir MPA sergantiems pacientams po dviejų kassavaitinių 375 mg/m<sup>2</sup> kūno paviršiaus ploto rituksimabo dozių infuzijų periferinio kraujo B ląstelių skaičius sumažėjo iki < 10 ląstelių/μl ir daugeliui pacientų tokiam lygyje išliko iki 6 mėnesių vertinimo laikotarpio. Daugeliui pacientų (81%) iki 12-ojo mėnesio nustatyti B ląstelių skaičiaus didėjimo požymiai, t.y., > 10 ląstelių/μl, o iki 18-ojo mėnesio šių pacientų dalis padidėjo iki 87%.

Ne Hodžkino limfomos ir lėtinės limfocitinės leukemijos gydymo klinikinė patirtis

#### Folikulinė limfoma

##### *Monoterapija*

Pradinis gydymas – keturios dozės kas savaitę

Atliekant pagrindinį tyrimą, 166 recidyvuojančia arba chemoterapijai atsparia mažo laipsnio arba folikuline B ląstelių NHL sergantys pacientai keturias savaites buvo gydomi rituksimabu, lašinamu į veną kas savaitę po 375 mg/m<sup>2</sup>. Bendrasis gydomasis atsakas (BGA) ketinamų gydyti pacientų grupėje (KGG) buvo 48% (PI<sub>95</sub> % 41–56%): visiškas atsakas (VA) – 6%, o dalinis atsakas (DA) – 42%.

Reaguojančių į gydymą pacientų grupėje prognozuojamasis vidutinis laikas iki progresavimo (VLP) buvo 13,0 mėnesių. Analizuojant pogrupius nustatyta, kad BGA buvo didesnis, kai limfoma IWF B, C ir D histologinio potipio, palyginti su IWF A potipiu (BGA atitinkamai 58% ir 12%), kai didžiausias navikinis darinys < 5 cm skersmens, palyginti su > 7 cm (BGA 53% ir 38%), ir kai recidyvas jautrus

chemoterapijai, palyginti su nejautriu (apibrėžiamu kaip gydomojo poveikio trukmė < 3 mėn.) (BGA 50% ir 22%). Pacientų, kuriems anksčiau buvo atliktas autologinis kaulų čiulpų persodinimas (AKČP), BGA – 78%, o kuriems AKČP nebuvo atliktas – 43%. Pacientų amžius, lytis, limfomos laipsnis, pradinė diagnozė, didelis navikas, LDH koncentracija ar nemazginis išplitimas statistiškai reikšmingos įtakos (pagal Fišerio tikslųjį testą) atsakui į rituksimabą neturėjo. Pastebėtas statistiškai reikšmingas ryšys tarp atsako dažnumo ir kaulų čiulpų pažeidimo: kai kaulų čiulpai pažeisti, teigiamo atsako dažnumas buvo 40%, kai nepažeisti, – 59% ( $p = 0,0186$ ). Šių duomenų nepatvirtino laipsniška logistinė regresinė analizė, pagal kurią nustatyti šie prognozės veiksniai: histologinis tipas, teigiamas bcl-2 prieš gydymą, atsparumas paskutinei chemoterapijai ir didelis navikas.

**Pradinis gydymas – aštuonios dozės kas savaitę**

Atliekant daugiacentrį nerandomizuotą tyrimą, 37 pacientai, sergantys recidyvuojančia arba chemoterapijai atsparia mažo laipsnio arba folikuline B ląstelių NHL, gydyti aštuoniomis rituksimabo dozėmis po 375 mg/m<sup>2</sup>, lašinamomis į veną kas savaitę. BGA buvo 57% (95% pasikliautinis intervalas (PI) 41–73%; VA 14%, DA 43%), reaguojančių į gydymą pacientų grupėje prognozuojamasis VLP – 19,4 mėnesio (nuo 5,3 iki 38,9 mėnesio).

**Pradinis gydymas, didelis navikas – keturios dozės kas savaitę**

Suvestiniais trijų tyrimų duomenimis, 39 pacientai, sergantys recidyvuojančia arba chemoterapijai atsparia didelių darinų (atskiri dariniai  $\geq 10$  cm skersmens) mažo laipsnio arba folikuline B ląstelių NHL, gydyti keturiomis rituksimabo dozėmis po 375 mg/m<sup>2</sup>, lašinamomis į veną kas savaitę. BGA buvo 36% (PI<sub>95%</sub> 21–51%; VA 3%, DA 33%), reaguojančių į gydymą pacientų grupėje prognozuojamasis VLP – 9,6 mėnesio (nuo 4,5 iki 26,8 mėnesio).

**Kartotinis gydymas – keturios dozės kas savaitę**

Atliekant daugiacentrį nerandomizuotą tyrimą, 58 pacientai, sergantys recidyvuojančia arba chemoterapijai atsparia mažo laipsnio arba folikuline B ląstelių NHL, kuriems ankstesnis rituksimabo kursas objektyviai kliniškai buvo veiksmingas, kartotinai gydyti keturiomis rituksimabo dozėmis po 375 mg/m<sup>2</sup>, lašinamomis į veną kas savaitę. Trys pacientai anksčiau buvo gydyti dviem rituksimabo kursais, taigi atliekant šį tyrimą tai buvo jau trečiasis gydymo kursas. Du pacientai šio tyrimo metu buvo gydomi po du kartus. Pagal 60 kartotinio gydymo kursų rezultatus BGA buvo 38% (PI<sub>95%</sub> 26–51%; VA 10%, DA 28%), reaguojančių į gydymą pacientų grupėje prognozuojamasis VLP – 17,8 mėnesio (nuo 5,4 iki 26,6 mėnesio). Pastarasis rodiklis geresnis negu po ankstesnio rituksimabo kurso (12,4 mėnesio).

*Pradinis gydymas derinant su chemoterapija*

Atliekant atvirą randomizuotą tyrimą, 322 anksčiau negydyti pacientai, sergantys folikuline limfoma, atsitiktiniu būdu buvo suskirstyti į grupes gydyti vienu iš dviejų būdų: CVP chemoterapija – ciklofosfamidu po 750 mg/m<sup>2</sup>, vinkristinu po 1,4 mg/m<sup>2</sup> (bet ne daugiau kaip 2 mg) pirmąją dieną ir prednizolonu po 40 mg/m<sup>2</sup> per parą pirmąją–penktąją dienomis kas 3 savaites (iš viso 8 ciklai) arba po 375 mg/m<sup>2</sup> rituksimabo kartu su CVP (R–CVP grupė). Rituksimabas infuzuotas pirmąją kiekvieno gydymo ciklo dieną. Iš viso gydytas 321 pacientas (162 – R–CVP, 159 – CVP) ir analizuotas gydymo veiksmingumas. Stebėjimo trukmės mediana buvo 53 mėnesiai. R–CVP buvo aiškiai pranašesnis už CVP pagal pagrindinę vertinamąją baigtį – laiką iki gydymo veiksmingumo išnykimo (atitinkamai 27 ir 6,6 mėnesio,  $p < 0,0001$  pagal *log–rank* testą). Dalis pacientų, kurių navikas reagavo į gydymą (VA, VAu, DA), R–CVP grupėje buvo daug didesnė (80,9%) negu CVP grupėje (57,2%,  $p < 0,0001$  chi kvadrato būdu). Gydymas R–CVP reikšmingai pailgino laiką iki ligos progresavimo arba mirties, palyginti su gydymu CVP – atitinkamai 33,6 mėnesio ir 14,7 mėnesio ( $p < 0,0001$  pagal *log–rank* testą). Atsako trukmės mediana R–CVP grupėje buvo 37,7 mėnesio, o CVP grupėje – 13,5 mėnesio ( $p < 0,0001$  pagal *log–rank* testą).

Bendrojo išgyvenimo skirtumas tarp gydymo grupių buvo kliniškai reikšmingas ( $p = 0,029$  pagal *log–rank* testą, stratifikuotą pagal centrą): po 53 mėnesių R–CVP grupėje išgyveno 80,9%, o CVP grupėje – 71,1% pacientų.

Kitų trijų atsitiktinės atrankos tyrimų, kuriuos atliekant rituksimabas buvo derinamas ne su CVP, o kitokiais chemoterapijos būdais (CHOP, MCP, CHVP/interferonas- $\alpha$ ), rezultatai taip pat parodė reikšmingą atsako dažnio, nuo laiko priklausomų parametų ir bendrojo išgyvenimo pagerėjimą. Pagrindiniai visų keturių tyrimų rezultatai pateikiami 8 lentelėje.

**8 lentelė. Pagrindiniai suminiai keturių III fazės atsitiktinių imčių tyrimų rezultatai folikulinės limfomos gydymo rituksimabu kartu su skirtingais chemoterapijos būdais vertei nustatyti**

Tyrimas	Gydymas, n	Stebėjimo trukmės mediana, mėnesiai	Bendrasis atsakas, %	Visiškas atsakas, %	Vidutinis LIVI/IBP/IBĮ, mėnesiai	BI dažnis, %
<b>M39021</b>	CVP, 159 R-CVP, 162	53	57 81	10 41	Vidutinis LIP: 14,7 33,6 p < 0,0001	53 mėn. 71,1 80,9 p = 0,029
<b>GLSG'00</b>	CHOP, 205 R-CHOP, 223	18	90 96	17 20	Vidutinis LIVI: 2,6 metų Nepasiektas p < 0,001	18 mėn. 90 95 p = 0,016
<b>OSHO-39</b>	MCP, 96 R-MCP, 105	47	75 92	25 50	Vidutinis IBP: 28,8 Nepasiektas p < 0,0001	48 mėn. 74 87 p = 0,0096
<b>FL2000</b>	CHVP-IFN, 183 R-CHVP-IFN, 175	42	85 94	49 76	Vidutinis IBĮ: 36 Nepasiektas p < 0,0001	42 mėn. 84 91 p = 0,029

IBĮ – išgyvenimas be įvykio

LIP – laikas iki progresavimo arba mirties

IBP – išgyvenimas be progresavimo

LIVI – laikas iki gydymo veiksmingumo išnykimo

BI dažnis – išgyvenimo dažnis analizės laikotarpiu

### *Palaikomasis gydymas*

#### *Anksčiau negydyta folikulinė limfoma*

Atliekant prospektyvų atvirą tarptautinį daugiacentrį III fazės tyrimą, tyrėjų pasirinkimu 1193 anksčiau negydyta toli pažengusia folikuline limfoma sergantys pacientai buvo gydomi indukcinė terapija R-CHOP (n = 881), R-CVP (n = 268) arba R-FCM (n = 44). Iš viso 1078 pacientų indukcinis gydymas buvo veiksmingas; iš jų 1018 atsitiktiniu būdu buvo suskirstyti į palaikomojo gydymo rituksimabu (n = 505) arba stebėjimo (n = 513) grupes. Abi grupės buvo gerai subalansuotos pagal pradinis duomenis ir ligos būklę. Palaikomojo gydymo rituksimabu būdas: viena rituksimabo infuzija po 375 mg/m<sup>2</sup> kūno paviršiaus ploto kas 2 mėnesius iki ligos progresavimo arba ne ilgiau kaip dvejus metus.

Buvo atlikta iš anksto apibrėžta pirminė duomenų analizė praėjus stebėjimo laikotarpiui, kurio mediana buvo 25 mėn. po atsitiktinio suskirstymo. Analizės metu nustatyta, kad anksčiau negydytos folikulinės limfomos palaikomasis gydymas rituksimabu kliniškai svarbiai ir statistiškai reikšmingai pagerino pagrindinę vertinamąją baigtį (angl. *primary endpoint*) – tyrėjo įvertintą išgyvenimą be progresavimo (IBP), palyginti su stebėjimu (9 lentelė).

Pirminės analizės metu taip pat buvo nustatyta reikšminga palaikomojo gydymo rituksimabu nauda pagal antrines vertinamąsias baigtis (angl. *secondary endpoints*): išgyvenimą be įvykio (IBĮ), laiką iki kito limfomos gydymo (LIKLG), laiką iki kitos chemoterapijos (LIKC) ir bendrąjį atsako dažnį (BAD) (9 lentelė).

Šiame klinikiniam tyrimo dalyvavusių pacientų ilgesnio stebėjimo laikotarpio (kurio trukmės mediana buvo 9 metai) duomenys patvirtino ilgalaikę palaikomojo gydymo rituksimabu naudą šiems rodikliams: IBP, IBĮ, LIKLG bei LIKC (9 lentelė).

**9 lentelė. Palaikomojo gydymo rituksimabu veiksmingumo rezultatų apžvalga, palyginti su stebėjimu, įvertinus duomenis protokole apibrėžtos pirminės analizės metu ir po stebėjimo laikotarpio, kurio trukmės mediana buvo 9 metai (galutinės analizės metu)**

	Pirminė analizė (stebėjimo mediana: 25 mėnesiai)		Galutinė analizė (stebėjimo mediana: 9.0 metų)	
	Stebėjimas N = 513	Rituksimaba s N = 505	Stebėjimas N = 513	Rituksimaba s N = 505
<b>Pagrindinė vertinamoji baigtis</b> Išgyvenimas be progresavimo (mediana) <i>log-rank</i> p reikšmė rizikos santykis (95 % PI) rizikos sumažėjimas	NP	NP	4,06 metų	10,49 metų
	$< 0,0001$ 0,50 (0,39; 0,64) 50 %		$< 0,0001$ 0,61 (0,52; 0,73) 39 %	
<b>Antrinė vertinamosios baigtys</b> Bendrasis išgyvenimas (mediana) <i>log-rank</i> p reikšmė rizikos santykis (95 % PI) rizikos sumažėjimas	NP	NP	NP	NP
	0,7246 0,89 (0,45; 1,74) 11 %		0,7948 1,04 (0,77; 1,40) -6 %	
Išgyvenimas be įvykio (mediana) <i>log-rank</i> p reikšmė rizikos santykis (95 % PI) rizikos sumažėjimas	38 mėnesiai	NP	4,04 metų	9,25 metų
	$< 0,0001$ 0,54 (0,43; 0,69) 46 %		$< 0,0001$ 0,64 (0,54; 0,76) 36 %	
LIKLG (mediana) <i>log-rank</i> p reikšmė rizikos santykis (95 % PI) rizikos sumažėjimas	NP	NP	6,11 metų	NP
	0,0003 0,61 (0,46; 0,80) 39 %		$< 0,0001$ 0,66 (0,55; 0,78) 34 %	
LIKC (mediana) <i>log-rank</i> p reikšmė rizikos santykis (95 % PI) rizikos sumažėjimas	NP	NP	9,32 metų	NP
	0,0011 0,60 (0,44; 0,82) 40 %		0,0004 0,71 (0,59; 0,86) 39 %	
Bendrasis atsako dažnis* <i>chi</i> -kvadrato testo p reikšmė šansų santykis (95 % PI)	55 %	74 %	61 %	79 %
	$< 0,0001$ 2,33 (1,73; 3,15)		$< 0,0001$ 2,43 (1,84; 3,22)	
Visiško atsako (VA/VAu) dažnis* <i>chi</i> -kvadrato testo p reikšmė šansų santykis (95 % PI)	48 %	67 %	53 %	67 %
	$< 0,0001$ 2,21 (1,65; 2,94)		$< 0,0001$ 2,34 (1,80; 3,03)	

\* Palaikomojo gydymo arba stebėjimo pabaigoje; galutinės analizės rezultatai pagrįsti stebėjimo laikotarpio, kurio mediana buvo 73 mėnesiai, duomenimis.

NP – nepasiektas klinikinio stebėjimo pabaigoje; LIKC – laikas iki kitos chemoterapijos; LIKLG – laikas iki kito limfomos gydymo.

Nustatyta pastovi palaikomojo gydymo rituksimabu nauda visuose iš anksto apibrėžtuose tirtuose pogrupiuose: pagal lytį (vyrai, moterys), amžių ( $< 60$  metų,  $\geq 60$  metų), FLIPI (angl. *Follicular Lymphoma International Prognostic Index*) balą ( $\leq 1$ , 2 arba  $\geq 3$ ), indukcinį gydymą (R-CHOP, R-CVP arba R-FCM) ir nepriklausomai nuo atsako į indukcinį gydymą (VA, VAu arba DA).

Palaikomojo gydymo naudos tiriamosios analizės duomenimis, senyviems pacientams ( $> 70$  metų) poveikis buvo mažesnis, tačiau tiriamoji grupė buvo maža.

### Recidyvuojanti ar atspari folikulinė limfoma

Atliekant prospektyvų atvirą tarptautinį daugiacentrį III fazės tyrimą, 465 pacientai, sergantys recidyvavusia ar gydymui atsparia folikuline limfoma, pirmojoje fazėje atsitiktinės atrankos būdu buvo suskirstyti į dvi gydymo grupes: pagal CHOP schemą (ciklofosfamidą, doksorubiciną, vinkristiną, prednizoloną; n = 231) arba rituksimabą ir CHOP (R-CHOP; n = 234). Abi gydymo grupės buvo gerai suderintos pagal pradinį duomenį ir ligos būklę. 334 pacientai, kuriems po indukcinės terapijos įvyko visiška arba dalinė remisija, antrojoje fazėje atsitiktiniu būdu buvo suskirstyti į palaikomojo gydymo rituksimabą (n = 167) arba stebėjimo grupę (n = 167). Palaikomojo gydymo rituksimabą būdas: viena rituksimabo infuzija po 375 mg/m<sup>2</sup> kūno paviršiaus ploto kas 3 mėnesius iki ligos progresavimo arba ne ilgiau kaip dvejus metus.

Galutinei veiksmingumo analizei imti visi pacientai, atsitiktinai suskirstyti į grupes abiejose tyrimo dalyse. Po stebėjimo laiko, kurio mediana 31 mėn., recidyvuojančia ar gydymui atsparia folikuline limfoma sergančių pacientų, indukcinės fazėje gydytų pagal R-CHOP schemą, būklė žymiai pagerėjo, palyginti su gydytų pagal CHOP schemą (žr. 10 lentelę).

**10 lentelė. Indukcijos fazė: gydymo pagal CHOP ir R-CHOP schemas veiksmingumo palyginimas (stebėjimo trukmės mediana – 31 mėnuo)**

	CHOP	R-CHOP	p reikšmė	Rizikos sumažėjimas <sup>1)</sup>
<b>Pirminis veiksmingumas</b>				
BA <sup>2)</sup>	74%	87%	0,0003	NP
VA <sup>2)</sup>	16%	29%	0,0005	NP
DA <sup>2)</sup>	58%	58%	0,9449	NP

<sup>1)</sup> Įverčiai apskaičiuoti pagal rizikos santykį

<sup>2)</sup> Paskutinis naviko atsakas, įvertintas tyrėjo. Pirminis statistinis atsako testas buvo trendo testas, lyginant VA su DA ir su atsako nebuvimu (p < 0,0001)

Santrumpos: NP – nepasiekiamas; BA – bendrasis atsakas; VA – visiškas atsakas; DA – dalinis atsakas

Pacientų, suskirstytų palaikomojo gydymo fazei, stebėjimo laiko mediana buvo 28 mėnesiai, skaičiuojant nuo suskirstymo laiko. Palaikomasis gydymas rituksimabą kliniškai svarbiai ir statistiškai reikšmingai pagerino pagrindinį galutinį įvertį – IBP (laiką nuo palaikomojo gydymo pradžios iki atkryčio, ligos progresavimo arba mirties), palyginti su vien stebėjimu (p < 0,0001 pagal log-rank testą). IBP mediana palaikomojo gydymo rituksimabą grupėje buvo 42,2 mėnesio, o stebimojoje grupėje – 14,3 mėnesio. Cox regresijos analizės duomenimis, palaikomasis gydymas rituksimabą ligos progresavimo ar mirties riziką sumažino 61%, palyginti su stebėjimu (95% PI 45%–72%). Kaplan–Meier būdu nustatytas dažnis be progresavimo po 12 mėnesių palaikomojo gydymo rituksimabą grupėje buvo 72%, o stebimojoje grupėje – 57%. Bendrojo išgyvenamumo analizė patvirtino reikšmingą palaikomojo gydymo rituksimabą naudą, palyginti su vien stebėjimu (p = 0,0039 pagal log-rank testą). Palaikomasis gydymas rituksimabą mirties riziką sumažino 56% (95% PI 22%–75%).

**11 lentelė. Palaikomojo gydymo fazė: gydymo rituksimabu ir stebėjimo veiksmingumo rezultatai (stebėjimo laiko mediana – 28 mėnesiai)**

Veiksmingumo rodmuo	Vidutinis laikas iki įvykio (mėnesiais) pagal Kaplan–Meier įvertį			Rizikos sumažėjimas
	Stebėjimas (N = 167)	Rituksimabas (N = 167)	Log–rank p reikšmė	
Išgyvenimas be progresavimo (IBP)	14,3	42,2	< 0,0001	61%
Bendrasis išgyvenimas	NP	NP	0,0039	56%
Laikas iki naujo limfomos gydymo	20,1	38,8	< 0,0001	50%
Išgyvenimas be ligos <sup>a</sup>	16,5	53,7	0,0003	67%
<i>Pograpių analizė</i>				
<i>IBP</i>				
CHOP	11,6	37,5	< 0,0001	71%
R–CHOP	22,1	51,9	0,0071	46%
VA	14,3	52,8	0,0008	64%
DA	14,3	37,8	< 0,0001	54%
<i>BI</i>				
CHOP	NP	NP	0,0348	55%
R–CHOP	NP	NP	0,0482	56%

NP – nepasiekta; <sup>a</sup> tinka tik pacientams, kuriems gautas VA

Palaikomojo gydymo rituksimabu nauda patvirtinta visuose tirtuose pograpiuose, nepriklausomai nei nuo indukcijos schemos (CHOP ar R–CHOP), nei nuo atsako į indukcinį gydymą laipsnio (VA ar DA) (11 lentelė). Palaikomasis gydymas rituksimabu reikšmingai pailgino vidutinį IBP tiek po veiksmingo indukcinio gydymo pagal CHOP schemą (vidutinis IBP 37,5 mėnesio, palyginti su 11,6 mėnesio,  $p < 0,0001$ ), tiek pagal R–CHOP indukcinę schemą (vidutinis IBP 51,9 mėnesio, palyginti su 22,1 mėnesio,  $p = 0,0071$ ). Nors pograpiai buvo nedideli, palaikomasis gydymas rituksimabu buvo aiškiai naudingas bendrojo išgyvenimo požiūriu tiek po veiksmingo gydymo pagal CHOP schemą, tiek pagal R–CHOP schemą, tačiau šiems rezultatams patvirtinti reikia ilgesnio stebėjimo.

#### Suaugusiųjų difuzinė didelių B ląstelių ne Hodžkino limfoma

Atliekant randomizuotą nekoduotą tyrimą, 399 anksčiau negydyti senyvi pacientai (nuo 60 iki 80 metų), sergantys difuzine didelių B ląstelių limfoma, buvo gydomi pagal standartinę CHOP schemą: ciklofosfamidą po 750 mg/m<sup>2</sup>, doksorubiciną po 50 mg/m<sup>2</sup>, vinkristiną po 1,4 mg/m<sup>2</sup> (ne daugiau kaip 2 mg) pirmą dieną ir prednizoloną po 40 mg/m<sup>2</sup> per parą pirmą–penktą dienomis kas tris savaites, iš viso aštuoniais ciklais, arba 375 mg/m<sup>2</sup> rituksimabo kartu su CHOP (R–CHOP). Rituksimabo infuzija buvo daroma pirmąją gydymo ciklo dieną.

Galutinai veiksmingumas buvo vertinamas pagal visų randomizuotų pacientų gydymo rezultatus (197 – gydytų pagal CHOP, 202 – pagal R–CHOP schemą). Pacientai buvo stebimi vidutiniškai 31 mėnesį. Abi pacientų grupės buvo gana tolygios pagal pradinį ligos požymius ir pacientų būklę. Galutinė analizė patvirtino, kad gydant pagal R–CHOP schemą kliniškai ir statistiškai reikšmingai pailgėjo išgyvenamumas be svarbių įvykių (tai pirminis veiksmingumo rodiklis; svarbiais įvykiais buvo laikoma mirtis, limfomos recidyvas arba progresavimas, taip pat pradėtas naujas limfomos gydymo būdas) ( $p = 0,0001$ ). Kaplan–Meier būdu įvertintas vidutinis laikas be svarbių įvykių R–CHOP gydymo grupėje buvo 35 mėnesiai, o CHOP grupėje – 13 mėnesių, t. y. rizika sumažėjo 41%.

Po 24 mėnesių bendrasis R-CHOP grupės pacientų išgyvenamumas buvo 68,2%, o CHOP grupės – 57,4%. Tolesnė bendrojo išgyvenamumo analizė vidutiniškai po 60 mėnesių stebėjimo patvirtino palankų R-CHOP poveikį, palyginti su CHOP ( $p = 0,0071$ ), – rizika sumažėjo 32%.

Visų antrinių rodiklių (atsako dažnumo, išgyvenimo be ligos progresavimo, išgyvenimo be ligos, atsako trukmės) analizė patvirtino R-CHOP gydymo veiksmingumą, palyginti su CHOP. Visiško atsako dažnumas po 8 ciklų R-CHOP grupėje buvo 76,2%, o CHOP grupėje – 62,4% ( $p = 0,0028$ ). Ligos progresavimo rizika sumažėjo 46%, recidyvo rizika – 51%. Visuose pacientų pogrupiuose (pagal lytį, amžių, IPI atsižvelgiant į amžių, Ann Arbor stadiją, ECOG,  $\beta_2$ -mikroglobulino, LDH, albumino koncentraciją, B simptomus, naviko dydį, židinius ne limfmazgiuose, kaulų čiulpu pažeidimą) išgyvenimo be svarbių įvykių ir bendrojo išgyvenimo rizikos santykis (R-CHOP palyginti su CHOP) buvo atitinkamai mažesnis kaip 0,83 ir 0,95. Pagal IPI atsižvelgiant į amžių pagerėjo tiek didelės, tiek mažos rizikos pacientų ligos baigtis.

#### Klinikinių laboratorinių tyrimų duomenys

Ištyrus 67 pacientus antikūnų prieš pelių baltymus (HAMA) nerasta, o ištyrus 356 pacientus antikūnų prieš vaistinių preparatų (ADA) rasta 1,1% pacientų (4 pacientams).

#### Lėtinė limfocitinė leukemija

Atliekant du atvirus atsitiktinių imčių tyrimus, iš viso 817 iki tol negydytų LLL sergančių pacientų ir 552 pacientai, sergantys recidyvuojančia/atsparia LLL, atsitiktinės atrankos būdu buvo suskirstyti į FC chemoterapijos (fludarabino po 25 mg/m<sup>2</sup> ir ciklofosfamido po 250 mg/m<sup>2</sup> 1–3 dienomis) ir rituksimabo kartu su FC (R-FC) grupes; FC chemoterapiją sudarė 6 ciklai kas 4 savaites. Pirmojo rituksimabo ciklo metu buvo dozuojamas po 375 mg/m<sup>2</sup> vieną dieną iki chemoterapijos ir po 500 mg/m<sup>2</sup> pirmąją kiekvieno kito gydymo ciklo dieną. Pacientai, kurie prieš tai buvo gydyti monokloniniais antikūnais arba jų liga buvo atspari (nepasiekta bent 6 mėnesių dalinė remisija) fludarabinui ar bet kuriam nukleozidų analogui, buvo pašalinti iš tyrimo. Išanalizuotas 810 pacientų (403 R-FC ir 407 FC grupės) pagrindinio gydymo tyrimo (12a ir 12b lentelės) ir 552 pacientų (276 R-FC ir 276 FC grupės), sergančių recidyvuojančia/atsparia LLL (13 lentelė), gydymo veiksmingumas.

Atliekant pagrindinį tyrimą, po 48,1 mėnesio stebėjimo trukmės medianos išgyvenimo be ligos progresavimo mediana R-FC grupėje buvo 55 mėnesiai, o FC grupėje – 33 mėnesiai ( $p < 0,0001$  pagal log-rank). Bendrojo išgyvenimo analizė rodė reikšmingai geresnius gydymo R-FC rezultatus, lyginant su chemoterapija vien FC ( $p = 0,0319$  pagal log-rank) (žr. 12a lentelę). Nauda IBLP atžvilgiu buvo pastoviai konstatuota daugumoje pacientų pogrupių, analizuotų pagal ligos riziką tyrimo pradžioje (t. y., pagal Binet stadijas A–C) (žr. 12b lentelę).

**12a lentelė. Pagrindinis lėtinės limfocitinės leukemijos gydymas  
Gydymo rituksimabu plius FC, palyginti su gydymu vien FC – 48,1 mėnesio  
stebėjimo trukmės mediana**

Veiksmingumo rodmuo	Laiko iki įvykio mediana pagal Kaplan–Meier įvertį (mėnesiais)			Rizikos sumažėjimas
	FC (N = 409)	R-FC (N = 408)	Log-rank p reikšmė	
Išgyvenimas be progresavimo (IBP)	32,8	55,3	< 0,0001	45%
Bendrasis išgyvenimas	NP	NP	0,0319	27%
Išgyvenimas be įvykio	31,3	51,8	< 0,0001	44%
Atsako (VA, nDA ar DA) dažnis	72,6%	85,8%	< 0,0001	nevertinama
VA dažnis	16,9%	36,0%	< 0,0001	nevertinama
Atsako trukmė*	36,2	57,3	< 0,0001	44%
Išgyvenimas be ligos (IBL) **	48,9	60,3	0,0520	31%
Laikas iki naujo gydymo	47,2	69,7	< 0,0001	42%

Atsako dažnio ir VA dažnio analizei naudotasi chi kvadrato testu. NP – nepasiekta

\* Taikoma tik pacientams, kuriems buvo VA, nVA ar DA



\*\* Taikoma tik pacientams, kuriems buvo VA

**12b lentelė. Pirmaeilis lėtinės limfocitinės leukemijos gydymas  
Išgyvenimo be ligos progresavimo pagal Binet stadijas šansų santykis (ITT) – 48,1  
mėnesio stebėjimo trukmės mediana**

Išgyvenimas be progresavimo (IBP)	Pacientų skaičius		Šansų santykis (95% PI)	p reikšmė (nekoreguotas Wald testas)
	FC	R-FC		
Binet stadija A	22	18	0,39 (0,15; 0,98)	0,0442
Binet stadija B	259	263	0,52 (0,41; 0,66)	< 0,0001
Binet stadija C	126	126	0,68 (0,49; 0,95)	0,0224

PI – pasikliautinis intervalas

Recidyvuojančios ar gydymui atsparios LLL tyrimo duomenimis, pirminės vertinamosios baigties – išgyvenimo be ligos progresavimo – mediana R-FC grupėje buvo 30,6 mėnesio, o FC grupėje – 20,6 mėnesio (p = 0,0002 pagal log-rank testą). Beveik visų pacientų pogrupių IBP, atsižvelgiant į pradinę ligos riziką, buvo geresnis. Nedidelis ir nereikšmingas bendrojo išgyvenimo pagerėjimas buvo pastebėtas R-FC grupėje, palyginti su FC grupe.

**13 lentelė. Recidyvuojančios ar atsparios lėtinės limfocitinės leukemijos gydymas – gydymo rituksimabu plus FC, palyginti su gydymu vien FC, veiksmingumo rezultatų apžvalga (stebėjimo trukmės mediana – 25,3 mėnesio)**

Veiksmingumo rodmuo	Laiko iki įvykio mediana pagal Kaplan–Meier įvertį (mėnesiais)			Rizikos sumažėjimas
	FC (N = 276)	R-FC (N = 276)	Log-rank p reikšmė	
Išgyvenimas be progresavimo (IBP)	20,6	30,6	0,0002	35 %
Bendras išgyvenimas	51,9	NP	0,2874	17 %
Išgyvenimas be įvykio	19,3	28,7	0,0002	36 %
Atsako (VA, nDA ar DA) dažnis	58,0 %	69,9 %	0,0034	nevertinama
VA dažnis	13,0 %	24,3 %	0,0007	nevertinama
Atsako trukmė*	27,6	39,6	0,0252	31 %
Išgyvenimas be ligos (IBL) **	42,2	39,6	0,8842	-6 %
Laikas iki naujo LLL gydymo	34,2	NP	0,0024	35 %

Atsako dažnio ir VA dažnio analizei naudotasi chi kvadrato testu

\* Taikoma tik pacientams, kuriems buvo VA, nVA ar DA; NP – nepasiekta

\*\* Taikoma tik pacientams, kuriems buvo VA

Kitų papildomų tyrimų rezultatai, vartojant rituksimabą kartu su kitais chemoterapijos būdais (įskaitant CHOP, FCM, PC, PCM, bendamustiną ir kladribiną) pacientams, sergantiems anksčiau negydyta ir (arba) recidyvuojančia ar atsparia LLL, taip pat parodė didelį bendrojo atsako dažnį ir dažnesnį IBP, nors ir su nežymiai didesniu toksiškumu (ypač mielotoksiškumu). Šie tyrimai remia rituksimabo vartojimą kartu su chemoterapija.

Maždaug 180 pacientų, anksčiau gydytų rituksimabu, duomenys parodė klinikinę naudą (įskaitant VA) ir remia kartotinį gydymą rituksimabu.

#### Vaikų populiacija

Atliktas daugiacentris, atvirasis, atsitiktinių imčių klinikinis tyrimas, kurio metu vaikams, sirgusiems anksčiau negydyta pažengusios stadijos CD20 teigiama DDBLL/BL/ŪBLL/BPL, buvo skiriama vien

*Lymphome Malin B* (LMB) chemoterapija (kortikosteroidais, vinkristinu, ciklofosfamidu, didelių dozių metotreksatu, citarabinu, doksorubicinu, etopozidu ir trijų vaistinių preparatų [metotreksato, citarabino bei kortikosteroido] derinį leidžiant į povoratinklinę ertmę) arba ši chemoterapija buvo skiriama kartu su rituksimabu. Pažengusios stadijos liga apibrėžiama kaip III stadijos su nustatytu padidėjusiu LDH aktyvumu („padidėjęs B rodmuo“, kai LDH aktyvumas daugiau kaip du kartus viršija įstaigoje nustatytą viršutinę normos ribą suaugusiesiems [ $>N \times 2$ ]) arba bet kurios IV stadijos liga, arba B-ŪL. Pacientai atsitiktine tvarka buvo suskirstyti į grupes ir jiems buvo paskirta arba LMB chemoterapija, arba ši chemoterapija kartu su šešiomis rituksimabo 375 mg/m<sup>2</sup> kūno paviršiaus ploto dozių infuzijomis į veną (po dvi infuzijas kiekvieno iš dviejų indukcijos kursų metu ir po vieną infuziją kiekvieno iš dviejų konsolidacijos kursų metu) pagal LMB gydymo schemą. Į veiksmingumo duomenų analizę buvo įtraukti iš viso 328 į tyrimą randomizuoti pacientai, iš jų vienas jaunesnis nei 3 metų pacientas buvo gydytas rituksimabo ir LMB chemoterapijos deriniu.

Abiejų tiriamųjų grupių, LMB (LMB chemoterapijos) ir R-LMB (LMB chemoterapijos kartu su rituksimabu), pacientų pradinės ypatybės buvo panašios. Pacientų amžiaus mediana LMB šakoje ir R-LMB šakoje buvo atitinkamai 7 metai ir 8 metai. Maždaug pusė pacientų buvo priskirti B grupei (50,6 % LMB šakoje ir 49,4 % R-LMB šakoje), 39,6 % pacientų abejose šakose buvo priskirti C1 grupei, o 9,8 % ir 11,0 % pacientų atitinkamai LMB šakoje ir R-LMB šakoje buvo priskirti C3 grupei. Remiantis *Murphy* stadijų apibrėžimu, daugeliui pacientų buvo nustatyta arba BL III stadija (45,7 % LMB šakoje ir 43,3 % R-LMB šakoje), arba B-ŪL, kai nebuvo nustatytas išplitimas CNS (21,3 % pacientų LMB šakoje ir 24,4 % R-LMB šakoje). Mažiau kaip pusei pacientų (45,1 % abejose tiriamosiose šakose) nustatytas ligos išplitimas kaulų čiulpuose, o daugeliui pacientų (72,6 % LMB šakoje ir 73,2 % R-LMB šakoje) nebuvo nustatytas išplitimas CNS. Pagrindinė veiksmingumo vertinamoji baigtis buvo išgyvenimo be įvykio (IBĮ) rodmuo, kai įvykis buvo apibrėžiamas kaip ligos progresavimas, recidyvas, antrojo piktybinio naviko, mirties dėl bet kokios priežastis pasireiškimas arba atsako nebuvimas (pastarasis buvo nustatomas aptikus likusių gyvybingų ląstelių po antrojo CYVE kurso), priklausomai nuo to, kuris įvykis pasireiškė anksčiausiai. Antrinės veiksmingumo vertinamosios baigtys buvo BI ir visiškos remisijos rodmenys.

Iš anksto numatytos tarpinės duomenų analizės, atliktos tuomet, kai stebėjimo trukmės mediana buvo maždaug 1 metai, rezultatai rodo kliniškai reikšmingą pagrindinės vertinamosios baigties IBĮ rodmenų pagerėjimą R-LMB šakoje, kai apskaičiuotasis 1 metų trukmės IBĮ dažnis buvo 94,2 % (95 % PI 88,5–97,2 %) R-LMB šakoje, lyginant su 81,5 % dažniu (95 % PI 73,0–87,8 %) LMB šakoje, o koreguotasis *Cox* RS buvo lygus 0,33 (95 % PI 0,14–0,79). Remiantis šiais rezultatais ir rekomendavus Nepriklausomam duomenų stebėjimo komitetui (angl. *Independent data monitoring committee, IDMC*), tyrimo atsitiktinė atranka buvo nutraukta, o LMB šakos pacientams buvo leista pakeisti tiriamąją grupę ir jiems buvo galima toliau skirti rituksimabą.

Pagrindinė veiksmingumo duomenų analizė buvo atlikta 328 į tyrimą randomizuotiems pacientams, kurių būklės stebėjimo trukmės mediana buvo 3,1 metų. Analizės rezultatai pateikti 14 lentelėje.

**14 lentelė. Pagrindinių veiksmingumo duomenų rezultatų apžvalga (ITT populiacija)**

Analizės rodmuo	LMB (N = 164)	R-LMB (N = 164)
<b>IBĮ</b>	28 įvykiai	10 įvykių
	Vienakrypčio <i>log-rank</i> testo p reikšmė 0,0006	
	Koreguotasis <i>Cox</i> RS 0,32 (90 % PI: 0,17; 0,58)	
<b>3 metų trukmės IBĮ rodmenų dažnis</b>	82,3 % (95 % PI: 75,7 %; 87,5 %)	93,9 % (95 % PI: 89,1 %; 96,7 %)
<b>BI</b>	20 mirčių	8 mirtys
	Vienakrypčio <i>log-rank</i> testo p reikšmė 0,0061	
	Koreguotasis <i>Cox</i> modelio RS 0,36 (95 % PI: 0,16; 0,81)	
<b>3 metų trukmės BI rodmenų dažnis</b>	87,3 % (95 % PI: 81,2 %; 91,6 %)	95,1 % (95 % PI: 90,5 %; 97,5 %)
<b>VR dažnis</b>	93,6 % (95 % PI: 88,2 %; 97,0 %)	94,0 % (95 % PI: 88,8 %; 97,2 %)

Santrumpos: IBĮ – išgyvenimas be įvykio; BI – bendrasis išgyvenamumas; VR – visiška remisija

Pagrindinė veiksmingumo duomenų analizė parodė pagerėjusį IBĮ rodmenį skiriant rituksimabo derinį su LMB chemoterapija, lyginant su vien LMB chemoterapijos poveikiu, kai atlikus *Cox* regresinę analizę ir duomenis koregavus pagal nacionalines grupes, histologinius pokyčius ir terapines grupes IBĮ rodmenų RS buvo lygus 0,32 (90 % PI 0,17–0,58). Nors ir didelių klinikinių atsaką pasiekusių pacientų skaičiaus skirtumų tarp šių dviejų gydymo grupių nebuvo, naudingas rituksimabo derinio su LMB chemoterapija poveikis taip pat buvo nustatytas analizuojant antrinę vertinamąją baigtį BI rodmenį, kai BI rodmenų RS buvo lygus 0,36 (95 % PI 0,16–0,81).

Europos vaistų agentūra atleido nuo įpareigojimo pateikti rituksimabo tyrimų su visais folikuline limfoma ir lėtine limfocitine leukemija sergančių vaikų populiacijos pogrupiais, o taip pat vaikų nuo gimimo iki <6 mėnesių amžiaus, sergančių CD20 teigiama difuzine didelių B ląstelių limfoma, pogrupiais duomenis (vartojimo vaikams informacija pateikiama 4.2 skyriuje).

#### Reumatoidinio artrito gydymo klinikinė patirtis

Rituksimabo veiksmingumas ir saugumas mažinant reumatoidinio artrito simptomus ir požymius, kai gydymas NNF inhibitoriais buvo nepakankamai veiksmingas, nustatytas pagrindiniu atsitiktinės atrankos kontroliuojamu dvigubai koduotu daugiacentriu tyrimu (I tyrimas).

Atliekant I tyrimą buvo ištirta 517 pacientų, kurių gydymas vienu ar daugiau NNF inhibitorių kursų buvo nepakankamai veiksmingas arba netoleruojamas. Atrinkti pacientai sergantys aktyviu reumatoidiniu artritu, nustatyti pagal Amerikos reumatologijos kolegijos (ACR) kriterijus. Rituksimabas du kartus infuzuotas į veną 15 dienų intervalu. Pacientams buvo skirtos dvi 1000 mg rituksimabo infuzijos į veną arba placebo kartu su metotreksatu. Visi pacientai 2–7 dienomis po pirmosios infuzijos papildomai vartojo po 60 mg prednizono, o 8–14 dienomis – po 30 mg prednizono. Pagrindinė vertinamoji baigtis buvo dalis pacientų, kuriems pasireiškė ACR20 atsakas 24–ąją savaitę. Po 24-osios savaitės pacientai buvo stebimi atokiosioms baigtims įvertinti, įskaitant rentgenografinį įvertinimą 56–ąją ir 104–ąją savaitę. Per tą laiką tarp 24-osios ir 56-osios savaitės 81% pacientų iš pradinės placebo grupės buvo gydomi rituksimabu pagal atvirą pailginto tyrimo protokolą.

Ligoniu, sergančiu pradinu artritu (ligoniu, anksčiau negydytų metotreksatu, ir ligoniu, kurių gydymas metotreksatu buvo nepakankamai veiksmingas, tačiau kurie dar nebuvo gydyti NNF–alfa inhibitoriais), rituksimabo tyrimai atitiko pagrindines vertinamąsias baigtis. Šiuos ligonius gydyti rituksimabu nėra indikacijų, kadangi ilgo gydymo rituksimabu saugumo duomenų nepakanka, ypač atsižvelgiant į piktybinių ligų ir PDL pavojų.

#### *Baigtys pagal ligos aktyvumą*

Rituksimabas, vartojamas kartu su metotreksatu, žymiai padidino dalį pacientų, kurių būklės vertinimas ACR balais pagerėjo bent 20%, palyginti su pacientais, gydytais vien metotreksatu (15 lentelė). Visų plėtros tyrimų duomenimis, pacientų gydymo nauda buvo panaši – nepriklausė nuo amžiaus, lyties, kūno paviršiaus ploto, rasės, ankstesnio gydymo kursų skaičiaus ar ligos būklės.

Kliniškai ir statistiškai reikšmingas pagerėjimas taip pat pastebėtas pagal visus atskirus ACR atsako komponentus [jautrių ir patinusių sąnarių skaičių, paciento ir gydytojo bendrąjį įvertinimą, negalios indekso balus (HAQ), skausmo įvertinimą ir C reaktyvųjų baltymą (mg/dl)].

#### **15 lentelė. Klinikinis atsakas pirminės vertinamosios baigties analizės metu, I tyrimo duomenimis (ketinimo gydyti populiacija)**

	Baigtys†	Placebas+MTX	Rituksimabas +MTX (2 x 1000 mg)
I tyrimas		N = 201	N = 298
	ACR20	36 (18%)	153 (51%)***
	ACR50	11 (5%)	80 (27%)***
	ACR70	3 (1%)	37 (12%)***
	Atsakas pagal EULAR (geras arba vidutinis)	44 (22%)	193 (65%)***
	DAS taškų pokyčio vidurkis	-0,34	-1,83***

† Atsakas 24–ąją savaitę

Reikšmingas skirtumas palyginus su placebo + MTX pirminio baigčių vertinimo metu: \*\*\*p ≤ 0,0001

Ligos aktyvumas balais (DAS28) reikšmingai daugiau sumažėjo ligoniams, gydytiems rituksimabo ir metotreksato deriniu, palyginti su pacientais, gydytais vien metotreksatu (15 lentelė). Panašiai, visų tyrimų duomenimis, geras arba vidutinis atsakas pagal Europos lygos prieš reumatą (EULAR) kriterijus buvo reikšmingai dažnesnis rituksimabo ir metotreksato deriniu gydytiems pacientams, palyginti su gydytais vien metotreksatu (15 lentelė).

#### *Rentgenografinis atsakas*

Sąnarių struktūros pažeidimas buvo vertinamas rentgenografiškai ir išreiškiamas modifikuoto bendrojo Sharp balo (mBSB) ir jo sudedamųjų dalių – erozijos balo ir sąnarinio tarpo susiaurėjimo balo – pokyčiais.

I–ajame tyrime dalyvavo pacientai, kuriems nebuvo pakankamo atsako į gydymą vienu ar keliais navikų nekrozės faktoriaus (NNF) inhibitoriais arba kurie tokio gydymo netoleravo ir kurie buvo gydyti rituksimabo ir metotreksato deriniu. Šioje ligoniu grupėje rentgenografinių progresavimo požymių po 56 savaičių buvo reikšmingai mažiau, negu pacientų, iš pradžių gydytų vien metotreksatu, grupėje. 81% pacientų, pradėtų gydyti vien metotreksatu, papildomai gydyti rituksimabu nuo 16 iki 24 savaitės kaip pagalbine priemone arba iki 56 savaitės – pratęsus tyrimą. Be to, didesnei daliai pacientų, pradėtų gydyti rituksimabu ir metotreksatu, per 56 savaites nebuvo jokio erozijų progresavimo (16 lentelė).

**16 lentelė. Rentgenografinės baigtys po vienerių metų (modifikuota ketinimo gydyti populiacija)**

	Placebas+MTX	Rituksimabas +MTX 2 x 1000 mg
<b>I tyrimas</b>	(n = 184)	(n = 273)
Vidutinis pokytis nuo pradinio lygio:		
Modifikuotas bendrasis balas pagal Sharp	2,30	1,01*
Erozijų balas	1,32	0,60*
Sąnarinio tarpo susiaurėjimo balas	0,98	0,41**
Dalis pacientų, kuriems nebuvo rentgenologinių pokyčių	46%	53%, NR
Dalis pacientų, kuriems nebuvo erozinių pokyčių	52%	60%, NR

I tyrime 150 pacientų, iš pradžių paskirtų gydyti placebo + MTX, per vienerius metus gavo bent vieną rituksimabo + MTX kursą

\* p < 0,05, \*\* p < 0,001; NR – nereikšmingas skirtumas

Lėtesnis sąnarių pažeidimo progresavimas išliko ilgą laiką. I tyrimo metu atlikta rentgenografinė analizė parodė, kad ligoniams, kurie gydyti rituksimabu kartu su metotreksatu, praėjus 2 metams sąnarių struktūros pažeidimo progresavimas buvo reikšmingai mažesnis, o ligonių dalis, kuriems sąnarių pažeidimas per 2 metus neprogresavo, reikšmingai didesnė, palyginti su ligoniais, gydytais vien tik metotreksatu.

#### *Baigtys pagal fizinę funkciją ir gyvenimo kokybę*

Gydant rituksimabu, palyginti su gydymu vien metotreksatu, reikšmingai sumažėjo pacientų negalios indeksas (HAQ–DI) ir nuovargio (FACIT–Fatigue) balų suma. Procentas rituksimabu gydytų ligonių, kuriems nustatytas minimalus kliniškai reikšmingas HAQ–DI indekso skirtumas (apibrėžtas kaip individualus bendrasis balų sumažėjimas > 0,22), taip pat buvo didesnis, palyginti su ligoniais, gydytais vien metotreksatu (17 lentelė).

Reikšmingai geresnė nuo sveikatos priklausoma gyvenimo kokybė buvo nustatyta pagal reikšmingai geresnius SF–36 tiek fizinės (PHS), tiek ir psichinės (MHS) sveikatos rodmenis. Be to, reikšmingai didesnė ligonių dalis pasiekė minimalų kliniškai reikšmingą SF–36 verčių skirtumą (17 lentelė).

**17 lentelė. I-uoju tyrimu nustatyta fizinės funkcijos ir gyvenimo kokybės baigtis 24-ąją savaitę**

Baigtis†	Placebas+MTX	Rituksimabas +MTX (2 x 1000 mg)
	n = 201	n = 298
Vidutinis HAQ-DI pokytis	0,1	-0,4***
HAQ-DI MKRS (%)	20%	51%
Vidutinis FACIT-T pokytis	-0,5	-9,1***
	n = 197	n = 294
Vidutinis SF-36 fizinės sveikatos verčių pokytis	0,9	5,8***
SF-36 fizinės sveikatos verčių MKRS (%)	13%	48%***
Vidutinis SF-36 psichinės sveikatos verčių pokytis	1,3	4,7**
SF-36 psichinės sveikatos verčių MKRS (%)	20%	38%*

† Baigtys 24 savaitę

Reikšmingas skirtumas palyginus su placebo pirminio vertinimo metu: \* p < 0,05, \*\*p < 0,001 \*\*\*p ≤ 0,0001

MKRS – minimalus kliniškai reikšmingas skirtumas, HAQ-DI MKRS ≥ 0,22, SF-36 fizinės sveikatos verčių MKRS > 5,42, SF-36 psichinės sveikatos verčių MKRS > 6,33

*Veiksmingumas gydant ligonius, kurių serume yra antikūnų [RF ir (arba) antikūnų prieš CCP]*

Ligoniams, kurių serume buvo reumatoidinio faktoriaus (RF) antikūnų ir (arba) antikūnų prieš ciklinį citrulininį peptidą (CCP), gydant rituksimabo ir metotreksato deriniu buvo geresnis atsakas, palyginti su ligoniais, kurių serume nebuvo nei vieno, nei kitų antikūnų.

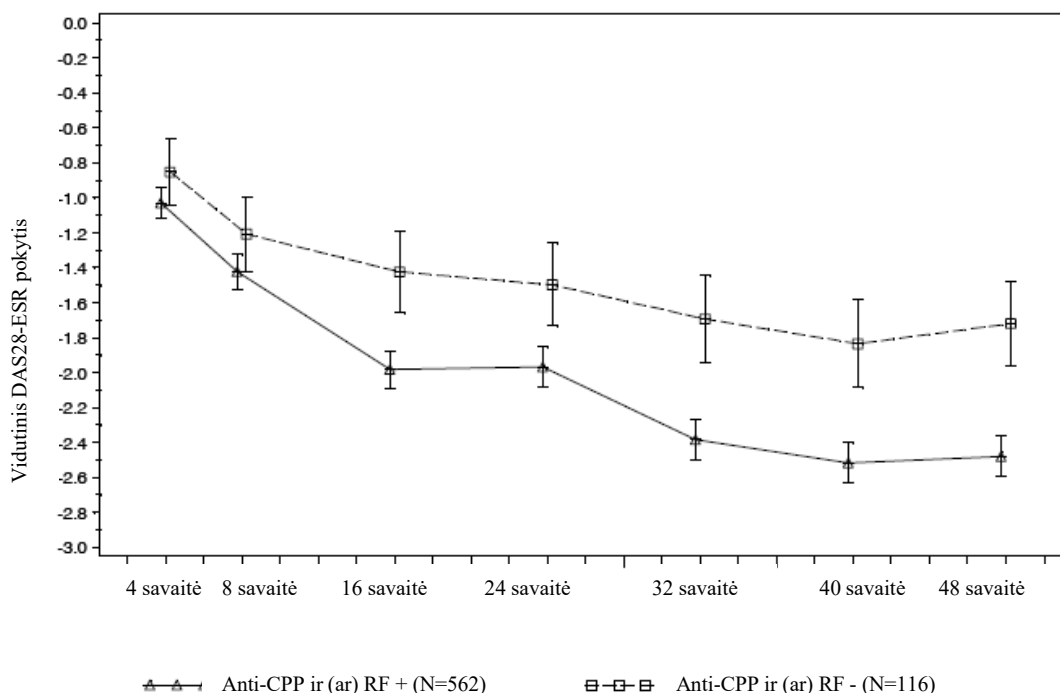
Gydymo rituksimabu veiksmingumas buvo analizuotas pagal autoantikūnų tyrimo rezultatus iki gydymo pradžios. Reikšmingai didesnė tikimybė pasiekti ACR20 ir ACR50 atsaką 24 savaitę buvo ligoniams, kurių serume tyrimo pradžioje buvo rasta RF ir (arba) antikūnų prieš CCP, palyginti su ligoniais, kurių serume nebuvo minėtų žymenų (p = 0,0312 ir p = 0,0096) (18 lentelė). Tokie pat rezultatai pasikartojė 48 tyrimo savaitę, kai autoantikūnų buvimas serume reikšmingai padidino ACR70 atsako tikimybę. Seropozityviems ligoniams, palyginti su seronegatyviais, buvo 2–3 kartus didesnė tikimybė pasiekti ACR atsaką 48 savaitę. Be to, seropozityvių ligonių DAS28-ESR sumažėjo reikšmingai daugiau, palyginti su seronegatyvių ligonių (1 paveikslas).

**18 lentelė. Efektyvumo pagal pradinius autoantikūnų tyrimo rezultatus apibendrinimas**

	24 savaitė		48 savaitė	
	Seropozityvūs (n = 514)	Seronegatyvūs (n = 106)	Seropozityvūs (n = 506)	Seronegatyvūs (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 atsakas (%)	74,8*	62,9	84,3*	72,3
Vidutinis DAS28-ESR pokytis	-1,97**	-1,50	-2,48***	-1,72

Reikšmingumo lygiai: \* p < 0,05, \*\*p < 0,001, \*\*\*p < 0,0001.

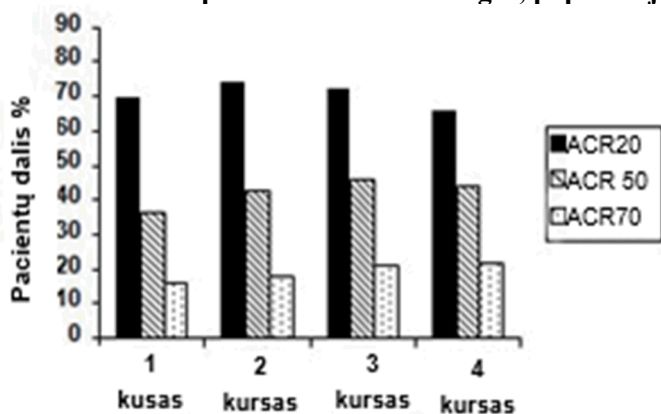
**1 paveikslas. DAS28–ESR pokytis nuo pradinių reikšmių pagal pradinius autoantikūnų tyrimo rezultatus**



*Kartotinių kursų gydymo ilgalaikis veiksmingumas*

Gydymas kartotiniaisiais rituksimabo ir metotreksato derinio kursais visose tyrimų populiacijose sukėlė ilgalaikį RA klininių požymių ir simptomų pagerėjimą, nustatomą pagal ACR, DAS28–ESR ir EULAR kriterijus (2 paveikslas). Didesnei ligonių daliai buvo nustatytas ilgalaikis fizinės funkcijos pagerėjimas pagal HAQ–DI ir minimalus kliniškai reikšmingas HAQ–DI verčių skirtumas.

**2 paveikslas. ACR atsakas po kiekvieno iš 4 gydymo kursų, įvertintas 24 savaitę po kiekvieno kurso (to paties paciento apsilankymo metu). Ligonų, kurių gydymas NNF buvo nepakankamai veiksmingas, populiacija (N = 146)**



*Klinikiniai laboratoriniai radiniai*

Atliekant klinikinius tyrimus, po gydymo rituksimabu iš viso 392 iš 3095 (12,7%) reumatoidiniu artritu sergančių pacientų nustatyta ADA antikūnų. Daugumai pacientų ADA atsiradimas nebuvo susijęs su klinikinės būklės pablogėjimu arba padidėjusiu reakcijos į naujas infuzijas pavojumi. ADA buvimas gali būti susijęs su reakcijos į infuziją pasunkėjimu arba alerginėmis reakcijomis po antrosios infuzijos tolesnių kursų metu.

### Vaikų populiacija

Europos vaistų agentūra atleido nuo įpareigojimo pateikti rituksimabo tyrimų su visais autoimuniniu artritu sergančių vaikų populiacijos pogrupiais duomenis (vartojimo vaikams informacija pateikiama 4.2 skyriuje).

### Granuliozė su poliangitu (GPA) ir mikroskopinio poliangito gydymo klinikinė patirtis

#### Suaugusiųjų remisijos indukcija

Į GPA / MPA 1-ąjį tyrimą, veikliu preparatu kontroliuotą, atsitiktinių imčių, dvigubai koduotą, daugiacentrį, ne prastesnio poveikio nustatymo tyrimą buvo įtraukti iš viso 197 pacientai, kurie buvo 15 metų ir vyresni bei kurie sirgo sunkia, aktyvios eigos GPA (75%) ir MPA (24%).

Atsitiktiniu būdu santykiu 1:1 pacientai buvo suskirstyti į grupes ir jiems buvo skiriama arba per burną vartojamo ciklofosfamido (po 2 mg/kg kūno masės per parą) 3–6 mėnesius, arba rituksimabo (po 375 mg/m<sup>2</sup> kūno paviršiaus ploto dozė) kartą per savaitę 4 savaites. Visiems ciklofosfamido grupės pacientams buvo skiriamas palaikomasis gydymas azatioprinu iki stebėjimo laikotarpio pabaigos. Abiejų grupių pacientams buvo skiriama intraveninio (IV) metilprednizolono pulsterapija po 1000 mg dozė per parą (arba ekvivalentiška kito gliukokortikoido dozė) 1–3 dienas, vėliau skiriant 1 mg/kg kūno svorio per parą per burną vartojamo prednizono dozė (buvo negalima viršyti 80 mg paros dozės). Prednizono dozė reikėjo mažinti ir nutraukti per 6 mėnesius nuo tiriamojo vaistinio preparato vartojimo pradžios.

Pagrindinė vertinamoji baigtis buvo po 6 mėnesių pasiekta visiška ligos remisija, kuri apibrėžiama kaip 0 balų įvertinimas pagal Wegener'io granuliozės Birmingham vaskulito aktyvumo vertinimo skalę (angl. *Birmingham Vasculitis Activity Score for Wegener's Granulomatosis* – BVAS/WG) ir neskiriamas gydymas gliukokortikoidais. Iš anksto nustatyta ne prastesnio gydymo poveikio riba buvo 20%. Tyrimo duomenimis nustatytas ne prastesnis rituksimabo poveikis lyginant su ciklofosfamidu pagal visiškos ligos remisijos rodiklį po 6 mėnesių (žr. 19 lentelę).

Veiksmingumas nustatytas tiek pacientams, kuriems pirmą kartą nustatyta ligos diagnozė, tiek tiems pacientams, kuriems pasireiškė ligos atkrytis (žr. 20 lentelę).

#### **19 lentelė Suaugusių pacientų, kuriems po 6 mėnesių pasiekta visiška remisija, dalis (ketintų gydyti pacientų grupė angl. *Intent-to-Treat Population*\*)**

	<b>Rituksimabas (n = 99)</b>	<b>Ciklofosfamidas (n = 98)</b>	<b>Gydymo poveikio skirtumas (Rituksimabas – Ciklofosfamidas)</b>
Dažnis	63,6%	53,1%	10,6% 95,1% <sup>b</sup> PI (–3,2%, 24,3%) <sup>a</sup>
– PI = pasikliautinumo intervalas. – * Atsižvelgiant į blogiausią atvejį. <sup>a</sup> Ne prastesnis poveikis įrodytas, kadangi žemiausia riba (–3,2%) buvo didesnė nei iš anksto nustatytas ne prastesnio poveikio slenkstis (–20%). <sup>b</sup> 95,1% pasikliautinumo ribos atspindi papildomą 0,001 alfa rodiklį vertinant tarpinę veiksmingumo analizę.			



**20 lentelė Visiška remisija po 6 mėnesių pagal ligos būklę**

	<b>Rituksimabas</b>	<b>Ciklofosfamid</b>	<b>Skirtumas (PI 95%)</b>
<b>Visi pacientai</b>	n = 99	n = 98	
<b>Pirmą kartą diagnozuota liga</b>	n = 48	n = 48	
<b>Ligos atkrytis</b>	n = 51	n = 50	
<b>Visiška remisija</b>			
<b>Visi pacientai</b>	63,6%	53,1%	10,6% (-3,2, 24,3)
<b>Pirmą kartą diagnozuota liga</b>	60,4%	64,6%	- 4,2% (- 23,6, 15,3)
<b>Ligos atkrytis</b>	66,7%	42,0%	24,7% (5,8, 43,6)

Pacientai, apie kuriuos trūksta duomenų, priskiriami blogiausiajam atvejui.

#### *Visiška remisija po 12 mėnesių ir 18 mėnesių*

Rituksimabą vartojusių grupėje 48% pacientų nustatyta visiška remisija po 12 mėnesių, o 39% pacientų nustatyta visiška remisija po 18 mėnesių. Ciklofosfamido vartojusių pacientų grupėje (vėliau visiškai remisijai palaikyti skiriant azatioprino), 39% pacientų nustatyta visiška remisija po 12 mėnesių, o 33% pacientų nustatyta visiška remisija po 18 mėnesių. Nuo 12-ojo mėnesio iki 18-ojo mėnesio, rituksimabą vartojusių grupėje pasireiškė 8 ligos atkryčiai, palyginus su stebėtais keturiais ligos atkryčiais ciklofosfamido vartojusių pacientų grupėje.

#### *Laboratorinių tyrimų rodikliai*

Remisijos indukcijos klinikinio tyrimo metu skiriant rituksimabą po 18 mėnesių iš viso 23 iš 99 (23%) pacientų nustatyta ADA. Nė vienam iš 99 rituksimabą vartojusių pacientų ADA nebuvo rasta prieš tyrimo pradžią. ADA buvimas remisijos indukcijos tyrimo metu akivaizdaus polinkio ar neigiamo poveikio saugumui arba veiksmingumui nekėlė.

#### *Suaugusiųjų palaikomasis gydymas*

Iš viso 117 pacientų (88 sirgę GPA, 24 sirgę MPA ir 5 sirgę tik inkstus apimančiu su ANCA susijusiu vaskulitu), kuriems buvo ligos remisija, atsitiktine tvarka buvo įtraukti į prospektyvinį, daugiacentrį, kontroliuojamąjį, atvirąjį tyrimą, ir jiems buvo paskirtas azatioprinas (59 pacientams) arba rituksimabas (58 pacientams). Į tyrimą įtraukti pacientai buvo 21-75 metų amžiaus, ir jiems buvo naujai diagnozuota arba recidyvuojanti liga; pacientams buvo pasiekta visiška remisija po gydymo gliukokortikoidais ir pulsterapijos ciklofosfamidu deriniu. Daugeliui pacientų diagnozės nustatymo metu arba vėlesnės ligos eigos metu buvo rasta ANCA antikūnų; ir jiems histologiškai buvo patvirtintas nekrotizuojantis smulkiųjų kraujagyslių vaskulitas su klinkiniu GPA arba MPA arba tik inkstus apimančiu su ANCA susijusiu vaskulitu, arba abiejų fenotipu.

Remisijos indukcijai pasiekti skirtas gydymas buvo IV prednizonas, pasirinktas tyrėjo nuožiūra, vėliau kai kuriems pacientams skiriant pulsterapiją metilprednizolonu ir pulsterapiją ciklofosfamidu, kol per 4-6 mėnesius buvo pasiekta ligos remisija. Tuomet ir per ne daugiau kaip 1 mėnesio trukmės laikotarpį nuo paskutiniosios pulsterapijos ciklofosfamidu, pacientai atsitiktine tvarka buvo suskirstyti į grupes ir jiems buvo paskirtas arba rituksimabas (dvi 500 mg IV infuzijos su dviejų savaitių pertrauka tarp jų (skiriant 1-ąją dieną ir 15-ąją dieną), o vėliau po 500 mg IV infuziją kas 6 mėnesius iš viso 18 mėnesių trukmės gydymui), arba azatioprinas (skirtas per burną po 2 mg/kg kūno svorio per parą dozę 12 mėnesių, vėliau po 1,5 mg/kg per parą 6 mėnesius ir galiausiai po 1 mg/kg per parą 4 mėnesius (gydymas buvo nutrauktas po šių 22 mėnesių)). Prednizono dozė buvo mažinama ir tuomet gydymas

buvo tęstas skiriant nedidelę dozę (maždaug 5 mg per parą) bent 18 mėnesių po randomizacijos. Sprendimas dėl prednizono dozės mažinimo ir gydymo šiuo vaistiniu preparatu nutraukimo po 18-ojo mėnesio buvo priimamas tyrėjo nuožiūra.

Visų pacientų būklė buvo stebima iki 28-ojo mėnesio (atitinkamai dar 10 mėnesių arba 6 mėnesius po paskutiniosios rituksimabo infuzijos arba paskutiniosios azatioprino dozės vartojimo). Visiems pacientams, kuriems CD4+ T limfocitų kiekis buvo mažesnis kaip 250 kubiniame mililitre, buvo privaloma skirti profilaktinį gydymą nuo *Pneumocystis jirovecii* sukeltos pneumonijos.

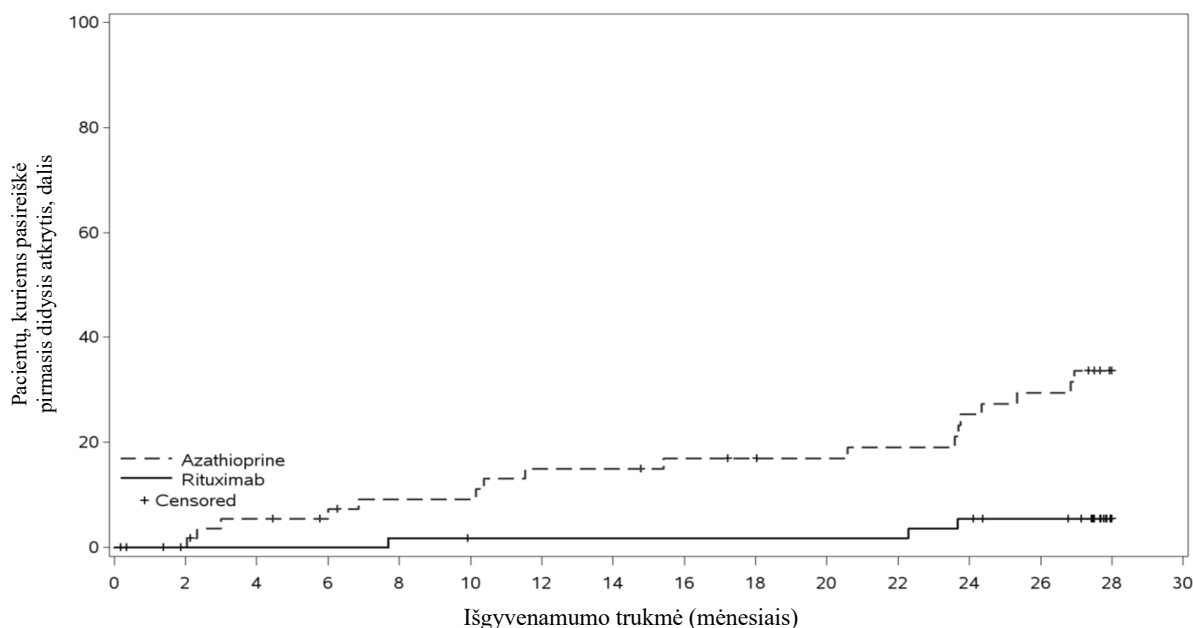
Pagrindinis vertinamosios baigties rodmuo buvo didžiojo atkryčio pasireiškimo dažnis 28-ąjį mėnesį.

### Rezultatai

Per 28 mėnesius didysis atkrytis (apibrėžiamas kaip klinikinių ir (arba) laboratorinių vaskulito aktyvumo ([BVAS] > 0) požymių atsinaujinimas, dėl kurio gali pasireikšti organų nepakankamumas ar pažeida, arba kuris gali kelti pavojų gyvybei) pasireiškė 3 pacientams (5 %) rituksimabą vartojusiųjų grupėje ir 17 pacientų (29 %) azatioprino vartojusiųjų grupėje ( $p = 0,0007$ ). Mažųjų atkryčių (nekeliančių pavojaus gyvybei ir nesukeliančių didelės organų pažeidos) pasireiškė septyniems rituksimabą vartojusiems pacientams (12 %) ir aštuoniems pacientams azatioprino vartojusiųjų grupėje (14 %).

Kumuliacinės dažnio pasireiškimo kreivės rodo, kad laikas iki pirmojo didžiojo atkryčio pasireiškimo buvo ilgesnis rituksimabą vartojusiems pacientams, ir šis skirtumas prasidėjo nuo 2-ojo mėnesio bei tęsėsi iki pat 28-ojo mėnesio (3 pav.).

### 3 pav. Pirmojo didžiojo atkryčio kumuliacinis pasireiškimo dažnis tyrimo laikotarpiu



Pacientų, kuriems pasireiškė didysis atkrytis, skaičius															
Azatioprinas	0	0	3	3	5	5	8	8	9	9	9	10	13	15	17
Rituksimabas	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	3	3	3
Pacientų, kuriems yra rizika, skaičius															
Azatioprinas	59	56	52	50	47	47	44	44	42	41	40	39	36	34	0
Rituksimabas	58	56	56	56	55	54	54	54	54	54	54	54	52	50	0

Pastaba: pacientų duomenys buvo atmetami, jeigu iki 28-ojo mėnesio jiems nepasireiškė atkrytis.

### Laboratorinių tyrimų rodikliai

Palaikomojo gydymo klinikinio tyrimo duomenimis, iš viso 6 iš 34 (18 %) rituksimabą vartojusių pacientų buvo nustatyta ADA antikūnų. Palaikomojo gydymo klinikinio tyrimo metu nebuvo nustatyta tendencijos ar neigiamos ADA antikūnų buvimo įtakos saugumui ar veiksmingumui.

## Vaikų populiacija

### Granulimatozė su poliangitu (GPA) ir mikroskopinis poliangitas (MPA)

Klinikinis tyrimas WA25615 (PePRS) buvo daugiacentris, atvirasis, vienos šakos, nekontroliuojamas tyrimas, kuriame dalyvavo 25 vaikai (nuo  $\geq 2$  iki  $< 18$  metų), sergantys sunkiu, aktyvios eigos GPA ar MPA. Tyrime dalyvavusių pacientų amžiaus mediana buvo 14 metų (svyravo nuo 6 iki 17 metų), o dauguma pacientų (20 iš 25 [80 %]) buvo moteriškosios lyties. Iš viso 19 pacientų (76 %) tyrimo pradžioje buvo nustatytas GPA, o 6 pacientams (24 %) – MPA. Aštuoniolikai pacientų (72 %) įtraukimo į tyrimą metu buvo naujai diagnozuota liga (13 pacientų – GPA, o 5 pacientams – MPA), o 7 pacientams buvo nustatyta recidyvavusi liga (6 pacientams – GPA ir 1 pacientui – MPA).

Tyrimo planą sudarė pradinė 6 mėnesių trukmės remisijos indukcijos fazė ir mažiausiai 18 mėnesių trukmės stebėjimo fazė, o iš viso tyrimas truko iki 54 mėnesius (4,5 metų). Prieš pirmąją rituksimabo infuziją pacientai turėjo gauti mažiausiai 3 infuzijas į veną metilprednizolono (30 mg/kg per parą dozė, neviršijant 1 g paros dozės). Jei kliniškai indikuotina, buvo galima skirti papildomas (iki trijų) infuzijas į veną metilprednizolono paros dozės. Remisijos indukcijos schemą sudarė keturios kartą per savaitę skiriamos rituksimabo infuzijos į veną po 375 mg/m<sup>2</sup> KPP 1, 8, 15 ir 22 tyrimo dienomis kartu su geriamuoju prednizolonu arba prednizonu po 1 mg/kg per parą (neviršijant 60 mg paros dozės), vėliau laipsniškai iki 6-ojo mėnesio mažinant iki mažiausios 0,2 mg/kg dozės per parą (neviršijant 10 mg paros dozės). Po remisijos indukcijos fazės pacientai, tyrėjo nuožiūra, galėjo gauti tolesnes rituksimabo infuzijas 6-ąjį mėnesį arba vėliau, siekiant palaikyti remisiją pagal Pediatricinę vaskulito aktyvumo skalę (angl. *Pediatric Vasculitis Activity Score; PVAS*) ir kontroliuoti ligos aktyvumą (įskaitant progresuojančią ligą ar paūmėjimą) arba pasiekti pirmąją remisiją.

Visi 25 pacientai baigė visas keturias kartą per savaitę atliekamas infuzijas į veną 6 mėnesių trukmės remisijos indukcijos fazėje. Iš viso 24 iš 25 pacientų buvo stebimi ne mažiau kaip 18 mėnesių.

Šio tyrimo tikslai buvo įvertinti rituksimabo saugumą, farmakokinetinius rodiklius ir veiksmingumą vaikams, sergantiems GPA ir MPA (nuo  $\geq 2$  iki  $< 18$  metų). Tyrimo veiksmingumo tikslai buvo žvalgomieji ir iš esmės buvo įvertinti naudojant PVAS skalę (žr. 21 lentelę).

#### *Kumuliacinė gliukokortikoidų dozė (į veną ir per burną) iki 6-ojo mėnesio:*

Dvidešimt keturi iš 25 pacientų (96 %) tyrimo WA25615 metu geriamojo gliukokortikoido dozė laipsniškai sumažino iki 0,2 mg/kg per parą (arba iki ne didesnės kaip 10 mg per parą, atsižvelgiant į tai, kuri buvo mažesnė) iki 6-ojo mėnesio, laikantis pagal protokolą apibrėžtos geriamųjų gliukokortikoidų mažinimo schemos.

Vidutinis bendrojo geriamojo gliukokortikoido vartojimo sumažėjimas pastebėtas nuo 1-osios savaitės (mediana = 45 mg prednizono ekvivalento dozės [interkvartinių intervalas (IQR): 35–60]) iki 6-ojo mėnesio (mediana = 7,5 mg [IQR: 4–10]), o toliau dozė vėliau buvo palaikoma iki 12-ojo mėnesio (mediana = 5 mg [IQR: 2–10]) ir 18-ojo mėnesio (mediana = 5 mg [IQR: 1–5]).

#### *Tolesnis gydymas*

Per visą tyrimo laikotarpį pacientams buvo skirta nuo 4 iki 28 rituksimabo infuzijų (per iki 4,5 metų [53,8 mėn.] trukmės laikotarpį). Tyrėjo nuožiūra maždaug kas 6 mėnesius pacientai vartojo iki 375 mg/m<sup>2</sup> x 4 rituksimabo dozės. Iš viso 17 iš 25 pacientų (68 %) buvo papildomai gydomi rituksimabu 6-ąjį mėnesį arba po to iki viso tyrimo pabaigos. 14 iš šių 17 pacientų papildomai buvo skirta rituksimabo nuo 6-ojo iki 18-ojo mėnesio.

**21 lentelė Klinikinio tyrimo WA25615 (PePRS) metu nustatytos remisijos pagal PVAS skalę duomenys po 1, 2, 4, 6, 12 ir 18 mėnesių**

Tyrimo vizitai	Remisiją pagal PVAS atsaką pasiekusiųjų skaičius* (atsako dažnis [%])	95 % PI <sup>a</sup>
	n = 25	
1 mėnuo	0	0,0 %; 13,7 %
2 mėnuo	1 (4,0 %)	0,1 %; 20,4 %
4 mėnuo	5 (20,0 %)	6,8 %; 40,7 %
6 mėnuo	13 (52,0 %)	31,3 %; 72,2 %
12 mėnuo	18 (72,0 %)	50,6 %; 87,9 %
18 mėnuo	18 (72,0 %)	50,6 %; 87,9 %

\* PVAS skalės įvertinimas 0 balų ir pasiektas gliukokortikoidų dozės sumažėjimas iki 0,2 mg/kg per parą (arba iki 10 mg per parą, priklausomai nuo to, kuri dozės reikšmė mažesnė) būklės įvertinimo vizito metu.  
<sup>a</sup>Veiksmingumo rezultatai yra žvalgomieji, todėl šioms vertinamosioms baigtims nebuvo atlikta formalių statistinių skaičiavimų.  
 Gydytas rituksimabu (po 375 mg/m<sup>2</sup> x 4 infuzijos), skirtos iki 6-ojo mėnesio, buvo identiškas gydymas visiems pacientams. Tolesnis gydymas po 6-ojo mėnesio buvo skiriamas tyrėjo nuožiūra.

#### Laboratoriniai vertinimai

Iš viso 4 iš 25 pacientų (16 %) per visą tyrimo laikotarpį buvo nustatyta ADA antikūnų. Riboti duomenys rodo, kad nepageidaujamų reakcijų, pasireiškusių pacientams, kuriems nustatyta ADA, didėjimo tendencijos nepastebėta.

Vaikų GPA ir MPA klinikiniuose tyrimuose nebuvo nustatyta neigiama ADA antikūnų susidarymo įtaka ar tokios įtakos tendencija saugumui ar veiksmingumui.

Europos vaistų agentūra atleido nuo įpareigojimo pateikti rituksimabo tyrimų su jaunesniais kaip 2 metų vaikais duomenis sunkauso, aktyvios eigos GPA ar MPA indikacijai (vartojimo vaikams informacija pateikiama 4.2 skyriuje).

#### Paprastosios pūslinės gydymo klinikinė patirtis

PV 1-asis tyrimas (tyrimas ML22196)

Rituksimabo ir trumpalaikio, nedidelių gliukokortikoidų (prednizono) dozių vartojimo derinio veiksmingumas ir saugumas buvo įvertinti pacientams, kuriems buvo naujai diagnozuota vidutinio sunkumo ar sunki pūslinė (74 pacientams nustatyta paprastoji pūslinė [PP], o 16 pacientų nustatyta lakštinė pūslinė [*pemphigus foliaceus* – PF]), atsitiktinių imčių, atvirojo, kontroliuojamojo, daugiacentrio tyrimo metu. Pacientų amžius buvo tarp 19 ir 79 metų ir jiems anksčiau nebuvo skirtas joks gydymas nuo pūslinės. PP sirgusiųjų populiacijoje 5 pacientams (13 %), kuriems skirtas rituksimabas, ir 3 pacientams (8 %) įprastinį gydymą prednizonu vartojusiųjų grupėje nustatyta vidutinio sunkumo liga, tuo tarpu 33 pacientams (87 %), kuriems skirtas rituksimabas, ir 33 pacientams (92 %) įprastinį gydymą prednizonu vartojusiųjų grupėje buvo nustatyta sunki liga, atsižvelgiant į ligos sunkumo apibrėžimą remiantis *Harman* kriterijais.

Pacientai buvo stratifikuojami pagal pradinį ligos sunkumą (vidutinio sunkumo ar sunki) bei atsitiktine tvarka suskirstomi į grupes santykiu 1:1, ir jiems buvo paskirtas arba rituksimabas su nedidele prednizono doze, arba gydymas įprastine prednizono doze. Pacientams, atsitiktine tvarka priskirtiems rituksimabą vartojusiųjų grupei, 1-ąją tyrimo dieną buvo skiriama pradinė 1000 mg rituksimabo dozės intraveninė infuzija derinyje su 0,5 mg/kg per parą per burną vartojamo prednizono doze, kuri vėliau buvo laipsniškai mažinama ir vartojimas nutraukiamas per 3 mėnesius (jeigu buvo nustatyta vidutinio sunkumo liga) arba derinyje su 1 mg/kg per parą per burną vartojamo prednizono doze, kuri vėliau buvo laipsniškai mažinama ir vartojimas nutraukiamas per 6 mėnesius (jeigu buvo nustatyta sunki

liga). 15-ąją tyrimo dieną šiems pacientams buvo skiriama antroji 1000 mg dozės intraveninė infuzija. Palaikomajam gydymui buvo skiriamos 500 mg rituksimabo dozės infuzijos 12-ąją ir 18-ąją mėnesiais. Pacientams, atsitiktine tvarka priskirtiems gydymo įprastine prednizono doze grupei, buvo skiriama pradinė 1 mg/kg per parą per burną vartojamo prednizono dozė, kuri vėliau buvo laipsniškai mažinama ir vartojimas nutraukiamas per 12 mėnesių (jeigu buvo nustatyta vidutinio sunkumo liga) arba 1,5 mg/kg per parą per burną vartojamo prednizono dozė, kuri vėliau buvo laipsniškai mažinama ir vartojimas nutraukiamas per 18 mėnesių (jeigu buvo nustatyta sunki liga). Rituksimabą vartojusių grupės pacientams, kuriems pasireiškėdavo ligos atkrytis, galėjo būti skiriama papildoma 1000 mg rituksimabo dozės infuzija, kartu atnaujinant prednizono vartojimą ar didinant jo dozę. Palaikomajam gydymui ar atkryčiui gydyti skirtos infuzijos buvo suleidžiamos ne anksčiau kaip praėjus 16 savaičių nuo ankstesniosios infuzijos.

Pagrindinis šio tyrimo tikslas buvo visiška ligos remisija (visiška epitelizacija ir naujų ar ankstesnių pažeidimų nebuvimas) 24-ąją mėnesį, kai du mėnesius ar ilgiau pacientas nevartojo prednizono (VRoff  $\geq 2$  mėnesius).

#### PV 1-ojo tyrimo rezultatai

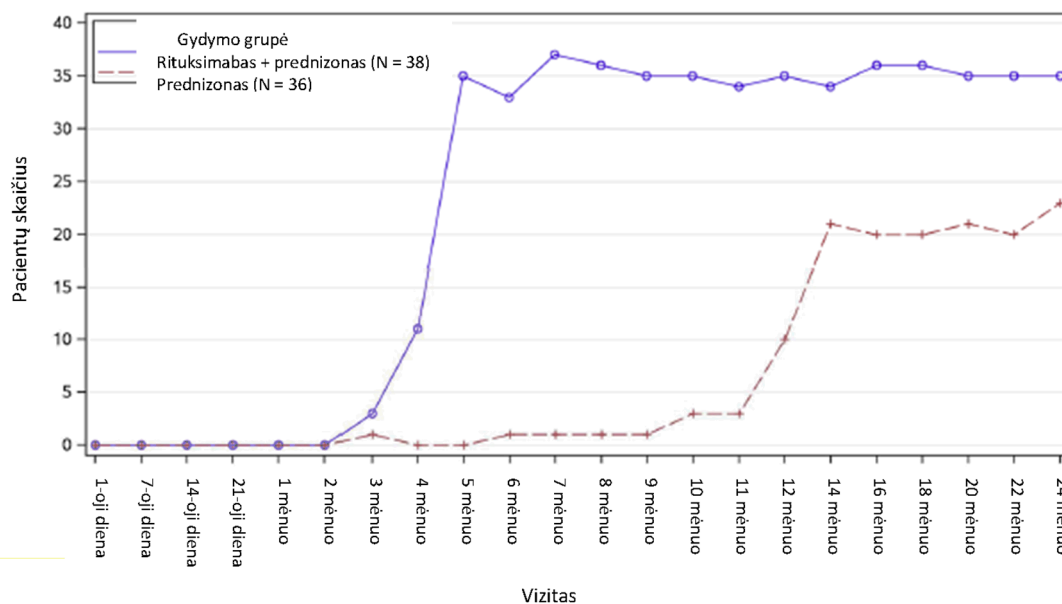
Tyrimo metu buvo nustatyti statistiškai reikšmingi rezultatai, palankūs rituksimabą ir nedidelę prednizono dozę vartojusiems pacientams, lyginant su įprastinę prednizono dozę vartojusių grupę, pasiekiant VRoff  $\geq 2$  mėnesių rodmenį po 24 mėnesių PP populiacijoje (žr. 22 lentelę).

**22 lentelė. PP sirgusių pacientų procentinė dalis, kuriems 24-ąją mėnesį pasiekta visiška remisija ir kuriems du mėnesius ar ilgiau nereikėjo skirti kortikosteroidų (Intent-to-Treat populiacija – PP)**

	Rituksimabas + prednizonas N = 38	Prednizonas N = 36	p reikšmė <sup>a</sup>	95 % PI <sup>b</sup>
Pacientų, kuriems pasiektas atsakas, skaičius (atsako dažnis [%])	34 (89,5 %)	10 (27,8 %)	< 0,0001	61,7 % (38,4; 76,5)
<sup>a</sup> p reikšmė nustatyta atlikus Fisher tikslųjį testą su p vidurkio korekcija.				
<sup>b</sup> 95 % pasikliautinis intervalas yra koreguotasis Newcombe intervalas.				

Lyginant gydymą rituksimabu kartu su mažesne prednizolono doze (10 mg prednizolono ar mažiau per dieną) arba visai jo neskiriant, su standartine doze prednizolono 24 mėnesių rituksimabą vartojusių pacientų gydymo laikotarpyje rodo nedidelį steroidų efektą (4 pav.).

**4 pav. Pacientų, kurie nevartojo arba vartojo minimaliai kortikosteroidus ( $\leq 10\text{mg}$ /per dieną) skaičius**



*Post-hoc retrospektyviniai laboratorinių tyrimų rodikliai*

Per 18 mėnesių iš viso 19 iš 34 (56%) rituksimabą vartojusių ir PP sergusių pacientų buvo nustatyta ADA antikūnų. ADA išsiskyrimo rituksimabu gydytiems PV sergantiems pacientams klinikinė reikšmė yra neaiški.

*PV 2-asis tyrimas (tyrimas WA29330)*

Atsitiktinių imčių, dvigubai koduoto, abipusiai užslaptinto, veikliu palyginamuoju preparatu kontroliuoto, daugiacentrio klinikinio tyrimo metu rituksimabo veiksmingumas ir saugumas, palyginus juos su mikofenolato mofetilu (MMF), buvo įvertinti su pacientais, sergusiais vidutinio sunkumo ar sunkia PP, kurie prieš pradėdami tyrimą vartojo 60–120 mg per parą geriamojo prednizolono ar jo ekvivalento (1,0–1,5 mg/kg per parą) dozę, kuri iki 1-osios klinikinio tyrimo dienos buvo sumažinta iki 60 mg arba 80 mg paros dozės. Pacientams per pastaruosius 24 mėnesius buvo patvirtinta PP diagnozė, turinti vidutinio sunkumo ar sunkios ligos požymių (tai buvo apibrėžta kaip bendrojo pūslinės ligos ploto indekso PDAI (angl. *Pemphigus Disease Area Index*) aktyvumo įvertinimas yra daugiau arba lygus 15 balų).

Šimtas trisdešimt penkiems pacientams atsitiktinės atrankos būdu buvo paskirtas gydymas arba 1000 mg rituksimabo doze 1-ąją dieną, 15-ąją dieną, 24-ąją savaitę ir 26-ąją savaitę, arba geriamojo MMF 2 g per parą doze 52 savaites kartu su 60 mg arba 80 mg geriamojo prednizono doze, turint tikslą iki 24-osios savaitės prednizono dozę sumažinti iki 0 mg per parą.

Pagrindinė šio klinikinio tyrimo veiksmingumo vertinamoji baigtis buvo 52-ąją savaitę įvertinti rituksimabo veiksmingumą, palyginus su MMF, pasiekiant tvarią visišką remisiją, kuri buvo apibrėžta kaip pažaidų gijimas, nesant naujų aktyvių pažaidų (t.y. PDAI aktyvumo balas yra 0) skiriant 0 mg dozę per dieną prednizono ar jo ekvivalento ir palaikant šį atsaką mažiausiai 16 savaičių iš eilės per 52 savaičių trukmės gydymo laikotarpį.

*PV 2-ojo tyrimo rezultatai*

Šis klinikinis tyrimas įrodė rituksimabo pranašumą prieš MMF juos derinant su palaipsniui mažinamos dozės geriamųjų kortikosteroidų kursu, norint PP sergantiems pacientams pasiekti 16 savaičių trukmės visišką remisiją be kortikosteroidų vartojimo (angl. *CRoff*) 52-ąją savaitę (23 lentelė). Daugumai MITT populiacijos pacientų (74 %) tai buvo naujai nustatyta diagnozė, o 26 % pacientų liga jau buvo nustatyta anksčiau (ligos trukmė 6 mėnesiai ir daugiau, jie prieš tai jau buvo gydyti nuo PP).

**23 lentelė PP sirgusių pacientų procentinė dalis, kuriems 52-ąją savaitę buvo pasiekta 16 savaičių trukmės ar ilgesnė visiška tvari remisija neskiriant kortikosteroidų (modifikuota *Intent-to-Treat* populiacija)**

	Rituksimabas (N = 62)	MMF (N = 63)	Skirtumas (95 % PI)	p-reikšmė
Atsaka pasiekusių pacientų skaičius (atsako dažnis (%))	25 (40,3 %)	6 (9,5 %)	30,80 % (14,70 %; 45,15 %)	< 0,0001
Naujai diagnozuoti pacientai	19 (39,6 %)	4 (9,1 %)		
Pacientai su nustatyta liga	6 (42,9 %)	2 (10,5 %)		

MMF = mikofenolato mofetilis; PI = pasikliautinis intervalas.  
 Naujai diagnozuoti pacientai = ligos trukmė < 6 mėnesiai arba ankstesnis gydymas nuo PP nebuvo skirtas.  
 Pacientai, kuriems nustatyta liga = ligos trukmė ≥ 6 mėnesiai ir kurie prieš tai buvo gydyti nuo PP.  
 p – reikšmė nustatyta naudojant Cochran-Mantel-Haenszel testą.

Visų antrinių rodmenų (įskaitant sukaupiąją geriamojo kortikosteroido dozę, bendrą ligos paūmėjimų skaičių ir su sveikata susijusios gyvenimo kokybės pokyčius, matuojant dermatologiniu gyvenimo kokybės indeksu) analizė įrodė rituksimabo statistiškai reikšmingus rezultatus, lyginant su MMF. Antrinių vertinamųjų baigčių tikrinimas buvo kontroliuotas dėl daugialypiškumo.

#### *Ekspozicija gliukokortikoidais*

Rituksimabu gydytų pacientų grupėje geriamųjų kortikosteroidų sukauptoji dozė buvo reikšmingai mažesnė. 52-ąją savaitę sukauptosios prednizono dozės mediana (min, max) gydymo rituksimabo grupėje buvo 2775 mg (450; 22 180), lyginant su 4005 mg (900; 19 920) gydymo MMF grupėje (p = 0,0005).

#### *Ligos paūmėjimas*

Bendrasis rituksimabu gydytų pacientų ligos paūmėjimų skaičius buvo reikšmingai mažesnis už gydytų MMF (6, lyginant su 44; p < 0,0001); be to, buvo mažiau pacientų, kuriems pasireiškė bent vienas ligos paūmėjimas (8,1 %, lyginant su 41,3 %).

#### *Laboratoriniai vertinimai*

Iki 52-osios savaitės iš viso 20 iš 63 (31,7 %) rituksimabu gydytų PP sirgusių pacientų ADA rodmuo buvo teigiamas (19 pacientų ADA atsirado dėl skirto gydymo, o 1 pacientui gydymas padidino ADA kiekį). PV 2-ojo tyrimo metu akivaizdaus neigiamo ADA buvimo poveikio saugumui ar veiksmingumui nenustatyta.

## **5.2 Farmakokinetinės savybės**

### Suaugusiųjų ne Hodžkino limfoma

Atlikta 298 NHL sergančių pacientų, gydytų viena ar daugeliu vien rituksimabo arba su CHOP terapija derinamo rituksimabo infuzijų (rituksimabo dozės buvo nuo 100 iki 500 mg/m<sup>2</sup>), populiacinės farmakokinetikos analizė. Tipinės populiacinės nespecifinio klirenso (CL<sub>1</sub>), specifinio klirenso (CL<sub>2</sub>), greičiausiai priklausančio nuo B ląstelių ar naviko apimties, ir pasiskirstymo tūrio centriniame baseine (V<sub>1</sub>) vertės buvo atitinkamai 0,14 litro per parą, 0,59 litro per parą ir 2,7 litro. Apskaičiuotasis vidutinis galutinis rituksimabo pusinės eliminacijos laikas buvo 22 dienos (nuo 6,1 iki 52 dienų). Pagal 161 paciento, kuriam kas savaitę į veną buvo sulašintos keturios vaisto dozės po 375 mg/m<sup>2</sup>, tyrimo rezultatus, pradinis CD19 teigiamų ląstelių skaičius ir galimas išmatuoti naviko pažeidimo dydis turėjo įtakos kai kuriems rituksimabo CL<sub>2</sub> svyravimams. Pacientams, kuriems CD19 teigiamų ląstelių skaičius arba navikinis pažeidimas buvo didesnis, CL<sub>2</sub> taip pat buvo didesnis. Tačiau atlikus korekciją pagal CD19 teigiamų ląstelių skaičių ir navikinio pažeidimo dydį, individualūs CL<sub>2</sub> svyravimai išliko dideli. V<sub>1</sub> svyravimai priklausė nuo kūno paviršiaus ploto (KPP) ir gydymo pagal CHOP schemą. Šie

$V_1$  svyravimai (27,1% ir 19,0%), priklausę atitinkamai nuo KPP svyravimų (nuo 1,53 iki 2,32  $m^2$ ) ir kartu taikomo gydymo pagal CHOP schemą, buvo palyginti maži. Amžius, lytis ir pajėgumo pagal PSO būklė rituksimabo farmakokinetikai įtakos neturėjo. Ši analizė rodo, kad rituksimabo dozės koregavimas atsižvelgiant į tirtus rodiklius, matyt, farmakokinetikos svyravimų reikšmingai nesumažintų.

Du šimtai trims NHL sergantiems pacientams, iki tol negydytiems rituksimabu, 4 kartus kas savaitę į veną buvo infuzuojama šio vaisto po 375  $mg/m^2$  kūno paviršiaus ploto. Po ketvirtosios infuzijos vidutinė  $C_{max}$  buvo 486 mikrogramai/ml (nuo 77,5 iki 996,6 mikrogramų/ml). Praėjus 3 – 6 mėnesiams po paskutinio gydymo pabaigos rituksimabo koncentraciją pacientų kraujyje dar buvo įmanoma išmatuoti.

Trisdešimt septyniems pacientams, sergantiems NHL, 8 kartus kas savaitę į veną buvo infuzuojama 375  $mg/m^2$  kūno paviršiaus ploto rituksimabo. Po kiekvienos infuzijos vidutinė  $C_{max}$  nuosekliai didėjo: po pirmosios infuzijos vidutinė  $C_{max}$  buvo 243 mikrogramai/ml (svyravimai – nuo 16 iki 582 mikrogramų/ml), o po aštuntosios infuzijos – 550 mikrogramų/ml (svyravimai – nuo 171 iki 1177 mikrogramų/ml).

Rituksimabo, vartojamo šešiomis infuzijomis po 375  $mg/m^2$  kartu su šešiais CHOP chemoterapijos ciklais, farmakokinetikos profilis buvo panašus, kaip vartojant rituksimabą vieną.

#### Vaikų DDBLL/BL/ŪBLL/BPL

Klinikinio tyrimo, į kurį buvo įtraukti DDBLL/BL/ŪBLL/BPL sergantys vaikai, metu FK rodmenys buvo ištirti 35 pacientų pogrupyje, kurių amžius buvo 3 metai ir daugiau. FK rodmenys buvo lyginami tarp dviejų amžiaus grupių (nuo  $\geq 3$  iki  $<12$  metų, lyginant su nuo  $\geq 12$  iki  $<18$  metų). Po dviejų 375  $mg/m^2$  rituksimabo dozių infuzijų į veną kiekvieno iš dviejų indukcijos kursų (1-ojo ir 2-ojo ciklo) metu ir vėliau skirtų po vieną 375  $mg/m^2$  rituksimabo dozės infuzijų į veną kiekvieno iš konsolidacijos kursų (3-iojo ir 4-ojo ciklo) metu maksimali vaistinio preparato koncentracija buvo didžiausia po ketvirtosios infuzijos (2-ojo ciklo), kai rodmens geometrinis vidurkis buvo 347  $\mu g/ml$ , o vėlesniais laikotarpiais maksimalios koncentracijos geometriniai vidurkiai buvo mažesni (po 4-ojo ciklo: 247  $\mu g/ml$ ). Skiriant tokią dozavimo schemą buvo išlaikytos mažiausiosios vaistinio preparato koncentracijos (geometriniai vidurkiai: 41,8  $\mu g/ml$  (prieš 2-ojo ciklo dozės skyrimą, po 1-ojo ciklo), 67,7  $\mu g/ml$  (prieš 3-iojo ciklo dozės skyrimą, po 2-jų ciklų) ir 58,5  $\mu g/ml$  (prieš 4-ojo ciklo dozės skyrimą, po 3-jų ciklų)). Pusinės eliminacijos laiko mediana 3 metų ir vyresniems vaikams buvo 26 dienos.

Rituksimabo FK rodmenų charakteristikos, nustatytos DDBLL/BL/ŪBLL/BPL sergantiems vaikams, buvo panašios į stebėtąsias suaugusiems NHL sergantiems pacientams.

Farmakokinetikos duomenų nuo  $\geq 6$  mėnesių iki  $<3$  metų amžiaus pacientų grupėje nėra, tačiau populiacijos FK duomenų apskaičiavimas pagrindžia panašią sistemine ekspoziciją ( $AUC$ ,  $C_{trough}$  rodmenis) šioje amžiaus grupėje, lyginant su 3 metų ir vyresnių pacientų populiacija (24 lentelė). Mažesnis pradinis naviko dydis yra susijęs su didesne ekspozicija dėl mažesnio klirenso, priklausančio nuo laiko, tačiau sistemine ekspozicija, atsižvelgiant į skirtingų naviko dydžių įtaką, išliko tokios pat ekspozicijos ribose, kuri buvo efektyvi ir turinti priimtina saugumo pobūdį.



**24 lentelė Numanomi rituksimabo FK rodikliai vaikų, sergančių DDBLL/BL/ŪBLL/BPL, organizme**

Amžiaus grupė	≥6 mėn. iki <3 metų	≥3 iki <12 metų	≥12 iki <18 metų
C <sub>trough</sub> (µg/ml)	47,5 (0,01–179)	51,4 (0,00–182)	44,1 (0,00–149)
AUC <sub>1-4 ciklai</sub> (µg* parą / ml)	13 501 (278–31 070)	11 609 (135–31 157)	11 467 (110–27 066)

Rezultatai yra pateikti kaip medianos (min.- maks.) reikšmės; C<sub>trough</sub> yra nustatytas prieš 4-jo ciklo dozę.

#### Lėtinė limfocitinė leukemija

LLL sergantiems pacientams rituksimabas infuzuotas į veną pirmojo ciklo metu po 375 mg/m<sup>2</sup>, vėliau kiekvieno ciklo metu dozė didinta iki 500 mg/m<sup>2</sup>; suvartotos 5 dozės derinant su fludarabinu ir ciklofosfamidu. Po penktosios 500 mg/m<sup>2</sup> infuzijos vidutinė C<sub>max</sub> (N = 15) buvo 408 mikrogramai/ml (97 – 764 mikrogramai/ml), o vidutinis galutinis pusinės eliminacijos periodas – 32 dienos (14 – 62 dienos).

#### Reumatoidinis artritas

Po dviejų 1000 mg rituksimabo infuzijų į veną kas dvi savaites vidutinis galutinės pusinės eliminacijos laikas buvo 20,8 dienos (nuo 8,58 iki 35,9 dienos), vidutinis bendrasis klirensas – 0,23 l per parą (nuo 0,091 iki 0,67 l per parą), o vidutinis pastoviosios stadijos pasiskirstymo tūris – 4,6 l (nuo 1,7 iki 7,51 l). Tų pačių rodmenų populiacinės farmakokinetikos analizės duomenys buvo panašūs: vidutinis sisteminis klirensas – 0,26 l per parą, o pusinės eliminacijos laikas – 20,4 dienos. Populiacinės farmakokinetikos analizės duomenimis, svarbiausi rodikliai, lėmę farmakokinetikos parametrų skirtumą tarp atskirų asmenų, buvo kūno paviršiaus plotas (KPP) ir lytis. Pakoregavus pagal KPP, vyrų buvo didesnis pasiskirstymo tūris ir greitesnis klirensas, palyginti su moterimis. Laikoma, kad su lytimi susiję farmakokinetikos skirtumai nėra kliniškai svarbūs ir dozės koreguoti nereikia. Pacientų, kurių kepenų ar inkstų veikla sutrikusi, farmakokinetikos duomenų nėra.

Atliekant keturis tyrimus analizuota rituksimabo farmakokinetika po dviejų 500 mg ir 1000 mg vaisto dozių, suleistų į veną 1–ą ir 15–ą dieną. Visų šių tyrimų duomenimis, rituksimabo farmakokinetika priklausė nuo vaisto dozės ir nedidelėse šių dozių ribose buvo proporcingos dozei. Vidutinė rituksimabo C<sub>max</sub> serume po pirmosios 2 x 500 mg infuzijos buvo nuo 157 iki 171 µg/ml, o po pirmosios 2 x 1000 mg infuzijos – nuo 298 iki 341 µg/ml. Po antrosios 2 x 500 mg infuzijos vidutinė C<sub>max</sub> svyravo nuo 183 iki 198 µg/ml, o po 2 x 1000 mg infuzijos – nuo 355 iki 404 µg/ml. Vidutinis galutinis pusinės eliminacijos laikas po 2 x 500 mg dozės svyravo nuo 15 iki 16 dienų, o po 2 x 1000 mg dozės – nuo 17 iki 21 dienos. Vidutinis C<sub>max</sub> po antrosios infuzijos buvo nuo 16 iki 19% didesnis už rodiklius po pirmosios abiejų dozių infuzijos.

Rituksimabo farmakokinetika tirta po dviejų 500 mg ir 1000 mg į veną vartojamų dozių antrojo, kartotinio gydymo kurso metu. Vidutinė rituksimabo C<sub>max</sub> serume po pirmosios 2 x 500 mg dozės svyravo nuo 170 iki 175 µg/ml, o po pirmosios 2 x 1000 mg dozės – nuo 317 iki 370 µg/ml. Po antrosios 2 x 500 mg infuzijos vidutinė C<sub>max</sub> buvo 207 µg/ml, o po 2 x 1000 mg dozės – nuo 377 iki 386 µg/ml. Vidutinis galutinis pusinės eliminacijos laikas po antrosios antrojo kurso 2 x 500 mg infuzijos buvo 19 dienų, o po 2 x 1000 mg – nuo 21 iki 22 dienų. Dviejų rituksimabo gydymo kursų farmakokinetiniai parametrai buvo panašūs.

Asmenų, kuriems pasireiškė neadekvatus anti–NNF atsakas, farmakokinetikos (FK) parametrai po tokių pačių dozių (2 x 1000 mg į veną dviejų savaitių intervalu) buvo panašūs: vidutinė maksimali koncentracija serume – 369 mikrogramai/ml, o vidutinis galutinės pusinės eliminacijos laikas – 19,2 dienos.

## Granulimatozė su poliangitu (GPA) ir mikroskopinis poliangitas (MPA)

### *Suaugusiųjų populiacija*

Remiantis populiacinės farmakokinetikos analizės duomenimis, gautais ištyrus 97 pacientus, kurie sirgo granulimatoze su poliangitu ir mikroskopiniu poliangitu bei kurie vartojo 375 mg/m<sup>2</sup> kūno paviršiaus ploto rituksimabo dozę kartą per savaitę (iš viso keturias dozes), nustatyta, kad apytikslė galutinio pusinės eliminacijos laiko mediana buvo 23 paros (svyravo nuo 9 parų iki 49 parų). Vidutinis rituksimabo klirensas ir pasiskirstymo tūris buvo atitinkamai 0,313 l per parą (svyravo nuo 0,116 litro iki 0,726 litro per parą) ir 4,50 litro (svyravo nuo 2,25 litro iki 7,39 litro). Didžiausia koncentracija per pirmąsias 180 dienų (C<sub>max</sub>), mažiausia koncentracija 180-ąją dieną (C180) ir kumuliacinis plotas po kreive per 180 dienų (AUC180) buvo atitinkamai (mediana [diapazonas]) 372,6 (252,3–533,5) µg/ml, 2,1 (0–29,3) µg/ml ir 10 302 (3653–21 874) µg/ml\*parą. Suaugusiems pacientams, sergantiems GPA ir MPA, rituksimabo farmakokinetikos rodikliai buvo panašūs į reumatoidiniu artritu sergantiems pacientams nustatytus rodiklius.

### *Vaikų populiacija*

Remiantis 25 vaikų (6–17 metų), sirgusių GPA ir MPA, populiacijos farmakokinetikos duomenų analize, skiriant 375 mg/m<sup>2</sup> rituksimabo dozės infuzijas vieną kartą per savaitę (iš viso keturias dozes), apskaičiuotas vidutinis galutinis pusinės eliminacijos laikas buvo 22 dienos (diapazonas nuo 11 iki 42 dienų). Vidutinis rituksimabo klirensas ir pasiskirstymo tūris buvo atitinkamai 0,221 l per parą (diapazonas nuo 0,996 iki 0,381 l per parą) ir 2,27 l (diapazonas nuo 1,43 iki 3,17 l). Didžiausia koncentracija per pirmąsias 180 dienų (C<sub>max</sub>), mažiausia koncentracija 180-ąją dieną (C180) ir kumuliacinis plotas po kreive per 180 dienų (AUC180) buvo atitinkamai (mediana [diapazonas]) 382,8 (270,6–513,6) µg/ml, 0,9 (0–17,7) µg/ml ir 9787 (4838–20 446) µg/ml\*parą. Vaikams, sergantiems GPA ar MPA, nustatyti rituksimabo FK rodikliai buvo panašūs į suaugusiųjų, sergančių GPA ar MPA, FK rodmenis, atsižvelgiant į KPP įtaką klirenso ir pasiskirstymo tūrio rodmenims.

### Paprastoji pūslinė

PP sirgusių suaugusiųjų, vartojusių 1000 mg rituksimabo dozę 1-ąją, 15-ąją, 168-ąją ir 182-ąją dienomis, populiacijos FK duomenys yra apibendrinti 25 lentelėje.

**25 lentelė. PV 2-ojo tyrimo metu nustatyti PP sergančių suaugusiųjų populiacijos FK duomenys**

Parametras	Infuzijos ciklas	
	1-asis ciklas (1000 mg dozė) 1-oji diena ir 15-oji diena N = 67	2-asis ciklas (1000 mg dozė) 168-oji diena ir 182-oji diena N = 67
Galutinis pusinio gyvavimo laikas (dienomis) Mediana (Ribos)	21,0 (9,3–36,2)	26,5 (16,4–42,8)
Klirensas (l per parą) Vidurkis (Ribos)	391 (159–1510)	247 (128–454)
Centrinis pasiskirstymo tūris (litrai) Vidurkis (Ribos)	3,52 (2,48–5,22)	3,52 (2,48–5,22)

Po pirmųjų dviejų rituksimabo dozių (1-ąją ir 15-ąją dienomis, atitinkančiomis 1-ąjį ciklą) skyrimo rituksimabo FK parametrai PP sirgusių pacientų organizme buvo panašūs į pacientų, sirgusių GPA / MPA ar RA. Po paskutinių dviejų dozių (168-ąją ir 182-ąją dienomis, atitinkančiomis 2-ąjį ciklą) rituksimabo klirensas sumažėjo, o centrinis pasiskirstymo tūris nepakito.

### 5.3 Ikiklinikinių saugumo tyrimų duomenys

Rituksimabas labai specifiškas B ląstelių CD20 antigenui. Toksiškumo *cynomolgus* beždžionėms tyrimo duomenimis, kitokio poveikio nepastebėta, išskyrus tą farmakologinį poveikį, kurio tikėtasi, – B ląstelių skaičiaus sumažėjimą periferiniame kraujyje ir limfiniame audinyje.

Atlikta toksinio poveikio *cynomolgus* beždžionių raidai tyrimų, skiriant iki 100 mg/kg kūno svorio dozes (vaistinio preparato skirta 20–50 neštumo dienomis); jokio rituksimabo toksinio poveikio vaisiams nenustatyta. Tačiau pastebėtas nuo dozės priklausomas farmakologinis B ląstelių skaičiaus sumažėjimas vaisių limfoidiniuose organuose, kuris išliko po gimimo; kartu buvo sumažėjusi naujagimių gyvūnų IgG koncentracija. Šių gyvūnų B ląstelių skaičius sunormalėjo per 6 mėnesius po gimimo ir netrikdė reakcijos į imunizaciją.

Įprastų tyrimų mutageniniam poveikiui įvertinti neatlikta, kadangi tokie tyrimai šiai molekulei nėra aktualūs. Ilgalaikių gyvūnų tyrimų siekiant nustatyti, ar rituksimabas pasižymi kancerogeniškumu, neatlikta.

Specifinių tyrimų, siekiant nustatyti rituksimabo poveikį vaisingumui, neatlikta. Apskritai, su *cynomolgus* beždžionėmis atliktų toksinio poveikio tyrimų metu, žalingo poveikio patinų ar patelių reprodukcijos organams nenustatyta.

## 6. FARMACINĖ INFORMACIJA

### 6.1 Pagalbinių medžiagų sąrašas

L-histidinas  
L-histidino hidrochloridas monohidratas  
Dinatrio edetatas  
Polisorbatas 80 (E433)  
Sacharozė  
Injekcinis vanduo

### 6.2 Nesuderinamumas

Ruxience nesuderinamumo su polivinilchlorido ar polietileno maišeliais arba infuzijos sistemomis nepastebėta.

### 6.3 Tinkamumo laikas

#### Neatidaryto flakono

24 mėnesiai.

#### Praskiesto vaistinio preparato

- Aseptinėmis sąlygomis praskiesto natrio chlorido tirpalu  
Ruxience infuzinis tirpalas, paruoštas skiedžiant 0,9% natrio chlorido tirpalu, išlieka fiziškai ir chemiškai stabilus 35 dienas laikant 2 °C–8 °C temperatūroje ir papildomai 24 valandas laikant ≤30 °C temperatūroje.
- Aseptinėmis sąlygomis praskiesto D-gliukozės tirpalu  
Ruxience infuzinis tirpalas, paruoštas skiedžiant 5 % D-gliukozės tirpalu, išlieka fiziškai ir chemiškai stabilus 24 valandas laikant 2 °C–8 °C temperatūroje ir papildomai 24 valandas laikant ≤30 °C temperatūroje.

Mikrobiologiniu požiūriu, paruoštas infuzinis tirpalas turi būti suvartotas nedelsiant. Jeigu jis iš karto nesuvartojamas, už paruošto tirpalo laikymo trukmę ir sąlygas iki vartojimo atsako vartotojas; 2 °C–8 °C temperatūroje paprastai turėtų būti laikoma ne ilgiau kaip 24 valandas, jei skiedžiama kontroliuojamomis ir patvirtintomis aseptikos sąlygomis.

#### **6.4 Specialios laikymo sąlygos**

Laikyti šaldytuve (2 °C–8 °C) išorinėje dėžutėje, kad vaistinis preparatas būtų apsaugotas nuo šviesos.

Praskiesto vaistinio preparato laikymo sąlygos nurodytos 6.3 skyriuje.

#### **6.5 Talpyklės pobūdis ir jos turinys**

##### Ruxience 100 mg koncentratas infuziniam tirpalui

Skaidrūs I tipo stiklo flakonai, užkimšti chlorbutilo gumos kamščiais; flakonuose yra po 100 mg rituksimabo 10 ml tirpalo.

Pakuotėje – 1 flakonai.

##### Ruxience 500 mg koncentratas infuziniam tirpalui

Skaidrūs I tipo stiklo flakonai, užkimšti chlorbutilo gumos kamščiais; flakonuose yra po 500 mg rituksimabo 50 ml tirpalo. Pakuotėje – 1 flakonai.

#### **6.6 Specialūs reikalavimai atliekoms tvarkyti ir vaistiniam preparatui ruošti**

Ruxience yra steriliuose nepirogeniniuose vienkartinio vartojimo flakonuose be konservanto.

Ruxience paruošimui naudokite sterilią adatą ir švirkštą. Aseptinėmis sąlygomis įtraukite reikiamą Ruxience kiekį į infuzijos maišelį, kuriame yra sterilus nepirogeniško natrio chlorido 9 mg/ml (0,9%) injekcinio tirpalo arba 5% vandeninio D gliukozės tirpalo; praskiesto rituksimabo koncentracija turi būti 1–4 mg/ml. Tirpalui sumaišyti atsargiai (kad neputotų) apverskite maišelį. Būtina imtis priemonių, kad tirpalas liktų sterilus. Kadangi tirpale nėra antimikrobinio konservanto ar bakteriostatinių medžiagų, reikia laikytis aseptikos. Parenteraliai vartoti paruoštą vaistinį preparatą reikia apžiūrėti, ar nėra nuosėdų, ar nepakitusi jo spalva.

Nesuvartotą vaistinį preparatą ar atliekas reikia tvarkyti laikantis vietinių reikalavimų.

## **7. REGISTRUOTOJAS**

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

## **8. REGISTRACIJOS PAŽYMĖJIMO NUMERIAI**

### Ruxience 100 mg koncentratas infuziniam tirpalui

EU/1/20/1431/001

### Ruxience 500 mg koncentratas infuziniam tirpalui

EU/1/20/1431/002

## **9. REGISTRAVIMO / PERREGISTRAVIMO DATA**

Registravimo data: 2020 balandžio 01 d.

## **10. TEKSTO PERŽIŪROS DATA**

Išsami informacija apie šį vaistinį preparatą pateikiama Europos vaistų agentūros tinklalapyje <http://www.ema.europa.eu>.

## **II PRIEDAS**

- A. BIOLOGINĖS VEIKLIOSIOS MEDŽIAGOS GAMINTOJAS (AI)  
IR GAMINTOJAS, ATSAKINGAS UŽ SERIJŲ IŠLEIDIMĄ**
- B. TIEKIMO IR VARTOJIMO SĄLYGOS AR APRIBOJIMAI**
- C. KITOS SĄLYGOS IR REIKALAVIMAI REGISTRUOTOJUI**
- D. SĄLYGOS AR APRIBOJIMAI SAUGIAM IR VEIKSMINGAM  
VAISTINIO PREPARATO VARTOJIMUI UŽTIKRINTI**

**A. BIOLOGINĖS VEIKLIOSIOS MEDŽIAGOS GAMINTOJAS (-AI) IR GAMINTOJAS, ATSAKINGAS UŽ SERIJŲ IŠLEIDIMĄ**

Biologinės (-ių) veikliosios (-ių) medžiagos (-ų) gamintojo (-ų) pavadinimai ir adresai

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

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

Gamintojo, atsakingo už serijų išleidimą, pavadinimas ir adresas

Pfizer Manufacturing Belgium NV  
Rijksweg 12  
2870 Puurs  
Belgija

**B. TIEKIMO IR VARTOJIMO SĄLYGOS AR APRIBOJIMAI**

Riboto išrašymo receptinis vaistinis preparatas (žr. I priedo [preparato charakteristikų santraukos] 4.2 skyrių).

**C. KITOS SĄLYGOS IR REIKALAVIMAI REGISTRUOTOJUI**

• **Periodiškai atnaujinami saugumo protokolai (PASP)**

Šio vaistinio preparato PASP pateikimo reikalavimai išdėstyti Direktyvos 2001/83/EB 107c straipsnio 7 dalyje numatytame Sąjungos referencinių datų sąrašė (EURD sąrašė), kuris skelbiamas Europos vaistų tinklalapyje.

**D. SĄLYGOS AR APRIBOJIMAI, SKIRTI SAUGIAM IR VEIKSMINGAM VAISTINIO PREPARATO VARTOJIMUI UŽTIKRINTI**

• **Rizikos valdymo planas (RVP)**

Registruotojas atlieka reikalaujamą farmakologinio budrumo veiklą ir veiksmus, kurie išsamiai aprašyti registracijos bylos 1.8.2 modulyje pateiktame RVP ir suderintose tolesnėse jo versijose.

Atnaujintas rizikos valdymo planas turi būti pateiktas:

- pareikalavus Europos vaistų agentūrai;
- kai keičiama rizikos valdymo sistema, ypač gavus naujos informacijos, kuri gali lemti didelę naudą ir rizikos santykio pokytį arba pasiekus svarbų (farmakologinio budrumo ar rizikos mažinimo) etapą.

- **Papildomos rizikos mažinimo priemonės**

Ne onkologinės indikacijos:

RTT turi užtikrinti, kad visi gydytojai, kurie, kaip tikimasi, skirs Ruxience, būtų aprūpinti sekančia informacija:

- Informacija apie vaistinį preparatą
- Gydytojui skirta informacija
- Pacientui skirta informacija
- Paciento budrumo lapeliu

Gydytojui skirtoje informacijoje apie Ruxience turi būti tokie pagrindiniai elementai:

- Infuziją reikia atlikti atidžiai prižiūrint tokioje patalpoje, kurioje yra visos gaivinimo priemonės neatidėliotinai pagalbai teikti.
- Prieš skiriant gydymą Ruxience reikia įvertinti ar nėra infekcijos, imuninės sistemos veiklos slopinimo, ar nevartojami arba anksčiau nebuvo vartojami vaistai, veikiantys imuninę sistemą, ar pacientas nebuvo neseniai paskiepytas arba nėra planuojamas skiepyti.
- Ruxience gydymo metu ir po jo pacientus reikia reguliariai stebėti, ar nėra infekcijos, ypač PDL.
- Išsami informacija apie PDL riziką, savalaikio PDL diagnozės nustatymo ir atitinkamų priemonių diagnozuoti PDL svarba.
- Pacientus reikia informuoti apie infekciją ir PDL riziką, įskaitant simptomus, apie kuriuos jie turi žinoti ir kuriems pasireiškus, nedelsiant kreiptųsi į savo gydytoją.
- Prieš kiekvieną infuziją pacientams reikia duoti „Paciento budrumo lapelį“.

Pacientui skirtoje informacijoje apie Ruxience turi būti tokie pagrindiniai elementai:

- Išsami informacija apie infekcines ligas ir PDL riziką.
- Informacija apie infekcinių ligų požymius ir simptomus, ypač PDL, kuriems pasireiškus, nedelsiant kreiptųsi į savo gydytoją.
- Pasidalinimo šia informacija su savo partneriu arba globėju svarba.
- Informacija apie „Paciento budrumo lapelį“.

Ne onkologinėmis ligomis sergančio paciento budrumo lapelyje apie Ruxience turi būti tokie pagrindiniai elementai:

- Lapelį reikia nešiotis su savimi visą laiką ir parodyti jį visiems gydantiems sveikatos priežiūros specialistams.
- Pespėjimas dėl infekcinių ligų ir PDL rizikos, įskaitant simptomus
- Pasireiškus simptomams reikia nedelsiant kreiptis į savo gydytoją.

Skiriant onkologinėms indikacijoms

Registruotojas privalo užtikrinti, kad visi gydytojai, kurie galbūt skirs Ruxience, gautų šią medžiagą:

Preparato informaciją

Gydytojui skirtą informaciją

Gydytojui skirtoje informacijoje apie Ruxience turi būti šie pagrindiniai elementai:

- Informacija, kad preparatą galima skirti tik i.v. būdu, siekiant užtikrinti, kad būtų taikomas teisingas skyrimo metodas.

Prieš išplatinant gydytojui skirtą informaciją, pacientui skirtą informaciją ir paciento budrumo lapelį reikia suderinti su nacionalinėmis vaistų tarnybomis.



**III PRIEDAS**  
**ŽENKLINIMAS IR PAKUOTĖS LAPELIS**

## **A. ŽENKLINIMAS**

## **INFORMACIJA ANT IŠORINĖS PAKUOTĖS**

### **IŠORINĖ DĖŽUTĖ**

#### **1. VAISTINIO PREPARATO PAVADINIMAS**

Ruxience 100 mg koncentratas infuziniam tirpalui

rituksimabas

#### **2. VEIKLIOJI MEDŽIAGA IR JOS KIEKIS**

Viename flakone yra 10 mg/ml rituksimabo.

#### **3. PAGALBINIŲ MEDŽIAGŲ SĄRAŠAS**

L-histidinas, L-histidino hidrochloridas monohidratas, dinatrio edetatas, polisorbatas 80, sacharozė, injekcinis vanduo.

#### **4. FARMACINĖ FORMA IR KIEKIS PAKUOTĖJE**

Koncentratas infuziniam tirpalui

100 mg / 10 ml

1 flakonas

#### **5. VARTOJIMO METODAS IR BŪDAS**

Praskiedus leisti į veną

Prieš vartojimą perskaitykite pakuotės lapelį.

#### **6. SPECIALUS ĮSPĖJIMAS, KAD VAISTINĮ PREPARATĄ BŪTINA LAIKYTI VAIKAMS NEPASTEBIMOJE IR NEPASIEKIAMOJE VIETOJE**

Laikyti vaikams nepastebimoje ir nepasiekiamoje vietoje

#### **7. KITAS SPECIALUS ĮSPĖJIMAS (JEI REIKIA)**

#### **8. TINKAMUMO LAIKAS**

Tinka iki

#### **9. SPECIALIOS LAIKYMO SĄLYGOS**

Laikyti šaldytuve. Flakonus laikyti išorinėje dėžutėje, kad vaistas būtų apsaugotas nuo šviesos.

**10. SPECIALIOS ATSARGUMO PRIEMONĖS DĖL NESUVARTOTO VAISTINIO PREPARATO AR JO ATLIEKŲ TVARKYMO (JEI REIKIA)**

**11. REGISTRUOTOJO PAVADINIMAS IR ADRESAS**

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

**12. REGISTRACIJOS PAŽYMĖJIMO NUMERIS**

EU/1/20/1431/001

**13. SERIJOS NUMERIS**

Serijs

**14. PARDAVIMO (IŠDAVIMO) TVARKA**

**15. VARTOJIMO INSTRUKCIJA**

**16. INFORMACIJA BRAILIO RAŠTU**

Priimtas pagrindimas informacijos Brailio raštu nepateikti.

**17. UNIKALUS IDENTIFIKATORIUS – 2D BRŪKŠNINIS KODAS**

2D brūkšninis kodas su nurodytu unikaliu identifikatoriumi.

**18. UNIKALUS IDENTIFIKATORIUS – ŽMONĖMS SUPRANTAMI DUOMENYS**

PC  
SN  
NN

**MINIMALI INFORMACIJA ANT MAŽŲ VIDINIŲ PAKUOČIŲ  
FLAKONO ETIKETĖ**

**1. VAISTINIO PREPARATO PAVADINIMAS IR VARTOJIMO BŪDAS**

Ruxience 100 mg setrilus koncentratas

rituksimabas

**2. VARTOJIMO METODAS**

Praskiedus i.v.

**3. TINKAMUMO LAIKAS**

EXP

**4. SERIJOS NUMERIS**

Lot

**5. KIEKIS (MASĖ, TŪRIS ARBA VIENETAI)**

100 mg / 10 ml

**6. KITA**

## **INFORMACIJA ANT IŠORINĖS PAKUOTĖS**

### **IŠORINĖ DĖŽUTĖ**

#### **1. VAISTINIO PREPARATO PAVADINIMAS**

Ruxience 500 mg koncentratas infuziniam tirpalui

rituksimabas

#### **2. VEIKLIOJI MEDŽIAGA IR JOS KIEKIS**

Viename flakone yra 10 mg/ml rituksimabo.

#### **3. PAGALBINIŲ MEDŽIAGŲ SĄRAŠAS**

L-histidinas, L-histidino hidrochloridas monohidratas, dinatrio edetatas, polisorbatas 80, sacharozė, injekcinis vanduo.

#### **4. FARMACINĖ FORMA IR KIEKIS PAKUOTĖJE**

Koncentratas infuziniam tirpalui

500 mg / 50 ml

1 flakonas

#### **5. VARTOJIMO METODAS IR BŪDAS**

Praskiedus leisti į veną

Prieš vartojimą perskaitykite pakuotės lapelį

#### **6. SPECIALUS ĮSPĖJIMAS, KAD VAISTINĮ PREPARATĄ BŪTINA LAIKYTI VAIKAMS NEPASTEBIMOJE IR NEPASIEKIAMOJE VIETOJE**

Laikyti vaikams nepastebimoje ir nepasiekiamoje vietoje

#### **7. KITAS SPECIALUS ĮSPĖJIMAS (JEI REIKIA)**

#### **8. TINKAMUMO LAIKAS**

Tinka iki

#### **9. SPECIALIOS LAIKYMO SĄLYGOS**

Laikyti šaldytuve. Flakoną laikyti išorinėje dėžutėje, kad vaistas būtų apsaugotas nuo šviesos.

**10. SPECIALIOS ATSARGUMO PRIEMONĖS DĖL NESUVARTOTO VAISTINIO PREPARATO AR JO ATLIEKŲ TVARKYMO (JEI REIKIA)**

**11. REGISTRUOTOJO PAVADINIMAS IR ADRESAS**

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

**12. REGISTRACIJOS PAŽYMĖJIMO NUMERIS**

EU/1/20/1431/002

**13. SERIJOS NUMERIS**

Serijs

**14. PARDAVIMO (IŠDAVIMO) TVARKA**

**15. VARTOJIMO INSTRUKCIJA**

**16. INFORMACIJA BRAILIO RAŠTU**

Priimtas pagrindimas informacijos Brailio raštu nepateikti.

**17. UNIKALUS IDENTIFIKATORIUS – 2D BRŪKŠNINIS KODAS**

2D brūkšninis kodas su nurodytu unikaliu identifikatoriumi.

**18. UNIKALUS IDENTIFIKATORIUS – ŽMONĖMS SUPRANTAMI DUOMENYS**

PC  
SN  
NN

**MINIMALI INFORMACIJA ANT MAŽŲ VIDINIŲ PAKUOČIŲ  
FLAKONO ETIKETĖ**

**1. VAISTINIO PREPARATO PAVADINIMAS IR VARTOJIMO BŪDAS**

Ruxience 500 mg sterilus koncentratas

rituksimabas

**2. VARTOJIMO METODAS**

Praskiedus leisti į veną

**3. TINKAMUMO LAIKAS**

EXP

**4. SERIJOS NUMERIS**

Lot

**5. KIEKIS (MASĖ, TŪRIS ARBA VIENETAI)**

500 mg / 50 ml

**6. KITA**



## NE ONKOLOGINĖMIS LIGOMIS SERGANČIO PACIENTO BUDRUMO LAPELIO TEKSTAS

### **Ruxience budrumo lapelis ne onkologinėmis ligomis sergantiems pacientams**

#### **Kodėl Jums buvo duotas šis lapelis?**

Vartojant šio vaisto yra didesnė tikimybė susirgti infekcinėmis ligomis. Šiame lapelyje Jums pateikiama informacija nurodytais klausimais.

- Ką turėtumėte žinoti prieš pradėdami vartoti Ruxience?
- Kokie yra infekcijos požymiai?
- Ką daryti, jeigu manote, kad galėjote susirgti infekcine liga?

Šio lapelio nugarinėje pusėje taip pat nurodyti Jūsų vardas ir pavardė, gydytojo vardas ir pavardė bei jo telefono numeris.

#### **Ką turite daryti su šiuo lapeliu?**

- Visada nešiokite su savimi šį lapelį (pvz., piniginėje ar rankinėje).
- Parodykite šį lapelį visiems gydytojams, slaugytojoms ar odontologams, pas kuriuos apsilankote – ne tik tam specialistui, kuris Jums paskyrė Ruxience.

Nešiokitės su savimi šį lapelį dar 2 metus po paskutiniosios Ruxience dozės vartojimo. Tai reikalinga tam, kad šalutinių reiškinių gali pasireikšti praėjus keletui mėnesių po gydymo pabaigos.

#### **Kada turite nevertoti Ruxience?**

Nevartokite Ruxience, jeigu sergate aktyvia infekcine liga arba yra sunkių Jūsų imuninės sistemos sutrikimų.

Pasakykite gydytojui arba slaugytojai, jeigu vartojate ar anksčiau vartojote vaistų, kurie gali veikti Jūsų imuninę sistemą, įskaitant chemoterapiją.

### **Ką dar turėtumėte žinoti?**

Retai Ruxience vartojimo metu gali pasireikšti sunki galvos smegenų infekcinė liga, vadinama „progresuojančiaja daugiažidinine leukoencefalopatija“ arba PDL. Ši liga gali būti mirtina.

- PDL požymiais gali būti:
  - Sumišimas, sutrikusi atmintis ar apsunkintas mąstymas
  - Sutrikusi koordinacija arba pakitusi eisena bei kalba
  - Susilpnėjusi vienos kūno pusės raumenų jėga ar raumenų silpnumas
  - Neryškus matymas ar sutrikęs regėjimas.

Jeigu Jums pasireikštų bet kuris iš šių požymių, nedelsdami apie tai pasakykite gydytojui arba slaugytojai. Taip pat turite jiems pasakyti apie gydymąsi Ruxience.

#### **Kur galėtumėte gauti daugiau informacijos?**

Daugiau informacijos pateikiama Ruxience pakuotės lapelyje.

#### **Gydymo pradžios data ir kontaktiniai duomenys**

Paskutiniosios infuzijos data: \_\_\_\_\_  
Pirmosios infuzijos data: \_\_\_\_\_  
Paciento vardas ir pavardė: \_\_\_\_\_  
Gydytojo vardas ir pavardė: \_\_\_\_\_  
Gydytojo kontaktiniai duomenys: \_\_\_\_\_

Įsitikinkite, kad turite visų Jūsų vartojamų vaistų sąrašą, kai vykstate vizitui pas sveikatos priežiūros specialistą.

Jeigu turite bet kokių su šiuo lapelyje nurodyta informacija susijusių klausimų, kreipkitės į gydytoją arba slaugytoją.

**Kokie yra prasidedančios infekcinės ligos požymiai?**

Stebėkite save dėl toliau išvardytų galimų infekcinės ligos požymių pasireiškimo:

- Karščiavimas ar nuolatinis kosulys
- Sumažėjęs kūno svoris
- Skausmo pasireiškimas be aiškaus susižalojimo
- Bendro negalavimo pojūtis ar vangumas.

**Jeigu Jums pasireikštų bet kuris iš šių požymių, nedelsdami apie tai pasakykite gydytojui arba slaugytojai. Taip pat turite jiems pasakyti apie gydymąsi Ruxience.**

## **B. PAKUOTĖS LAPELIS**

## Pakuotės lapelis: informacija pacientui

### Ruxience 100 mg koncentratas infuziniam tirpalui

### Ruxience 500 mg koncentratas infuziniam tirpalui

Rituksimabas

▼ Vykdoma papildoma šio vaisto stebėseną. Tai padės greitai nustatyti naują saugumo informaciją. Mums galite padėti pranešdami apie bet kokį Jums pasireiškiantį šalutinį poveikį. Apie tai, kaip pranešti apie šalutinį poveikį, žr. 4 skyriaus pabaigoje.

**Atidžiai perskaitykite visą šį lapelį, prieš pradėdami vartoti vaistą, nes jame pateikiama Jums svarbi informacija.**

- Neišmeskite šio lapelio, nes vėl gali prireikti jį perskaityti.
- Jeigu kiltų daugiau klausimų, kreipkitės į gydytoją, vaistininką arba slaugytoją.
- Jeigu pasireiškė šalutinis poveikis (net jeigu jis šiame lapelyje nenurodytas), kreipkitės į gydytoją, vaistininką arba slaugytoją. Žr. 4 skyrių.

### Apie ką rašoma šiame lapelyje?

1. Kas yra Ruxience ir kam jis vartojamas
2. Kas žinotina prieš vartojant Ruxience
3. Kaip skiriamas Ruxience
4. Galimas šalutinis poveikis
5. Kaip laikyti Ruxience
6. Pakuotės turinys ir kita informacija

### 1. Kas yra Ruxience ir kam jis vartojamas

#### Kas yra Ruxience?

Ruxience sudėtyje yra veikliosios medžiagos, vadinamos rituksimabu. Tai yra baltymo, vadinamo monokloniniu antikūnu, rūšis. Vaistas jungiasi prie baltųjų kraujo ląstelių, vadinamų B limfocitais, paviršiaus. Prisijungęs prie šių ląstelių paviršiaus rituksimabas sukelia jų žūtį.

#### Kam Ruxience vartojamas?

Ruxience gali būti vartojamas suaugusiesiems ir vaikams kelioms skirtingoms ligoms gydyti.

Ruxience Jums gali būti paskirtas gydyti:

#### a) Ne Hodžkino limfomą

Tai limfinio audinio (limfinės sistemos dalies) liga, kuri pažeidžia B limfocitais vadinamas baltąsias kraujo ląsteles.

Suaugusiesiems Ruxience gali būti vartojamas vienas arba kartu su kitais vaistais, kurie vadinami „chemoterapija“.

Suaugusiems pacientams, kuriems baigtas pradinis gydymas ir jis buvo veiksmingas, Ruxience gali būti vartojamas palaikomajam gydymui 2 metus.

Vaikams ir paaugliams Ruxience vartojamas kartu su „chemoterapija“.

#### b) Lėtinę limfocitinę leukemiją

Lėtinė limfocitinė leukemija (LLL) yra dažniausia suaugusių žmonių leukemijos rūšis. LLL pažeidžia tam tikrus limfocitus – B ląsteles, kurios susidaro kaulų čiulpuose ir vystosi limfmazgiuose. LLL sergantys ligoniai turi per daug nenormalių limfocitų, kurie kaupiasi daugiausia kaulų čiulpuose ir kraujyje. Šių nenormalių B limfocitų dauginimasis sukelia simptomus, kurie gali Jums atsirasti. Ruxience kartu su chemoterapija ardo šias ląsteles, o biologinis vyksmas palaipsniui jas pašalina iš kraujo.

### **c) Reumatoidinį artritą**

Ruxience vartojamas reumatoidiniam artritui gydyti. Reumatoidinis artritas yra sąnarių liga. B limfocitai gali sukelti kai kuriuos šios ligos simptomus. Ruxience vartojamas reumatoidiniam artritui gydyti asmenims, jau gydytiems kitais vaistais, kurie nustojo veikti, veikė nepakankamai arba sukėlė šalutinį poveikį. Ruxience paprastai vartojamas kartu su kitu vaistu – metotreksatu.

Ruxience sulėtina sąnarių pažeidimo, kurį sukelia reumatoidinis artritas, progresavimą ir palengvina įprastinę kasdieninę veiklą.

Geriausias atsakas gydant Ruxience pasiekiamas ligoniams, kurių kraujyje yra randama reumatoidinio faktoriaus (RF) ir (arba) antikūnų prieš ciklinį citrulininį peptidą (anti-CCP). Sergant reumatoidiniu artritui, mėginiai abiem šiems žymenims nustatyti dažniausiai būna teigiami ir padeda patvirtinti reumatoidinio artrito diagnozę.

### **d) Granuliozė su poliangitu arba mikroskopinį poliangitą**

Ruxience vartojamas granuliozėje su poliangitu (anksčiau vadinta Wegener'io granuliozėje) arba mikroskopiniu poliangitu sergantiems suaugusiems pacientams bei 2 metų ir vyresniems vaikams gydyti, vaisto vartojama kartu su kortikosteroidais.

Granuliozė su poliangitu ir mikroskopinis poliangitas yra dvi kraujagyslių uždegiminių ligų formos, kurios daugiausia pažeidžia plaučius ir inkstus, tačiau taip pat gali pažeisti ir kitus organus. Šių ligų išsivystymą lemia B limfocitai.

### **e) Paprastoji pūslinė**

Ruxience vartojamas vidutinio sunkumo ar sunkia paprastąja pūsline sergantiems pacientams gydyti. Paprastoji pūslinė yra autoimuninė būklė, sukianti skausmingų pūslių ant odos ir burnos, nosies, gerklės bei lytinių organų gleivinėje susidarymą.

## **2. Kas žinotina prieš vartojant Ruxience**

### **Ruxience vartoti negalima**

- jeigu yra alergija rituksimabui, kitiems į rituksimabą panašioms baltymams arba bet kuriai pagalbinei šio vaisto medžiagai (jos išvardytos 6 skyriuje);
- jeigu šiuo metu sergate sunkia, aktyvia infekcine liga;
- jeigu yra susilpnėjusi Jūsų imuninė sistema;
- jeigu Jums yra sunkus širdies nepakankamumas arba sunki nekontroliuojama širdies liga ir Jūs sergate reumatoidiniu artritui, granuliozėje su poliangitu, mikroskopiniu poliangitu arba paprastąja pūsline.

Jeigu Jums yra kuri nors iš anksčiau nurodytų būklių, Ruxience nevartokite. Jeigu dėl to abejojate, prieš Jums suleidžiant Ruxience pasitarkite su gydytoju, vaistininku ar slaugytoja.

### **Įspėjimai ir atsargumo priemonės**

Svarbu, kad Jūs ir gydytojas užrašytumėte vaisto, kurį vartojate, pavadinimą ir serijos numerį.

Pasitarkite su gydytoju, vaistininku arba slaugytoja, prieš Jums suleidžiant Ruxience:

- jeigu anksčiau sirgote arba dabar galite sirgti hepatitu, nes retais atvejais vartojant Ruxience gali vėl suaktyvėti hepatito B infekcija ir labai retai tai gali būti mirtina; pacientai, kuriems yra buvusi hepatito B infekcija, bus gydytojo atidžiai stebimi, ar neatsiranda šios infekcijos požymių;
- jeigu esate sirgę širdies liga (pvz., krūtinės angina, sustiprėjusiu ar nereguliariu širdies plakimu arba širdies nepakankamumu) arba Jums buvo kvėpavimo sutrikimų.

Jeigu Jums yra kuri nors iš anksčiau nurodytų būklių (arba dėl to abejojate), prieš Jums leidžiant Ruxience pasitarkite su gydytoju, vaistininku ar slaugytoja. Gydytojui gali reikėti imtis specialių Jūsų būklės stebėjimo priemonių gydymo Ruxience metu.

Taip pat pasitarkite su gydytoju, jeigu manote, kad netrukus Jus reikės vakcinuoti, įskaitant vakcinaciją prieš kelionę į kitas šalis. Kai kuriomis vakcinomis negalima vakcinuoti, kai gydoma Ruxience arba artimiausiais mėnesiais po gydymo. Gydytojas patikrins, ar Jus reikia vakcinuoti prieš gydymą Ruxience.

**Jeigu sergate reumatoidiniu artritu, granuliomatoze su poliangitu, mikroskopiniu poliangitu arba paprastąja pūsline, taip pat pasakykite gydytojui:**

- jeigu manote, kad Jums yra infekcija, nors ir lengva, pavyzdžiui, peršalimas. Ląstelės, kurias slopina Ruxience, padeda kovoti su infekcija, todėl prieš pradėdant gydyti Ruxience reikia palaukti, kol infekcija praeis. Taip pat pasakykite gydytojui, jei praeityje Jums buvo daug infekcijų arba sirgote sunkiomis infekcijomis.

**Vaikams ir paaugliams**

*Ne Hodžkino limfoma*

Ruxience gali būti vartojamas vaikams ir paaugliams (6 mėnesių amžiaus ir vyresniems), sergantiems ne Hodžkino limfoma, o būtent CD20 teigiama difuzine didelių B ląstelių limfoma (DDBLL), Berkito (*Burkitt*) limfoma (BL) ar Berkito (*Burkitt*) leukemija (ūmine subrendusių B ląstelių leukemija) (ŪBLL) arba į Berkito (*Burkitt*) panašia limfoma (BPL), gydyti.

Jeigu Jūs arba Jūsų vaikas esate jaunesni nei 18 metų amžiaus, prieš vartodami šį vaistą pasakykite gydytojui, vaistininkui arba slaugytojui.

*Granuliomatozė su poliangitu arba mikroskopinis poliangitas*

Ruxience gali būti vartojamas suaugusiems pacientams bei 2 metų ir vyresniems vaikams, sergantiems sunkia, aktyvios eigos granuliomatoze su poliangitu (anksčiau vadinta Wegener'io granuliomatoze) ar mikroskopiniu poliangitu, gydyti. Yra nedaug duomenų apie rituksimabo vartojimą vaikų ir jaunų pacientų, sergančių kitomis ligomis, gydymui.

Jeigu Jūs arba Jūsų vaikas esate jaunesni kaip 18 metų, prieš vartodami šį vaistą pasakykite gydytojui, vaistininkui arba slaugytojui.

**Kiti vaistai ir Ruxience**

Jeigu vartojate ar neseniai vartojote kitų vaistų arba dėl to nesate tikri, apie tai pasakykite gydytojui, vaistininkui arba slaugytojai. Tai apima ir be recepto įsigytus vaistus bei augalinius vaistus. Tai svarbu, kadangi Ruxience gali daryti įtaką kai kurių kitų vaistų poveikiui. Taip pat ir kai kurie kiti vaistai gali daryti įtaką Ruxience poveikiui.

Ypatingai svarbu, kad pasakytumėte gydytojui:

- jeigu vartojate vaistų padidėjusiam kraujospūdžiui gydyti. Gydytojas gali Jums nurodyti nevertoti šių kitų vaistų likus 12 valandų iki Ruxience leidimo. Taip yra todėl, kad kai kuriems žmonėms Ruxience vartojimo metu sumažėja kraujospūdis;
- jeigu anksčiau vartojote vaistų, kurie gali veikti Jūsų imuninę sistemą, pavyzdžiui, chemoterapinių ar imunosupresinių vaistų.

Jeigu Jums yra kuri nors iš anksčiau nurodytų sąlygų (arba dėl to abejojate), prieš Jums leidžiant Ruxience pasitarkite su gydytoju, vaistininku ar slaugytoja.

**Nėštumas ir žindymo laikotarpis**

Jeigu esate nėščia, manote, kad galbūt esate nėščia arba planuojate pastoti, tai prieš vartodama šį vaistą būtinai pasakykite apie tai gydytojui arba slaugytojai. Tai reikalinga todėl, kad Ruxience gali prasiskverbti pro placentą ir gali pakenkti Jūsų kūdikiui.

Jeigu esate vaisinga moteris, Jūs ir Jūsų partneris Ruxience vartojimo metu turite naudoti veiksmingas kontracepcijos priemones. Šias priemones taip pat turite naudoti ir 12 mėnesių nuo paskutiniosios Ruxience dozės vartojimo.

Taip reikia todėl, kad Ruxience labai nedidelis kiekis gali patenka kti į žindyvės krūtis pieną. Kadangi ilgalaikis poveikis žindomiems kūdikiams nėra žinomas, saugumo sumetimais gydymo Ruxience metu ir 6 mėnesius po jo žindyti nerekomenduojama.

#### **Vairavimas ir mechanizmų valdymas**

Nežinoma, ar Ruxience veikia gebėjimą vairuoti ir valdyti įrankius ar mechanizmus.

#### **Ruxience sudėtyje yra natrio**

Šio vaisto dozėje yra mažiau kaip 1 mmol (23 mg) natrio, t. y. jis beveik neturi reikšmės.

### **3. Kaip skiriamas Ruxience**

#### **Kaip skiriamas šis vaistas?**

Ruxience Jums leis gydytojas arba slaugytoja, kurie turi patirties Jūsų ligos gydymo srityje. Šio vaisto vartojimo metu gydytojas arba slaugytoja atidžiai stebės Jūsų būklę. Tai būtina, jeigu Jums pasireikštų šalutinių reiškinių.

Gydymo pradžioje Jums visada bus skiriama Ruxience lašinė infuzija į veną.

#### **Prieš Ruxience vartojimą skiriami vaistai**

Prieš Jums leidžiant Ruxience, gydytojas Jums paskirs kitų vaistų (tai vadinama premedikacija), norėdamas apsaugoti nuo šalutinių reiškinių pasireiškimo ar juos palengvinti.

#### **Kokia dozė Jums bus skiriama ir kaip dažnai?**

##### **a) Jeigu gydoma nuo ne Hodžkino limfomos**

- *Jei Jums skiriamas tik Ruxience*  
Ruxience Jums bus leidžiamas kartą per savaitę 4 savaites. Ruxience gydymo kursai gali būti kartojami.
- *Jei Ruxience Jums skiriamas kartu su chemoterapija*  
Ruxience Jums bus leidžiamas tą pačią chemoterapijos vartojimo dieną. Paprastai vaistų bus skiriama kartą kas 3 savaites iki 8 kartų.
- Jei pradinis gydymas bus veiksmingas, toliau gali būti skiriamas palaikomasis gydymas Ruxience kas 2–3 mėnesius dvejus metus. Jūsų gydytojas gali pakeisti Jūsų gydymą priklausomai nuo to, ar vaistas bus veiksmingas.
- Jei esate jaunesni kaip 18 metų, Ruxience Jums bus leidžiamas kartu su chemoterapija. Per 3,5–5,5 mėnesių trukmės laikotarpį Ruxience Jums bus skiriamas iki 6 kartų.

##### **b) Jeigu gydoma nuo lėtinės limfocitinės leukemijos**

Gydant Ruxience kartu su chemoterapija, Ruxience infuzijos daromos paskutinę dieną prieš pirmąjį ciklą, paskui pirmąjį kiekvieno ciklo dieną, iš viso 6 ciklus. Kiekvieno ciklo trukmė – 28 dienos. Chemoterapija turi būti atliekama po Ruxience infuzijos. Gydytojas nuspręs, ar Jums reikia papildomo palaikomojo gydymo.

##### **c) Jeigu gydoma nuo reumatoidinio artrito**

Kiekvieną gydymo kursą sudaro dvi atskiros infuzijos, atliekamos dviejų savaitių intervalu. Galimi kartotiniai gydymo Ruxience kursai. Atsižvelgdamas į Jūsų ligos požymius ir simptomus gydytojas spręs, kada reikia toliau gydyti Ruxience. Tai gali būti po kelių mėnesių.

##### **d) Jeigu gydoma nuo granuliozės su poliangitu arba mikroskopinio poliangito**

Gydymui skiriamos keturios atskiros Ruxience infuzijos kas savaitę. Paprastai prieš pradėdant gydyti Ruxience pacientams skiriamos kortikosteroidų injekcijos. Bet kuriuo metu Jūsų būklei gydyti gydytojas gali skirti per burną vartojamą kortikosteroidų.

Jeigu Jūs esate 18 metų ir vyresni ir Jūsų organizmas gerai reaguoja į šį gydymą, Ruxience Jums gali būti paskirtas palaikomajam gydymui. Tuomet bus skiriamos 2 atskiros vaisto infuzijos su 2 savaitių pertrauka tarp jų, o vėliau bus skiriama po 1 infuziją kas 6 mėnesius bent dvejus metus. Gydytojas gali

nuspręsti Jus gydyti Ruxience ir ilgiau (iki 5 metų), priklausomai nuo to, kaip gerai Jūsų organizmas reaguoja į šį vaistą.

#### **e) Jeigu gydoma paprastoji pūslinė**

Kiekvieną gydymo kursą sudaro dvi atskiros infuzijos, kurios suleidžiamos su 2 savaitių pertrauka. Jeigu Jūsų organizmas gerai reaguoja į gydymą, Jums gali būti paskirtas palaikomasis gydymas Ruxience. Palaikomajam gydymui vaisto infuzija bus paskirta praėjus 1 metams ir 18 mėnesių po pradinio gydymo kurso, o vėliau infuzijos bus skiriamos kas 6 mėnesius jeigu reikia; gydytojas gali pakeisti tokį gydymą, priklausomai nuo to, kaip Jūsų organizmas reaguoja į šį vaistą.

Jeigu kiltų daugiau klausimų dėl šio vaisto vartojimo, kreipkitės į gydytoją, vaistininką arba slaugytoją.

#### **4. Galimas šalutinis poveikis**

Šis vaistas, kaip ir visi kiti, gali sukelti šalutinį poveikį, nors jis pasireiškia ne visiems žmonėms.

Dažniausiai šalutinis poveikis yra silpnas arba vidutinio stiprumo, tačiau kartais gali būti stiprus ir jį reikia gydyti. Retai kai kurios reakcijos būna mirtinos.

##### **Reakcijos į infuziją**

Pirmosios infuzijos metu arba per pirmąsias 24 valandas po infuzijos gali pasireikšti karščiavimas, šaltkrėtis ir drebulys. Rečiau kai kuriems ligoniams gali atsirasti infuzijos vietos skausmas, odos pūslelių, niežulys, pykinimas (šleikštulys), nuovargis, galvos skausmas, pasunkėjęs kvėpavimas, pakyla kraujospūdis, švokščijama, kyla nemalonūs pojūčiai gerklėje, liežuvio ar žiočių paburkimas, nosies niežulys ar sloga, vėmimas, karščio pylimas ar neregularus širdies plakimas, širdies priepuolis ar mažas trombocitų skaičius. Jeigu sergate širdies liga ar krūtinės angina, šios reakcijos gali pasunkėti. Jeigu Jums arba Jūsų vaikui atsiranda bet kuris iš šių simptomų, **nedelsdami pasakykite infuziją atliekančiam asmeniui**, nes infuziją gali tekti sulėtinti arba kuriam laikui nutraukti. Gali reikėti papildomai gydyti, pavyzdžiui, antihistamininiais vaistais arba paracetamoliu. Kai simptomai praeina arba susilpnėja, infuziją galima tęsti. Po antrosios infuzijos šių reakcijų tikimybė yra mažesnė. Gydytojas gali nuspręsti nutraukti Ruxience vartojimą, jei šios reakcijos bus sunkios.

##### **Infekcijos**

**Nedelsdami pasakykite gydytojui, jeigu Jums arba Jūsų vaikui pasireikštų toliau nurodytų infekcijos požymių:**

- karščiavimas, kosulys, gerklės skausmas, deginantis skausmas šlapinantis arba silpnumo ar bendro negalavimo pojūtis;
- atminties praradimas, apsunkintas mąstymas, pasunkėjęs vaikščiojimas ar apakimas – tai gali pasireikšti dėl labai retos, bet sunkios galvos smegenų infekcijos, kuri gali būti mirtina (progresuojančiosios daugiažidininės leukoencefalopatijos arba PDL).

Jei esate gydomas Ruxience, didesnė tikimybė, kad susirgsite infekcine liga.

Dažnai tai būna peršalimas, tačiau pasitaikė ir plaučių uždegimo ar šlapimo takų infekcijos ir sunkios virusinės infekcijos atvejų. Šie reiškiniai išvardyti toliau skyriuje „Kiti šalutiniai reiškiniai“.

Jeigu Jūs esate gydoma(s) nuo reumatoidinio artrito, granuliomatozės su poliangitu, mikroskopinio poliangito ar paprastosios pūslinės, šią informaciją Jūs taip pat rasite „Paciento budrumo lapelyje“, kurį Jums duos gydytojas. Svarbu yra saugoti šį budrumo lapelį ir parodyti jį partneriui ar globėjui.

##### **Odos reakcijos**

Labai retai gali pasireikšti sunkios pūslinės odos būklės, kurios gali būti pavojingos gyvybei. Gali atsirasti odos ir gleivinių (pavyzdžiui, burnos ertmės, lyties organų ir akių vokų gleivinių) paraudimas, dažnai susijęs su pūslių susidarymu, taip pat gali pasireikšti karščiavimas. **Jeigu Jums pasireikštų bet kurių iš nurodytų simptomų, nedelsdami pasakykite gydytojui.**



## **Kitas šalutinis poveikis) Jei Jums arba Jūsų vaikui skiriamas gydymas nuo ne Hodžkino limfomos arba lėtinės limfocitinės leukemijos**

Labai dažnas šalutinis poveikis (gali pasireikšti dažniau kaip 1 asmeniui iš 10):

- bakterijų ar virusų sukeltos infekcijos, bronchitas;
- sumažėjęs baltųjų kraujo ląstelių skaičius kartu su karščiavimu ar be jo, sumažėjęs trombocitais vadinamų kraujo ląstelių skaičius;
- pykinimas;
- lizdinis galvos plikimas, šaltnė, galvos skausmas;
- susilpnėjęs imunitetas dėl kraujyje sumažėjusio tam tikrų imunoglobulinais (IgG) vadinamų antikūnų, kurie padeda organizmui kovoti su infekcijomis, kiekio.

Dažnas šalutinis poveikis (gali pasireikšti rečiau kaip 1 asmeniui iš 10):

- kraujo infekcija (sepsis), pneumonija, juostinė pūslelinė, peršalimas, bronchų infekcijos, grybelių sukeltos infekcijos, nežinomo sukėlėjo sukeltos infekcijos, prienosinių ančių uždegimas, hepatitas B;
- sumažėjęs raudonųjų kraujo ląstelių skaičius (mažakraujystė), sumažėjęs visų kraujo ląstelių skaičius;
- alerginės reakcijos (padidėjęs jautrumas);
- padidėjęs cukraus kiekis kraujyje, kūno svorio sumažėjimas, veido ir kūno pabrinkimas, padidėjusi kraujo fermento (LDH) kiekis, sumažėjęs kalcio kiekis kraujyje;
- neįprastas odos jutimas, pavyzdžiui, tirpimas, dilgčiojimas, dūrimas, deginimas, šliaužiančios odos jutimas, sumažėjęs lietimą pojūtis;
- neramumo pojūtis, nemiga;
- ryškus veido ir kitų odos sričių paraudimas dėl kraujagyslių išsiplėtimo;
- svaigulys, nerimas;
- padidėjęs ašarų susidarymas, ašarų latakų veiklos sutrikimas, akių junginės uždegimas (konjunktyvitas);
- spengimas ausyse, ausų skausmas;
- širdies sutrikimai (širdies smūgis, nereguliarus širdies plakimas, nenormaliai greitas širdies plakimas);
- padidėjęs arba sumažėjęs kraujospūdis, ypač kraujospūdžio sumažėjimas atsistojus;
- kvėpavimo takų sienelių raumenų įsitempimas ir dėl to pasireiškiantis švokštimas (bronchų spazmas), plaučių, gerklės ir (arba) prienosinių ančių uždegimas ar dirginimas, dusulys, sloga;
- vėmimas, viduriavimas, pilvo skausmas, ryklės ir burnos dirginimas ir (arba) išopėjimas, rijimo sutrikimas, vidurių užkietėjimas, nevirškinimas;
- valgymo sutrikimai, mažas suvalgyto maisto kiekis, dėl to mažėjantis kūno svoris;
- dilgėlinė, sustiprėjęs prakaitavimas, naktinis prakaitavimas;
- raumenų sutrikimai, nenormalus raumenų tonuso padidėjimas, sąnarių ar raumenų skausmas, nugaros ir kaklo skausmas;
- naviko skausmas;
- bendras diskomfortas arba nesmagumo pojūtis, nuovargis, drebulys, į gripą panašūs požymiai;
- sutrikusi daugelio organų veikla.

Nedažnas šalutinis poveikis (gali pasireikšti rečiau kaip 1 asmeniui iš 100):

- sutrikęs kraujo krešėjimas, sumažėjusi raudonųjų kraujo ląstelių gamyba, sustiprėjęs raudonųjų kraujo ląstelių irimas (aplazinė hemolizinė anemija), limfmazgių patinimas ar padidėjimas;
- bloga nuotaika ir domėjimosi įprastine veikla ar malonumais praradimas, nervingumas;
- skonio jutimo sutrikimas, pavyzdžiui, pakitęs skonio pojūtis;
- širdies sutrikimai, pavyzdžiui, suretėjęs širdies plakimas, krūtinės skausmas (krūtinės angina);
- astma, sumažėjęs vidaus organus pasiekiančio deguonies kiekis;
- pilvo padidėjimas.

Labai retas šalutinis poveikis (gali pasireikšti rečiau kaip 1 asmeniui iš 10 000):

- laikinai padidėjęs imunoglobulinas (IgM) vadinamų antikūnų kiekis kraujyje, žūstančių vėžinių ląstelių irimo sukeltas biocheminių medžiagų pusiausvyros sutrikimas kraujyje;
- rankų ir kojų nervų pažeidimas, veido paralyžius;
- širdies nepakankamumas;
- kraujagyslių uždegimas, įskaitant tokį, kuris sukelia odos simptomus;
- kvėpavimo nepakankamumas;
- žarnų sienelės pažeidimas (prakiurimas);
- sunkios odos ligos, pasireiškiančios pūslių susidarymu ir galinčios kelti pavojų gyvybei; gali pasireikšti odos arba gleivinių (pavyzdžiui, burnos ertmės, lyties organų ar akių vokų gleivinių) paraudimas, dažnai kartu gali susidaryti pūslių ir pasireikšti karščiavimas;
- inkstų nepakankamumas;
- sunkus regėjimo netekimas.

Dažnis nežinomas (negali būti apskaičiuotas pagal turimus duomenis):

- vėlyvas baltųjų kraujo ląstelių skaičiaus sumažėjimas;
- iš karto po infuzijos pasireiškiantis trombocitų skaičiaus sumažėjimas, kuris gali būti grįžtamas, bet kuris retais atvejais gali būti mirtinas;
- klausos netekimas, kitų jutimų sutrikimas.

**Vaikams ir paaugliams, sergantiems ne Hodžkino limfoma.** Iš esmės, ne Hodžkino limfoma sergantiems vaikams ir paaugliams pastebėti šalutiniai reiškiniai buvo panašūs į nustatytuosius reiškinius suaugusiesiems, sergantiems ne Hodžkino limfoma arba lėtine limfocitine leukemija. Dažniausiai nustatyti šalutiniai reiškiniai buvo karščiavimas, susijęs su sumažėjusiu tam tikrų baltųjų kraujo ląstelių (neutrofilų) kiekiu, burnos gleivinės uždegimas ar išopėjimas bei alerginės (padidėjusio jautrumo) reakcijos.

#### **b) Jei gydoma nuo reumatoidinio artrito**

Labai dažnas šalutinis poveikis (gali pasireikšti dažniau kaip 1 asmeniui iš 10):

- infekcijos, pavyzdžiui, plaučių uždegimas (bakterinis),
- skausmas šlapinantis (šlapimo takų infekcija),
- alerginės reakcijos, kurios dažniausiai pasireiškia infuzijos metu, bet gali atsirasti iki 24 valandų po infuzijos,
- kraujospūdžio pokyčiai, pykinimas, bėrimas, karščiavimas, niežulys, vandeninga sloga arba nosies užgulimo jausmas, čiaudulys, drebulys, pagreitėjęs širdies plakimas, nuovargis,
- galvos skausmas,
- gydytojo paskirtų atlikti laboratorinių tyrimų rodiklių pokyčiai, įskaitant sumažėjusį kai kurių specifinių baltymų (imunoglobulinų), kurie padeda organizmui kovoti su infekcijomis, kiekį kraujyje.

Dažnas šalutinis poveikis (gali pasireikšti rečiau kaip 1 asmeniui iš 10):

- infekcijos, pavyzdžiui, bronchų uždegimas (bronchitas),

- pilnumo jausmas arba pulsuojantis skausmas už nosies, skruostų ir akių (sinusitas), pilvo skausmas, vėmimas ir viduriavimas, kvėpavimo sutrikimai,
- grybelinė pėdų infekcija („atleto” pėda),
- didelis cholesterolio kiekis kraujyje,
- nenormalus odos jautrumas, pavyzdžiui, tirpimas, tvinkčiojimas, dilgčiojimas ar deginimas, sėdimąjo nervo skausmas, migrena, svaigulys,
- plikimas,
- nerimas, depresija,
- nevirškinimas, viduriavimas, rėmuo, žiočių ir burnos dirginimas ir (arba) išopėjimas,
- pilvo sienos, nugaros, raumenų ir (arba) sąnarių skausmas.

Nedažnas šalutinis poveikis (gali pasireikšti rečiau kaip 1 asmeniui iš 100):

- padidėjęs skysčių kaupimasis veide ir kūne,
- plaučių ir ryklės uždegimas, dirginimas ir (arba) sunkumo jausmas, kosulys,
- odos reakcijos, iš jų dilgėlinė, niežulys ir bėrimas,
- alerginės reakcijos, iš jų švokštimas arba dusulys, veido ir liežuvio tinimas, kolapsas.

Labai retas šalutinis poveikis (gali pasireikšti rečiau kaip 1 asmeniui iš 10 000):

- simptomų kompleksas, atsiradęs per kelias savaites po rituksimabo infuzijos (į alergiją panašūs simptomai, pavyzdžiui, bėrimas, niežulys, sąnarių skausmas, padidėję limfmazgiai ir karščiavimas).
- sunkios pūslinės odos būklės, kurios gali būti pavojingos gyvybei. Gali pasireikšti odos ir gleivinės (pavyzdžiui, burnos ertmės, lyties organų ar akių vokų gleivinės) paraudimas, dažnai kartu gali susidaryti pūslių ir pasireikšti karščiavimas.

Dažnis nežinomas (dažnis negali būti įvertintas pagal turimus duomenis):

- sunkios virusinės infekcijos

Kiti reti rituksimabo šalutinio poveikio reiškiniai, apie kuriuos gauta pranešimų, yra: sumažėjęs baltųjų kraujo ląstelių (neutrofilų), kurios padeda kovoti su infekcijomis, skaičius. Kai kurios infekcijos gali būti sunkios (prašytume perskaityti šio skyriaus poskyryje „**Infekcijos**“ pateiktą informaciją).

### **c) Jeigu Jūs ar Jūsų vaikas gydomi nuo granulomatozės su poliangitu arba mikroskopinio poliangito**

Labai dažnas šalutinis poveikis (gali pasireikšti dažniau kaip 1 asmeniui iš 10):

- infekcijos, pavyzdžiui, krūtinės ląstos infekcijos, šlapimo takų infekcijos (skausmas šlapinant), peršalimas ir *herpes* infekcija,
- alerginės reakcijos, kurių dažniausiai pasireiškia infuzijos metu, bet gali atsirasti iki 24 valandų po infuzijos,
- viduriavimas,
- kosulys ar dusulys,
- kraujavimas iš nosies,
- padidėjęs kraujospūdis,
- sąnarių ar nugaros skausmas,
- raumenų trūkčiojimai ar drebėjimas,
- svaigimo pojūtis,
- tremoras (drebėjimas, dažniausiai plaštakų),
- sunkumas užmigti (nemiga),
- plaštakų ar čiurnų patinimas.

Dažnas šalutinis poveikis (gali pasireikšti rečiau kaip 1 asmeniui iš 10):

- nevirškinimo pojūtis,
- vidurių užkietėjimas,
- odos bėrimas, įskaitant aknę arba spuogus,

- karščio pylimas arba odos paraudimas,
- karščiavimas,
- nosies užgulimas ar varvėjimas,
- įtempti ar skausmingi raumenys,
- raumenų skausmas arba plaštakų ir pėdų skausmas,
- sumažėjęs raudonųjų kraujo ląstelių skaičius (mažakraujystė),
- sumažėjęs trombocitų skaičius kraujyje,
- padidėjęs kalio kiekis kraujyje,
- pakitęs širdies susitraukimų ritmas arba greitesnis nei įprasta širdies plakimas.

Labai retas šalutinis poveikis (gali pasireikšti rečiau kaip 1 asmeniui iš 10 000):

- sunkios pūslinės odos būklės, kurios gali būti pavojingos gyvybei. Gali pasireikšti odos ir gleivinės (pavyzdžiui, burnos ertmės, lyties organų ar akių vokų gleivinės) paraudimas, dažnai kartu gali susidaryti pūslių ir pasireikšti karščiavimas,
- ankstesnės hepatito B infekcijos atsinaujinimas.

Dažnis nežinomas (dažnis negali būti įvertintas pagal turimus duomenis):  
sunkios virusinės infekcijos

#### **Vaikai ir paaugliai, sergantys granuliomatoze su poliangiitu ar mikroskopiniu poliangiitu**

Iš esmės, šalutinis poveikis vaikams ir paaugliams, sergantiems granulomatoze su poliangiitu ar mikroskopiniu poliangiitu, buvo panašus į nustatytuosius reiškinius suaugusiesiems, sergantiems granulomatoze su poliangiitu ar mikroskopiniu poliangiitu. Dažniausias stebėtas šalutinis poveikis buvo infekcijos, alerginės reakcijos ir pykinimas.

#### **d) Jeigu gydoma paprastoji pūslinė**

Labai dažnas šalutinis poveikis (gali pasireikšti dažniau kaip 1 asmeniui iš 10):

- alerginės reakcijos, kurių dažniausiai pasireiškia infuzijos metu, bet gali atsirasti iki 24 valandų po infuzijos,
- galvos skausmas,
- infekcijos, pavyzdžiui, krūtinės ląstos infekcijos,
- ilgai trunkanti depresija,
- plaukų slinkimas.

Dažnas šalutinis poveikis (gali pasireikšti rečiau kaip 1 asmeniui iš 10):

- infekcijos, pavyzdžiui, įprastas peršalimas, herpes infekcija, akių infekcija, burnos pienligė ir šlapimo takų infekcijos (skausmas šlapinantis),
- nuotaikos sutrikimai, pavyzdžiui, dirglumas ir depresija,
- odos sutrikimai, pavyzdžiui, niežulys, dilgėlinė ir gerybiniai navikai,
- nuovargio ar svaigimo jausmas,
- karščiavimas,
- skausmingi sąnariai ar nugara,
- pilvo skausmas,
- raumenų skausmas,
- greitesnis nei įprastai širdies plakimas.

Dažnis nežinomas (dažnis negali būti įvertintas pagal turimus duomenis):

- sunkios virusinės infekcijos

Vartojant Ruxience taip pat gali pakisti gydytojo paskirtų atlikti laboratorinių tyrimų rodikliai.

Jei Ruxience vartojamas kartu su kitais vaistais, kai kuriuos šalutinius reiškinius gali sukelti pastarieji.

### **Pranešimas apie šalutinį poveikį**

Jeigu pasireiškė šalutinis poveikis, įskaitant šiame lapelyje nenurodytą, pasakykite gydytojui, vaistininkui arba slaugytojai. Apie šalutinį poveikį taip pat galite pranešti tiesiogiai naudodamiesi [V priede](#) nurodyta nacionaline pranešimo sistema. Pranešdami apie šalutinį poveikį galite mums padėti gauti daugiau informacijos apie šio vaisto saugumą.

## **5. Kaip laikyti Ruxience**

Šį vaistą laikykite vaikams nepastebimoje ir nepasiekiamoje vietoje.

Ant dėžutės po „Tinka iki“ nurodytam tinkamumo laikui pasibaigus, šio vaisto vartoti negalima. Vaistas tinkamas vartoti iki paskutinės nurodyto mėnesio dienos.

Laikykite šaldytuve (2 °C – 8 °C) išorinėje dėžutėje, kad vaistas būtų apsaugotas nuo šviesos.

Vaistų negalima išmesti į kanalizaciją arba su buitinėmis atliekomis. Kaip išmesti nereikalingus vaistus, klauskite vaistininko. Šios priemonės padės apsaugoti aplinką.

## **6. Pakuotės turinys ir kita informacija**

### **Ruxience sudėtis**

- Veiklioji Ruxience medžiaga yra rituksimabas.  
10 ml flakone yra 100 mg rituksimabo (10 mg/ml).  
50 ml flakone yra 500 mg rituksimabo (10 mg/ml).
- Pagalbinės medžiagos yra L-histidinas, L-histidino hidrochloridas monohidratas, dinatrio edetatas, polisorbatai 80, sacharozė, injekcinis vanduo.

### **Ruxience išvaizda ir kiekis pakuotėje**

Ruxience yra skaidrus arba silpnai opalinis bespalvis arba rusvai gelsvas tirpalas, tiekiamas kaip koncentratas infuziniam tirpalui [sterilus koncentratas].

10 ml flakonas – pakuotėje 1 flakonas

50 ml flakonas – pakuotėje 1 flakonas

### **Registruotojas**

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

### **Gamintojas**

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

Jeigu apie šį vaistą norite sužinoti daugiau, kreipkitės į vietinį registruotojo atstovą.

**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

**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

**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

**România**  
Pfizer Romania S.R.L.  
Tel: +40 (0) 21 207 28 00

**Slovenija**  
Pfizer Luxembourg SARL  
Pfizer, podružnica za svetovanje s področja  
farmacevtske 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

**Latvija**

Pfizer Luxembourg SARL filiāle Latvijā  
Tel: +371 670 35 775

**United Kingdom (Northern Ireland)**

Pfizer Limited  
Tel: +44 (0)1304 616161

**Lietuva**

Pfizer Luxembourg SARL filialas Lietuvoje  
Tel: +370 5 251 4000

**Šis pakuotės lapelis paskutinį kartą peržiūrētas**

**Kiti informācijas šaltiniai**

Išsami informācija apie šī vaistā pateikiama Eiropas vaistū agentūros tinklalapyje  
<http://www.ema.europa.eu>.

Šis lapelis pateikiamas Eiropas vaistū agentūros tinklalapyje visomis ES/EEE kalbomis.