

I PIELIKUMS
ZĀĻU APRAKSTS

1. ZĀĻU NOSAUKUMS

Eliquis 2,5 mg apvalkotās tabletes

2. KVALITATĪVAIS UN KVANTITATĪVAIS SASTĀVS

Katra apvalkotā tablete satur 2,5 mg apiksabāna (*apixaban*).

Palīgviela(-s) ar zināmu iedarbību

Katra 2,5 mg apvalkotā tablete satur 51,4 mg laktozes (skatīt 4.4. apakšpunktu).

Pilnu palīgvielu sarakstu skatīt 6.1. apakšpunktā.

3. ZĀĻU FORMA

Apvalkotā tablete (tablete).

Dzeltenas, apaļas tabletes (5,95 mm diametrā) ar iespiestu skaitli 893 vienā pusē un 2½ – otrā pusē.

4. KLĪNISKĀ INFORMĀCIJA

4.1. Terapeitiskās indikācijas

Venozas trombembolijas notikumu (*venous thromboembolic events, VTE*) profilaksei pieaugušiem pacientiem, kuriem veikta plānveida gūžas vai ceļa locītavas endoprotezēšanas operācija.

Insulta un sistēmiskas embolijas profilaksei pieaugušiem pacientiem ar nevalvulāras izcelsmes priekškambaru mirgošanu (NVPM) un vienu vai vairākiem riska faktoriem, tādiem kā iepriekš pārciests insults vai tranzitora išēmiska lēkme (TIL), vecums ≥ 75 gadi, hipertensija, cukura diabēts, simptomātiska sirds mazspēja (\geq II klase pēc NYHA klasifikācijas).

Dziļo vēnu trombozes (DVT) un plaušu embolijas (PE) ārstēšana, kā arī recidivējošas DVT un PE profilakse pieaugušajiem (informāciju par hemodinamiski nestabiliem PE slimniekiem skatīt 4.4. apakšpunktu).

4.2. Devas un lietošanas veids

Devas

VTE profilakse (VTEp): gūžas vai ceļa locītavas plānveida endoprotezēšanas operācija

Ieteicamā apiksabāna deva ir 2,5 mg, ko lieto iekšķīgi divas reizes dienā. Pirmā deva jālieto 12 līdz 24 stundas pēc operācijas.

Ārsts var apsvērt iespējamo agrīnākas antikoagulācijas sniegto guvumu VTE profilaksei, kā arī pēcoperācijas asiņošanas risku, lemjot par ievadīšanas laiku norādītajā intervālā.

Pacientiem, kuriem tiek veikta gūžas locītavas endoprotezēšanas operācija

Ieteicamais ārstēšanas ilgums ir 32 līdz 38 dienas.

Pacientiem, kuriem tiek veikta ceļa locītavas endoprotezēšanas operācija

Ieteicamais ārstēšanas ilgums ir 10 līdz 14 dienas.

Insulta un sistēmiskas embolijas profilakse pieaugušiem pacientiem ar nevalvulāras izcelsmes priekškambaru mirgošanu (NVPM)

Apiksabāna ieteicamā deva ir 5 mg, ko lieto iekšķīgi divas reizes dienā.

Devas samazināšana

Apiksabāna ieteicamo devu 2,5 mg lietošanai divas reizes dienā nozīmē pacientiem ar NVPM, kuriem ir vismaz divas no sekojošām pazīmēm: vecums ≥ 80 gadi, ķermeņa masa ≤ 60 kg vai kreatinīns serumā $\geq 1,5$ mg/dl (133 mikromoli/l).

Terapija jāturpina ilgstoši.

DVT un PE terapija, DVT un PE recidīvu profilakse (VTEt)

Akūtas DVT, kā arī PE ārstēšanai ieteicamā apiksabāna deva ir 10 mg perorāli divas reizes dienā pirmās 7 dienas un vēlāk 5 mg perorāli divas reizes dienā. Saskaņā ar pieejamajām ārstēšanas vadlīnijām īslaicīgu (vismaz 3 mēnešus ilgu) terapiju jāpamato ar pārejošiem riska faktoriem (piemēram, nesen bijusi operācija, trauma vai imobilizācija).

DVT un PE recidīvu profilaksei ieteicamā apiksabāna deva ir 2,5 mg perorāli divas reizes dienā. Ja indikācija ir DVT un PE recidīvu profilakse, tad zāļu lietošana pa 2,5 mg divas reizes dienā jāsāk pēc tam, kad ir pabeigta 6 mēnešus ilga ārstēšana ar apiksabānu, lietojot pa 5 mg divas reizes dienā, vai citu antikoagulantu saskaņā ar 1. tabulā sniegtajiem norādījumiem (skatīt arī 5.1. apakšpunktu).

1. tabula. Ieteiktās devas (VTEt)

	Devu shēma	Maksimālā dienas deva
DVT vai PE ārstēšana	Pirmās 7 dienas pa 10 mg divas reizes dienā	20 mg
	Vēlāk pa 5 mg divas reizes dienā	10 mg
DVT un/vai PE recidīvu profilakse pēc tam, kad pabeigta 6 mēnešus ilga DVT vai PE ārstēšana	2,5 mg divas reizes dienā	5 mg

Visas terapijas ilgums jānosaka individuāli, kad rūpīgi izvērtēta terapijas sniegtā ieguvuma un asiņošanas riska attiecība (skatīt 4.4. apakšpunktu).

Izlaista deva

Ja deva tiek izlaista, pacientam Eliquis jālieto nekavējoties, un pēc tam lietošana jāturpina divas reizes dienā, kā iepriekš.

Terapijas maiņa

No parenterālas antikoagulantu ievadīšanas var pāriet uz Eliquis (un otrādi) nākamās plānotās devas laikā (skatīt 4.5. apakšpunktu). Nav atļauta vienlaicīga šo zāļu lietošana.

Pāreja no K vitamīna antagonista (KVA) uz Eliquis

Mainot pacienta terapiju no K vitamīna antagonista (KVA) uz Eliquis, jāpārtrauc varfarīna vai cita KVA lietošana un Eliquis jāsāk lietot tad, kad Starptautiskais standartizētais koeficients (INR - *international normalised ratio*) ir < 2 .

Pāreja no Eliquis uz KVA terapiju

Mainot pacienta terapiju no Eliquis uz KVA, Eliquis jāturpina lietot vēl vismaz 2 dienas pēc KVA terapijas sākuma. Pēc 2 dienu ilgas Eliquis un KVA līdztekus terapijas pirms kārtējās Eliquis devas jānosaka INR. Vienlaicīga terapija ar Eliquis un KVA jāturpina, kamēr INR kļūst ≥ 2 .

Gados vecāki cilvēki

VTEp un VTEt – devas pielāgošana nav nepieciešama (skatīt 4.4. un 5.2. apakšpunktu).

NVPM – devas pielāgošana nav nepieciešama, ja vien nav kritēriju devas samazināšanai (skatīt „Devas samazināšana” 4.2. apakšpunkta sākumā).

Nieru darbības traucējumi

Pacienti ar viegliem vai vidēji smagiem nieru darbības traucējumiem jāpiemēro šādi ieteikumi:

- VTE profilaksei pēc plānveida gūžas vai ceļa locītavas endoprotezēšanas operācijas (VTEp), DVT vai PE ārstēšanai un DVT vai PE recidīvu profilaksei (VTEt) devas pielāgošana nav nepieciešama (skatīt 5.2. apakšpunktu);
- insulta un sistēmiskas embolijas profilaksei pacientiem ar NVPM un gados vecākiem pacientiem (≥ 80 gadus veciem pacientiem) vai pacientiem ar mazu ķermeņa masu (≤ 60 kg), kuriem kreatinīna līmenis serumā ir $\geq 1,5$ mg/dl (133 mikromoli/l), devas pielāgošana ir nepieciešama un ir aprakstīta iepriekš. Ja nav spēkā citi devas samazināšanas kritēriji (vecums, ķermeņa masa), devas pielāgošana nav nepieciešama (skatīt 5.2. apakšpunktu).

Pacienti ar smagiem nieru darbības traucējumiem (kreatinīna klīrensu 15–29 ml/min) jāpiemēro šādi ieteikumi (skatīt 4.4. un 5.2. apakšpunktu):

- VTE profilaksei pēc plānveida gūžas vai ceļa locītavas endoprotezēšanas operācijas (VTEp), DVT vai PE ārstēšanai un DVT vai PE recidīvu profilaksei (VTEt) apiksbāns jālieto piesardzīgi;
- insulta un sistēmiskas embolijas profilaksei pacientiem ar NVPM ir jāsaņem mazāka apiksbāna deva – pa 2,5 mg divas reizes dienā.

Par pacientiem ar kreatinīna klīrensu < 15 ml/min vai pacientiem, kuriem tiek veikta hemodialīze, klīniskās pieredzes nav, tādēļ apiksbāns nav ieteicams (skatīt 4.4. un 5.2. apakšpunktu).

Aknu darbības traucējumi

Eliquis ir kontrindicēts pacientiem ar aknu slimībām, kas saistītas ar koagulopātiju un klīniski būtisku asiņošanas risku (skatīt 4.3. apakšpunktu).

Zāles nav ieteicamas pacientiem ar smagiem aknu darbības traucējumiem (skatīt 4.4. un 5.2. apakšpunktu).

Zāles jālieto piesardzīgi pacientiem ar viegliem vai vidēji smagiem aknu darbības traucējumiem (A vai B grupa pēc *Child Pugh* klasifikācijas). Pacienti ar viegliem vai vidēji smagiem aknu darbības traucējumiem devas pielāgošana nav nepieciešama (skatīt 4.4. un 5.2. apakšpunktu).

Pacienti ar palielinātu aknu enzīmu alanīnaminotransferāzes (AlAT)/aspartāminotransferāzes (AsAT) > 2 x NAR vai kopējā bilirubīna $\geq 1,5$ x NAR koncentrāciju tika izslēgti no klīniskajiem pētījumiem. Tādēļ Eliquis šai pacientu grupai jālieto piesardzīgi (skatīt 4.4. un 5.2. apakšpunktu). Pirms Eliquis terapijas uzsākšanas jāveic aknu funkcionālie testi.

Ķermeņa masa

VTEp un VTEt – devas pielāgošana nav nepieciešama (skatīt 4.4. un 5.2. apakšpunktu).

NVPM – devas pielāgošana nav nepieciešama, ja vien nav kritēriju devas samazināšanai (skatīt „Devas samazināšana” 4.2. apakšpunkta sākumā).

Dzimums

Devas pielāgošana nav nepieciešama (skatīt 5.2. apakšpunktu).

Pacienti, kuriem paredzēta katetra ablācija (NVPM)

Pacienti, saņemot katetra ablāciju, var turpināt lietot apiksbānu (skatīt 4.3., 4.4. un 4.5. apakšpunktu).

Pacienti, kuriem paredzēta kardioversija

Apikšabāna lietošanu var sākt vai turpināt nevalvulāras ātriju fibrilācijas (NVPM) pacienti, kuriem var būt nepieciešama kardioversija.

Pacientiem, kuri iepriekš nav saņēmuši antikoagulantu terapiju, pirms kardioversijas ir jāapsver kreisā priekškambara tromba iespējamības izslēgšana, izmantojot attēldiagnostikas metodes (piemēram, transezofageālo ehokardiogrāfiju (TEE) vai skenēšanu ar datortomogrāfu (DT)) saskaņā ar medicīniskajām vadlīnijām.

Pacientiem, kuriem uzsāk ārstēšanu ar apikšabānu, pirms kardioversijas ir jāsaņem 5 mg divas reizes dienā vismaz 2,5 dienas (5 vienreizējas devas), lai nodrošinātu pietiekamu antikoagulāciju (skatīt 5.1. apakšpunktu). Ja pacients atbilst devas samazināšanas kritērijiem, devu režīms ir jāsamazina līdz 2,5 mg apikšabāna divas reizes dienā vismaz 2,5 dienas (5 vienreizējas devas) (skatīt iepriekš sadaļās “*Devas samazināšana*” un “*Nieru darbības traucējumi*”).

Ja kardioversija ir nepieciešama pirms 5 apikšabāna devu lietošanas, pacientam jāsaņem 10 mg piesātinošā deva un pēc tam pa 5 mg divas reizes dienā. Ja pacients atbilst devas samazināšanas kritērijiem (skatīt iepriekš “*Devas samazināšana*” un “*Nieru darbības traucējumi*”), devu lietošanas shēma jāsamazina līdz 5 mg piesātinošajai devai un turpmākai 2,5 mg devai divas reizes dienā. Piesātinošā deva ir jālieto vismaz 2 stundas pirms kardioversijas (skatīt 5.1. apakšpunktu).

Visiem pacientiem, kuriem paredzēta kardioversija, pirms kardioversijas jāpārlicinās, vai pacients ir lietojis apikšabānu, kā tika nozīmēts. Lēmums par ārstēšanas sākšanu vai turpināšanu jāpieņem, ievērojot pieejamās ārstēšanas vadlīnijas saistībā ar antikoagulantu terapiju pacientiem, kuriem paredzēta kardioversija.

Pacienti ar NVPM un akūtu koronāro sindromu (AKS) un/vai perkutānu koronāru intervenci (PKI)

Apikšabāna lietošanas pieredze ieteicamajā devā NVPM pacientiem, kuri vienlaicīgi saņem prettrombocītu līdzekļus un ir arī AKS pacienti un/vai kuriem tiek veikta PKI pēc hemostāzes sasniegšanas, ir ierobežota (skatīt 4.4., 5.1. apakšpunktu).

Pediātriskā populācija

Eliquis drošums un efektivitāte, lietojot bērniem un pusaudžiem vecumā līdz 18 gadiem, nav pierādīta. Pašlaik pieejamie dati par trombembolijas profilaksi aprakstīti 5.1. apakšpunktā, taču ieteikumus par devām nevar sniegt.

Lietošanas veids

Iekšķīgai lietošanai

Eliquis jānorij, uzdzerot ūdeni; zāles var lietot kopā ar ēdienu vai starp ēdienreizēm.

Pacientiem, kuri nevar norīt veselas tabletes, Eliquis tabletes var sasmalcināt un suspendēt ūdenī vai 5% glikozes šķīduma ūdenī (G5Ū), vai ābolu sulā vai sajaukt ar ābolu biezeni, un nekavējoties lietot iekšķīgi (skatīt 5.2. apakšpunktu). Cita alternatīva, Eliquis tabletes var sasmalcināt un suspendēt 60 ml ūdens vai G5Ū un nekavējoties ievadīt caur nazogastrālo zondi (skatīt 5.2. apakšpunktu). Sasmalcinātas Eliquis tabletes ūdenī, G5Ū, ābolu sulā un ābolu biezenī ir stabilas līdz 4 stundām.

4.3. Kontrindikācijas

- Paaugstināta jutība pret aktīvo vielu vai jebkuru no 6.1. apakšpunktā uzskaitītajām palīgvielām.
- Akūta klīniski būtiska asiņošana.
- Aknu slimība, kas saistīta ar koagulopātiju un klīniski būtisku asiņošanas risku (skatīt 5.2. apakšpunktu).
- Bojājums vai stāvoklis, ja tas tiek uzskatīts par masīvas asiņošanas riska faktoru. Tas var būt pašreizēja vai nesena gastrointestināla ulcerācija, malignas neoplazmas ar augstu asiņošanas risku, nesena cerebrāla vai spināla trauma, nesena veikta galvas smadzeņu, muguras smadzeņu

vai acu operācija, nesēn pārciesta intrakraniāla hemorāģija, diagnosticēta vai iespējama barības vada vēnu varikoze, arteriovenozas malformācijas, asinsvadu aneirismas vai izteiktas intraspinālas vai intracerebrālas asinsvadu patoloģijas.

- Vienlaicīga terapija ar jebkādu citu antikoagulantu, piemēram, nefrakcionētu heparīnu (*UFH - unfractionated heparin*), mazmolekulāriem heparīniem (enoksaparīnu, dalteparīnu u.c.), heparīna atvasinājumiem (fondaparīnu u.c.), perorāliem antikoagulantiem (varfarīnu, rivaroksabānu, dabigatrānu u.c.), izņemot īpašu situāciju, kad tiek mainīta terapija uz vai no antikoagulantiem (skatīt 4.2. apakšpunktu), kad *UFH* tiek ievadīts devās, kādas nepieciešamas centrāla venoza vai arteriāla katetra caurlaidības saglabāšanai, vai kad *UFH* tiek ievadīts ātriju fibrilācijas novēršanai paredzētās katetra ablācijas laikā (skatīt 4.4. un 4.5. apakšpunktu).

4.4. Īpaši brīdinājumi un piesardzība lietošanā

Asiņošanas risks

Tāpat kā citu antikoagulantu lietošanas gadījumā, pacienti, kuri lieto apiksabānu, rūpīgi jānovēro, vai viņiem neparādās asiņošanas pazīmes. Zāles ieteicams lietot piesardzīgi situācijās, kad ir palielināts asiņošanas risks. Apiksabāna lietošana jāpārtrauc, ja sākas smaga asiņošana (skatīt 4.8. un 4.9. apakšpunktu).

Lai gan netiek prasīts apiksabāna terapijas laikā kontrolēt iedarbību, tomēr kalibrēts kvantitatīvs anti-Xa faktora tests var būt noderīgs īpašās situācijās, kad zināšanas par apiksabāna iedarbību var palīdzēt pieņemt klīnisko lēmumu, piemēram, pārdozēšanas un neatliekamās operācijas gadījumos (skatīt 5.1. apakšpunktu).

Ir pieejams līdzeklis, kas atceļ apiksabāna anti-Xa faktora iedarbību.

Mijiedarbība ar citām hemostāzi ietekmējošām zālēm

Asiņošanas riska paaugstināšanās dēļ kontraindicēta vienlaicīga terapija ar jebkādiem citiem antikoagulantiem (skatīt 4.3. apakšpunktu).

Apiksabāna lietošana kopā ar antiagregantiem paaugstina asiņošanas risku (skatīt 4.5. apakšpunktu).

Jāievēro piesardzība, ja pacienti vienlaicīgi tiek ārstēti ar selektīviem serotonīna atpakaļsaistīšanas inhibitoriem (*selective serotonin reuptake inhibitors, SSRI*) vai serotonīna–norepinefrīna atpakaļsaistīšanas inhibitoriem (*serotonin norepinephrine reuptake inhibitors, SNRI*), vai nesteroidiem pretiekaisuma līdzekļiem (*NSPIL*), tajā skaitā acetilsalicilskābi.

Pēc operācijas nav ieteicams līdztekus apiksabānam lietot citus trombocītu agregāciju kavējošus līdzekļus (skatīt 4.5. apakšpunktu).

Pacientiem ar priekškambaru mirgošanu un stāvokļiem, kuru dēļ nepieciešama mono vai duāla antitrombocitāra terapija, rūpīgi jāizvērtē potenciālais ieguvums un potenciālais risks, iekams šo terapiju kombinēt ar apiksabānu.

Klīniskajā pētījumā pacientiem ar priekškambaru mirgošanu acetilsalicilskābes (*ASS*) vienlaicīga lietošana palielināja apiksabāna izraisītas masīvas asiņošanas risku no 1,8% gadā līdz 3,4% gadā un varfarīna izraisītas asiņošanas risku – no 2,7% gadā līdz 4,6% gadā. Šajā klīniskajā pētījumā bija ierobežots (2,1%) duālas antitrombocitāras terapijas lietotāju skaits (skatīt 5.1. apakšpunktu).

Klīniskajā pētījumā iekļāva pacientus ar priekškambaru mirgošanu, kuriem bija AKS un/vai kuriem veica PKI un plāvoja 6 mēnešus ilgu ārstēšanas periodu ar P2Y12 inhibitoru, ar *ASS*) vai bez tās, un perorālu antikoagulantu (apiksabānu vai *VKA*). Vienlaicīga *ASS* lietošana personām, kuras ārstēja ar apiksabānu, palielināja *ISTH* (*International Society on Thrombosis and Haemostasis* – Starptautiskā

Trombozes un hemostāzes biedrība) masīvas vai KNNM (klīniski nozīmīgas nemasīvas) asiņošanas risku no 16,4% gadā līdz 33,1% gadā (skatīt 5.1. apakšpunktu).

Klīniskajā pētījumā augsta riska pacientiem pēc akūta koronārā sindroma bez priekškambaru mirgošanas, ko raksturoja multiplas kardiālas un nekardiālas blakusslimības un kuri lietoja ASS vai ASS kombinācijā ar klopidogrēlu, ziņots par ISTH masīvas asiņošanas riska nozīmīgu pieaugumu apiksbāna ietekmē (5,13% gadā) salīdzinājumā ar placebo (2,04% gadā).

Trombolītiskie līdzekļi akūta išēmiska insulta terapijā

Par trombolītisko līdzekļu lietošanu akūta išēmiska insulta pacientiem, kuri saņēmuši apiksbānu, ir ļoti maz datu (skatīt 4.5. apakšpunktu).

Pacienti ar sirds vārstuļu protēzēm

Apiksbāna drošums un efektivitāte pacientiem ar sirds vārstuļu protēzēm ar vai bez priekškambaru mirgošanas nav pētīta. Tāpēc šiem pacientiem apiksbāna lietošana nav ieteicama.

Pacienti ar antifosfolipīdu sindromu

Tiešas darbības perorālie antikoagulanti (*Direct acting Oral Anticoagulants, DOAC*), tajā skaitā apiksbāns, nav ieteicami pacientiem, kuriem anamnēzē ir tromboze un kuriem ir diagnosticēts antifosfolipīdu sindroms. Īpaši pacientiem, kuri ir trīskārši pozitīvi (gan uz lupus antikoagulantiem, gan antikardiolipīna antivielām, gan arī uz anti-bēta-2-glikoproteīna I antivielām), ārstēšana ar DOAC var būt saistīta ar paaugstinātu recidivējošu trombozes gadījumu skaitu salīdzinājumā ar K vitamīna antagonistu terapiju.

Operācijas un invazīvas procedūras

Apiksbāna lietošana jāpārtrauc vismaz 48 stundas pirms plānotas operācijas vai invazīvas procedūras, ja tā saistīta ar mērenu vai augstu asiņošanas risku. Tas attiecas uz operācijām un procedūrām, kuras saistās ar klīniski nozīmīgas asiņošanas varbūtību vai kuru gadījumos asiņošanas risks nav pieļaujams.

Apiksbāna lietošana jāpārtrauc vismaz 24 stundas pirms plānotās operācijas vai invazīvās procedūras, ja tā saistīta ar nelielu asiņošanas risku. Tas attiecas uz operācijām un procedūrām, kuru gadījumā sagaidāms, ka ikviena asiņošana, kas rastos, būs minimāla, tās lokalizācija nebūs kritiska un asiņošana būs viegli kontrolējama.

Ja operāciju vai invazīvo procedūru nav iespējams atlikt, jāveic atbilstoši piesardzības pasākumi, ņemot vērā paaugstināto asiņošanas risku. Asiņošanas risks jāsamēro ar iejaukšanās steidzamību.

Pēc invazīvās procedūras vai ķirurģiskās iejaukšanās cik vien drīz iespējams jāatsāk apiksbāna lietošana ar nosacījumu, ka to atļauj klīniskā situācija un ir nodrošināta adekvāta hemostāze (informāciju par kardioversiju skatīt 4.2. apakšpunktā).

Pacientiem, kuriem paredzēta katetra ablācija ātriju fibrilācijas novēršanai, apiksbāna lietošana nav jāpārtrauc (skatīt 4.2., 4.3. un 4.5. apakšpunktu).

Terapijas īslaicīga pārtraukšana

Antikoagulantu, arī apiksbāna terapijas pārtraukšana akūtas asiņošanas, plānotas operācijas vai invazīvas procedūras dēļ pacientiem paaugstina trombozes risku. No terapijas pārtraukumiem ir

jāizvairās, un, ja kāda iemesla dēļ pretrecēšanas terapija ar apiksabānu uz laiku jāpārtrauc, tā ir jāatsāk, cik drīz vien iespējams.

Spinālā/ epidurālā anestēzija vai punkcija

Ja tiek veikta neuroaksiāla anestēzija (spinālā/epidurālā anestēzija) vai spinālā/epidurālā punkcija, pacienti, kuri trombembolisku komplikāciju novēršanai ārstējas ar trombolītiskiem līdzekļiem, ir pakļauti epidurālas vai spinālas hematomas riskam, kuru rezultātā var rasties ilglaicīga vai nepārejoša paralīze. Šo atgadījumu risku palielina epidurāla ilgkatetra izmantošana pēc operācijas vai hemostāzi ietekmējošu zāļu vienlaicīga lietošana. Epidurāls vai intratekāls ilgkatetrs jāizņem ne vēlāk kā 5 stundas pirms apiksabāna pirmās devas. Risku palielina arī traumatiskas vai atkārtotas epidurālas vai spinālas punkcijas. Bieži jāpārbauda, vai pacientam nerodas neiroloģiska bojājuma pazīmes un simptomi (piemēram, kāju nejutīgums vai nespēks, zarnu vai urīnpūšļa disfunkcija). Ja tiek konstatēti neiroloģiski traucējumi, steidzami jānosaka diagnoze un jāsāk ārstēšana. Pirms neuroaksiālās procedūras ārstam potenciālais ieguvums jāsamēro ar risku pacientam, kurš saņem antikoagulantus vai saņems antikoagulantus trombožu profilaksei.

Nav klīniskas pieredzes apiksabāna lietošanā pacientiem ar intratekālu vai epidurālu ilgkatetru. Ja rastos šāda vajadzība, tad, ņemot vērā apiksabāna FK īpašības, starp apiksabāna pēdējo devu un katetra izņemšanu jābūt vismaz 20–30 stundu intervālam (t.i., 2 x eliminācijas pusperiods) un pirms katetra izvilksanas jāizlaiž vismaz viena deva. Nākamo apiksabāna devu drīkst lietot ne agrāk kā 5 stundas pēc katetra izņemšanas. Tāpat kā ar citiem jauniem antikoagulantiem, pieredze ar neuroaksiālu blokādi ir ierobežota, un tādēļ jābūt ārkārtīgi piesardzīgiem, lietojot apiksabānu saistībā ar neuroaksiālu blokādi.

Hemodinamiski nestabili PE pacienti vai pacienti, kuriem nepieciešama trombolīze vai pulmonāla embolēktomija

Apiksabāns kā nefrakcionēta heparīna alternatīva nav ieteicams hemodinamiski nestabiliem pacientiem ar plaušu emboliju, vai kuri var saņemt trombolīzi vai pulmonālu embolēktomiju, jo šādās situācijās apiksabāna drošums un efektivitāte nav noteikta.

Pacienti ar aktīvu vēzi

Pacientiem ar aktīvu vēzi var būt palielināts gan venozas trombembolijas, gan asiņošanas gadījumu risks. Apsverot apiksabāna lietošanu vēža pacientiem DVT vai PE ārstēšanā, rūpīgi jāizvērtē terapijas sniegtie ieguvumi salīdzinājumā ar risku (skatīt arī 4.3. apakšpunktu).

Pacienti ar nieru darbības traucējumiem

Ierobežoti klīniski dati liecina, ka pacientiem ar smagiem nieru darbības traucējumiem (kreatinīna klīrenss 15–29 ml/min) plazmā palielinās apiksabāna koncentrācija, kas var palielināt asiņošanas risku. VTE profilaksei pēc plānveida gūžas vai ceļgala locītavas endoprotezēšanas operācijas (VTEp), DVT vai PE ārstēšanai un DVT vai PE recidīvu profilaksei (VTEt) pacientiem ar smagiem nieru darbības traucējumiem (kreatinīna klīrenss 15–29 ml/min) apiksabāns jālieto piesardzīgi (skatīt 4.2. un 5.2. apakšpunktu).

Insulta un sistēmiskas embolijas profilaksei pacientiem ar NVPM, pacientiem ar smagiem nieru darbības traucējumiem (kreatinīna klīrenss 15–29 ml/min), kā arī gados vecākiem pacientiem (≥ 80 gadus veciem pacientiem) vai pacientiem mazu ķermeņa masu (≤ 60 kg), kuriem kreatinīna līmenis serumā ir $\geq 1,5$ mg/dl (133 mikromoli/l), ir jāsaņem mazāka apiksabāna deva – pa 2,5 mg divas reizes dienā (skatīt 4.2. apakšpunktu).

Par pacientiem ar kreatinīna klīrensu < 15 ml/min vai pacientiem, kuriem tiek veikta hemodialīze, pieredzes nav, tādēļ apiksabāns nav ieteicams (skatīt 4.2. un 5.2. apakšpunktu).

Gados vecāki pacienti

Lielāks vecums var būt saistīts ar asiņošanas riska palielināšanos (skatīt 5.2. apakšpunktu).

Apiksabāns kopā ar ASS gados vecākiem pacientiem arī jālieto piesardzīgi potenciāli palielinātā asiņošanas riska dēļ.

Kermeņa masa

Maza ķermeņa masa (< 60 kg) var palielināt asiņošanas risku (skatīt 5.2. apakšpunktu).

Pacienti ar aknu darbības traucējumiem

Apiksabāns ir kontrindicēts pacientiem ar aknu slimībām, kuras saistītas ar koagulopātiju un klīniski būtisku asiņošanas risku (skatīt 4.3. apakšpunktu).

Zāles nav ieteicamas pacientiem ar smagiem aknu darbības traucējumiem (skatīt 5.2. apakšpunktu).

Zāles jālieto piesardzīgi pacientiem ar viegliem vai vidēji smagiem aknu darbības traucējumiem (A vai B grupa pēc *Child Pugh* klasifikācijas) (skatīt 4.2. un 5.2. apakšpunktu).

Pacienti ar paaugstinātu aknu enzīmu ALAT/AsAT līmeni > 2 x NAR vai kopējo bilirubīnu $\geq 1,5$ x NAR tika izslēgti no klīniskajiem pētījumiem. Tāpēc apiksabāns uzmanīgi lietojams šai pacientu grupai (skatīt 5.2. apakšpunktu). Pirms apiksabāna terapijas jāveic aknu funkcionālie testi.

Mijiedarbība ar citohroma P450 3A4 (CYP3A4) un P-glikoproteīna (P-gp) inhibitoriem

Apiksabānu nav ieteicams lietot pacientiem, kuri vienlaicīgi saņem ārstēšanu ar spēcīgiem CYP3A4 un P-gp inhibitoriem, piemēram, azolu grupas pretsēnīšu līdzekļiem (piem., ketokonazolu, itraconazolu, vorikonazolu un posakonazolu) un HIV proteāžu inhibitoriem (piem., ritonavīru). Šīs zāles var palielināt apiksabāna iedarbību 2 reizes (skatīt 4.5. apakšpunktu) vai vairāk, ja ir papildu faktori, kas palielina apiksabāna iedarbību (piemēram, smagi nieru darbības traucējumi).

Mijiedarbība ar CYP3A4 un P-gp induktoriem

Apiksabāna vienlaicīga lietošana ar spēcīgiem CYP3A4 un P-gp induktoriem (piem., rifampicīnu, fenitoīnu, karbamazepīnu, fenobarbitālu vai asinszāli) var samazināt apiksabāna iedarbību par ~50%. Klīniskajā pētījumā pacientiem ar priekšskambaru mirgošanu apiksabānu, lietojot vienlaicīgi ar spēcīgiem CYP3A4 un P-gp induktoriem, tika novērota samazināta efektivitāte un lielāks asiņošanas risks nekā lietojot apiksabānu vienu pašu.

Uz pacientiem, kuri vienlaicīgi tiek sistēmiski ārstēti ar spēcīgiem CYP3A4 un P-gp induktoriem, attiecas šādi ieteikumi (skatīt 4.5. apakšpunktu):

- VTE profilaksei pēc plānveida gūžas vai ceļgala locītavas endoprotezēšanas operācijas, insulta un sistēmiskas embolijas profilaksei pacientiem ar NVPM un DVT un PE recidīvu profilaksei apiksabāns jālieto piesardzīgi.
- apiksabāna lietošana DVT un PE ārstēšanai nav atļauta, jo var tikt ietekmēta efektivitāte.

Gūžas kaula kakliņa lūzuma operatīva ārstēšana

Pacientiem, kuriem tiek veikta operatīva gūžas kaula kakliņa lūzuma ārstēšana, apiksabāna lietošanas efektivitāte un drošums klīniskajos pētījumos nav izvērtēti. Tādēļ tā lietošana šiem pacientiem nav ieteicama.

Laboratoriskie rādītāji

Izmaiņas asinsreces testos [piem., protrombīna laiks (PT), INR un aktivētā parciālā tromboplastīna laiks (aPTT)] notiek atbilstoši apiksabāna darbības mehānismam. Lietojot plānoto terapeitisko devu, izmaiņas šajos asinsreces testos ir nelielas un tām raksturīga izteikta dažādība (skatīt 5.1. apakšpunktu).

Informācija par palīgvielām

Eliquis satur laktozi. Šīs zāles nevajadzētu lietot pacientiem ar retu iedzimtu galaktozes nepanesību, ar pilnīgu laktāzes deficītu vai glikozes-galaktozes malabsorbciju.

Zāles satur mazāk par 1 mmol nātrija (23 mg) katrā tabletē, - būtībā tās ir “nātriju nesaturošas”.

4.5. Mijiedarbība ar citām zālēm un citi mijiedarbības veidi

CYP3A4 un P-gp inhibitori

Vienlaicīga apiksabāna un ketokonazola (400 mg vienu reizi dienā) – spēcīga CYP3A4 un P-gp inhibitora – lietošana 2 reizes palielina vidējo apiksabāna AUC un 1,6 reizes palielina vidējo apiksabāna C_{max} .

Apiksabāna lietošana nav ieteicama pacientiem, kuri vienlaicīgi saņem sistēmisku terapiju ar spēcīgiem CYP3A4 un P-gp inhibitoriem, piemēram, azolu grupas pretsēnīšu līdzekļiem (piemēram, ketokonazolu, itrakonazolu, vorikonazolu un posakonazolu) un HIV proteāzes inhibitoriem (piemēram, ritonavīru) (skatīt 4.4. apakšpunktu).

Paredzams, ka aktīvās vielas, kas nav ne CYP3A4, ne P-gp spēcīgi inhibitori (piemēram, amiodarons, klaritromicīns, diltiazēms, flukonazols, naproksēns, hinidīns, verapamils) apiksabāna koncentrāciju plazmā palielinās mazāk. Apiksabāna devas pielāgošana nav nepieciešama, ja tas tiek lietots vienlaicīgi ar līdzekļiem, kuri nav spēcīgi CYP3A4 un P-gp inhibitori. Piemēram, diltiazēms (360 mg vienu reizi dienā) tiek uzskatīts par vidēji spēcīgu CYP3A4 inhibitoru un vāju P-gp inhibitoru, un tas palielina vidējo apiksabāna AUC 1,4 reizes un C_{max} 1,3 reizes. Naproksēns (vienreizēja 500 mg deva), kas ir P-gp inhibitors, bet nav CYP3A4 inhibitors, 1,5 reizes un 1,6 reizes palielina attiecīgi apiksabāna vidējo AUC un C_{max} . Klaritromicīns (500 mg divas reizes dienā), kas ir P-gp inhibitors un spēcīgs CYP3A4 inhibitors, 1,6 reizes un 1,3 reizes palielina attiecīgi apiksabāna vidējo AUC un C_{max} .

CYP3A4 un P-gp induktori

Vienlaicīga apiksabāna un rifampicīna – spēcīga CYP3A4 un P-gp induktora – lietošana par aptuveni 54% un 42% samazināja attiecīgi vidējo apiksabāna AUC un C_{max} . Apiksabāna vienlaicīga lietošana ar citiem spēcīgiem CYP3A4 un P-gp induktoriem (piem., fenitoīnu, karbamazepīnu, fenobarbitālu vai asinszāli) arī var samazināt apiksabāna koncentrāciju plazmā. Lietojot šīs zāles vienlaicīgi, devas pielāgošana nav nepieciešama, tomēr pacientiem, kuri vienlaicīgi tiek ārstēti ar spēcīgiem CYP3A4 un P-gp induktoriem, apiksabāns VTE profilaksei pēc plānveida gūžas vai ceļgala locītavas endoprotezēšanas operācijas, insulta un sistēmiskas embolijas profilaksei pacientiem ar NVPM un DVT un PE recidīvu profilaksei jālieto piesardzīgi.

Pacientiem, kuri vienlaicīgi tiek sistēmiski ārstēti ar spēcīgiem CYP3A4 un P-gp induktoriem, DVT un PE ārstēšanai apiksabāns nav ieteicams, jo var tikt ietekmēta efektivitāte (skatīt 4.4. apakšpunktu).

Antikoagulanti, trombocītu agregācijas inhibitori, SSRI/SNRI un NSPIL

Paaugstinātā asiņošanas riska dēļ jebkādu citu antikoagulantu vienlaicīga lietošana ir kontrindicēta, izņemot specifiskos apstākļos, kad tiek nomainīta antikoagulanta terapija, kad UFH tiek ievadīts devās, kādas nepieciešamas centrāla venozā vai arteriāla katetra caurlaidības saglabāšanai, vai kad UFH tiek ievadīts ātriju fibrilācijas novēršanai paredzētās katetra ablācijas laikā (skatīt

4.3. apakšpunktu).

Pēc enoksaparīna (vienreizēja 40 mg deva) un apiksabāna (vienreizēja 5 mg deva) kombinētas lietošanas novēroja aditīvu ietekmi uz anti-Xa faktora aktivitāti.

Vienlaicīgi lietojot apiksabānu un 325 mg ASS vienu reizi dienā, nenovēroja farmakokinētisku vai farmakodinamisku mijiedarbību.

I fāzes pētījumos, vienlaicīgi lietojot apiksabānu un klopidogrelu (75 mg vienu reizi dienā), apiksabānu kombinācijā ar 75 mg klopidogrela un 162 mg ASS vienu reizi dienā vai prasugrelu (pa 60 mg un vēlāk pa 10 mg vienu reizi dienā), netika konstatēts būtisks standarta asins tecēšanas laika pieaugums vai trombocītu agregācijas inhibīcijas pastiprināšanās salīdzinājumā ar antiagregantu lietošanu bez apiksabāna. Asinsreces testu (PT, INR un aPTT) pieaugums atbilda efektam, kādu rada apiksabāns, lietots viens pats.

Naproksēns (500 mg), kurš ir P-gp inhibitors, 1,5 reizes un 1,6 reizes palielināja attiecīgi apiksabāna vidējo AUC un C_{max} . Atbilstošu asinsreces testu pieaugumu novēroja apiksabānam. Pēc vienlaicīgas apiksabāna un naproksēna lietošanas netika konstatētas ne izmaiņas arahidonskābes ierosinātajā trombocītu agregācijā, ko ietekmē naproksēns, ne arī klīniski būtisks asins tecēšanas laika pieaugums.

Neskatoties uz šo atradi, var būt indivīdi ar izteiktāku farmakodinamisko atbildes reakciju, ja vienlaicīgi ar apiksabānu tiek lietoti antiagreganti. Apiksabāns jālieto piesardzīgi, ja vienlaicīgi tiek lietoti SSRI/SNRI, NSPIL, ASS un/vai P2Y12 inhibitori (skatīt 4.4. apakšpunktu).

Pieredze par vienlaicīgu lietošanu ar citiem trombocītu agregācijas inhibitoriem (piemēram, GPIIb/IIIa receptoru antagonistiem, dipiridamolu, dekstrānu un sulfīnpirazonu) vai trombolītiskiem līdzekļiem ir ierobežota. Šādi līdzekļi var palielināt asiņošanas risku, tāpēc to vienlaicīga lietošana ar apiksabānu nav ieteicama (skatīt 4.4. apakšpunktu).

Citas vienlaicīgi lietotas zāles

Lietojo apiksabānu vienlaicīgi ar atenololu vai famotidīnu, netika novērota klīniski būtiska farmakokinētiska vai farmakodinamiska mijiedarbība. Vienlaicīgi lietojot 10 mg apiksabāna un 100 mg atenolola, netika novērota klīniski būtiska ietekme uz apiksabāna farmakokinētiku. Pēc abu zāļu vienlaicīgas lietošanas apiksabāna vidējais AUC un C_{max} bija par 15% un 18% zemāks nekā monoterapijas gadījumā. Lietojot 10 mg apiksabāna kopā ar 40 mg famotidīna, nenovēroja ietekmi uz apiksabāna AUC vai C_{max} .

Apiksabāna ietekme uz citām zālēm

In vitro pētījumos ar apiksabānu pie koncentrācijām, kas bija būtiski augstākas nekā maksimālās koncentrācijas plazmā pacientiem, netika novērota inhibējoša ietekme uz CYP1A2, CYP2A6, CYP2B6, CYP2C8, CYP2C9, CYP2D6 vai CYP3A4 ($IC_{50} > 45 \mu M$) un tika novērota neliela inhibējoša ietekme uz CYP2C19 ($IC_{50} > 20 \mu M$). Līdz koncentrācijai 20 μM apiksabāns neinducēja CYP1A2, CYP2B6 vai CYP3A4/5. Tādēļ nav paredzams, ka apiksabāns ietekmēs to vienlaicīgi lietoto zāļu klīrensu, kuras metabolizē šie enzīmi. Apiksabāns nav nozīmīgs P-gp inhibitors.

Pētījumos veselām pētāmajām personām, kā aprakstīts turpmāk, apiksabāns būtiski neietekmēja digoksīna, naproksēna vai atenolola farmakokinētiku.

Digoksīns

Vienlaicīga apiksabāna (20 mg vienu reizi dienā) un digoksīna (0,25 mg vienu reizi dienā) – P-gp substrāta – lietošana neietekmēja digoksīna AUC un C_{max} . Tādējādi apiksabāns neinhibē P-gp substrātu transportu.

Naproxēns

Vienlaicīgi lietojot vienreizēju apiksabāna (10 mg) un naproksēna (500 mg), bieži izmantota NSPIL, devu, naproksēna AUC vai C_{max} nemainījās.

Atenolols

Vienlaicīgi lietojot vienreizēju apiksabāna (10 mg) un atenolola (100 mg), bieži izmantota bēta blokatora, devu, atenolola farmakokinētika nemainījās.

Aktivētā ogle

Aktivētās ogles lietošana samazina apiksabāna iedarbību (skatīt 4.9. apakšpunktu).

4.6. Fertilitāte, grūtniecība un barošana ar krūti

Grūtniecība

Dati par apiksabāna lietošanu grūtniecības laikā nav pieejami. Pētījumi ar dzīvniekiem neuzrāda tiešu vai netiešu kaitīgu ietekmi saistītu ar reproduktīvo toksicitāti (skatīt 5.3. apakšpunktu). Piesardzības nolūkos ieteicams atturēties no apiksabāna lietošanas grūtniecības laikā.

Barošana ar krūti

Nav zināms, vai apiksabāns vai tā metabolīti izdalās cilvēka pienā. Pieejamie dati dzīvniekiem liecina, ka apiksabāns izdalās pienā (skatīt 5.3. apakšpunktu). Nevar izslēgt risku ar krūti barotam bērnam.

Lēmums pārtraukt bērna barošanu ar krūti, vai pārtraukt/atturēties no terapijas ar apiksabānu, jāpieņem izvērtējot ieguvumu bērnam no barošanas ar krūti un ieguvumu sievietei no terapijas.

Fertilitāte

Pētījumos ar dzīvniekiem, kuros lietots apiksabāns, netika konstatēta ietekme uz fertilitāti (skatīt 5.3. apakšpunktu).

4.7. Ietekme uz spēju vadīt transportlīdzekļus un apkalpot mehānismus

Eliquis neietekmē vai nedaudz ietekmē spēju vadīt transportlīdzekļus un apkalpot mehānismus.

4.8. Nevēlamās blakusparādības

Drošuma profila kopsavilkums

Apiksabāna lietošanas drošums ir vērtēts 7 III fāzes klīniskajos pētījumos, iesaistot vairāk nekā 21000 pacientu – vairāk nekā 5000 pacientu VTEp pētījumos, vairāk nekā 11000 pacientu NVPM pētījumos un vairāk nekā 4000 pacientu VTE ārstēšanas (VTEt) pētījumos. Šajos pētījumos vidējais kopējais zāļu lietošanas ilgums bija attiecīgi 20 dienas, 1,7 gadi un 221 diena (skatīt 5.1. apakšpunktu).

Biežas blakusparādības bija hemorāģijas, sasitumi, deguna asiņošana un hematomu rašanās (informāciju par nevēlamajām blakusparādībām pa indikācijām skatīt 2. tabulā).

VTEp pētījumos nevēlamas blakusparādības novēroja 11% pacientiem, kuri divas reizes dienā lietoja 2,5 mg lielas apiksabāna devas. Pētījumos, kuru laikā apiksabāns tika salīdzināts ar enoksaparīnu, ar asiņošanu saistīto apiksabāna izraisīto nevēlamo blakusparādību kopējā sastopamība bija 10%.

NVPM pētījumos, kuru laikā apiksabāns tika salīdzināts ar varfarīnu vai acetilsalicilskābi, ar asiņošanu saistīto apiksabāna izraisīto nevēlamo blakusparādību kopējā sastopamība bija attiecīgi

24,3% un 9,6%. Pētījumā, kura laikā apiksbāns tika salīdzināts ar varfarīnu, pēc apiksbāna lietošanas novērotas masīvas (saskaņā ar STHB klasifikāciju) kuņģa-zarnu trakta (arī KZT augšdaļas un lejasdaļas, taisnās zarnas) asiņošanas sastopamība bija 0,76% gadā. Masīvas intraokulāras asiņošanas (saskaņā ar STHB klasifikāciju) sastopamība pēc apiksbāna lietošanas bija 0,18% gadā.

VTET pētījumos ar asiņošanu saistīto apiksbāna izraisīto nevēlamo blakusparādību kopējā sastopamība bija 15,6% pētījumā, kurā apiksbāns tika salīdzināts ar enoksaparīnu/varfarīnu, un 13,3% pētījumā, kurā apiksbāns tika salīdzināts ar placebo (skatīt 5.1. apakšpunktu).

Nevēlamo blakusparādību saraksts tabulas veidā

2. tabulā apkopotas novērotās blakusparādības atbilstoši orgānu sistēmu klasei un sastopamības biežumam šādās gradācijās: ļoti bieži ($\geq 1/10$); bieži ($\geq 1/100$ līdz $<1/10$); retāk ($\geq 1/1\ 000$ līdz $<1/100$); reti ($\geq 1/10\ 000$ līdz $<1/1000$); ļoti reti ($<1/10\ 000$); nav zināmi (nevar noteikt pēc pieejamiem datiem) attiecīgi VTep, NVPM un VTET gadījumos.

2. tabula. Nevēlamās blakusparādības tabulas veidā

Orgānu sistēmu klase	VTE profilakse pieaugušajiem, kam veikta plānveida gūžas vai cēlgala locītavas endoprotezēšana (VTep)	Insulta un sistēmiskas embolijas profilaksei pieaugušiem pacientiem ar NVPM un vienu vai vairākiem riska faktoriem (NVPM)	DVT un PE terapija, DVT un PE recidīvu profilakse (VTET)
<i>Asins un limfātiskās sistēmas traucējumi</i>			
Anēmija	Bieži	Bieži	Bieži
Trombocitopēnija	Retāk	Retāk	Bieži
<i>Imūnās sistēmas traucējumi</i>			
Hipersensitivitāte, alerģiska tūska un anafilakse	Reti	Retāk	Retāk
Nieze	Retāk	Retāk	Retāk*
Angioedēma	Nav zināmi	Nav zināmi	Nav zināmi
<i>Nervu sistēmas traucējumi</i>			
Cerebrāla hemorāģija [†]	Nav zināmi	Retāk	Reti
<i>Acu bojājumi</i>			
Hemorāģija acī (tajā skaitā konjunktīvas hemorāģijas)	Reti	Bieži	Retāk
<i>Asinsvadu sistēmas traucējumi</i>			
Hemorāģija, hematoma	Bieži	Bieži	Bieži
Hipotensija (tajā skaitā procedurāla hipotensija)	Retāk	Bieži	Retāk
Intraabdomināla hemorāģija	Nav zināmi	Retāk	Nav zināmi
<i>Elpošanas sistēmas traucējumi, krūšu kurvja un videnes slimības</i>			
Deguna asiņošana	Retāk	Bieži	Bieži
Asiņu sļaušana	Reti	Retāk	Retāk
Elpceļu hemorāģija	Nav zināmi	Reti	Reti
<i>Kuņģa-zarnu trakta traucējumi</i>			
Slikta dūša	Bieži	Bieži	Bieži
Gastrointestināla hemorāģija	Retāk	Bieži	Bieži
Hemoroidāla hemorāģija	Nav zināmi	Retāk	Retāk

Orgānu sistēmu klase	VTE profilakse pieaugušajiem, kam veikta plānveida gūžas vai ceļgala locītavas endoprotezēšana (VTEp)	Insulta un sistēmiskas embolijas profilaksei pieaugušiem pacientiem ar NVPM un vienu vai vairākiem riska faktoriem (NVPM)	DVT un PE terapija, DVT un PE recidīvu profilakse (VTEt)
Mutes hemorāģija	Nav zināmi	Retāk	Bieži
Asiņaini izkārnījumi	Retāk	Retāk	Retāk
Rektāla hemorāģija, smaganu asiņošana	Reti	Bieži	Bieži
Retroperitoneāla hemorāģija	Nav zināmi	Reti	Nav zināmi
<i>Aknu un/vai žults izvades sistēmas traucējumi</i>			
Aknu funkciju testu novirze no normas, aspartātaaminotransferāzes koncentrācijas palielināšanās, sārmainās fosfatāzes koncentrācijas palielināšanās asinīs, bilirubīna koncentrācijas palielināšanās asinīs	Retāk	Retāk	Retāk
Gamma glutamiltransferāzes koncentrācijas palielināšanās	Retāk	Bieži	Bieži
Alanīnaminotransferāzes koncentrācijas palielināšanās	Retāk	Retāk	Bieži
<i>Ādas un zemādas audu bojājumi</i>			
Ādas izsitumi	Nav zināmi	Retāk	Bieži
Alopēcija	Reti	Retāk	Retāk
Daudzformu eritēma	Nav zināmi	Ļoti reti	Nav zināmi
Ādas vaskulīts	Nav zināmi	Nav zināmi	Nav zināmi
<i>Skeleta-muskuļu un saistaudu sistēmas bojājumi</i>			
Hemorāģija muskuļos	Reti	Reti	Retāk
<i>Nieru un urīnizvades sistēmas traucējumi</i>			
Hematūrija	Retāk	Bieži	Bieži
<i>Reproduktīvās sistēmas traucējumi un krūts slimības</i>			
Patoloģiska vagināla hemorāģija, uroģenitāla hemorāģija	Retāk	Retāk	Bieži
<i>Vispārēji traucējumi un reakcijas ievadīšanas vietā</i>			
Ievadīšanas vietas asiņošana	Nav zināmi	Retāk	Retāk
<i>Izmeklējumi</i>			
Pozitīvs tests uz slēptām asinīm	Nav zināmi	Retāk	Retāk
<i>Traumas, saindēšanā un ar manipulācijām saistītas komplikācijas</i>			
Sasitums	Bieži	Bieži	Bieži
Asiņošana pēc procedūras (tajā skaitā hematoma veidošanās pēc procedūras, brūces asiņošana, hematoma asinsvada punkcijas vietā un asiņošana katetra ievadīšanas vietā), izdalījumi no brūces, asiņošana incīzijas vietā (tajā skaitā hematoma incīzijas vietā), asiņošana operācijas laikā	Retāk	Retāk	Retāk
Traumatiska hemorāģija	Nav zināmi	Retāk	Retāk

*CV185057 pētījumā (ilgtermiņa VTE profilakse) netika ziņots par ģeneralizētas niezes gadījumiem.

† Termins “Cerebrāla hemorāģija” attiecas uz visa veida intrakraniālajām vai intraspinalajām hemorāģijām (piemēram, hemorāģisko insultu vai *putamen*, smadzenīšu, intraventrikulāro vai subdurālo hemorāģiju).

Tāpat kā lietojot jebkuru antikoagulantu, apiksabāna lietošana var būt saistīta ar palielinātu slēptas vai atklātas asiņošanas risku no jebkuriem audiem vai orgāniem, kas var radīt posthemorāģisku anēmiju. Pazīmes, simptomi un smagums atšķirsies atkarībā no asiņošanas vietas un intensitātes vai apjoma (skatīt 4.4. un 5.1. apakšpunktu).

Ziņošana par iespējamām nevēlamām blakusparādībām

Ir svarīgi ziņot par iespējamām nevēlamām blakusparādībām pēc zāļu reģistrācijas. Tādējādi zāļu ieguvumu/riska attiecība tiek nepārtraukti uzraudzīta. Veselības aprūpes speciālisti tiek lūgti ziņot par jebkādam iespējamām nevēlamām blakusparādībām, izmantojot [V pielikumā](#) minēto nacionālās ziņošanas sistēmas kontaktinformāciju.

4.9. Pārdozēšana

Apiksabāna pārdozēšana var palielināt asiņošanas risku. Hemorāģisku komplikāciju gadījumā ārstēšana jāpārtrauc un jāizmeklē asiņošanas iemesls. Jāapsver atbilstošas ārstēšanas uzsākšana, piem., ķirurģiska hemostāze, svaigi saldētas plazmas transfūzija vai faktora Xa inhibitoru iedarbību atceļoša līdzekļa ievadīšana.

Kontrolētos klīniskajos pētījumos veselām pētāmajām personām 3 līdz 7 dienas iekšķīgi lietojot apiksabānu devās līdz 50 mg dienā (25 mg divas reizes dienā (bid) 7 dienas vai 50 mg vienu reizi dienā (od) 3 dienas), netika novērotas klīniski būtiskas nevēlamas blakusparādības.

Veselām pētāmajām personām aktivētās ogles lietošana 2 un 6 stundas pēc 20 mg lielas apiksabāna devas samazināja vidējo apiksabāna AUC attiecīgi par 50% un 27%, bet neietekmēja C_{max} . Vidējais apiksabāna eliminācijas pusperiods samazinājās no 13,4 stundām, lietojot apiksabānu vienu pašu, līdz 5,3 un 4,9 stundām, 2 un 6 stundas pēc apiksabāna ieņemot aktivēto ogli. Tādējādi apiksabāna pārdozēšanas vai nejaušas lietošanas gadījumos var būt noderīga aktivētās ogles lietošana.

Situācijās, kad dzīvību apdraudošas vai nekontrolētas asiņošanas dēļ ir nepieciešama antikoagulācijas atcelšana, ir pieejams faktora Xa inhibitoru iedarbību atceļošs līdzeklis (skatīt 4.4. apakšpunktu). Var arī apsvērt protrombīna kompleksa koncentrātu (PKK) vai rekombinantā VIIa faktora ievadīšanu. Apiksabāna farmakodinamiskās iedarbības pārtraukšana, par ko liecināja izmaiņas trombīna veidošanās testā, parādījās infūzijas beigās un sasniedza sākuma vērtību 4 stundās pēc 4-faktoru PKK 30 minūšu infūzijas sākšanas veselām pētāmajām personām. Tomēr nav klīniskas pieredzes par 4-faktoru PKK līdzekļu lietošanu, lai apturētu asiņošanu indivīdiem, kuri ir saņēmuši apiksabānu. Šobrīd nav pieredzes par rekombinantā VIIa faktora lietošanu personām, kuras saņem apiksabānu. Atkarībā no asiņošanas samazināšanās var apsvērt atkārtotu rekombinantā VIIa faktora ievadīšanu un devas titrēšanu.

Masīvas asiņošanas gadījumā atkarībā no vietējās pieejamības jāapsver koagulācijas eksperta konsultācijas nepieciešamība.

Nozīmējot iekšķīgi vienreizēju 5 mg apiksabāna devu pacientiem ar nieru slimību terminālā stadijā, hemodialīze samazināja apiksabāna AUC par 14 %. Tāpēc maz ticams, ka hemodialīze var kļūt par efektīvu apiksabāna pārdozēšanas ārstēšanas līdzekli.

5. FARMAKOLOĢISKĀS ĪPAŠĪBAS

5.1. Farmakodinamiskās īpašības

Farmakoterapeitiskā grupa: antitrombotiskie līdzekļi, tiešie Xa faktora inhibitori, ATĶ kods: B01AF02

Darbības mehānisms

Apiksabāns ir spēcīgs, iekšķīgi lietojams, atgriezenisks, tiešs un izteikti selektīvs Xa faktora inhibitors. Asins recēšanas mazināšanai tam nav nepieciešams antitrombīns III. Apiksabāns inhibē brīvo un pie tromba piesaistīto Xa faktoru un protrombināzi. Apiksabāns tieši neietekmē trombocītu agregāciju, bet tā tiek ietekmēta netieši, kavējot trombīna veidošanos. Inhibējot Xa faktoru, apiksabāns kavē trombīna veidošanos un trombu attīstību. Apiksabāna preklīniskajos pētījumos, dzīvnieku modeļiem lietojot devas, pie kurām saglabājās hemostāze, tika konstatēta asins reci mazinoša iedarbība, novēršot arteriālu un venozu trombozi.

Farmakodinamiskā iedarbība

Apiksabāna farmakodinamiskā iedarbība atbilst tā darbības mehānismam (Xa faktora inhibīcijai). Apiksabāna izraisītās Xa faktora inhibīcijas dēļ pieaug asinsreces testu rezultāti, piemēram, protrombīna laiks (PT), INR un aktivētā parciālā tromboplastīna laiks (aPTT). Lietojot plānoto terapeitisko devu, izmaiņas šajos asinsreces testos ir nelielas un tām raksturīga izteikta variabilitāte. Šos testus nav ieteicams izmantot apiksabāna farmakodinamiskās iedarbības novērtēšanai. Trombīna veidošanās testā apiksabāns samazināja endogēno trombīna potenciālu – trombīna veidošanās rādītāju cilvēka plazmā.

Apiksabānam konstatēta arī anti-Xa faktora aktivitāte, par ko liecina Xa faktora enzīma aktivitātes samazināšanās, daudzos komerciālos anti-Xa faktora kompleksos, tomēr rezultāti komplektiem atšķiras. Klīnisko pētījumu dati pieejami tikai Rotachrom® heparīna hromogēnai analīzei. Anti-Xa faktora aktivitātei piemīt ļoti tieša saistība ar apiksabāna koncentrāciju plazmā – tai novēro maksimumu laikā, kad apiksabāns sasniedz maksimālo koncentrāciju plazmā. Saistība starp apiksabāna koncentrāciju plazmā un anti-Xa faktora aktivitāti ir apmēram lineāra plašam apiksabāna devas diapazonam.

3. tabulā redzama sagaidāmā iedarbība uz stāvokļa stabilitāti un anti-Xa faktora aktivitāte katrā indikācijā. Pacientiem, kas apiksabānu lietoja VTE profilaksei pēc gūžas vai ceļa endoprotezēšanas operācijas, rezultātu svārstības no augstākā līdz zemākajam līmenim bija mazāk kā 1,6 reizes. Pacientiem ar nevalvulāras izcelsmes priekškambaru mirgošanu, kuri apiksabānu lietoja insulta un sistēmiskas embolijas profilaksei, rezultāti norāda, ka svārstības no augstākā līdz zemākajam līmenim bija mazāk kā 1,7 reizes. Pacientiem, kuri apiksabānu lietoja DVT un PE ārstēšanai vai recidivējoša DVT un PE profilaksei, rezultāti norāda, ka svārstības no augstākā līdz zemākajam līmenim bija mazāk kā 2,2 reizes.

3. tabula. Sagaidāmā apiksabāna iedarbība uz stāvokļa stabilitāti un anti-Xa faktora aktivitāte

	Apiks. C_{max} (ng/ml)	Apiks. C_{min} (ng/ml)	Apiks. anti-Xa faktora aktivitāte maks. (SV/ml)	Apiks. anti-Xa faktora aktivitāte min. (SV/ml)
	Mediāna [5.; 95. procentīle]			
<i>VTE profilakse: gūžas vai ceļa plānveida endoprotezēšanas operācija</i>				
2,5 mg divas reizes dienā	77 [41; 146]	51 [23; 109]	1,3 [0,67; 2,4]	0,84 [0,37; 1,8]
<i>Insulta un sistēmiskas embolijas profilakse: <u>NVPM</u></i>				

	Apiks. C_{max} (ng/ml)	Apiks. C_{min} (ng/ml)	Apiks. anti-Xa faktora aktivitāte maks. (SV/ml)	Apiks. anti-Xa faktora aktivitāte min. (SV/ml)
	Mediāna [5.; 95. procentīle]			
2,5 mg divas reizes dienā*	123 [69; 221]	79 [34; 162]	1,8 [1,0; 3,3]	1,2 [0,51; 2,4]
5 mg divas reizes dienā	171 [91; 321]	103 [41; 230]	2,6 [1,4; 4,8]	1,5 [0,61; 3,4]
<i>DVT un PE terapija, DVT un PE recidīvu profilakse (VTEt)</i>				
2,5 mg divas reizes dienā	67 [30; 153]	32 [11; 90]	1,0 [0,46; 2,5]	0,49 [0,17; 1,4]
5 mg divas reizes dienā	132 [59; 302]	63 [22; 177]	2,1 [0,91; 5,2]	1,0 [0,33; 2,9]
10 mg divas reizes dienā	251 [111; 572]	120 [41; 335]	4,2 [1,8; 10,8]	1,9 [0,64; 5,8]

* Populācija ar pielāgotu devu pēc 2 no 3 devu samazināšanas kritērijiem pētījumā ARISTOTLE.

Lai gan apiksabāna terapijas laikā nav nepieciešama regulāra zāļu iedarbības kontrole, kalibrēta kvantitatīva anti-Xa faktora analīze var būt noderīga atsevišķos gadījumos, kad informācija par apiksabāna iedarbību var palīdzēt lēmumu pieņemšanā, piem., pārdozēšanas un ārkārtas situācijās.

Klīniskā efektivitāte un drošums

VTE profilakse (VTEp): gūžas vai ceļa locītavas plānveida endoprotezēšanas operācija

Apiksabāna klīniskā programma tika veidota, lai pierādītu apiksabāna efektivitāti un drošumu VTE profilaksē plašam pieaugušo pacientu lokam, kam tiek veikta plānveida gūžas vai ceļa locītavas endoprotezēšana. Divos pivotālos, dubultmaskētos daudz nacionālos pētījumos kopumā tika randomizēti 8464 pacienti, un tika salīdzināta iekšķīga 2,5 mg apiksabāna lietošana divas reizes dienā (4236 pacienti) ar 40 mg enoksaparīna lietošanu vienu reizi dienā (4228 pacienti). No visiem pacientiem 1262 pacienti (618 apiksabāna grupā) bija 75 gadus veci vai vecāki, 1004 pacienti (499 apiksabāna grupā) bija ar mazu ķermeņa masu (≤ 60 kg), 1495 pacienti (743 apiksabāna grupā) ar $\text{KMI} \geq 33$ kg/m² un 415 pacienti (203 apiksabāna grupā) ar vidēji smagiem nieru darbības traucējumiem.

Pētījumā ADVANCE-3 tika iekļauti 5407 pacienti, kuriem tika veikta plānveida gūžas locītavas endoprotezēšanas operācija un pētījumā ADVANCE-2 tika iekļauti 3057 pacienti, kuriem tika veikta plānveida ceļa locītavas endoprotezēšanas operācija. Pētāmās personas saņēma vai nu 2,5 mg apiksabāna iekšķīgi divas reizes dienā (p.o. bid), vai arī 40 mg enoksaparīna subkutāni vienu reizi dienā (s.c. od). Pirmā apiksabāna deva tika lietota 12 līdz 24 stundas pēc operācijas, bet enoksaparīna terapija tika uzsākta 9 līdz 15 stundas pirms operācijas. Gan apiksabānu, gan enoksaparīnu lietoja 32-38 dienas pētījumā ADVANCE-3 un 10-14 dienas pētījumā ADVANCE-2.

Pamatojoties uz pacientu slimību vēsturi, ADVANCE-3 un ADVANCE-2 pacientu populācijā (8464 pacienti) 46% slimoja ar hipertensiju, 10% ar hiperlipidēmiju, 9% ar diabētu un 8% ar koronāro artēriju slimību.

Apiksabāns salīdzinājumā ar enoksaparīnu uzrādīja statistiski pārākus rezultātus, samazinot primārā mērķa kritērija – visu VTE izraisītu/jebkādas etioloģijas nāves gadījumu saliktā kritērija, sastopamības biežumu, kā arī lielā VTE mērķa kritērija – proksimālas DVT, neletālas PE un VTE izraisītu nāves gadījumu saliktā kritērija, sastopamības biežumu gan plānveida gūžas locītavas endoprotezēšanas grupā, gan plānveida ceļa locītavas endoprotezēšanas grupā (skatīt 4. tabulu).

4. tabula. Efektivitātes rezultāti pivotālajos III fāzes pētījumos

Pētījums	ADVANCE-3 (gūža)			ADVANCE-2 (celis)		
	Apiksbāns 2,5 mg iekšķīgi divas reizes dienā 35 ± 3 dienas	Enoksaparīns 40 mg s.c. vienu reizi dienā 35 ± 3 dienas	p vērtība	Apiksbāns 2,5 mg iekšķīgi divas reizes dienā 12 ± 2 dienas	Enoksaparīns 40 mg s.c. vienu reizi dienā 12 ± 2 dienas	p vērtība
Kopējais VTE izraisītu/jebkādas etioloģijas nāves gadījumu skaits						
Notikumu/personu skaits	27/1949	74/1917	< 0,0001	147/976	243/997	< 0,0001
Notikumu attiecība	1,39%	3,86%		15,06%	24,37%	
Relatīvais risks 95% TI	0,36 (0,22, 0,54)			0,62 (0,51, 0,74)		
Plaša VTE						
Notikumu/personu skaits	10/2199	25/2195	0,0107	13/1195	26/1199	0,0373
Notikumu attiecība	0,45%	1,14%		1,09%	2,17%	
Relatīvais risks 95% TI	0,40 (0,15, 0,80)			0,50 (0,26, 0,97)		

Pacientiem, kuri ārstēšanā saņēma 2,5 mg apiksbāna, novēroja līdzīgu drošuma mērķa kritēriju – masīvas asiņošanas, masīvas un KNNM asiņošanas saliktā kritērija un visa veida asiņošanas, sastopamības biežumu kā pacientiem, kuri ārstēšanā saņēma 40 mg enoksaparīna (skatīt 5. tabulu). Visi asiņošanas kritēriji ietvēra ķirurģiskās vietas asiņošanu.

5. tabula. Asiņošanas rezultāti pivotālos III fāzes pētījumos*

	ADVANCE-3		ADVANCE-2	
	Apiksbāns 2,5 mg iekšķīgi divas reizes dienā 35 ± 3 dienas	Enoksaparīns 40 mg s.c. vienu reizi dienā 35 ± 3 dienas	Apiksbāns 2,5 mg iekšķīgi divas reizes dienā 12 ± 2 dienas	Enoksaparīns 40 mg s.c. vienu reizi dienā 12 ± 2 dienas
Visi ārstētie	n = 2673	n = 2659	n = 1501	n = 1508
Ārstēšanas periods¹				
Masīva	22 (0,8%)	18 (0,7%)	9 (0,6%)	14 (0,9%)
Letāla	0	0	0	0
Masīva + KNNM asiņošana	129 (4,8%)	134 (5,0%)	53 (3,5%)	72 (4,8%)
Visi	313 (11,7%)	334 (12,6%)	104 (6,9%)	126 (8,4%)
Pēcooperācijas ārstēšanas periods²				
Masīva	9 (0,3%)	11 (0,4%)	4 (0,3%)	9 (0,6%)
Letāla	0	0	0	0
Masīva + KNNM asiņošana	96 (3,6%)	115 (4,3%)	41 (2,7%)	56 (3,7%)
Visi	261 (9,8%)	293 (11,0%)	89 (5,9%)	103 (6,8%)

* Visi asiņošanas kritēriji ietvēra ķirurģiskās vietas asiņošanu.

¹ Ietver notikumus, kas novēroti pēc pirmās enoksaparīna devas (pirms operācijas).

² Ietver notikumus, kas novēroti pēc pirmās apiksbāna devas (pēc operācijas).

II un III fāzes pētījumos plānveida gūžas un ceļa protezēšanas operāciju gadījumā blakusparādību – asiņošanas, anēmijas un transamināžu noviržu (piemēram, ALAT līmeņa) – kopējā sastopamība pacientiem, kuri lietoja apiksbānu, skaitliski bija mazāka nekā enoksaparīna lietošanas gadījumā.

Ceļa locītavas endoprotezēšanas pētījumā ārstēšanas perioda laikā apiksabāna grupā diagnosticēja 4 PE gadījumus salīdzinājumā ar 0 gadījumiem enoksaparīna grupā. Šo lielāko PE skaitu nevar izskaidrot.

Insulta un sistēmiskas embolijas profilakse pieaugušiem pacientiem ar nevalvulāras izcelsmes priekškambaru mirgošanu (NVPM)

Klīniskajā programmā (ARISTOTLE: apiksabāns vs varfarīns, AVERROES: apiksabāns vs ASS) pavisam randomizēti 23799 pacienti, no tiem 11927 tika randomizēti apiksabāna saņemšanai. Programma tika veidota, lai pierādītu apiksabāna efektivitāti un drošumu insulta un sistēmiskas embolijas profilaksē pacientiem ar nevalvulāras izcelsmes priekškambaru mirgošanu (NVPM) un vienu vai vairākiem papildu riska faktoriem, proti:

- iepriekš pārciests insults vai tranzitora išēmiska lēkme (TIL),
- vecums ≥ 75 gadi,
- hipertensija,
- cukura diabēts,
- simptomātiska sirds mazspēja (\geq II klase pēc NYHA klasifikācijas).

Pētījums ARISTOTLE

Pētījumā ARISTOTLE pavisam randomizēts 18201 pacients dubultmaskētai terapijai ar apiksabānu 5 mg divas reizes dienā (vai 2,5 mg divas reizes dienā atsevišķai pacientu grupai [4,7%]; skatīt 4.2. apakšpunktu) vai varfarīnu (INR mērķlielums robežās 2,0-3,0); pacienti pētāmo aktīvo vielu saņēma vismaz 20 mēnešus. Vidējais vecums bija 69,1 gads, vidējais CHADS₂ skalas rādītājs bija 2,1, un 18,9% pacientu bija pārcietuši insultu vai TIL.

Šajā pētījumā apiksabāns, vērtējot pēc primārā mērķa kritērija, proti, insulta (hemorāģiska vai išēmiska) un sistēmiskas embolijas novēršanas (skatīt 6. tabulā), bija statistiski nozīmīgi pārāks par varfarīnu.

6. tabula. Efektivitātes rādītāji pacientiem ar priekškambaru mirgošanu pētījumā ARISTOTLE

	Apiksabāns N=9120 n (%/gadi)	Varfarīns N=9081 n (%/gadi)	Riska attiecība (95% TI)	p vērtība
Insults vai sistēmiska embolija	212 (1,27)	265 (1,60)	0,79 (0,66; 0,95)	0,0114
Insults				
išēmisks vai nenorādīts	162 (0,97)	175 (1,05)	0,92 (0,74; 1,13)	
hemorāģisks	40 (0,24)	78 (0,47)	0,51 (0,35; 0,75)	
Sistēmiska embolija	15 (0,09)	17 (0,10)	0,87 (0,44; 1,75)	

Pacientiem, kuri bija randomizēti varfarīna grupā, procentuālais laiks terapeitiskajās robežās (*TTR-time in therapeutic range*) (INR 2-3) vidēji bija 66%.

Apiksabāna ietekmē insulta un sistēmiskas embolijas gadījumu skaita samazinājums bija lielāks, salīdzinot ar varfarīnu, visos *TTR* centra līmeņos; attiecībā pret centrālo lielumu augstākajā *TTR* kvartilē apiksabāna vs varfarīna riska attiecība bija 0,73 (95% TI; 0,38, 1,40).

Galvenie sekundārie mērķa kritēriji – masīva asiņošana un visu iemeslu izraisītas nāves – pārbaudīti, izmantojot iepriekš noteiktu hierarhisku testēšanas stratēģiju, lai pētījumā kontrolētu kopējo I tipa kļūdu. Statistiski nozīmīgs pārākums konstatēts arī attiecībā uz galvenajiem sekundārajiem mērķa kritērijiem – masīvas asiņošanas un visu iemeslu izraisītas nāves gadījumiem (skatīt 7. tabulā), Uzlabojot INR monitorēšanu, apiksabāna pārākums par varfarīnu visu iemeslu izraisītu nāves gadījumu ziņā samazinājās.

7. tabula. Sekundārie mērķa kritēriji pacientiem ar priekškambaru mirgošanu pētījumā

ARISTOTLE

	Apiksabāns N = 9088 n (%/gadi)	Varfarīns N = 9052 n (%/gadi)	Riska attiecība (95% TI)	p vērtība
Asiņošana				
Masīva*	327 (2,13)	462 (3,09)	0,69 (0,6; 0,80)	< 0,0001
letāla	10 (0,06)	37 (0,24)		
intrakraniāla	52 (0,33)	122 (0,80)		
Masīva + KNNM asiņošana [†]	613 (4,07)	877 (6,01)	0,68 (0,61; 0,75)	< 0,0001
Kopā	2356 (18,1)	3060 (25,8)	0,71 (0,68; 0,75)	< 0,0001
Pārējie mērķa kritēriji				
Visu iemeslu nāves	603 (3,52)	669 (3,94)	0,89 (0,80; 1,00)	0,0465
Miokarda infarkts	90 (0,53)	102 (0,61)	0,88 (0,66; 1,17)	

*Masīva asiņošana definēta pēc Starptautiskās Trombozes un hemostāzes biedrības (ISTH – *International Society on Thrombosis and Haemostasis*) kritērijiem.

[†]Klīniski nozīmīga nemasīva asiņošana.

Blakusparādību dēļ no pētījuma ARISTOTLE izstājās 1,8% apiksabāna grupas pacientu un 2,6% varfarīna grupas pacientu.

Efektivitātes rezultāti iepriekš noteiktās apakšgrupās, kas izvēlētas pēc *CHADS₂* rādītāja, vecuma, ķermeņa masas, dzimuma, nieru funkcijas, insulta vai TIL anamnēzē un diabēta, atbilda primārajiem efektivitātes rezultātiem pētījuma kopējā populācijā.

Pēc ISTH kritērijiem masīvas gastrointestinālas asiņošanas (ieskaitot kuņģa-zarnu trakta augšējās daļas, apakšējās daļas un taisnās zarnas asiņošanu) incidence apiksabāna grupā bija 0,76%/gadā un varfarīna grupā – 0,86%/gadā.

Masīvas asiņošanas rezultāti iepriekš noteiktās apakšgrupās, kas izvēlētas pēc *CHADS₂* rādītāja, vecuma, ķermeņa masas, dzimuma, nieru darbības, insulta vai TIL anamnēzē un diabēta, atbilda rezultātiem pētījuma kopējā populācijā.

Pētījums AVERROES

Pētījumā AVERROES randomizēti 5598, pēc pētnieka uzskata, KVA terapijai nepiemēroti pacienti, lai saņemtu vai nu 5 mg apiksabāna divas reizes dienā (vai 2,5 mg divas reizes dienā noteiktiem pacientiem [6,4%]; skatīt 4.2. apakšpunktu), vai ASS. ASS tika lietota pētnieka parakstītā devā pa 81 mg (64%), 162 (26,9%), 243 (2,1%) vai 324 mg (6,6%) vienu reizi dienā. Pacienti saņēma pētāmo aktīvo vielu vidēji 14 mēnešus. Pacientu vidējais vecums bija 69,9 gadi, vidējais *CHADS₂* rādītājs bija 2,0, un 13,6% pacientu bija iepriekš pārcietuši insultu vai TIL.

Biežākie iemesli, kādēļ KVA terapija pētījumā AVERROES izrādījās nepiemērota, bija šādi: nav/maz ticama iespēja iegūt INR paraugu vajadzīgajos laika intervālos (42,6%), pacienta atteikšanās ārstēties ar KVA (37,4%), *CHADS₂* rādītājs = 1 un ārsts neiesaka KVA (21,3%), nevar palauties, ka pacients ievēros KVA zāļu lietošanas instrukciju (15,0%), un grūtības/sagaidāmas grūtības kontaktēties ar pacientu, ja būtu nepieciešama steidzama devas maiņa (11,7%).

Pēc neatkarīgās Datu monitorēšanas komitejas ieteikuma, pētījums AVERROES slēgts priekšlaikus, jo bija skaidri pierādīta insulta un sistēmiskas embolijas gadījumu skaita samazināšanās ar pieņemamu drošuma profilu.

No pētījuma AVERROES blakusparādību dēļ izstājās 1,5% apiksabāna grupas pacientu un 1,3% ASS grupas pacientu.

Pētījumā apiksabāns salīdzinājumā ar ASS bija statistiski nozīmīgi pārāks primārā mērķa kritērija – insulta (hemorāģiska, išēmiska vai nenorādīta) vai sistēmiskas embolijas – novēršanā (skatīt 8. tabulā).

8. tabula. Galvenie efektivitātes galarezultāti pacientiem ar priekškambaru mirgošanu pētījumā AVERROES

	Apksabāns N = 2807 n (%/gadi)	ASS N = 2791 n (%/gadi)	Riska attiecība (95% TI)	p vērtība
Insults vai sistēmiska embolija*	51 (1,62)	113 (3,63)	0,45 (0,32; 0,62)	< 0,0001
Insults				
išēmisks vai nenorādīts	43 (1,37)	97 (3,11)	0,44 (0,31; 0,63)	
hemorāģisks	6 (0,19)	9 (0,28)	0,67 (0,24; 1,88)	
Sistēmiska embolija	2 (0,06)	13 (0,41)	0,15 (0,03; 0,68)	
Insults, sistēmiska embolija, MI vai vaskulāra nāve*†	132 (4,21)	197 (6,35)	0,66 (0,53; 0,83)	0,003
Miokarda infarkts	24 (0,76)	28 (0,89)	0,86 (0,50; 1,48)	
Vaskulāra nāve	84 (2,65)	96 (3,03)	0,87 (0,65; 1,17)	
Visu iemeslu nāve†	111 (3,51)	140 (4,42)	0,79 (0,62; 1,02)	0,068

* Novērtēts ar secīgas testēšanas stratēģiju, lai kontrolētu kopējo I tipa kļūdu pētījumā.

† Sekundārais mērķa kritērijs.

Masīvas asiņošanas sastopamības ziņā nebija statistiski nozīmīgas atšķirības starp apiksabānu un ASS (skatīt 9. tabulā).

9. tabula. Asiņošanas gadījumi pacientiem ar priekškambaru mirgošanu pētījumā AVERROES

	Apiksabāns N = 2798 n (%/gadi)	ASS N = 2780 n (%/gadi)	Riska attiecība (95% TI)	p vērtība
Masīva asiņošana*	45 (1,41)	29 (0,92)	1,54 (0,96; 2,45)	0,0716
Letāla, n	5 (0,16)	5 (0,16)		
Intrakraniāla, n	11 (0,34)	11 (0,35)		
Masīva + KNNM asiņošana†	140 (4,46)	101 (3,24)	1,38 (1,07; 1,78)	0,0144
Kopā	325 (10,85)	250 (8,32)	1,30 (1,10; 1,53)	0,0017

*Masīva asiņošana definēta pēc Starptautiskās Trombozes un hemostāzes biedrības (ISTH) kritērijiem.

† Klīniski nozīmīga nemasīva asiņošana.

NVPM pacienti ar AKS un/vai kuriem tiek veikta PKI

Atklātā, randomizētā, kontrolētā, 2 × 2 faktoru plānojuma pētījumā AUGUSTUS, tika iekļauti 4614 pacienti ar NVPM, kuriem bija AKS (43%) un/vai tika veikta PKI (56%). Visi pacienti saņēma P2Y12 inhibitora (klopidogrels: 90,3%) pamatterapiju, kas bija parakstīta saskaņā ar vietējiem aprūpes standartiem.

Pacienti tika randomizēti līdz 14 dienām pēc AKS un/vai PKI šādās terapijas grupās: 5 mg apiksabāns divas reizes dienā (2,5 mg divas reizes dienā, ja atbilda diviem vai vairāk devas samazināšanas kritērijiem; 4,2% saņēma zemāko devu) vai VKA, kā arī ASS (81 mg vienu reizi dienā) vai placebo. Vidējais vecums bija 69,9 gadi, 94% randomizēto pacientu pacientu CHA₂DS₂-VASc rādītājs bija > 2 un 47% HAS-BLED rādītājs bija > 3. Pacientiem, kuri bija randomizēti VKA saņemšanai, procentuālais laiks terapeitiskajās robežās (TTR – *proportion of time in therapeutic range*) (INR 2–3) bija 56%, un 32% laika bija zem TTR un 12% laika virs TTR.

AUGUSTUS primārais mērķis bija novērtēt drošumu, ar ISTH masīvu vai KNNM asiņošanu kā primāro mērķa kritēriju. Salīdzinājumā starp apiksabānu un VKA ISTH masīvas vai KNNM asiņošanas primāro drošuma mērķa kritēriju 6. mēnesī sasniedza 241 (10,5%) un 332 (14,7%) pacientu attiecīgi apiksabāna un VKA grupā (RA=0,69; 95% TI: 0,58; 0,82; divpusējs $p < 0,0001$ līdzvērtībai un $p < 0,0001$ pārākumam). VKA terapijai veiktās papildu analīzes, izmantojot TTR apakšgrupas, uzrādīja, ka visbiežākā asiņošana bija saistīta ar zemāko TTR kvartili. Asiņošanas biežums bija līdzīgs apiksabānam un TTR augstākajai kvartilei.

Salīdzinājumā starp ASS un placebo ISTH masīvas vai KNNM asiņošanas primāro mērķa kritēriju 6. mēnesī sasniedza 367 (16,1%) un 204 (9,0%) pacientu attiecīgi ASS grupā un placebo grupā (RA=1,88; 95% TI: 1,58; 2,23; divpusējais $p < 0,0001$).

Konkrēti, saņemot ārstēšanu ar apiksabānu, masīva vai KNNM asiņošana notika 157 (13,7%) un 84 (7,4%) pacientu attiecīgi ASS grupā un placebo grupā. Saņemot ārstēšanu ar VKA, masīva vai KNNM asiņošana notika 208 (18,5%) un 122 (10,8%) pacientu attiecīgi ASS grupā un placebo grupā.

Citas ārstēšanas reakcijas tika izvērtētas kā pētījuma sekundārais mērķis ar saliktiem mērķa kritērijiem.

Salīdzinājumā starp apiksabānu un VKA salikto mērķa kritēriju, kas ietvēra nāvi vai atkārtotu hospitalizāciju, sasniedza 541 (23,5%) un 632 (27,4%) pacientu attiecīgi apiksabāna un VKA grupā. Salikto mērķa kritēriju, kas ietvēra nāvi vai išēmisku notikumu (insults, miokarda infarkts, stenta tromboze vai neatliekama revaskularizācija), sasniedza 170 (7,4%) un 182 (7,9%) pacientu attiecīgi apiksabāna un VKA grupā.

Salīdzinājumā starp ASS un placebo salikto mērķa kritēriju, kas ietvēra nāvi vai atkārtotu hospitalizāciju, sasniedza 604 (26,2%) un 569 (24,7%) pacientiem attiecīgi ASS un placebo grupā. Salikto mērķa kritēriju, kas ietvēra nāvi vai išēmisku notikumu (insults, miokarda infarkts, stenta tromboze vai neatliekama revaskularizācija), sasniedza 163 (7,1%) un 189 (8,2%) pacientu attiecīgi ASS un placebo grupā.

Pacienti, kuriem paredzēta kardioversija

Atklātā daudzcentru pētījumā EMANATE tika iekļauti 1500 pacienti, kuri iepriekš nebija saņēmuši perorālu antikoagulantu terapiju vai to saņēma mazāk nekā pirms 48 stundām un kuriem bija ielānāta kardioversija NVPM ārstēšanai. Pacienti ar attiecību 1:1 tika randomizēti apiksabāna vai heparīna un/vai VKA saņemšanai, lai novērstu kardiovaskulārus notikumus. Pacientiem, kuriem kardioversiju bija nepieciešams veikt ātrāk, elektriska un/vai farmakoloģiska kardioversija tika veikta pēc vismaz 5 divas reizes dienā lietotām apiksabāna 5 mg devām (vai noteiktiem pacientiem – 2,5 mg divas reizes dienā (skatīt 4.2. apakšpunktu)) vai vismaz 2 stundas pēc 10 mg piesātinošās devas (vai noteiktiem pacientiem – 5 mg divas reizes dienā (skatīt 4.2. apakšpunktu)). 342 apiksabāna grupas pacienti saņēma piesātinošo devu (331 pacients saņēma 10 mg devu, un 11 pacienti saņēma 5 mg devu).

Apiksabāna grupā ($n = 753$) nekonstatēja nevienu insulta notikumu (0%), savukārt heparīna un/vai VKA grupā ($n = 747$; RR 0,00; 95% TI 0,00; 0,64) tika konstatēti 6 (0,80%) insulta notikumi. Apiksabāna grupā jebkura iemesla izraisīta nāve tika konstatēta 2 pacientiem (0,27%), savukārt heparīna un/vai VKA grupā – 1 pacientam (0,13%). Netika ziņots par sistēmiskas embolijas notikumiem.

Masīvas asiņošanas un KNNM asiņošanas notikumi apiksabāna grupā tika konstatēti attiecīgi 3 (0,41%) un 11 (1,50%) pacientiem, salīdzinot ar 6 (0,83%) un 13 (1,80%) pacientiem heparīna un/vai VKA grupā.

Šī ievirzes pētījuma rezultāti apliecina līdzvērtīgu iedarbību un drošumu apiksabāna un heparīna un/vai VKA terapijas grupās attiecībā uz kardioversiju.

DVT un PE terapija, DVT un PE recidīvu profilakse (VTEt)

Klīniskā programma (pētījums AMPLIFY – apiksabāna salīdzināšanai ar enoksaparīnu/varfarīnu un AMPLIFY-EXT – apiksabāna salīdzināšanai ar placebo) bija izveidota tā, lai pierādītu apiksabāna efektivitāti un drošumu, ārstējot DVT un/vai PE (pētījumā AMPLIFY), kā arī lietojot ilgākai

profilaktiskai DVT un/vai PE recidīvu terapijai pēc tam, kad pabeigta 6–12 mēnešus ilga DVT un/vai PE ārstēšana ar antikoagulantiem (pētījumā *AMPLIFY-EXT*). Abi pētījumi bija randomizēti, ar paralēlām grupām, dubultmaskēti un starptautiski. Tajos bija iekļauti pacienti ar simptomātisku proksimālu DVT vai simptomātisku PE. Par visiem galvenajiem drošuma un efektivitātes mērķa kritērijiem tika saņemts neatkarīgas, pētījuma organizētājiem nepazīstamas komitejas viedoklis.

Pētījums *AMPLIFY*

Pētījumā *AMPLIFY* 5395 pacienti tika randomizēti ārstēšanai ar apiksabānu (perorāli pa 10 mg apiksabāna divas reizes dienā 7 dienas un vēlāk pa 5 mg apiksabāna divas reizes dienā 6 mēnešus) vai enoksaparīnu pa 1 mg/kg divas reizes dienā subkutāni vismaz 5 dienu garumā (līdz sasniedz $INR \geq 2$) un varfarīnu (līdz sasniedz mērķa INR 2,0–3,0)perorāli 6 mēnešu garumā.

Dalībnieku vidējais vecums bija 56,9 gadi, un 89,8% randomizēto pacientu bija neprovocēti VTE gadījumi.

Varfarīna lietošanai randomizētiem pacientiem vidējais laiks, kurā tie atradās terapeitiskajā diapazonā (INR 2,0–3,0), procentuāli bija 60,9%. Apiksabāns samazināja simptomātisku VTE recidīvu gadījumu sastopamību un ar šādiem gadījumiem saistītu mirstību dažādos centrālā *TTR* diapazona līmeņos, un visaugstākajā *TTR* kvartilē attiecībā pret centru relatīvais risks salīdzinājumā ar enoksaparīnu/varfarīnu bija 0,79 (95% TI, 0,39–1,61).

Pētījuma laikā saskaņā ar vērtēšanas kritēriju (apstiprinātas recidivējošas simptomātiskas VTE – neletālas DVT vai neletālas PE, vai ar VTE saistītu nāves gadījumu sastopamības) analīzes apvienotajiem mērķa kritērijiem tika novērots, ka apiksabāns nav mazāk iedarbīgs par enoksaparīnu/varfarīnu (skatīt 10. tabulu).

10. tabula. Pētījumā *AMPLIFY* iegūtie efektivitāti raksturojošie rezultāti

	Apiksabāns N=2609 n (%)	Enoksaparīns/varfarīns N=2635 n (%)	Relatīvais risks (95% TI)
VTE vai tās izraisīta nāve	59 (2,3)	71 (2,7)	0,84 (0,60; 1,18)*
DVT	20 (0,7)	33 (1,2)	
PE	27 (1,0)	23 (0,9)	
Ar VTE saistīta nāve	12 (0,4)	15 (0,6)	
VTE vai jebkura iemesla izraisīta nāve	84 (3,2)	104 (4,0)	0,82 (0,61; 1,08)
Ar VTE vai SAS saistīta nāve	61 (2,3)	77 (2,9)	0,80 (0,57; 1,11)
VTE, ar VTE saistīta nāve vai masīva asiņošana	73 (2,8)	118 (4,5)	0,62 (0,47; 0,83)

* Nebija mazāk iedarbīgs par enoksaparīnu/varfarīnu (p vērtība < 0,0001)

Apiksabāna VTE sākumterapijas efektivitāte visiem pacientiem, kuriem tika ārstēta PE (relatīvais risks 0,9; 95% TI, 0,5–1,6) vai DVT (relatīvais risks 0,8; 95% TI, 0,5–1,3), bija vienāda. Efektivitāte apakšgrupās, tajā skaitā tajās, kas bija definētas pēc vecuma, dzimuma, ķermeņa masas indeksa (KMI), nieru darbības, PE indeksa, DVT radīto trombu lokalizācijas un heparīna lietošanas anamnēzē, kopumā bija vienāda.

Primārais drošumu raksturojošais vērtēšanas mērķa kritērijs bija masīvas asiņošanas sastopamība. Šajā pētījumā primārajā, ar drošumu saistītajā mērķa kritērijā apiksabāns bija statistiski pārāks par enoksaparīnu/varfarīnu (relatīvais risks 0,31; 95% TI, 0,17–0,55, p-vērtība < 0,0001) (skatīt 11. tabulu).

11. tabula. Pētījumā *AMPLIFY* iegūtie asiņošanas sastopamību raksturojošie rezultāti

	Apiksbāns N=2676 n (%)	Enoksaparīns/ varfarīns N=2689 n (%)	Relatīvais risks (95% TI)
Masīva asiņošana	15 (0,6)	49 (1,8)	0,31 (0,17; 0,55)
Masīva asiņošana + KNNM asiņošana	115 (4,3)	261 (9,7)	0,44 (0,36; 0,55)
Neliela asiņošana	313 (11,7)	505 (18,8)	0,62 (0,54; 0,70)
Visas formas	402 (15,0)	676 (25,1)	0,59 (0,53; 0,66)

Apiksbāna grupā apstiprināta masīva asiņošana un KNNM asiņošana jebkurā organisma daļā parasti tika novērota retāk nekā enoksaparīna/varfarīna grupā. Masīva kuņģa-zarnu trakta asiņošana (saskaņā ar STHB klasifikāciju) tika novērota 6 (0,2%) ar apiksbānu ārstētiem pacientiem un 17 (0,6%) ar enoksaparīnu/varfarīnu ārstētiem pacientiem.

Pētījums *AMPLIFY-EXT*

Pētījumā *AMPLIFY-EXT* kopā piedalījās 2482 pacienti, kuriem bija pabeigta 6–12 mēnešus ilga sākumterapija ar antikoagulantiem. Šiem pacientiem tika randomizēti nozīmēti 12 mēnešus ilga ārstēšana ar 2,5 mg lielām apiksbāna devām divas reizes dienā, 5 mg lielām apiksbāna devām divas reizes dienā vai placebo lietošana. No šiem pacientiem 836 pacienti (33,7%) pirms iekļaušanas pētījumā *AMPLIFY-EXT* bija piedalījušies pētījumā *AMPLIFY*.

Dalībnieku vidējais vecums bija 56,7 gadi, un 91,7% randomizēto pacientu bija neprovocekti VTE gadījumi.

Šajā pētījumā abas apiksbāna devas bija statistiski pārākas par placebo primārajā mērķa kritērijā, kas bija definēts kā simptomātisku recidivējošu VTE – neletālu DVT vai neletālu PE, vai jebkura iemesla izraisītu nāves gadījumu skaits (skatīt 12. tabulu).

12. tabula. Pētījumā *AMPLIFY-EXT* iegūtie efektivitāti raksturojošie rezultāti

				Relatīvais risks (95% TI)	
	Apiksbāns 2,5 mg (N=840)	Apiksbāns 5,0 mg (N=813)	Placebo (N=829)	Apiks. 2,5 mg salīdzinot ar placebo	Apiks. 5,0 mg salīdzinot ar placebo
	n (%)				
Recidivējoša VTE vai jebkura iemesla izraisīta nāve	19 (2,3)	14 (1,7)	77 (9,3)	0,24 (0,15; 0,40) [‡]	0,19 (0,11; 0,33) [‡]
DVT*	6 (0,7)	7 (0,9)	53 (6,4)		
PE*	7 (0,8)	4 (0,5)	13 (1,6)		
Jebkura iemesla izraisīta nāve	6 (0,7)	3 (0,4)	11 (1,3)		
Recidivējoša VTE vai tās izraisīta nāve	14 (1,7)	14 (1,7)	73 (8,8)	0,19 (0,11; 0,33)	0,20 (0,11; 0,34)
Recidivējoša VTE vai ar SAS saistīta nāve	14 (1,7)	14 (1,7)	76 (9,2)	0,18	0,19

	Apiksabāns	Apiksabāns	Placebo	Relatīvais risks (95% TI)	
	2,5 mg (N=840)	5,0 mg (N=813)	(N=829)	Apiks. 2,5 mg salīdzinot ar placebo	Apiks. 5,0 mg salīdzinot ar placebo
	n (%)				
				(0,10; 0,32)	(0,11; 0,33)
Neletāla DVT [†]	6 (0,7)	8 (1,0)	53 (6,4)	0,11 (0,05; 0,26)	0,15 (0,07; 0,32)
Neletāla PE [†]	8 (1,0)	4 (0,5)	15 (1,8)	0,51 (0,22; 1,21)	0,27 (0,09; 0,80)
Ar VTE saistīta nāve	2 (0,2)	3 (0,4)	7 (0,8)	0,28 (0,06; 1,37)	0,45 (0,12; 1,71)

*p-vērtība < 0,0001

* Par pacientiem, kuriem ir bijis vairāk nekā viens ar jebkuru vērtēšanas mērķa kritēriju saistīts gadījums, tika ziņots tikai par pirmo gadījumu (piemēram, ja dalībniekam ir bijusi gan DVT, gan PE, ir ziņots tikai par DVT).

† Atsevišķiem dalībniekiem var būt bijis vairāk nekā viens gadījums, kas attiecas uz abiem klasifikācijas veidiem.

Apiksabāna efektivitāte saistībā ar VTE recidīvu profilaksi saglabājās visās apakšgrupās, arī tajās, kas definētas pēc vecuma, dzimuma, ŅMI un nieru darbības.

Primārais drošumu raksturojošais vērtēšanas mērķa kritērijs bija masīvas asiņošanas sastopamība ārstēšanas periodā. Pētījuma laikā masīvas asiņošanas sastopamība pēc abu apiksabāna devu lietošanas nebija statistiski nozīmīgi atšķirīga no tās, kas novērota pēc placebo lietošanas. Grupās, kurās divas reizes dienā tika lietotas 2,5 mg lielas apiksabāna devas vai placebo, netika novērota statistiski nozīmīga masīvas asiņošanas + KNNM asiņošanas, nelielas vai jebkuras formas asiņošanas sastopamības atšķirība (skatīt 13. tabulu).

13. tabula. Pētījumā *AMPLIFY-EXT* iegūtie asiņošanas sastopamību raksturojošie rezultāti

	Apiksabāns	Apiksabāns	Placebo	Relatīvais risks (95% TI)	
	2,5 mg (N=840)	5,0 mg (N=811)	(N=826)	Apix 2,5 mg pret placebo	Apix 5,0 mg pret placebo
	n (%)				
Masīva asiņošana	2 (0,2)	1 (0,1)	4 (0,5)	0,49 (0,09; 2,64)	0,25 (0,03; 2,24)
Masīva asiņošana + KNNMA	27 (3,2)	35 (4,3)	22 (2,7)	1,20 (0,69; 2,10)	1,62 (0,96; 2,73)
Neliela asiņošana	75 (8,9)	98 (12,1)	58 (7,0)	1,26 (0,91; 1,75)	1,70 (1,25; 2,31)
Visas formas	94 (11,2)	121 (14,9)	74 (9,0)	1,24 (0,93; 1,65)	1,65 (1,26; 2,16)

Masīva kuņģa-zarnu trakta asiņošana (saskaņā ar STHB klasifikāciju) tika novērota 1 pacientam (0,1%), kuru ārstēja ar 5 mg apiksabāna divas reizes dienā devu, nevienam pacientam no tiem, kuri lietoja 2,5 mg divas reizes dienā devu, un 1 (0,1%) placebo saņēmumam pacientam.

Pediatriiskā populācija

Indikācija zāļu lietošanai pediatriiskajā populācijā nav apstiprināta (skatīt 4.2. apakšpunktu).

VTE profilakse pediatriiskās populācijas pacientiem ar akūtu limfoblastisku leikozi vai limfoblastisku limfomu (ALL, LL)

Pētījumā PREVAPIX-ALL pavisam 512 pacienti ≥ 1 līdz < 18 gadu vecumā ar jaunatklātu ALL vai LL un uzsāktu indukcijas ķīmijterapiju, ieskaitot asparagināzes ievadīšanu caur centrālo venozo pieeju, tika randomizēti attiecībā 1:1 atklātai trombozes profilaksei ar apiksabānu vai standarta aprūpei (bez sistēmiskas antikoagulantu terapijas). Apiksabāna lietošana notika saskaņā ar fiksētas devas, no ķermeņa masas atkarīgu lietošanas režīmu, kas ir salīdzināms ar zāļu iedarbību pieaugušajiem, lietojot 2,5 mg divas reizes dienā (skatīt 14. tabulu). Apiksabāns bija pieejams 2,5 mg tabletes, 0,5 mg tabletes vai 0,4 mg/ml šķīduma iekšķīgai lietošanai veidā. Zāļu iedarbības ilguma mediāna apiksabāna grupā bija 25 dienas.

14. tabula. Apiksabāna devas PREVAPIX-ALL pētījumā

Ķermeņa masas diapazons	Devu shēma
6 līdz $< 10,5$ kg	0,5 mg divas reizes dienā
10,5 līdz < 18 kg	1 mg divas reizes dienā
18 līdz < 25 kg	1,5 mg divas reizes dienā
25 līdz < 35 kg	2 mg divas reizes dienā
≥ 35 kg	2,5 mg divas reizes dienā

Primārais efektivitātes mērķa kritērijs bija salikts un ietvēra apstiprinātu simptomātisku un asimptomātisku neletālu dziļo vēnu trombozi, plaušu emboliju, smadzeņu venozā sinusa trombozi un venozas trombembolijas izraisītu nāvi. Primārā efektivitātes mērķa kritērija sastopamība apiksabāna grupā bija 31 (12,1%) salīdzinājumā ar 45 (17,6%) standarta aprūpes grupā. Relatīvā riska samazināšanās nebija statistiski nozīmīga.

Drošuma mērķa kritēriji tika apstiprināti saskaņā ar ISTH kritērijiem. Primāro drošuma mērķa kritēriju, masīvu asiņošanu, novēroja 0,8% pacientu katrā ārstēšanas grupā. KNNM asiņošanu novēroja 11 pacientiem (4,3%) apiksabāna grupā un 3 pacientiem (1,2%) standarta aprūpes grupā. Visbiežāk sastopamais KNNM asiņošanas notikums, kas noteica ārstēšanas atšķirību, bija viegla līdz vidēji smaga deguna asiņošana. Nelielas asiņošanas notikumus novēroja 37 pacientiem apiksabāna grupā (14,5%) un 20 pacientiem (7,8%) standarta aprūpes grupā.

Trombembolijas (TE) profilakse pediatriiskās populācijas pacientiem ar iedzimtu vai iegūtu sirds slimību

Randomizētā (attiecībā 2:1), atklātā, daudzcentru, salīdzinošā pētījumā SAXOPHONE tika iekļauti pacienti 28 dienu līdz < 18 gadu vecumā ar iedzimtu vai iegūtu sirds slimību, kuras gadījumā nepieciešama antikoagulantu terapija. Pacienti saņēma apiksabānu vai standarta aprūpi trombozes profilaksei ar K vitamīna antagonistu vai mazmolekulāro heparīnu. Apiksabāna lietošana notika saskaņā ar fiksētas devas, no ķermeņa masas atkarīgu lietošanas režīmu, kas ir salīdzināms ar zāļu iedarbību pieaugušajiem, lietojot 5 mg divas reizes dienā (skatīt 15. tabulu). Apiksabāns bija pieejams 5 mg tabletes, 0,5 mg tabletes vai 0,4 mg/ml šķīduma iekšķīgai lietošanai veidā. Vidējais zāļu iedarbības ilgums apiksabāna grupā bija 331 diena.

15. tabula. Apiksabāna devas SAXOPHONE pētījumā

Ķermeņa masas diapazons	Devu shēma
6 līdz < 9 kg	1 mg divas reizes dienā
9 līdz < 12 kg	1,5 mg divas reizes dienā
12 līdz < 18 kg	2 mg divas reizes dienā

Ķermeņa masas diapazons	Devu shēma
18 līdz <25 kg	3 mg divas reizes dienā
25 līdz <35 kg	4 mg divas reizes dienā
≥35 kg	5 mg divas reizes dienā

Primārais saliktais drošuma mērķa kritērijs, kas ietvēra apstiprinātu ISTH masīvu asiņošanu un KNNM asiņošanu, novērots 1 (0,8%) no 126 pacientiem apiksbāna grupā un 3 (4,8%) no 62 pacientiem standarta aprūpes grupā. Tādi sekundārie drošuma mērķa kritēriji kā apstiprināta masīva asiņošana, KNNM asiņošana un visi asiņošanas notikumi sastopamības biežuma ziņā bija salīdzināmi abās ārstēšanas grupās. Tādi sekundārie drošuma mērķa kritēriji kā zāļu lietošanas pārtraukšana nevēlama notikuma, nepanesības vai asiņošanas dēļ ziņoti 7 (5,6%) pacientiem apiksbāna grupā un 1 (1,6%) pacientam standarta aprūpes grupā. Nevienam pacientam abās ārstēšanas grupās nenovēroja trombemboliskus notikumus. Nevienā ārstēšanas grupā nenovēroja nāves gadījumus.

Šis bija prospektīvs pētījums aprakstošai efektivitātes un drošuma analīzei, jo paredzamā TE un asiņošanas notikumu sastopamība šajā populācijā ir zema. Zemās TE sastopamības dēļ šajā pētījumā nebija iespējams veikt galīgo riska un ieguvuma novērtējumu.

Eiropas Zāļu aģentūra atliek pienākumu iesniegt pētījumu rezultātus par venozās trombembolijas ārstēšanu ar Eliquis vienā vai vairākās pediatrikās populācijas apakšgrupās (informāciju par lietošanu bērniem skatīt 4.2. apakšpunktā).

5.2. Farmakokinētiskās īpašības

Uzsūkšanās

Absolūtā apiksbāna biopieejamība devām līdz 10 mg ir aptuveni 50%. Apiksbāns strauji uzsūcas un sasniedz maksimālo koncentrāciju (C_{max}) 3 līdz 4 stundas pēc tabletes lietošanas. Lietojot devas līdz 10 mg kopā ar uzturu, netiek ietekmēta apiksbāna AUC vai C_{max} . Apiksbānu var lietot neatkarīgi no ēdienreizes.

Lietojot iekšķīgi līdz 10 mg apiksbāna, novēro lineāru farmakokinētiku, kad devas palielināšana izraisa proporcionālu iedarbības pieaugumu. Lietojot devas, kas ≥ 25 mg, apiksbāna absorbciju samazina noārdīšanās un tam samazinās biopieejamība. Apiksbāna iedarbības rādītājiem piemīt neliela līdz vidēji izteikta variabilitāte gan vienas personas ietvaros, gan starp dažādām personām attiecīgi ~20% CV un ~30% CV.

Iedarbība pēc 10 mg apiksbāna lietošanas iekšķīgi 2 sasmalcinātu 5 mg tablešu, kas suspendētas 30 ml ūdens, veidā bija salīdzināma ar iedarbību pēc 2 veselu 5 mg tablešu iekšķīgas lietošanas. Pēc 10 mg apiksbāna lietošanas iekšķīgi 2 sasmalcinātu 5 mg tablešu veidā ar 30 g ābolu biezeņa C_{max} un AUC bija attiecīgi par 21% un 16% zemāki, salīdzinot ar 2 veselu 5 mg tablešu lietošanu. Iedarbības samazinājums nav uzskatāms par klīniski nozīmīgu.

Pēc sasmalcinātas un 60 ml G5Ū suspendētas 5 mg apiksbāna tabletes lietošanas caur nazogastrālo zondi iedarbība bija līdzīga iedarbībai, kas novērota citos klīniskajos pētījumos veselām pētāmām personām, kuras iekšķīgi saņēma vienu 5 mg apiksbāna tabletes devu.

Ņemot vērā paredzamo devai proporcionālo apiksbāna farmakokinētisko profilu, veiktajos pētījumos gūtie biopieejamības rezultāti ir piemērojami mazākām apiksbāna devām.

Izkliede

Cilvēkam ar plazmas olbaltumvielām saistās aptuveni 87% zāļu. Izklides tilpums (V_{ss}) ir aptuveni 21 litrs.

Biotransformācija un eliminācija

Apiksabāns tiek eliminēts, izmantojot vairākus ceļus. Pēc apiksabāna devas ievadīšanas cilvēkiem aptuveni 25% no devas izdalījās metabolītu veidā un tos pārsvarā konstatēja fēcēs. Renālā ekskrecija veido aptuveni 27% no kopējā apiksabāna klīrensa. Klīniskajos un neklīniskajos pētījumos tika novērota arī attiecīgi izdalīšanās ar žulti un tieša ekskrecija zarnu traktā.

Apiksabāna totālais klīrenss ir aptuveni 3,3 l/h un eliminācijas pusperiods – aptuveni 12 stundas.

O-demetilācija un hidroksilācija 3-oksipiperidinila daļā ir galvenās biotransformācijas vietas. Apiksabāna metabolismā piedalās galvenokārt CYP3A4/5 un nedaudz arī CYP1A2, 2C8, 2C9, 2C19 un 2J2. Cilvēka plazmā galvenais ar aktīvo vielu saistītais komponents ir neizmainīts apiksabāns, cirkulācijā nav sastopami aktīvi metabolīti. Apiksabāns ir transporta olbaltumvielu, P-gp un krūts vēža rezistences proteīna (*breast cancer resistance protein* – BCRP) substrāts.

Gados vecāki cilvēki

Gados vecākiem pacientiem (vecākiem par 65 gadiem) novēro augstākas plazmas koncentrācijas nekā jaunākiem pacientiem – vidējās AUC vērtības ir aptuveni par 32% augstākas, bet C_{max} neatšķiras.

Nieru darbības traucējumi

Apiksabāna maksimālās koncentrācijas laikā nenovēroja ietekmi uz nieru darbību. Novērtējot noteikto kreatinīna klīrensu, tika konstatēta samazinātas nieru darbības saistība ar palielinātu apiksabāna iedarbību. Personām ar viegliem (kreatinīna klīrenss 51-80 ml/min), vidēji smagiem (kreatinīna klīrenss 30-50 ml/min) un smagiem (kreatinīna klīrenss 15-29 ml/min) nieru darbības traucējumiem apiksabāna plazmas koncentrācija (AUC) pieauga par attiecīgi 16%, 29% un 44% salīdzinājumā ar personām ar normālu kreatinīna klīrensu. Nieru darbības traucējumiem nav būtiskas ietekmes uz apiksabāna plazmas koncentrāciju un anti-Xa faktora aktivitāti.

Pacientiem ar terminālu nieru slimību (TNS), lietojot vienreizēju apiksabāna 5 mg devu tūlīt pēc hemodialīzes, apiksabāna AUC palielinājās par 36% salīdzinājumā ar pacientiem ar normālu nieru darbību. Hemodialīze, kas uzsākta divas stundas pēc vienreizējas apiksabāna 5 mg devas lietošanas pacientiem ar terminālu nieru slimību (TNS), samazināja apiksabāna AUC par 14%, kas atbilda apiksabāna dialīzes klīrensam 18 ml/min. Tāpēc maz ticams, ka hemodialīze var kļūt par efektīvu apiksabāna pārdozēšanas ārstēšanas līdzekli.

Aknu darbības traucējumi

Pētījumā, kurā tika salīdzinātas 8 personas ar viegliem aknu darbības traucējumiem – A grupa pēc *Child-Pugh* klasifikācijas, punktu skaits 5 (n = 6) un punktu skaits 6 (n = 2) un 8 personas ar vidēji smagiem aknu darbības traucējumiem, B grupa pēc *Child-Pugh* klasifikācijas, punktu skaits 7 (n = 6) un punktu skaits 8 (n = 2) ar 16 veselām kontroles personām, personām ar aknu darbības traucējumiem netika konstatētas vienreizējas 5 mg apiksabāna devas farmakokinētikas un farmakodinamikas izmaiņas. Izmaiņas anti-Xa faktora aktivitātē un INR bija līdzīgas veselām personām un personām ar viegliem līdz vidēji smagiem aknu darbības traucējumiem.

Dzimums

Apiksabāna iedarbība sievietēm bija apmēram par 18% lielāka nekā vīriešiem.

Etniskā piederība un rase

Analizējot I fāzes pētījumu rezultātus, netika konstatētas būtiskas atšķirības apiksabāna farmakokinētikā baltās/kaukāziešu rases, aziātu un melnās/afroamerikāņu rases personām.

Farmakokinētikas analīžu rezultāti pacientiem, kuri saņēma apiksbānu visumā atbilda šiem I fāzes pētījumu rezultātiem.

Kermeņa masa

Salīdzinot ar pētāmam personām, kuru ķermeņa masa ir no 65 līdz 85 kg, personām ar ķermeņa masu > 120 kg novēroja par aptuveni 30% mazāku apiksbāna iedarbību un personām ar ķermeņa masu < 50 kg – par aptuveni 30% lielāku iedarbību.

Farmakokinētiskā/farmakodinamiskā attiecība

Pēc plaša apiksbāna devu diapazona (0,5 – 50 mg) lietošanas tika pētīta farmakokinētikas/farmakodinamikas (FK/FD) saistība starp apiksbāna plazmas koncentrāciju un vairākiem FD mērķa kritērijiem (anti-Xa faktora aktivitāte, INR, PT, aPTT). Saistību starp apiksbāna plazmas koncentrāciju un anti-Xa faktora aktivitāti vislabāk raksturo lineārais modelis. Pacientiem novērotā FK/FD saistība atbilda veselām pētāmām personām novērotajai saistībai.

5.3. Preklīniskie dati par drošumu

Preklīniskajos standartpētījumos iegūtie dati par farmakoloģisko drošumu, atkārtotu devu toksicitāti, genotoksicitāti, iespējamu kancerogenitāti, fertilitāti un embrija-augļa attīstību, un juvenilo toksicitāti neliecina par īpašu risku cilvēkam.

Nozīmīgākā iedarbība, kas tika novērota atkārtotu devu toksicitātes pētījumos, bija saistīta ar apiksbāna farmakodinamisko iedarbību uz asins koagulācijas raksturlielumiem. Toksicitātes pētījumos tika atklāta neliela vai nekāda asiņošanas noslieces palielināšanās. Tomēr, tā kā to varētu izraisīt vājāka neklīnisko sugu jutība, salīdzinot ar cilvēkiem, šis rezultāts jāinterpretē uzmanīgi, ekstrapolējot to uz cilvēkiem.

Žurku pienā tika konstatēta augsta zāļu koncentrācija, salīdzinot ar mātiņas plazmu, attiecība (C_{max} aptuveni 8, AUC aptuveni 30), iespējams, aktīva zāļu transporta pienā dēļ.

6. FARMACEITISKĀ INFORMĀCIJA

6.1. Palīgvielu saraksts

Tabletes kodols:

Laktoze
Mikrokristāliskā celuloze (E460)
Nātrija kroskarmeloze
Nātrija laurilsulfāts
Magnija stearāts (E470b)

Apvalks:

Laktozes monohidrāts
Hipromeloze (E464)
Titāna dioksīds (E171)
Triacetīns
Dzeltenais dzelzs oksīds (E172)

6.2. Nesaderība

Nav piemērojama

6.3. Uzglabāšanas laiks

3 gadi

6.4. Īpaši uzglabāšanas nosacījumi

Zālēm nav nepieciešami īpaši uzglabāšanas apstākļi.

6.5. Iepakojuma veids un saturs

Alumīnija-PVH/PVdH blisteri. Kastītes ar 10, 20, 60, 168 un 200 apvalkotām tabletēm. Alumīnija-PVH/PVdH perforēti dozējamu vienību blisteri ar 60 x 1 apvalkotu tableti un 100 x 1 apvalkotu tableti.

Visi iepakojuma lielumi tirgū var nebūt pieejami.

6.6. Īpaši norādījumi atkritumu likvidēšanai

Neizlietotās zāles vai izlietotie materiāli jāznīcina atbilstoši vietējām prasībām.

7. REĢISTRĀCIJAS APLIECĪBAS ĪPAŠNIEKS

Bristol-Myers Squibb/Pfizer EEIG
Plaza 254
Blanchardstown Corporate Park 2
Dublīn 15, D15 T867
Īrija

8. REĢISTRĀCIJAS APLIECĪBAS NUMURS(-I)

EU/1/11/691/001
EU/1/11/691/002
EU/1/11/691/003
EU/1/11/691/004
EU/1/11/691/005
EU/1/11/691/013
EU/1/11/691/015

9. PIRMĀS REĢISTRĀCIJAS/PĀRREĢISTRĀCIJAS DATUMS

Reģistrācijas datums: 2011. gada 18. maijs
Pēdējās pārreģistrācijas datums: 2021. gada 11. janvāris

10. TEKSTA PĀRSKATĪŠANAS DATUMS

Sīkāka informācija par šīm zālēm ir pieejama Eiropas Zāļu aģentūras tīmekļa vietnē
<http://www.ema.europa.eu/>.

1. ZĀĻU NOSAUKUMS

Eliquis 5 mg apvalkotās tabletes

2. KVALITATĪVAIS UN KVANTITATĪVAIS SASTĀVS

Katra apvalkotā tablete satur 5 mg apiksabāna (*apixaban*).

Palīgvielas ar zināmu iedarbību

Katra 5 mg apvalkotā tablete satur 102,9 mg laktozes (skatīt 4.4. apakšpunktu).

Pilnu palīgvielu sarakstu skatīt 6.1. apakšpunktā.

3. ZĀĻU FORMA

Apvalkotā tablete (tablete).

Rozā, ovālas tabletes (9,73 mm x 5,16 mm) ar iespiestu skaitli 894 vienā pusē un 5 – otrā pusē.

4. Klīniskā informācija

4.1. Terapeitiskās indikācijas

Insulta un sistēmiskas embolijas profilaksei pieaugušiem pacientiem ar nevalvulāras izcelsmes priekškambaru mirgošanu (NVPM) un vienu vai vairākiem riska faktoriem, tādiem kā iepriekš pārciests insults vai tranzitora išēmiska lēkme (TIL), vecums ≥ 75 gadi, hipertensija, cukura diabēts, simptomātiska sirds mazspēja (\geq II klase pēc NYHA klasifikācijas).

Dziļo vēnu trombozes (DVT) un plaušu embolijas (PE) ārstēšana, kā arī recidivējošas DVT un PE profilakse pieaugušajiem (informāciju par hemodinamiski nestabiliem PE slimniekiem skatīt 4.4. apakšpunktu).

4.2. Devas un lietošanas veids

Devas

Insulta un sistēmiskas embolijas profilakse pacientiem ar nevalvulāras izcelsmes priekškambaru mirgošanu (NVPM)

Apiksabāna ieteicamā deva ir 5 mg, ko lieto iekšķīgi divas reizes dienā.

Devas samazināšana

Apiksabāna ieteicamo devu 2,5 mg lietošanai divas reizes dienā nozīmē pacientiem ar NVPM, kuriem ir vismaz divas no sekojošām pazīmēm: vecums ≥ 80 gadi, ķermeņa masa ≤ 60 kg vai kreatinīns serumā $\geq 1,5$ mg/dl (133 mikromoli/l).

Terapija jāturpina ilgstoši.

DVT un PE terapija, DVT un PE recidīvu profilakse (VTEt)

Akūtas DVT, kā arī PE ārstēšanai ieteicamā apiksabāna deva ir 10 mg perorāli divas reizes dienā pirmās 7 dienas un vēlāk 5 mg perorāli divas reizes dienā. Saskaņā ar pieejamajām ārstēšanas vadlīnijām īslaicīgu (vismaz 3 mēnešus ilgu) terapiju jāpamato ar pārejošiem riska faktoriem (piemēram, nesen bijusi operācija, trauma vai imobilizācija).

DVT un PE recidīvu profilaksei ieteicamā apiksabāna deva ir 2,5 mg perorāli divas reizes dienā. Ja indikācija ir DVT un PE recidīvu profilakse, tad zāļu lietošana pa 2,5 mg divas reizes dienā jāsāk pēc tam, kad ir pabeigta 6 mēnešus ilga ārstēšana ar apiksabānu (lietojot pa 5 mg divas reizes dienā) vai citu antikoagulantu (saskaņā ar 1. tabulā sniegtajiem norādījumiem; skatīt arī 5.1. apakšpunktu).

1. tabula. Ieteiktās devas (VTET)

	Devu shēma	Maksimālā dienas deva
DVT vai PE ārstēšana	Pirmās 7 dienas pa 10 mg divas reizes dienā	20 mg
	Vēlāk pa 5 mg divas reizes dienā	10 mg
DVT un/vai PE recidīvu profilakse pēc tam, kad pabeigta 6 mēnešus ilga DVT vai PE ārstēšana	2,5 mg divas reizes dienā	5 mg

Visas terapijas ilgums jānosaka individuāli, kad rūpīgi izvērtēta terapijas sniegtā ieguvuma un asiņošanas riska attiecība (skatīt 4.4. apakšpunktu).

Izlaista deva

Ja deva tiek izlaista, pacientam Eliquis jālieto nekavējoties, un pēc tam lietošana jāturpina divas reizes dienā, kā iepriekš.

Terapijas maiņa

No parenterālas antikoagulantu ievadīšanas uz Eliquis (un otrādi) var pāriet nākamās plānotās devas laikā (skatīt 4.5. apakšpunktu). Nav atļauta vienlaicīga šo zāļu lietošana.

Pāreja no K vitamīna antagonista (KVA) uz Eliquis

Mainot pacienta terapiju no K vitamīna antagonista (KVA) uz Eliquis, jāpārtrauc varfarīna vai cita KVA lietošana un Eliquis jāsāk lietot tad, kad Starptautiskais standartizētais koeficients (INR - *international normalised ratio*) ir < 2.

Pāreja no Eliquis uz KVA terapiju

Mainot pacienta terapiju no Eliquis uz KVA, Eliquis jāturpina lietot vēl vismaz 2 dienas pēc KVA terapijas sākuma. Pēc 2 dienu ilgas Eliquis un KVA līdztekus terapijas pirms kārtējās Eliquis devas jānosaka INR. Vienlaicīga terapija ar Eliquis un KVA jāturpina, kamēr INR ir ≥ 2.

Gados vecāki cilvēki

VTET – devas pielāgošana nav nepieciešama (skatīt 4.4. un 5.2. apakšpunktu).

NVPM – devas pielāgošana nav nepieciešama, ja vien nav kritēriju devas samazināšanai (skatīt „Devas samazināšana” 4.2. apakšpunkta sākumā).

Nieru darbības traucējumi

Pacientiem ar viegliem vai vidēji smagiem nieru darbības traucējumiem jāpiemēro šādi ieteikumi:

- DVT vai PE ārstēšanai un DVT vai PE recidīvu profilaksei (VTET) devas pielāgošana nav nepieciešama (skatīt 5.2. apakšpunktu).
- insulta un sistēmiskas embolijas profilaksei pacientiem ar NVPM un gados vecākiem pacientiem (≥ 80 gadus veciem pacientiem) vai pacientiem ar mazu ķermeņa masu (≤ 60 kg), kuriem kreatinīna līmenis serumā ir ≥ 1,5 mg/dl (133 mikromoli/l), devas pielāgošana ir nepieciešama un ir aprakstīta iepriekš. Ja nav spēkā citi devas samazināšanas kritēriji (vecums, ķermeņa masa), devas pielāgošana nav nepieciešama (skatīt 5.2. apakšpunktu).

Pacientiem ar smagiem nieru darbības traucējumiem (kreatinīna klīrensu 15–29 ml/min) jāpiemēro šādi ieteikumi (skatīt 4.4. un 5.2. apakšpunktu):

- DVT un PE ārstēšanai, kā arī DVT un PE (VTET) recidīvu profilaksei apiksbāns jālieto piesardzīgi,
- insulta un sistēmiskas embolijas profilaksei pacientiem ar NVPM ir jāsaņem mazāka apiksbāna deva – pa 2,5 mg divas reizes dienā.

Par pacientiem ar kreatinīna klīrensu < 15 ml/min vai pacientiem, kuriem tiek veikta hemodialīze, klīniskās pieredzes nav, tādēļ apiksbāns nav ieteicams (skatīt 4.4. un 5.2. apakšpunktu).

Aknu darbības traucējumi

Eliquis ir kontrindicēts pacientiem ar aknu slimībām, kas saistītas ar koagulopātiju un klīniski būtisku asiņošanas risku (skatīt 4.3. apakšpunktu).

Zāles nav ieteicamas pacientiem ar smagiem aknu darbības traucējumiem (skatīt 4.4. un 5.2. apakšpunktu).

Zāles jālieto piesardzīgi pacientiem ar viegliem vai vidēji smagiem aknu darbības traucējumiem (A vai B grupa pēc *Child Pugh* klasifikācijas). Pacientiem ar viegliem vai vidēji smagiem aknu darbības traucējumiem devas pielāgošana nav nepieciešama (skatīt 4.4. un 5.2. apakšpunktu).

Pacienti ar palielinātu aknu enzīmu alanīnaminotransferāzes (AlAT)/aspartātaminotransferāzes (AsAT) > 2 x NAR vai kopējā bilirubīna \geq 1,5 x NAR koncentrāciju tika izslēgti no klīniskajiem pētījumiem. Tādēļ Eliquis šai pacientu grupai jālieto piesardzīgi (skatīt 4.4. un 5.2. apakšpunktu). Pirms Eliquis terapijas uzsākšanas jāveic aknu funkcionālie testi.

Kermeņa masa

VTET – deva nav jāpielāgo (skatīt 4.4. un 5.2. apakšpunktu).

NVPM – devas pielāgošana nav nepieciešama, ja vien nav kritēriju devas samazināšanai (skatīt „Devas samazināšana” 4.2. apakšpunkta sākumā).

Dzimums

Devas pielāgošana nav nepieciešama (skatīt 5.2. apakšpunktu).

Pacienti, kuriem paredzēta katetra ablācija (NVPM)

Pacienti, saņemot katetra ablāciju, var turpināt lietot apiksbānu (skatīt 4.3., 4.4. un 4.5. apakšpunktu).

Pacienti, kuriem paredzēta kardioversija

Apiksbāna lietošanu var sākt vai turpināt nevalvulāras ātriju fibrilācijas (NVPM) pacientiem, kuriem var būt nepieciešama kardioversija.

Pacientiem, kuri iepriekš nav saņēmuši antikoagulantu terapiju, pirms kardioversijas ir jāapsver kreisā priekškambara tromba iespējamības izslēgšana, izmantojot attēldiagnostikas metodes (piemēram, transezofagālo ehokardiogrāfiju (TEE) vai skenēšanu ar datortomogrāfu (DT)) saskaņā ar medicīniskajām vadlīnijām.

Pacientiem, kuriem uzsāk ārstēšanu ar apiksbānu, pirms kardioversijas ir jāsaņem 5 mg divas reizes dienā vismaz 2,5 dienas (5 vienreizējas devas), lai nodrošinātu pietiekamu antikoagulāciju (skatīt 5.1. apakšpunktu). Ja pacients atbilst devas samazināšanas kritērijiem, devu režīms ir jāsamazina līdz 2,5 mg apiksbāna divas reizes dienā vismaz 2,5 dienas (5 vienreizējas devas) (skatīt iepriekš sadaļās “Devas samazināšana” un “Nieru darbības traucējumi”).

Ja kardioversija ir nepieciešama pirms 5 apiksbāna devu lietošanas, pacientam jāsaņem 10 mg piesātinošā deva un pēc tam pa 5 mg divas reizes dienā. Ja pacients atbilst devas samazināšanas kritērijiem (skatīt iepriekš “Devas samazināšana” un “Nieru darbības traucējumi”), devu lietošanas

shēma jāsamazina līdz 5 mg piesātinošajai devai un turpmākai 2,5 mg devai divas reizes dienā. Piesātinošā deva ir jālieto vismaz 2 stundas pirms kardioversijas (skatīt 5.1. apakšpunktu).

Visiem pacientiem, kuriem paredzēta kardioversija, pirms kardioversijas jāpārlicinās, vai pacients ir lietojis apiksbānu, kā tika nozīmēts. Lēmums par ārstēšanas sākšanu vai turpināšanu jāpieņem, ievērojot pieejamās ārstēšanas vadlīnijas saistībā ar antikoagulantu terapiju pacientiem, kuriem paredzēta kardioversija.

Pacienti ar NVPM un akūtu koronāro sindromu (AKS) un/vai perkutānu koronāru intervenci (PKI)

Apiksbāna lietošanas pieredze ieteicamajā devā NVPM pacientiem, kuri vienlaicīgi saņem prettrombocītu līdzekļus un ir arī AKS pacienti un/vai kuriem tiek veikta PKI pēc hemostāzes sasniegšanas, ir ierobežota (skatīt 4.4., 5.1. apakšpunktu).

Pediātriskā populācija

Eliquis drošums un efektivitāte, lietojot bērniem un pusaudžiem vecumā līdz 18 gadiem, nav pierādīti. Pašlaik pieejamie dati par trombembolijas profilaksi aprakstīti 5.1. apakšpunktā, taču ieteikumus par devām nevar sniegt.

Lietošanas veids

Iekšķīgai lietošanai

Eliquis jānorij, uzdzerot ūdeni; zāles var lietot kopā ar ēdienu vai starp ēdienreizēm.

Pacientiem, kuri nevar norīt veselas tabletes, Eliquis tabletes var sasmalcināt un suspendēt ūdenī vai 5% glikozes šķīduma ūdenī (G5Ū), vai ābolu sulā vai sajaukt ar ābolu biezeni, un nekavējoties lietot iekšķīgi (skatīt 5.2. apakšpunktu). Cita alternatīva, Eliquis tabletes var sasmalcināt un suspendēt 60 ml ūdens vai G5Ū un nekavējoties ievadīt caur nazogastrālo zondi (skatīt 5.2. apakšpunktu). Sasmalcinātas Eliquis tabletes ūdenī, G5Ū, ābolu sulā un ābolu biezenī ir stabilas līdz 4 stundām.

4.3. Kontrindikācijas

- Paaugstināta jutība pret aktīvo vielu vai jebkuru no 6.1. apakšpunktā uzskaitītajām palīgvielām.
- Akūta klīniski būtiska asiņošana.
- Aknu slimība, kas saistīta ar koagulopātiju un klīniski būtisku asiņošanas risku (skatīt 5.2. apakšpunktu).
- Bojājums vai stāvoklis, ja tas tiek uzskatīts par ar masīvas asiņošanas riska faktoru. Tas var būt pašreizēja vai nesena gastrointestināla ulcerācija, malignas neoplazmas ar augstu asiņošanas risku, nesena cerebrāla vai spināla trauma, nesena veikta galvas smadzeņu, muguras smadzeņu vai acu operācija, nesena pārciesta intrakraniāla hemorāģija, diagnosticēta vai iespējama barības vada vēnu varikoze, arteriovenozas malformācijas, asinsvadu aneirismas vai izteiktas intraspīnālas vai intracerebrālas asinsvadu patoloģijas.
- Vienlaicīga terapija ar jebkādu citu antikoagulantu, piemēram, nefrakcionētu heparīnu (*UFH - unfractionated heparin*), mazmolekulāriem heparīniem (enoksaparīnu, dalteparīnu u.c.), heparīna atvasinājumiem (fondaparīnu u.c.), perorāliem antikoagulantiem (varfarīnu, rivaroksabānu, dabigatrānu u.c.), izņemot specifisku situāciju, kad tiek mainīta terapija uz vai no antikoagulanta (skatīt 4.2. apakšpunktu), kad *UFH* tiek ievadīts devās, kādas nepieciešamas centrāla venozā vai arteriāla katetra caurlaidības saglabāšanai, vai kad *UFH* tiek ievadīts ātriju fibrilācijas novēršanai paredzētās katetra ablācijas laikā (skatīt 4.4. un 4.5. apakšpunktu).

4.4. Īpaši brīdinājumi un piesardzība lietošanā

Asiņošanas risks

Tāpat kā citu antikoagulantu lietošanas gadījumā, pacienti, kuri lieto apiksbānu, rūpīgi jānovēro, vai viņiem neparādās asiņošanas pazīmes. Zāles ieteicams lietot piesardzīgi situācijās, kad ir palielināts

asiņošanas risks. Apiksbāna lietošana jāpārtrauc, ja sākas smaga asiņošana (skatīt 4.8. un 4.9. apakšpunktu).

Lai gan netiek prasīts apiksbāna terapijas laikā kontrolēt iedarbību, tomēr kalibrēts kvantitatīvs anti-Xa faktora tests var būt noderīgs īpašās situācijās, kad zināšanas par apiksbāna iedarbību var līdzēt pieņemt klīnisko lēmumu, piemēram, pārdozēšanas un neatliekamas operācijas gadījumos (skatīt 5.1. apakšpunktu).

Ir pieejams līdzeklis, kas atceļ apiksbāna anti-Xa faktora iedarbību.

Mijiedarbība ar citām hemostāzi ietekmējošām zālēm

Asiņošanas riska paaugstināšanās dēļ kontraindicēta vienlaicīga terapija ar jebkādiem citiem antikoagulantiem (skatīt 4.3. apakšpunktu).

Apiksbāna lietošana kopā ar antiagregantiem paaugstina asiņošanas risku (skatīt 4.5. apakšpunktu).

Jāievēro piesardzība, ja pacienti vienlaicīgi tiek ārstēti ar selektīviem serotonīna atpakaļsaistīšanas inhibitoriem (*selective serotonin reuptake inhibitors*, SSRI) vai serotonīna–norepinefrīna atpakaļsaistīšanas inhibitoriem (*serotonin norepinephrine reuptake inhibitors*, SNRI), vai nesteroīdiem pretiekaisuma līdzekļiem (NSPIL), tajā skaitā acetilsalicilskābi.

Pēc operācijas nav ieteicams līdztekus apiksbānam lietot citus trombocītu agregāciju kavējošus līdzekļus (skatīt 4.5. apakšpunktu).

Pacientiem ar priekškambaru mirgošanu un stāvokļiem, kuru dēļ nepieciešama mono vai duāla antitrombocitāra terapija, rūpīgi jāizvērtē potenciālais ieguvums un potenciālais risks, iekams šo terapiju kombinēt ar apiksbānu.

Klīniskajā pētījumā pacientiem ar priekškambaru mirgošanu acetilsalicilskābes (ASS) vienlaicīga lietošana palielināja apiksbāna izraisītas masīvas asiņošanas risku no 1,8% gadā līdz 3,4% gadā un varfarīna izraisītas asiņošanas risku – no 2,7% gadā līdz 4,6% gadā. Šajā klīniskajā pētījumā bija ierobežots (2,1%) duālas antitrombocitāras terapijas lietotāju skaits (skatīt 5.1. apakšpunktu).

Klīniskajā pētījumā iekļāva pacientus ar priekškambaru mirgošanu, kuriem bija AKS un/vai kuriem veica PKI un plānoja 6 mēnešus ilgu ārstēšanas periodu ar P2Y12 inhibitoru, ar ASS vai bez tās, un perorālu antikoagulantu (apiksbānu vai VKA). Vienlaicīga ASS lietošana personām, kuras ārstēja ar apiksbānu, palielināja ISTH (*International Society on Thrombosis and Haemostasis* – Starptautiskā Trombozes un hemostāzes biedrība) masīvas vai KNNM (klīniski nozīmīgas nemasīvas) asiņošanas risku no 16,4% gadā līdz 33,1% gadā (skatīt 5.1. apakšpunktu).

Klīniskajā pētījumā ar augsta riska pacientiem pēc akūta koronārā sindroma bez priekškambaru mirgošanas, ko raksturoja multiplas kardiālas un nekardiālas blakus slimības, un kuri lietoja ASS vai ASS kombinācijā ar klopidoģrēlu, ziņots par ISTH masīvas asiņošanas riska nozīmīgu pieaugumu apiksbāna ietekmē (5,13% gadā) salīdzinājumā ar placebo (2,04% gadā).

Trombolītiskie līdzekļi akūta išēmiska insulta terapijā

Par trombolītisko līdzekļu lietošanu akūta išēmiska insulta pacientiem, kuri saņēmuši apiksbānu, ir ļoti maz datu (skatīt 4.5. apakšpunktu).

Pacienti ar sirds vārstuļu protēzēm

Apiksbāna drošums un efektivitāte pacientiem ar sirds vārstuļu protēzēm ar vai bez priekškambaru mirgošanas nav pētīta. Tāpēc šiem pacientiem apiksbāna lietošana nav ieteicama.

Pacienti ar antifosfolipīdu sindromu

Tiešas darbības perorālie antikoagulanti (*Direct acting Oral Anticoagulants*, DOAC), tajā skaitā apiksabāns, nav ieteicami pacientiem, kuriem anamnēzē ir tromboze un kuriem ir diagnosticēts antifosfolipīdu sindroms. Īpaši pacientiem, kuri ir trīskārši pozitīvi (gan uz lupus antikoagulantiem, gan antikardiolipīna antivielām, gan arī uz anti-bēta-2-glikoproteīna I antivielām), ārstēšana ar DOAC var būt saistīta ar paaugstinātu recidivējošu trombozes gadījumu skaitu salīdzinājumā ar K vitamīna antagonistu terapiju.

Operācijas un invazīvas procedūras

Apiksabāna lietošana jāpārtrauc vismaz 48 stundas pirms plānotas operācijas vai invazīvas procedūras, ja tā saistīta ar mērenu vai augstu asiņošanas risku. Tas attiecas uz operācijām un procedūrām, kuras saistās ar klīniski nozīmīgas asiņošanas varbūtību vai kuru gadījumos asiņošanas risks nav pieļaujams.

Apiksabāna lietošana jāpārtrauc vismaz 24 stundas pirms plānotās operācijas vai invazīvās procedūras, ja tā saistīta ar nelielu asiņošanas risku. Tas attiecas uz operācijām un procedūrām, kuru gadījumā sagaidāms, ka ikviena asiņošana, kas rastos, būs minimāla, tās lokalizācija nebūs kritiska un asiņošana būs viegli kontrolējama.

Ja operāciju vai invazīvo procedūru nav iespējams atlikt, jāveic atbilstoši piesardzības pasākumi, ņemot vērā paaugstināto asiņošanas risku. Asiņošanas risks jāsamēro ar iejaukšanās steidzamību.

Pēc invazīvās procedūras vai ķirurģiskās iejaukšanās cik vien drīz iespējams jāatsāk apiksabāna lietošana ar nosacījumu, ka to atļauj klīniskā situācija un ir nodrošināta adekvāta hemostāze (informāciju par kardioversiju skatīt 4.2. apakšpunktā).

Pacientiem, kuriem paredzēta katetra ablācija ātriju fibrilācijas novēršanai, apiksabāna lietošana nav jāpārtrauc (skatīt 4.2., 4.3. un 4.5. apakšpunktu).

Terapijas īslaicīga pārtraukšana

Antikoagulantu, arī apiksabāna terapijas pārtraukšana akūtas asiņošanas, plānotas operācijas vai invazīvas procedūras dēļ pacientiem paaugstina trombozes risku. No terapijas pārtraukumiem ir jāizvairās, un, ja kāda iemesla dēļ pretrecēšanas terapija ar apiksabānu uz laiku jāpārtrauc, tā ir jāatsāk, cik drīz vien iespējams.

Hemodinamiski nestabili PE pacienti vai pacienti, kuriem nepieciešama trombolīze vai pulmonāla embolektomija

Apiksabāns kā nefrakcionēta heparīna alternatīva nav ieteicams hemodinamiski nestabiliem pacientiem ar plaušu emboliju, vai kuri var saņemt trombolīzi vai pulmonālu embolektomiju, jo šādās situācijās apiksabāna drošums un efektivitāte nav noteikta.

Pacienti ar aktīvu vēzi

Pacientiem ar aktīvu vēzi var būt palielināts gan venozas trombembolijas, gan asiņošanas gadījumu risks. Apsverot apiksabāna lietošanu vēža pacientiem DVT vai PE ārstēšanā, rūpīgi jāizvērtē terapijas sniegtie ieguvumi salīdzinājumā ar risku (skatīt arī 4.3. apakšpunktu).

Pacienti ar nieru darbības traucējumiem

Ierobežoti klīniski dati liecina, ka pacientiem ar smagiem nieru darbības traucējumiem (kreatinīna klīrenss 15–29 ml/min) plazmā palielinās apiksabāna koncentrācija, kas var palielināt asiņošanas risku. DVT un PE ārstēšanai, kā arī DVT un PE recidīvu profilaksei (VTET) pacientiem ar smagiem nieru

darbības traucējumiem apiksbāns jālieto piesardzīgi (kreatinīna klīrenss 15–29 ml/min) (skatīt 4.4. un 5.2. apakšpunktu).

Insulta un sistēmiskas embolijas profilaksei pacientiem ar NVPM, pacientiem ar smagiem nieru darbības traucējumiem (kreatinīna klīrenss 15–29 ml/min), kā arī gados vecākiem pacientiem (≥ 80 gadus veciem pacientiem) vai pacientiem mazu ķermeņa masu (≤ 60 kg), kuriem kreatinīna līmenis serumā ir $\geq 1,5$ mg/dl (133 mikromoli/l), ir jāsaņem mazāka apiksbāna deva – pa 2,5 mg divas reizes dienā (skatīt 4.2. apakšpunktu).

Par pacientiem ar kreatinīna klīrensu < 15 ml/min vai pacientiem, kuriem tiek veikta hemodialīze, klīniskās pieredzes nav, tādēļ apiksbāns nav ieteicams (skatīt 4.2. un 5.2. apakšpunktu).

Gados vecāki pacienti

Lielāks vecums var būt saistīts ar asiņošanas riska palielināšanos (skatīt 5.2. apakšpunktu). Apiksbāns kopā ar ASS gados vecākiem pacientiem arī jālieto piesardzīgi potenciāli palielinātā asiņošanas riska dēļ.

Ķermeņa masa

Maza ķermeņa masa (< 60 kg) var palielināt asiņošanas risku (skatīt 5.2. apakšpunktu).

Pacienti ar aknu darbības traucējumiem

Apiksbāns ir kontrindicēts pacientiem ar aknu slimībām, kas saistītas ar koagulopātiju un klīniski būtisku asiņošanas risku (skatīt 4.3. apakšpunktu).

Zāles nav ieteicamas pacientiem ar smagiem aknu darbības traucējumiem (skatīt 5.2. apakšpunktu).

Zāles jālieto piesardzīgi pacientiem ar viegliem vai vidēji smagiem aknu darbības traucējumiem (A vai B grupa pēc *Child Pugh* klasifikācijas) (skatīt 4.2. un 5.2. apakšpunktu).

Pacienti ar paaugstinātu aknu enzīmu ALAT/AsAT līmeni > 2 x NAR vai kopējo bilirubīnu $\geq 1,5$ x NAR tika izslēgti no klīniskajiem pētījumiem. Tāpēc apiksbāns uzmanīgi lietojams šai pacientu grupai (skatīt 5.2. apakšpunktu). Pirms apiksbāna terapijas jāveic aknu funkcionālie testi.

Mijiedarbība ar citohroma P450 3A4 (CYP3A4) un P-glikoproteīna (P-gp) inhibitoriem

Apiksbānu nav ieteicams lietot pacientiem, kuri vienlaicīgi saņem ārstēšanu ar spēcīgiem CYP3A4 un P-gp inhibitoriem, piemēram, azolu grupas pretsēnīšu līdzekļiem (piem., ketokonazolu, itrakonazolu, vorikonazolu un posakonazolu) un HIV proteāžu inhibitoriem (piem., ritonavīru). Šīs zāles var palielināt apiksbāna iedarbību 2 reizes (skatīt 4.5. apakšpunktu) vai vairāk, ja ir papildu faktori, kas palielina apiksbāna iedarbību (piemēram, smagi nieru darbības traucējumi).

Mijiedarbība ar CYP3A4 un P-gp induktoriem

Apiksbāna vienlaicīga lietošana ar spēcīgiem CYP3A4 un P-gp induktoriem (piem., rifampicīnu, fenitoīnu, karbamazepīnu, fenobarbitālu vai asinszāli) var samazināt apiksbāna iedarbību par $\sim 50\%$. Klīniskajā pētījumā pacientiem ar priekškambaru mirgošanu apiksbānu lietojot vienlaicīgi ar spēcīgiem CYP3A4 un P-gp induktoriem tika novērota samazināta efektivitāte un lielāks asiņošanas risks nekā lietojot apiksbānu vienu pašu.

Uz pacientiem, kuri vienlaicīgi tiek sistēmiski ārstēti ar spēcīgiem CYP3A4 un P-gp induktoriem, attiecas šādi ieteikumi (skatīt 4.5. apakšpunktu):

- insulta un sistēmiskas embolijas profilaksei pacientiem ar NVPM, kā arī DVT un PE recidīvu profilaksei apiksbāns jālieto piesardzīgi;
- apiksbāna lietošana DVT un PE ārstēšanai nav atļauta, jo var tikt ietekmēta efektivitāte.

Laboratoriskie rādītāji

Izmaiņas asinsreces testos [piem., protrombīna laiks (PT), INR un aktivētā parciālā tromboplastīna laiks (aPTT)] notiek atbilstoši apiksbāna darbības mehānismam. Lietojot plānoto terapeitisko devu, izmaiņas šajos asinsreces testos ir nelielas un tām raksturīga izteikta dažādība (skatīt 5.1. apakšpunktu).

Informācija par palīgvielām

Eliquis satur laktozi. Šīs zāles nevajadzētu lietot pacientiem ar retu iedzimtu galaktozes nepanesību, ar pilnīgu laktāzes deficītu vai glikozes-galaktozes malabsorbciju. Zāles satur mazāk par 1 mmol nātrija (23 mg) katrā tabletē, - būtībā tās ir “nātriju nesaturošas”.

4.5. Mijiedarbība ar citām zālēm un citi mijiedarbības veidi

CYP3A4 un P-gp inhibitori

Vienlaicīga apiksbāna un ketokonazola (400 mg vienu reizi dienā) – spēcīga CYP3A4 un P-gp inhibitora – lietošana 2 reizes palielina vidējo apiksbāna AUC un 1,6 reizes palielina vidējo apiksbāna C_{max} .

Apiksbāna lietošana nav ieteicama pacientiem, kuri vienlaicīgi saņem sistēmisku terapiju ar spēcīgiem CYP3A4 un P-gp inhibitoriem, piemēram, azolu grupas pretsēnīšu līdzekļiem (piemēram, ketokonazolu, itrakonazolu, vorikonazolu un posakonazolu) un HIV proteāzes inhibitoriem (piemēram, ritonavīru) (skatīt 4.4. apakšpunktu).

Paredzams, ka aktīvās vielas, kas nav ne CYP3A4, ne P-gp spēcīgi inhibitori (piemēram, amiodarons, klaritromicīns, diltiazēms, flukonazols, naproksēns, hinidīns, verapamils,), apiksbāna koncentrāciju plazmā palielinās mazāk. Apiksbāna devas pielāgošana nav nepieciešama, ja tas tiek lietots vienlaicīgi ar līdzekļiem, kuri nav spēcīgi CYP3A4 un P-gp inhibitori. Piemēram, diltiazēms (360 mg vienu reizi dienā) tiek uzskatīts par vidēji spēcīgu CYP3A4 inhibitoru un vāju P-gp inhibitoru, un tas palielina vidējo apiksbāna AUC 1,4 reizes un C_{max} 1,3 reizes. Naproksēns (vienreizēja 500 mg deva), kas ir P-gp inhibitors, bet nav CYP3A4 inhibitors, 1,5 reizes un 1,6 reizes palielina attiecīgi apiksbāna vidējo AUC un C_{max} . Klaritromicīns (500 mg divas reizes dienā), kas ir P-gp inhibitors un spēcīgs CYP3A4 inhibitors, 1,6 reizes un 1,3 reizes palielina attiecīgi apiksbāna vidējo AUC un C_{max} .

CYP3A4 un P-gp induktori

Vienlaicīga apiksbāna un rifampicīna – spēcīga CYP3A4 un P-gp induktora, lietošana par aptuveni 54% un 42% samazināja attiecīgi vidējo apiksbāna AUC un C_{max} . Apiksbāna vienlaicīga lietošana ar citiem spēcīgiem CYP3A4 un P-gp induktoriem (piem., fenitoīnu, karbamazepīnu, fenobarbitālu vai asinszāli) arī var samazināt apiksbāna koncentrāciju plazmā. Lietojot šīs zāles vienlaicīgi, devas pielāgošana nav nepieciešama, tomēr apiksbāns jālieto piesardzīgi pacientiem, kuri vienlaicīgi tiek sistēmiski ārstēti ar spēcīgiem gan CYP3A4, gan P-gp inhibitoriem, kā arī insulta un sistēmiskas embolijas profilaksei pacientiem ar NVPM, kā arī DVT un PE recidīvu profilaksei.

Pacientiem, kuri vienlaicīgi tiek sistēmiski ārstēti ar spēcīgiem CYP3A4 un P-gp induktoriem, DVT un PE ārstēšanai apiksbāns nav ieteicams, jo var tikt ietekmēta efektivitāte (skatīt 4.4. apakšpunktu).

Antikoagulanti, trombocītu agregācijas inhibitori, SSRI/SNRI un NSPIL

Paaugstinātā asiņošanas riska dēļ jebkādu citu antikoagulantu vienlaicīga lietošana ir kontrindicēta, izņemot specifiskos apstākļos, kad tiek nomainīta antikoagulanta terapija, kad UFH tiek ievadīts devās, kādas nepieciešamas centrāla venoza vai arteriāla katetra caurlaidības saglabāšanai, vai kad UFH tiek ievadīts ātriju fibrilācijas novēršanai paredzētās katetra ablācijas laikā (skatīt 4.3. apakšpunktu).

Pēc enoksaparīna (vienreizēja 40 mg deva) un apiksabāna (vienreizēja 5 mg deva) kombinētas lietošanas novēroja aditīvu ietekmi uz anti-Xa faktora aktivitāti.

Vienlaicīgi lietojot apiksabānu un 325 mg ASS vienu reizi dienā, nenovēroja farmakokinētisku vai farmakodinamisku mijiedarbību.

I fāzes pētījumos, vienlaicīgi lietojot apiksabānu un klopidogrelu (75 mg vienu reizi dienā), apiksabānu kombinācijā ar 75 mg klopidogrela un 162 mg ASS vienu reizi dienā vai prasugrelu (pa 60 mg un vēlāk pa 10 mg vienu reizi dienā), netika konstatēts būtisks standarta asins tecēšanas laika pieaugums vai trombocītu agregācijas inhibīcijas pastiprināšanās salīdzinājumā ar antiagregantu lietošanu bez apiksabāna. Asinsreces testu (PT, INR un aPTT) pieaugums atbilda efektam, kādu rada apiksabāns, lietots viens pats.

Naproksēns (500 mg), kurš ir P-gp inhibitors, 1,5 reizes un 1,6 reizes palielināja attiecīgi apiksabāna vidējo AUC un C_{max} . Atbilstošu asinsreces testu pieaugumu novēroja apiksabānam. Pēc vienlaicīgas apiksabāna un naproksēna lietošanas netika konstatētas ne izmaiņas arahidonskābes ierosinātajā trombocītu agregācijā, ko ietekmē naproksēns, ne arī klīniski būtisks asins tecēšanas laika pieaugums.

Neskatoties uz šo atradi, var būt indivīdi ar izteiktāku farmakodinamisko atbildes reakciju, ja vienlaicīgi ar apiksabānu tiek lietoti antiagreganti. Apiksabāns jālieto piesardzīgi, ja vienlaicīgi tiek lietoti SSRI/SNRI, NSPIL, ASS un/vai P2Y₁₂ inhibitori (skatīt 4.4. apakšpunktu).

Pieredze par vienlaicīgu lietošanu ar citiem trombocītu agregācijas inhibitoriem (piemēram, GPIIb/IIIa receptoru antagonistiem, dipiridamolu, dekstrānu un sulfīnpirazonu) vai trombolītiskiem līdzekļiem ir ierobežota. Šādi līdzekļi var palielināt asiņošanas risku, tāpēc to vienlaicīga lietošana ar apiksabānu nav ieteicama (skatīt 4.4. apakšpunktu).

Citas vienlaicīgi lietotas zāles

Lietojo ar apiksabānu vienlaicīgi ar atenololu vai famotidīnu, netika novērota klīniski būtiska farmakokinētiska vai farmakodinamiska mijiedarbība. Vienlaicīgi lietojot 10 mg apiksabāna un 100 mg atenolola, netika novērota klīniski būtiska ietekme uz apiksabāna farmakokinētiku. Pēc abu zāļu vienlaicīgas lietošanas apiksabāna vidējais AUC un C_{max} bija par 15% un 18% zemāks, nekā monoterapijas gadījumā. Lietojot 10 mg apiksabāna kopā ar 40 mg famotidīna, nenovēroja ietekmi uz apiksabāna AUC vai C_{max} .

Apiksabāna ietekme uz citām zālēm

In vitro pētījumos ar apiksabānu pie koncentrācijām, kas bija būtiski augstākas nekā maksimālās koncentrācijas plazmā, pacientiem netika novērota inhibējoša ietekme uz CYP1A2, CYP2A6, CYP2B6, CYP2C8, CYP2C9, CYP2D6 vai CYP3A4 ($IC_{50} > 45 \mu M$) un tika novērota neliela inhibējoša ietekme uz CYP2C19 ($IC_{50} > 20 \mu M$). Līdz koncentrācijai 20 μM apiksabāns neinducēja CYP1A2, CYP2B6 vai CYP3A4/5. Tādēļ nav paredzams, ka apiksabāns ietekmēs to vienlaicīgi lietoto zāļu klīrensu, kuras metabolizē šie enzīmi. Apiksabāns nav nozīmīgs P-gp inhibitors.

Pētījumos veselām pētāmajam personām, kā aprakstīts turpmāk, apiksabāns būtiski neietekmēja digoksīna, naproksēna vai atenolola farmakokinētiku.

Digoksīns

Vienlaicīga apiksabāna (20 mg vienu reizi dienā) un digoksīna (0,25 mg vienu reizi dienā), P-gp substrāta, lietošana neietekmēja digoksīna AUC un C_{max} . Tādējādi apiksabāns neinhibē P-gp substrātu transportu.

Naproksēns

Vienlaicīgi lietojot vienreizēju apiksabāna (10 mg) un naproksēna (500 mg), bieži izmantota NSPIL, devu, naproksēna AUC vai C_{max} nemainījās.

Atenolols

Vienlaicīgi lietojot vienreizēju apiksabāna (10 mg) un atenolola (100 mg), bieži izmantota bēta blokatora, devu, atenolola farmakokinētika nemainījās.

Aktivētā ogle

Aktivētās ogles lietošana samazina apiksabāna iedarbību (skatīt 4.9. apakšpunktu).

4.6. Fertilitāte, grūtniecība un barošana ar krūti

Grūtniecība

Dati par apiksabāna lietošanu grūtniecības laikā nav pieejami. Pētījumi ar dzīvniekiem neuzrāda tiešu vai netiešu kaitīgu ietekmi saistītu ar reproduktīvo toksicitāti (skatīt 5.3. apakšpunktu). Piesardzības nolūkos ieteicams atturēties no apiksabāna lietošanas grūtniecības laikā.

Barošana ar krūti

Nav zināms, vai apiksabāns vai tā metabolīti izdalās cilvēka pienā. Pieejamie dati dzīvniekiem liecina, ka apiksabāns izdalās pienā (skatīt 5.3. apakšpunktu). Nevar izslēgt risku ar krūti barotam bērnam.

Lēmums pārtraukt bērna barošanu ar krūti, vai pārtraukt/atturēties no terapijas ar apiksabānu, jāpieņem izvērtējot ieguvumu bērnam no barošanas ar krūti un ieguvumu sievietei no terapijas.

Fertilitāte

Pētījumos ar dzīvniekiem, kuros lietots apiksabāns, netika konstatēta ietekme uz fertilitāti (skatīt 5.3. apakšpunktu).

4.7. Ietekme uz spēju vadīt transportlīdzekļus un apkalpot mehānismus

Eliquis neietekmē vai nedaudz ietekmē spēju vadīt transportlīdzekļus un apkalpot mehānismus.

4.8. Nevēlamās blakusparādības

Drošuma profila kopsavilkums

Apiksabāna lietošanas drošums ir vērtēts 4 III fāzes klīniskajos pētījumos, iesaistot vairāk nekā 15000 pacientu – vairāk nekā 11000 pacientu NVPM pētījumos un vairāk nekā 4000 pacientu VTE ārstēšanas (VTEt) pētījumos. Šajos pētījumos vidējais kopējais zāļu lietošanas ilgums bija attiecīgi 1,7 gadi un 221 diena (skatīt 5.1. apakšpunktu).

Biežas blakusparādības bija hemorāģijas, sasitumi, deguna asiņošana un hematomu rašanās (informāciju par nevēlamajām blakusparādībām pa indikācijām skatīt 2. tabulā).

NVPM pētījumos, kuru laikā apiksabāns tika salīdzināts ar varfarīnu vai acetilsalicilskābi, ar asiņošanu saistīto apiksabāna izraisīto nevēlamo blakusparādību kopējā sastopamība bija attiecīgi

24,3% un 9,6%. Pētījumā, kura laikā apiksbāns tika salīdzināts ar varfarīnu, pēc apiksbāna lietošanas novērotas plašas (saskaņā ar STHB klasifikāciju) kuņģa-zarnu trakta (arī KZT augšdaļas, un lejasdaļas, kā arī taisnās zarnas) asiņošanas sastopamība bija 0,76% gadā. Plašas intraokulāras asiņošanas (saskaņā ar STHB klasifikāciju) sastopamība pēc apiksbāna lietošanas bija 0,18% gadā.

VTEt pētījumos ar asiņošanu saistīto apiksbāna izraisīto nevēlamo blakusparādību kopējā sastopamība bija 15,6% pētījumā, kurā apiksbāns tika salīdzināts ar enoksaparīnu/varfarīnu, un 13,3% pētījumā, kurā apiksbāns tika salīdzināts ar placebo (skatīt 5.1. apakšpunktu).

Nevēlamo blakusparādību saraksts tabulas veidā

2. tabulā apkopotas blakusparādības atbilstoši orgānu sistēmu klasei un sastopamības biežumam šādās gradācijās: ļoti bieži ($\geq 1/10$); bieži ($\geq 1/100$ līdz $< 1/10$); retāk ($\geq 1/1\ 000$ līdz $< 1/100$); reti ($\geq 1/10\ 000$ līdz $< 1/1\ 000$); ļoti reti ($< 1/10\ 000$); nav zināmi (nevar noteikt pēc pieejamiem datiem) NVPM un VTEt gadījumā.

2. tabula. Nevēlamās blakusparādības tabulas veidā

Orgānu sistēmu klase	Insulta un sistēmiskas embolijas profilaksei pieaugušiem pacientiem ar NVPM un vienu vai vairākiem riska faktoriem (NVPM)	DVT un PE terapija, DVT un PE recidīvu profilakse (VTEt)
<i>Asins un limfātiskās sistēmas traucējumi</i>		
Anēmija	Bieži	Bieži
Trombocitopēnija	Retāk	Bieži
<i>Imūnās sistēmas traucējumi</i>		
Hipersensitivitāte, alerģiska tūska un anafilakse	Retāk	Retāk
Nieze	Retāk	Retāk*
Angioedēma	Nav zināmi	Nav zināmi
<i>Nervu sistēmas traucējumi</i>		
Cerebrāla hemorāģija [†]	Retāk	Reti
<i>Acu bojājumi</i>		
Hemorāģija acī (tajā skaitā konjunktīvas hemorāģijas)	Bieži	Retāk
<i>Asinsvadu sistēmas traucējumi</i>		
Hemorāģija, hematoma	Bieži	Bieži
Hipotensija (tajā skaitā procedurāla hipotensija)	Bieži	Retāk
Intraabdomināla hemorāģija	Retāk	Nav zināmi
<i>Elpošanas sistēmas traucējumi, krūšu kurvja un videnes slimības</i>		
Deguna asiņošana	Bieži	Bieži
Asiņu sļaušana	Retāk	Retāk
Elpceļu hemorāģija	Reti	Reti
<i>Kuņģa-zarnu trakta traucējumi</i>		
Slikta dūša	Bieži	Bieži
Gastrointestināla hemorāģija	Bieži	Bieži
Hemoroidāla hemorāģija	Retāk	Retāk
Mutes hemorāģija	Retāk	Bieži
Asiņaini izkārnījumi	Retāk	Retāk
Taisnās zarnas hemorāģija, smaganu asiņošana	Bieži	Bieži

Orgānu sistēmu klase	Insulta un sistēmiskas embolijas profilaksei pieaugušiem pacientiem ar NVPM un vienu vai vairākiem riska faktoriem (NVPM)	DVT un PE terapija, DVT un PE recidīvu profilakse (VTEt)
Retroperitoneāla hemorāģija	Reti	Nav zināmi
<i>Aknu un/vai žults izvades sistēmas traucējumi</i>		
Aknu funkciju testu novirze no normas, aspartātaminotransferāzes koncentrācijas palielināšanās, sārmainās fosfatāzes koncentrācijas palielināšanās asinīs, bilirubīna koncentrācijas palielināšanās asinīs	Retāk	Retāk
Gamma glutamīltransferāzes koncentrācijas palielināšanās	Bieži	Bieži
Alanīnaminotransferāzes koncentrācijas palielināšanās	Retāk	Bieži
<i>Ādas un zemādas audu bojājumi</i>		
Ādas izsitumi	Retāk	Bieži
Alopēcija	Retāk	Retāk
Daudzformu eritēma	Ļoti reti	Nav zināmi
Ādas vaskulīts	Nav zināmi	Nav zināmi
<i>Skeleta-muskuļu un saistaudu sistēmas bojājumi</i>		
Hemorāģija muskuļos	Reti	Retāk
<i>Nieru un urīnizvades sistēmas traucējumi</i>		
Hematūrija	Bieži	Bieži
<i>Reproduktīvās sistēmas traucējumi un krūts slimības</i>		
Patoloģiska vagināla hemorāģija, uroģenitāla hemorāģija	Retāk	Bieži
<i>Vispārēji traucējumi un reakcijas ievadīšanas vietā</i>		
Ievadīšanas vietas asiņošana	Retāk	Retāk
<i>Izmeklējumi</i>		
Pozitīvs tests uz slēptām asinīm	Retāk	Retāk
<i>Traumas, saindēšanās un ar manipulācijām saistītas komplikācijas</i>		
Sasitums	Bieži	Bieži
Asiņošana pēc procedūras (tajā skaitā hematoma veidošanās pēc procedūras, brūces asiņošana, hematoma asinsvada punkcijas vietā un asiņošana katetra ievadīšanas vietā), izdalījumi no brūces, asiņošana incīzijas vietā (tajā skaitā hematoma incīzijas vietā), asiņošana operācijas laikā	Retāk	Retāk
Traumatiska hemorāģija	Retāk	Retāk

* CV185057 pētījumā (ilgtermiņa VTE profilakse) netika ziņots par ģeneralizētas niezes gadījumiem.

† Termins "Cerebrāla hemorāģija" attiecas uz visa veida intrakraniālajām vai intraspinālajām hemorāģijām (piemēram, hemorāģisko insultu vai *putamen*, smadzenīšu, intraventrikulāro vai subdurālo hemorāģiju).

Tāpat kā lietojot jebkuru antikoagulantu, apiksabāna lietošana var būt saistīta ar palielinātu slēptas vai atklātas asiņošanas risku no jebkuriem audiem vai orgāniem, kas var radīt posthemorāģisku anēmiju. Pazīmes, simptomi un smagums atšķirsies atkarībā no asiņošanas vietas un intensitātes vai apjoma (skatīt 4.4 un 5.1. apakšpunktu).

Ziņošana par iespējamām nevēlamām blakusparādībām

Ir svarīgi ziņot par iespējamām nevēlamām blakusparādībām pēc zāļu reģistrācijas. Tādējādi zāļu ieguvumu/riska attiecība tiek nepārtraukti uzraudzīta. Veselības aprūpes speciālisti tiek lūgti ziņot par jebkādam iespējamām nevēlamām blakusparādībām, izmantojot [V pielikumā](#) minēto nacionālās ziņošanas sistēmas kontakthinformāciju

4.9. Pārdozēšana

Apiksabāna pārdozēšana var palielināt asiņošanas risku. Hemorāģisku komplikāciju gadījumā ārstēšana jāpārtrauc un jāizmeklē asiņošanas iemesls. Jāapsver atbilstošas ārstēšanas uzsākšana, piem., ķirurģiska hemostāze, svaigi saldētas plazmas transfūzija vai faktora Xa inhibitoru iedarbību atceļoša līdzekļa ievadīšana.

Kontrolētos klīniskajos pētījumos veselām pētāmajām personām 3 līdz 7 dienas iekšķīgi lietojot apiksabānu devās līdz 50 mg dienā (25 mg divas reizes dienā (bid) 7 dienas vai 50 mg vienu reizi dienā (od) 3 dienas) netika novērotas klīniski būtiskas nevēlamas blakusparādības.

Veselām pētāmajām personām aktivētās ogles lietošana 2 un 6 stundas pēc 20 mg lielas apiksabāna devas samazināja vidējo apiksabāna AUC attiecīgi par 50% un 27%, bet neietekmēja C_{max} . Vidējais apiksabāna eliminācijas pusperiods samazinājās no 13,4 stundām, ieņemot apiksabānu vienu pašu, līdz 5,3 un 4,9 stundām, 2 un 6 stundas pēc apiksabāna lietojot aktivēto ogli. Tādējādi apiksabāna pārdozēšanas vai nejaušas lietošanas gadījumos var būt noderīga aktivētās ogles lietošana.

Situācijās, kad dzīvību apdraudošas vai nekontrolētas asiņošanas dēļ ir nepieciešama antikoagulācijas atcelšana, ir pieejams faktora Xa inhibitoru iedarbību atceļošs līdzeklis (skatīt 4.4. apakšpunktu). Var arī apsvērt protrombīna kompleksa koncentrātu (PKK) vai rekombinantā VIIa faktora ievadīšanu. Apiksabāna farmakodinamiskās iedarbības pārtraukšana, par ko liecināja izmaiņas trombīna veidošanās testā, parādījās infūzijas beigās un sasniedza sākuma vērtību 4 stundās pēc 4-faktoru PKK 30 minūšu infūzijas sākšanas veselām pētāmajām personām. Tomēr nav klīniskas pieredzes par 4-faktoru PKK līdzekļu lietošanu, lai apturētu asiņošanu indivīdiem, kuri ir saņēmuši apiksabānu. Šobrīd nav pieredzes par rekombinantā VIIa faktora lietošanu personām, kuras saņem apiksabānu. Atkarībā no asiņošanas samazināšanās var apsvērt atkārtotu rekombinantā VIIa faktora ievadīšanu un devas titrēšanu.

Masīvas asiņošanas gadījumā atkarībā no vietējās pieejamības jāapsver koagulācijas eksperta konsultācijas nepieciešamība.

Nozīmējot iekšķīgi vienreizēju 5 mg apiksabāna devu pacientiem ar nieru slimību terminālā stadijā, hemodialīze samazināja apiksabāna AUC par 14 %. Tāpēc maz ticams, ka hemodialīze var kļūt par efektīvu apiksabāna pārdozēšanas ārstēšanas līdzekli.

5. FARMAKOLOĢISKĀS ĪPAŠĪBAS

5.1. Farmakodinamiskās īpašības

Farmakoterapeitiskā grupa: antitrombotiskie līdzekļi, tiešie Xa faktora inhibitori, ATĶ kods: B01AF02

Darbības mehānisms

Apiksabāns ir spēcīgs, iekšķīgi lietojams, atgriezenisks, tiešs un izteikti selektīvs Xa faktora inhibitors. Asins recēšanas mazināšanai tam nav nepieciešams antitrombīns III. Apiksabāns inhibē brīvo un pie tromba piesaistīto Xa faktoru un protrombināzi. Apiksabāns tieši neietekmē trombocītu agregāciju, bet tā tiek ietekmēta netieši, kavējot trombīna veidošanos. Inhibējot Xa faktoru, apiksabāns kavē trombīna

veidošanos un trombu attīstību. Apiksbāna preklīniskajos pētījumos, dzīvnieku modeļiem lietojot devas, pie kurām saglabājās hemostāze, tika konstatēta asins reci mazinoša iedarbība, novēršot arteriālu un venozu trombozi.

Farmakodinamiskā iedarbība

Apiksbāna farmakodinamiskā iedarbība atbilst tā darbības mehānismam (Xa faktora inhibīcijai). Apiksbāna izraisītās Xa faktora inhibīcijas dēļ pieaug asinsreces testu rezultāti, piemēram, protrombīna laiks (PT), INR un aktivētā parciālā tromboplastīna laiks (aPTT). Lietojot plānoto terapeitisko devu, izmaiņas šajos asinsreces testos ir nelielas un tām raksturīga izteikta variabilitāte. Šos testus nav ieteicams izmantot apiksbāna farmakodinamiskās iedarbības novērtēšanai. Trombīna veidošanās testā apiksbāns samazināja endogēno trombīna potenciālu – trombīna veidošanās rādītāju cilvēka plazmā.

Apiksbānam konstatēta arī anti-Xa faktora aktivitāte, par ko liecina Xa faktora enzīma aktivitātes samazināšanās, daudzos komerciālos anti-Xa faktora komplektos, tomēr rezultāti komplektiem atšķiras. Klīnisko pētījumu dati pieejami tikai Rotachrom® heparīna hromogēnai analīzei. Anti-Xa faktora aktivitātei piemīt ļoti tieša saistība ar apiksbāna koncentrāciju plazmā – tai novēro maksimumu laikā, kad apiksbāns sasniedz maksimālo koncentrāciju plazmā. Saistība starp apiksbāna koncentrāciju plazmā un anti-Xa faktora aktivitāti ir apmēram lineāra plašam apiksbāna devas diapazonam.

3. tabulā redzama sagaidāmā stabilā stāvokļa iedarbība un anti-Xa faktora aktivitāte. Pacienti ar nevalvulāras izcelsmes priekškambaru mirgošanu, kuri apiksbānu lietoja insulta un sistēmiskas embolijas profilaksei, rezultāti norāda, ka svārstības no augstākā līdz zemākajam līmenim bija mazāk kā 1,7 reizes. Pacienti, kuri apiksbānu lietoja DVT un PE ārstēšanai vai recidivējoša DVT un PE profilaksei, rezultāti norāda, ka svārstības no augstākā līdz zemākajam līmenim bija mazāk kā 2,2 reizes.

3. tabula. Sagaidāmā apiksbāna līdzsvara stāvokļa iedarbība un anti-Xa faktora aktivitāte

	Apiks. C_{max} (ng/ml)	Apiks. C_{min} (ng/ml)	Apiks. anti-Xa faktora aktivitāte maks. (SV/ml)	Apiks. anti-Xa faktora aktivitāte min. (SV/ml)
Mediāna [5.; 95. procentīle]				
<i>Insulta un sistēmiskas embolijas profilakse: NVPM</i>				
2,5 mg divas reizes dienā*	123 [69; 221]	79 [34; 162]	1,8 [1,0; 3,3]	1,2 [0,51; 2,4]
5 mg divas reizes dienā	171 [91; 321]	103 [41; 230]	2,6 [1,4; 4,8]	1,5 [0,61; 3,4]
<i>DVT un PE terapija, DVT un PE recidīvu profilakse (VTEt)</i>				
2,5 mg divas reizes dienā	67 [30; 153]	32 [11; 90]	1,0 [0,46; 2,5]	0,49 [0,17; 1,4]
5 mg divas reizes dienā	132 [59; 302]	63 [22; 177]	2,1 [0,91; 5,2]	1,0 [0,33; 2,9]
10 mg divas reizes dienā	251 [111; 572]	120 [41; 335]	4,2 [1,8; 10,8]	1,9 [0,64; 5,8]

* Populācija ar pielāgotu devu pēc 2 no 3 devu samazināšanas kritērijiem pētījumā ARISTOTLE.

Lai gan apiksbāna terapijas laikā nav nepieciešama regulāra zāļu iedarbības kontrole, kalibrēta kvantitatīva anti-Xa faktora analīze var būt noderīga atsevišķos gadījumos, kad informācija par apiksbāna iedarbību var palīdzēt lēmumu pieņemšanā, piem., pārdozēšanas un ārkārtas situācijās.

Klīniskā efektivitāte un drošums

Insulta un sistēmiskas embolijas profilakse pacientiem ar nevalvulāras izcelsmes priekškambaru mirgošanu (NVPM)

Klīniskajā programmā (ARISTOTLE: apiksbāns vs varfarīns, AVERROES: apiksbāns vs ASS) pavisam randomizēti 23799 pacienti, no tiem 11927 tika randomizēti apiksbāna saņemšanai. Programma tika veidota, lai pierādītu apiksbāna efektivitāti un drošumu insulta un sistēmiskas embolijas profilaksē pacientiem ar nevalvulāras izcelsmes priekškambaru mirgošanu (NVPM) un vienu vai vairākiem papildu riska faktoriem, proti:

- iepriekš pārciests insults vai tranzitora išēmiska lēkme (TIL),
- vecums ≥ 75 gadi,
- hipertensija,
- cukura diabēts,
- simptomātiska sirds mazspēja (\geq II klase pēc NYHA klasifikācijas).

Pētījums ARISTOTLE

Pētījumā ARISTOTLE pavisam randomizēts 18201 pacients dubultmaskētai terapijai ar apiksbānu 5 mg divas reizes dienā (vai 2,5 mg divas reizes dienā atsevišķai pacientu grupai [4,7%]; skatīt 4.2. apakšpunktu) vai varfarīnu (INR mērķlielums robežās 2,0-3,0); pacienti pētāmo aktīvo vielu saņēma vismaz 20 mēnešus. Vidējais vecums bija 69,1 gads, vidējais CHADS₂ skalas rādītājs bija 2,1, un 18,9% pacientu bija pārcietuši insultu vai TIL.

Šajā pētījumā apiksbāns, vērtējot pēc primārā mērķa kritērija, proti, insulta (hemorāģiska vai išēmiska) un sistēmiskas embolijas novēršanas (skatīt 4. tabulā), bija statistiski nozīmīgi pārāks par varfarīnu.

4. tabula. Efektivitātes rādītāji pacientiem ar priekškambaru mirgošanu pētījumā ARISTOTLE

	Apiksbāns N=9120 n (%/gadi)	Varfarīns N=9081 n (%/gadi)	Riska attiecība (95% TI)	p vērtība
Insults vai sistēmiska embolija	212 (1,27)	265 (1,60)	0,79 (0,66; 0,95)	0,0114
Insults				
išēmisks vai nenorādīts	162 (0,97)	175 (1,05)	0,92 (0,74; 1,13)	
hemorāģisks	40 (0,24)	78 (0,47)	0,51 (0,35; 0,75)	
Sistēmiska embolija	15 (0,09)	17 (0,10)	0,87 (0,44; 1,75)	

Pacientiem, kuri bija randomizēti varfarīna grupā, procentuālais laiks terapeitiskajās robežās (*TTR-time in therapeutic range*) (INR 2-3) vidēji bija 66%.

Apiksbāna ietekmē insulta un sistēmiskas embolijas gadījumu skaita samazinājums bija lielāks, salīdzinot ar varfarīnu, visos *TTR* centra līmeņos; attiecībā pret centrālo lielumu augstākajā *TTR* kvartilē apiksbāna vs varfarīna riska attiecība bija 0,73 (95% TI; 0,38, 1,40).

Galvenie sekundārie mērķa kritēriji – masīva asiņošana un visu iemeslu izraisītas nāves – pārbaudīti, izmantojot iepriekš noteiktu hierarhisku testēšanas stratēģiju, lai pētījumā kontrolētu kopējo I tipa kļūdu. Statistiski nozīmīgs pārākums konstatēts arī attiecībā uz galvenajiem sekundārajiem mērķa kritērijiem – masīvas asiņošanas un visu iemeslu izraisītas nāves gadījumiem (skatīt 5. tabulā), Uzlabojot INR monitorēšanu, apiksbāna pārākums par varfarīnu visu iemeslu izraisītu nāves gadījumu ziņā samazinājās.

5. tabula. Sekundārie mērķa kritēriji pacientiem ar priekškambaru mirgošanu pētījumā ARISTOTLE

	Apiksabāns N = 9088 n (%/gadi)	Varfarīns N = 9052 n (%/gadi)	Riska attiecība (95% TI)	p vērtība
Asiņošana				
Masīva*	327 (2,13)	462 (3,09)	0,69 (0,6; 0,80)	< 0,0001
letāla	10 (0,06)	37 (0,24)		
intrakraniāla	52 (0,33)	122 (0,80)		
Masīva + KNNM asiņošana†	613 (4,07)	877 (6,01)	0,68 (0,61; 0,75)	< 0,0001
Kopā	2356 (18,1)	3060 (25,8)	0,71 (0,68; 0,75)	< 0,0001
Pārējie mērķa kritēriji				
Visu iemeslu nāves	603 (3,52)	669 (3,94)	0,89 (0,80; 1,00)	0,0465
Miokarda infarkts	90 (0,53)	102 (0,61)	0,88 (0,66; 1,17)	

* Masīva asiņošana definēta pēc Starptautiskās Trombozes un hemostāzes biedrības (ISTH – *International Society on Thrombosis and Haemostasis*) kritērijiem.

† Klīniski nozīmīga nemasīva asiņošana.

Blakusparādību dēļ no pētījuma ARISTOTLE izstājās 1,8% apiksabāna grupas pacientu un 2,6% varfarīna grupas pacientu.

Efektivitātes rezultāti iepriekš noteiktās apakšgrupās, kas izvēlētas pēc *CHADS₂* rādītāja, vecuma, ķermeņa masas, dzimuma, nieru funkcijas, insulta vai TIL anamnēzē un diabēta, atbilda primārajiem efektivitātes rezultātiem pētījuma kopējā populācijā.

Pēc ISTH kritērijiem masīvas gastrointestinālas asiņošanas (ieskaitot kuņģa-zarnu trakta augšējās daļas, apakšējās daļas un taisnās zarnas asiņošanu) incidence apiksabāna grupā bija 0,76%/gadā un varfarīna grupā – 0,86%/gadā.

Masīvas asiņošanas rezultāti iepriekš noteiktās apakšgrupās, kas izvēlētas pēc *CHADS₂* rādītāja, vecuma, ķermeņa masas, dzimuma, nieru darbības, insulta vai TIL anamnēzē un diabēta, atbilda rezultātiem pētījuma kopējā populācijā.

Pētījums AVERROES

Pētījumā AVERROES randomizēti 5598, pēc pētnieka uzskata, KVA terapijai nepiemēroti pacienti, lai saņemtu vai nu 5 mg apiksabāna divas reizes dienā (vai 2,5 mg divas reizes dienā noteiktiem pacientiem [6,4%]; skatīt 4.2. apakšpunktu), vai ASS. ASS tika lietota pētnieka parakstītā devā pa 81 mg (64%), 162 (26,9%), 243 (2,1%) vai 324 mg (6,6%) vienu reizi dienā. Pacienti saņēma pētāmo aktīvo vielu vidēji 14 mēnešus. Pacientu vidējais vecums bija 69,9 gadi, vidējais *CHADS₂* rādītājs bija 2,0, un 13,6% pacientu bija iepriekš pārcietuši insultu vai TIL.

Biežākie iemesli, kādēļ KVA terapija pētījumā AVERROES izrādījās nepiemērota, bija šādi: nav/maz ticama iespēja iegūt INR paraugu vajadzīgajos laika intervālos (42,6%), pacienta atteikšanās ārstēties ar KVA (37,4%), *CHADS₂* rādītājs = 1 un ārsts neiesaka KVA (21,3%), nevar palauties, ka pacients ievēros KVA zāļu lietošanas instrukciju (15,0%), un grūtības/sagaidāmas grūtības kontaktēties ar pacientu, ja būtu nepieciešama steidzama devas maiņa (11,7%).

Pēc neatkarīgās Datu monitorēšanas komitejas ieteikuma, pētījums AVERROES slēgts priekšlaikus, jo bija skaidri pierādīta insulta un sistēmiskas embolijas gadījumu skaita samazināšanās ar pieņemamu drošuma profilu.

No pētījuma AVERROES blakusparādību dēļ izstājās 1,5% apiksabāna grupas pacientu un 1,3% ASS grupas pacientu.

Pētījumā apiksabāns salīdzinājumā ar ASS bija statistiski nozīmīgi pārāks primārā mērķa kritērija – insulta (hemorāģiska, išēmiska vai nenorādīta) vai sistēmiskas embolijas – novēršanā (skatīt 6. tabulā).

6. tabula. Galvenie efektivitātes galarezultāti pacientiem ar priekškambaru mirgošanu pētījumā AVERROES

	Apiksabāns N = 2807 n (%/gadi)	ASS N = 2791 n (%/gadi)	Riska attiecība (95% TI)	p vērtība
Insults vai sistēmiska embolija*	51 (1,62)	113 (3,63)	0,45 (0,32; 0,62)	< 0,0001
Insults				
išēmisks vai nenorādīts	43 (1,37)	97 (3,11)	0,44 (0,31; 0,63)	
hemorāģisks	6 (0,19)	9 (0,28)	0,67 (0,24; 1,88)	
Sistēmiska embolija	2 (0,06)	13 (0,41)	0,15 (0,03; 0,68)	
Insults, sistēmiska embolija, MI vai vaskulāra nāve*†	132 (4,21)	197 (6,35)	0,66 (0,53; 0,83)	0,003
Miokarda infarkts	24 (0,76)	28 (0,89)	0,86 (0,50; 1,48)	
Vaskulāra nāve	84 (2,65)	96 (3,03)	0,87 (0,65; 1,17)	
Visu iemeslu nāve†	111 (3,51)	140 (4,42)	0,79 (0,62; 1,02)	0,068

* Novērtēts ar secīgas testēšanas stratēģiju, lai kontrolētu kopējo I tipa kļūdu pētījumā..

† Sekundārais mērķa kritērijs.

Masīvas asiņošanas sastopamības ziņā nebija statistiski nozīmīgas atšķirības starp apiksabānu un ASS (skatīt 7. tabulā).

7. tabula. Asiņošanas gadījumi pacientiem ar priekškambaru mirgošanu pētījumā AVERROES

	Apiksabāns N = 2798 n(%/gadi)	ASS N = 2780 n (%/gadi)	Riska attiecība (95% TI)	p vērtība
Masīva asiņošana*	45 (1,41)	29 (0,92)	1,54 (0,96; 2,45)	0,0716
Letāla, n	5 (0,16)	5 (0,16)		
Intrakraniāla, n	11 (0,34)	11 (0,35)		
Masīva + KNNM asiņošana†	140 (4,46)	101 (3,24)	1,38 (1,07; 1,78)	0,0144
Kopā	325 (10,85)	250 (8,32)	1,30 (1,10; 1,53)	0,0017

*Masīva asiņošana definēta pēc Starptautiskās Trombozes un hemostāzes biedrības (ISTH) kritērijiem.

† Klīniski nozīmīga nemasīva asiņošana.

NVPM pacienti ar AKS un/vai kuriem tiek veikta PKI

Atklātā, randomizētā, kontrolētā, 2 × 2 faktoru plānojuma pētījumā AUGUSTUS, tika iekļauti 4614 pacienti ar NVPM, kuriem bija AKS (43%) un/vai tika veikta PKI (56%). Visi pacienti saņēma P2Y12 inhibitora (klopidogrels: 90,3%) pamatterapiju, kas bija parakstīta saskaņā ar vietējiem aprūpes standartiem.

Pacienti tika randomizēti līdz 14 dienām pēc AKS un/vai PKI šādās terapijas grupās: 5 mg apiksabāns divas reizes dienā (2,5 mg divas reizes dienā, ja atbilda diviem vai vairāk devas samazināšanas kritērijiem; 4,2% saņēma zemāko devu) vai VKA, kā arī ASS (81 mg vienu reizi dienā) vai placebo. Vidējais vecums bija 69,9 gadi, 94% randomizēto pacientu pacientu CHA₂DS₂-VASc rādītājs bija > 2 un 47% HAS-BLED rādītājs bija > 3. Pacientiem, kuri bija randomizēti VKA saņemšanai, procentuālais laiks terapeitiskajās robežās (TTR – *proportion of time in therapeutic range*) (INR 2–3) bija 56%, un 32% laika bija zem TTR un 12% laika virs TTR.

AUGUSTUS primārais mērķis bija novērtēt drošumu, ar ISTH masīvu vai KNNM asiņošanu kā primāro mērķa kritēriju. Salīdzinājumā starp apiksabānu un VKA ISTH masīvas vai KNNM asiņošanas primāro drošuma mērķa kritēriju 6. mēnesī sasniedza 241 (10,5%) un 332 (14,7%) pacientu attiecīgi apiksabāna un VKA grupā (RA=0,69; 95% TI: 0,58; 0,82; divpusējs $p < 0,0001$ līdzvērtībai un $p < 0,0001$ pārākumam). VKA terapijai veiktās papildu analīzes, izmantojot TTR apakšgrupas, uzrādīja, ka visbiežākā asiņošana bija saistīta ar zemāko TTR kvartili. Asiņošanas biežums bija līdzīgs apiksabānam un TTR augstākajai kvartilei.

Salīdzinājumā starp ASS un placebo ISTH masīvas vai KNNM asiņošanas primāro mērķa kritēriju 6. mēnesī sasniedza 367 (16,1%) un 204 (9,0%) pacientu attiecīgi ASS grupā un placebo grupā (RA=1,88; 95% TI: 1,58; 2,23; divpusējais $p < 0,0001$).

Konkrēti, saņemot ārstēšanu ar apiksabānu, masīva vai KNNM asiņošana notika 157 (13,7%) un 84 (7,4%) pacientu attiecīgi ASS grupā un placebo grupā. Saņemot ārstēšanu ar VKA, masīva vai KNNM asiņošana notika 208 (18,5%) un 122 (10,8%) pacientu attiecīgi ASS grupā un placebo grupā.

Citas ārstēšanas reakcijas tika izvērtētas kā pētījuma sekundārais mērķis ar saliktiem mērķa kritērijiem.

Salīdzinājumā starp apiksabānu un VKA salikto mērķa kritēriju, kas ietvēra nāvi vai atkārtotu hospitalizāciju, sasniedza 541 (23,5%) un 632 (27,4%) pacientu attiecīgi apiksabāna un VKA grupā. Salikto mērķa kritēriju, kas ietvēra nāvi vai išēmisku notikumu (insults, miokarda infarkts, stenta tromboze vai neatliekama revaskularizācija), sasniedza 170 (7,4%) un 182 (7,9%) pacientu attiecīgi apiksabāna un VKA grupā.

Salīdzinājumā starp ASS un placebo salikto mērķa kritēriju, kas ietvēra nāvi vai atkārtotu hospitalizāciju, sasniedza 604 (26,2%) un 569 (24,7%) pacientiem attiecīgi ASS un placebo grupā. Salikto mērķa kritēriju, kas ietvēra nāvi vai išēmisku notikumu (insults, miokarda infarkts, stenta tromboze vai neatliekama revaskularizācija), sasniedza 163 (7,1%) un 189 (8,2%) pacientu attiecīgi ASS un placebo grupā.

Pacienti, kuriem paredzēta kardioversija

Atklātā, daudzcentru pētījumā EMANATE tika iekļauti 1500 pacienti, kuri iepriekš nebija saņēmuši perorālu antikoagulantu terapiju vai to saņēma mazāk nekā pirms 48 stundām un kuriem bija ielānāta kardioversija NVPM ārstēšanai. Pacienti ar attiecību 1:1 tika randomizēti apiksabāna vai heparīna un/vai VKA saņemšanai, lai novērstu kardiovaskulārus notikumus. Pacientiem, kuriem kardioversiju bija nepieciešams veikt ātrāk, elektriska un/vai farmakoloģiska kardioversija tika veikta pēc vismaz 5 divas reizes dienā lietotām apiksabāna 5 mg devām (vai noteiktiem pacientiem – 2,5 mg divas reizes dienā (skatīt 4.2. apakšpunktu)) vai vismaz 2 stundas pēc 10 mg piesātinošās devas (vai noteiktiem pacientiem – 5 mg divas reizes dienā (skatīt 4.2. apakšpunktu)). 342 apiksabāna grupas pacienti saņēma piesātinošo devu (331 pacients saņēma 10 mg devu un 11 pacients saņēma 5 mg devu).

Apiksabāna grupā ($n = 753$) nekonstatēja nevienu insulta notikumu (0%), savukārt heparīna un/vai VKA grupā ($n = 747$; RR 0,00; 95% TI 0,00; 0,64) tika konstatēti 6 (0,80%) insulta notikumi. Apiksabāna grupā jebkura iemesla izraisīta nāve tika konstatēta 2 pacientiem (0,27%), savukārt heparīna un/vai VKA grupā – 1 pacientam (0,13%). Netika ziņots par sistēmiskas embolijas notikumiem.

Masīvas asiņošanas un KNNM asiņošanas notikumi apiksabāna grupā tika konstatēti attiecīgi 3 (0,41%) un 11 (1,50%) pacientiem, salīdzinot ar 6 (0,83%) un 13 (1,80%) pacientiem heparīna un/vai VKA grupā.

Šī ievirzes pētījuma rezultāti apliecina līdzvērtīgu iedarbību un drošumu apiksabāna un heparīna un/vai VKA terapijas grupās attiecībā uz kardioversiju.

DVT un PE terapija, DVT un PE recidīvu profilakse (VTEt)

Klīniskā programma (pētījums *AMPLIFY* – apiksabāna salīdzināšanai ar enoksaparīnu/varfarīnu un *AMPLIFY-EXT* – apiksabāna salīdzināšanai ar placebo) bija izveidota tā, lai pierādītu apiksabāna efektivitāti un drošumu, ārstējot DVT un/vai PE (pētījumā *AMPLIFY*), kā arī preparātu lietojot ilgākai

profilaktiskai DVT un/vai PE recidīvu terapijai pēc tam, kad pabeigta 6–12 mēnešus ilga DVT un/vai PE ārstēšana ar antikoagulantiem (pētījumā *AMPLIFY-EXT*). Abi pētījumi bija randomizēti, ar paralēlām grupām, dubultmaskēti un starptautiski. Tajos bija iekļauti pacienti ar simptomātisku proksimālu DVT vai simptomātisku PE. Par visiem galvenajiem ar drošumu un efektivitāti mērķa kritērijiem tika saņemts neatkarīgas, pētījuma organizētājiem nepazīstamas komitejas viedoklis.

Pētījums *AMPLIFY*

Pētījumā *AMPLIFY* 5395 pacienti tika randomizēti ārstēšanai ar apiksabānu (perorāli pa 10 mg apiksabāna divas reizes dienā 7 dienas un vēlāk pa 5 mg apiksabāna divas reizes dienā 6 mēnešus) vai enoksaparīnu pa 1 mg/kg divas reizes dienā subkutāni vismaz 5 dienu garumā (līdz tiek sasniegta $INR \geq 2$) un varfarīnu (līdz sasniedz mērķa INR 2,0–3,0)perorāli 6 mēnešu garumā.

Dalībnieku vidējais vecums bija 56,9 gadi, un 89,8% randomizēto pacientu bija neprovocēti VTE gadījumi.

Varfarīna lietošanai randomizētiem pacientiem vidējais laiks, kurā tie atradās terapeitiskajā diapazonā (INR 2,0–3,0), procentuāli bija 60,9%. Apiksabāns samazināja simptomātisku VTE recidīvu gadījumu sastopamību un ar šādiem gadījumiem saistītu mirstību dažādos centrālā *TTR* diapazona līmeņos, un visaugstākajā *TTR* kvartilē attiecībā pret centru relatīvais risks salīdzinājumā ar enoksaparīnu/varfarīnu bija 0,79 (95% TI, 0,39–1,61).

Pētījuma laikā saskaņā ar vērtēšanas kritēriju (apstiprinātas recidivējošas simptomātiskas VTE – neletālas DVT vai neletālas PE, vai ar VTE saistītu nāves gadījumu sastopamības) analīzes apvienotajiem rezultātiem tika novērots, ka apiksabāns nav mazāk iedarbīgs par enoksaparīnu/varfarīnu (skatīt 8. tabulu).

8. tabula. Pētījumā *AMPLIFY* iegūtie efektivitāti raksturojošie rezultāti

	Apiksabāns N=2609 n (%)	Enoksaparīns/varfarīns N=2635 n (%)	Relatīvais risks (95% TI)
VTE vai tās izraisīta nāve	59 (2,3)	71 (2,7)	0,84 (0,60; 1,18)*
DVT	20 (0,7)	33 (1,2)	
PE	27 (1,0)	23 (0,9)	
Ar VTE saistīta nāve	12 (0,4)	15 (0,6)	
VTE vai jebkura iemesla izraisīta nāve	84 (3,2)	104 (4,0)	0,82 (0,61; 1,08)
Ar VTE vai SAS saistīta nāve	61 (2,3)	77 (2,9)	0,80 (0,57; 1,11)
VTE, ar VTE saistīta nāve vai masīva asiņošana	73 (2,8)	118 (4,5)	0,62 (0,47; 0,83)

* Nebija mazāk iedarbīgs par enoksaparīnu/varfarīnu (p-vērtība < 0,0001).

Apiksabāna VTE sākumterapijas efektivitāte visiem pacientiem, kuriem tika ārstēta PE (relatīvais risks 0,9; 95% TI, 0,5–1,6) vai DVT (relatīvais risks 0,8; 95% TI, 0,5–1,3), bija vienāda. Efektivitāte apakšgrupās, tajā skaitā tajās, kas bija definētas pēc vecuma, dzimuma, ķermeņa masas indeksa (ĶMI), nieru darbības, PE indeksa, DVT radīto trombu lokalizācijas un heparīna lietošanas anamnēzē, kopumā bija vienāda.

Primārais drošumu raksturojošais vērtēšanas mērķa kritērijs bija masīvas asiņošanas sastopamība. Šajā pētījumā primārajā, ar drošumu saistītajā mērķa kritērijā apiksabāns bija statistiski pārāks par enoksaparīnu/varfarīnu (relatīvais risks 0,31; 95% TI 0,17–0,55, p-vērtība < 0,0001) (skatīt 9. tabulu).

9. tabula. Pētījumā *AMPLIFY* iegūtie asiņošanas sastopamību raksturojošie rezultāti

	Apiksabāns N=2676 n (%)	Enoksaparīns/varfarīns N=2689 n (%)	Relatīvais risks (95% TI)
Masīva asiņošana	15 (0,6)	49 (1,8)	0,31 (0,17; 0,55)
Masīva + KNNM asiņošana	115 (4,3)	261 (9,7)	0,44 (0,36; 0,55)
Neliela asiņošana	313 (11,7)	505 (18,8)	0,62 (0,54; 0,70)
Visas formas	402 (15,0)	676 (25,1)	0,59 (0,53; 0,66)

Apiksabāna grupā apstiprināta masīva asiņošana un KNNM asiņošana jebkurā organisma daļā parasti tika novērota retāk nekā enoksaparīna/varfarīna grupā. Plaša kuņģa-zarnu trakta asiņošana (saskaņā ar STHB klasifikāciju) tika novērota 6 (0,2%) ar apiksabānu ārstētiem pacientiem un 17 (0,6%) ar enoksaparīnu/varfarīnu ārstētiem pacientiem.

Pētījums *AMPLIFY-EXT*

Pētījumā *AMPLIFY-EXT* kopā piedalījās 2482 pacienti, kuriem bija pabeigta 6–12 mēnešus ilga sākumterapija ar antikoagulantiem. Šiem pacientiem tika randomizēti nozīmēti 12 mēnešus ilga ārstēšana ar 2,5 mg lielām apiksabāna devām divas reizes dienā, 5 mg lielām apiksabāna devām divas reizes dienā vai placebo lietošana. No šiem pacientiem 836 pacienti (33,7%) pirms iekļaušanas pētījumā *AMPLIFY-EXT* bija piedalījušies pētījumā *AMPLIFY*.

Dalībnieku vidējais vecums bija 56,7 gadi, un 91,7% randomizēto pacientu bija neproprovocēti VTE gadījumi.

Šajā pētījumā abas apiksabāna devas bija statistiski pārākas par placebo primārajā mērķa kritērijā, kas bija definēts kā simptomātisku recidivējošu VTE – neletālu DVT vai neletālu PE, vai jebkura iemesla izraisītu nāves gadījumu skaits (skatīt 10. tabulu).

10. tabula. Pētījumā *AMPLIFY-EXT* iegūtie efektivitāti raksturojošie rezultāti

	Apiksabāns	Apiksabāns	Placebo	Relatīvais risks (95% TI)	
	2,5 mg (N=840)	5,0 mg (N=813)	(N=829)	Apiks. 2,5 mg salīdzinot ar placebo	Apiks. 5,0 mg salīdzinot ar placebo
	n (%)				
Recidivējoša VTE vai jebkura iemesla izraisīta nāve	19 (2,3)	14 (1,7)	77 (9,3)	0,24 (0,15; 0,40) [‡]	0,19 (0,11; 0,33) [‡]
DVT*	6 (0,7)	7 (0,9)	53 (6,4)		
PE*	7 (0,8)	4 (0,5)	13 (1,6)		
Jebkura iemesla izraisīta nāve	6 (0,7)	3 (0,4)	11 (1,3)		
Recidivējoša	14 (1,7)	14 (1,7)	73 (8,8)	0,19	0,20

	Apiksabāns	Apiksabāns	Placebo	Relatīvais risks (95% TI)	
	2,5 mg (N=840)	5,0 mg (N=813)	(N=829)	Apiks. 2,5 mg salīdzinot ar placebo	Apiks. 5,0 mg salīdzinot ar placebo
	n (%)				
VTE vai tās izraisīta nāve				(0,11; 0,33)	(0,11; 0,34)
Recidivējoša VTE vai ar SAS saistīta nāve	14 (1,7)	14 (1,7)	76 (9,2)	0,18 (0,10; 0,32)	0,19 (0,11; 0,33)
Neletāla DVT [†]	6 (0,7)	8 (1,0)	53 (6,4)	0,11 (0,05; 0,26)	0,15 (0,07; 0,32)
Neletāla PE [†]	8 (1,0)	4 (0,5)	15 (1,8)	0,51 (0,22; 1,21)	0,27 (0,09; 0,80)
Ar VTE saistīta nāve	2 (0,2)	3 (0,4)	7 (0,8)	0,28 (0,06; 1,37)	0,45 (0,12; 1,71)

[‡]p-vērtība < 0,0001.

* Par pacientiem, kuriem ir bijis vairāk nekā viens ar jebkuru vērtēšanas mērķa kritēriju saistīts gadījums, tika ziņots tikai par pirmo gadījumu (piemēram, ja dalībniekam ir bijusi gan DVT, gan PE, ir ziņots tikai par DVT).

[†] Atsevišķiem dalībniekiem var būt bijis vairāk nekā viens gadījums, kas attiecas uz abiem klasifikācijas veidiem.

Apiksabāna efektivitāte saistībā ar VTE recidīvu profilaksi saglabājās visās apakšgrupās, arī tajās, kas definētas pēc vecuma, dzimuma, ĶMI un nieru darbības.

Primārais drošumu raksturojošais vērtēšanas mērķa kritērijs bija plašas asiņošanas sastopamība ārstēšanas periodā. Pētījuma laikā plašas asiņošanas sastopamība pēc abu apiksabāna devu lietošanas nebija statistiski nozīmīgi atšķirīga no tās, kas novērota pēc placebo lietošanas. Grupās, kurās divas reizes dienā tika lietotas 2,5 mg lielas apiksabāna devas vai placebo, netika novērota statistiski nozīmīga masīvas asiņošanas + KNNMA formas asiņošanas, nelielas vai jebkuras formas asiņošanas sastopamības atšķirība (skatīt 11. tabulu).

11. tabula. Pētījumā *AMPLIFY-EXT* iegūtie asiņošanas sastopamību raksturojošie rezultāti

	Apiksabāns	Apiksabāns	Placebo	Relatīvais risks (95% TI)	
	2,5 mg (N=840)	5,0 mg (N=811)	(N=826)	Apiks. 2,5 mg salīdzinot ar placebo	Apiks. 5,0 mg salīdzinot ar placebo
	n (%)				
Masīva asiņošana	2 (0,2)	1 (0,1)	4 (0,5)	0,49 (0,09; 2,64)	0,25 (0,03; 2,24)
Masīva + KNNM asiņošana	27 (3,2)	35 (4,3)	22 (2,7)	1,20 (0,69; 2,10)	1,62 (0,96; 2,73)
Neliela asiņošana	75 (8,9)	98 (12,1)	58 (7,0)	1,26 (0,91; 1,75)	1,70 (1,25; 2,31)
Visas formas	94 (11,2)	121 (14,9)	74 (9,0)	1,24 (0,93; 1,65)	1,65 (1,26; 2,16)

Masīva kuņģa-zarnu trakta asiņošana (saskaņā ar STHB klasifikāciju) tika novērota 1 pacientam (0,1%), kuru ārstēja ar 5 mg apiksabāna divas reizes dienā devu, nevienam pacientam no tiem, kuri lietoja 2,5 mg divas reizes dienā devu, un 1 (0,1%) placebo saņēmumam pacientam.

Pediātriskā populācija

Indikācija zāļu lietošanai pediātriskajā populācijā nav apstiprināta (skatīt 4.2. apakšpunktu).

VTE profilakse pediātriskās populācijas pacientiem ar akūtu limfoblastisku leikozi vai limfoblastisku limfomu (ALL, LL)

Pētījumā PREVAPIX-ALL pavisam 512 pacienti ≥ 1 līdz < 18 gadu vecumā ar jaunatklātu ALL vai LL un uzsāktu indukcijas ķīmijterapiju, ieskaitot asparagināzes ievadīšanu caur centrālo venozo pieeju, tika randomizēti attiecībā 1:1 atklātai trombozes profilaksei ar apiksabānu vai standarta aprūpei (bez sistēmiskas antikoagulantu terapijas). Apiksabāna lietošana notika saskaņā ar fiksētas devas, no ķermeņa masas atkarīgu lietošanas režīmu, kas ir salīdzināms ar zāļu iedarbību pieaugušajiem, lietojot 2,5 mg divas reizes dienā (skatīt 12. tabulu). Apiksabāns bija pieejams 2,5 mg tabletes, 0,5 mg tabletes vai 0,4 mg/ml šķīduma iekšķīgai lietošanai veidā. Zāļu iedarbības ilguma mediāna apiksabāna grupā bija 25 dienas.

12. tabula. Apiksabāna devas PREVAPIX-ALL pētījumā

Ķermeņa masas diapazons	Devu shēma
6 līdz $< 10,5$ kg	0,5 mg divas reizes dienā
10,5 līdz < 18 kg	1 mg divas reizes dienā
18 līdz < 25 kg	1,5 mg divas reizes dienā
25 līdz < 35 kg	2 mg divas reizes dienā
≥ 35 kg	2,5 mg divas reizes dienā

Primārais efektivitātes mērķa kritērijs bija salikts un ietvēra apstiprinātu simptomātisku un asimptomātisku neletālu dziļo vēnu trombozi, plaušu emboliju, smadzeņu venozā sinusa trombozi un venozas trombembolijas izraisītu nāvi. Primārā efektivitātes mērķa kritērija sastopamība apiksabāna grupā bija 31 (12,1%) salīdzinājumā ar 45 (17,6%) standarta aprūpes grupā. Relatīvā riska samazināšanās nebija statistiski nozīmīga.

Drošuma mērķa kritēriji tika apstiprināti saskaņā ar ISTH kritērijiem. Primāro drošuma mērķa kritēriju, masīvu asiņošanu, novēroja 0,8% pacientu katrā ārstēšanas grupā. KNNM asiņošanu novēroja 11 pacientiem (4,3%) apiksabāna grupā un 3 pacientiem (1,2%) standarta aprūpes grupā. Visbiežāk sastopamais KNNM asiņošanas notikums, kas noteica ārstēšanas atšķirību, bija viegla līdz vidēji smaga deguna asiņošana. Nelielas asiņošanas notikumus novēroja 37 pacientiem apiksabāna grupā (14,5%) un 20 pacientiem (7,8%) standarta aprūpes grupā.

Trombembolijas (TE) profilakse pediātriskās populācijas pacientiem ar iedzimtu vai iegūtu sirds slimību

Randomizētā (attiecībā 2:1), atklātā, daudzcentru, salīdzinošā pētījumā SAXOPHONE tika iekļauti pacienti 28 dienu līdz < 18 gadu vecumā ar iedzimtu vai iegūtu sirds slimību, kuras gadījumā nepieciešama antikoagulantu terapija. Pacienti saņēma apiksabānu vai standarta aprūpi trombozes profilaksei ar K vitamīna antagonistu vai mazmolekulāro heparīnu. Apiksabāna lietošana notika saskaņā ar fiksētas devas, no ķermeņa masas atkarīgu lietošanas režīmu, kas ir salīdzināms ar zāļu iedarbību pieaugušajiem, lietojot 5 mg divas reizes dienā (skatīt 13. tabulu). Apiksabāns bija pieejams 5 mg tabletes, 0,5 mg tabletes vai 0,4 mg/ml šķīduma iekšķīgai lietošanai veidā. Vidējais zāļu iedarbības ilgums apiksabāna grupā bija 331 diena.

13. tabula. Apiksabāna devas SAXOPHONE pētījumā

Ķermeņa masas diapazons	Devu shēma
6 līdz <9 kg	1 mg divas reizes dienā
9 līdz <12 kg	1,5 mg divas reizes dienā
12 līdz <18 kg	2 mg divas reizes dienā
18 līdz <25 kg	3 mg divas reizes dienā
25 līdz <35 kg	4 mg divas reizes dienā
≥35 kg	5 mg divas reizes dienā

Primārais saliktais drošuma mērķa kritērijs, kas ietvēra apstiprinātu ISTH masīvu asiņošanu un KNNM asiņošanu, novērots 1 (0,8%) no 126 pacientiem apiksbāna grupā un 3 (4,8%) no 62 pacientiem standarta aprūpes grupā. Tādi sekundārie drošuma mērķa kritēriji kā apstiprināta masīva asiņošana, KNNM asiņošana un visi asiņošanas notikumi sastopamības biežuma ziņā bija salīdzināmi abās ārstēšanas grupās. Tādi sekundārie drošuma mērķa kritēriji kā zāļu lietošanas pārtraukšana nevēlama notikuma, nepanesības vai asiņošanas dēļ ziņoti 7 (5,6%) pacientiem apiksbāna grupā un 1 (1,6%) pacientam standarta aprūpes grupā. Nevienam pacientam abās ārstēšanas grupās nenovēroja trombemboliskus notikumus. Nevienā ārstēšanas grupā nenovēroja nāves gadījumus.

Šis bija prospektīvs pētījums aprakstošai efektivitātes un drošuma analīzei, jo paredzamā TE un asiņošanas notikumu sastopamība šajā populācijā ir zema. Zemās TE sastopamības dēļ šajā pētījumā nebija iespējams veikt galīgo riska un ieguvuma novērtējumu.

Eiropas Zāļu aģentūra atliek pienākumu iesniegt pētījumu rezultātus par venozās trombembolijas ārstēšanu ar Eliquis vienā vai vairākās pediatrikās populācijas apakšgrupās (informāciju par lietošanu bērniem skatīt 4.2. apakšpunktā).

5.2. Farmakokinētiskās īpašības

Uzsūkšanās

Absolūtā apiksbāna biopieejamība devām līdz 10 mg ir aptuveni 50%. Apiksbāns strauji uzsūcas un sasniedz maksimālo koncentrāciju (C_{max}) 3 līdz 4 stundas pēc tabletes lietošanas. Lietojot devas līdz 10 mg kopā ar uzturu, netiek ietekmēta apiksbāna AUC vai C_{max} . Apiksbānu var lietot neatkarīgi no ēdienreizes.

Lietojot iekšķīgi līdz 10 mg apiksbāna, novēro lineāru farmakokinētiku, kad devas palielināšana izraisa proporcionālu iedarbības pieaugumu. Lietojot devas, kas ≥ 25 mg, apiksbāna absorbciju samazina noārdīšanās un tam samazinās biopieejamība. Apiksbāna iedarbības rādītājiem piemīt neliela līdz vidēji izteikta variabilitāte gan vienas personas ietvaros, gan starp dažādām personām attiecīgi ~20% CV un ~30% CV.

Iedarbība pēc 10 mg apiksbāna lietošanas iekšķīgi 2 sasmalcinātu 5 mg tablešu, kas suspendētas 30 ml ūdens, veidā bija salīdzināma ar iedarbību pēc 2 veselu 5 mg tablešu iekšķīgas lietošanas. Pēc 10 mg apiksbāna lietošanas iekšķīgi 2 sasmalcinātu 5 mg tablešu veidā ar 30 g ābolu biezeņa C_{max} un AUC bija attiecīgi par 21% un 16% zemāki, salīdzinot ar 2 veselu 5 mg tablešu lietošanu. Iedarbības samazinājums nav uzskatāms par klīniski nozīmīgu.

Pēc sasmalcinātas un 60 ml G5Ū suspendētas 5 mg apiksbāna tabletes lietošanas caur nazogastrālo zondi iedarbība bija līdzīga iedarbībai, kas novērota citos klīniskajos pētījumos ar veselām pētāmām personām, kuras iekšķīgi saņēma vienu 5 mg apiksbāna tabletes devu.

Ņemot vērā paredzamo devai proporcionālo apiksbāna farmakokinētisko profilu, veiktajos pētījumos gūtie biopieejamības rezultāti ir piemērojami mazākām apiksbāna devām.

Izkliede

Cilvēkam ar plazmas olbaltumvielām saistās aptuveni 87% zāļu. Izklides tilpums (V_{ss}) ir aptuveni 21 litrs.

Biotransformācija un eliminācija

Apiksabāns tiek eliminēts, izmantojot vairākus ceļus. Pēc apiksabāna devas ievadīšanas cilvēkiem aptuveni 25% no devas izdalījās metabolītu veidā un tos pārsvarā konstatēja fecēs. Renālā ekskrecija veido aptuveni 27% no kopējā apiksabāna klīrensa. Klīniskajos un neklīniskajos pētījumos tika novērota arī attiecīgi izdalīšanās ar žulti un tieša ekskrecija zarnu traktā.

Apiksabāna totālais klīrenss ir aptuveni 3,3 l/h un eliminācijas pusperiods – aptuveni 12 stundas.

O-demetilācija un hidroksilācija 3-oksipiperidinila daļā ir galvenās biotransformācijas vietas. Apiksabāna metabolismā piedalās galvenokārt CYP3A4/5 un nedaudz arī CYP1A2, 2C8, 2C9, 2C19 un 2J2. Cilvēka plazmā galvenais ar aktīvo vielu saistītais komponents ir neizmainīts apiksabāns, cirkulācijā nav sastopami aktīvi metabolīti. Apiksabāns ir transporta olbaltumvielu, P-gp un krūts vēža rezistences proteīna (*breast cancer resistance protein* – BCRP) substrāts.

Gados vecāki cilvēki

Gados vecākiem pacientiem (vecākiem par 65 gadiem) novēro augstākas plazmas koncentrācijas nekā jaunākiem pacientiem – vidējās AUC vērtības ir aptuveni par 32% augstākas, bet C_{max} neatšķiras.

Nieru darbības traucējumi

Apiksabāna maksimālās koncentrācijas laikā nenovēroja ietekmi uz nieru darbību. Novērtējot noteikto kreatinīna klīrensu, tika konstatēta samazinātas nieru darbības saistība ar palielinātu apiksabāna iedarbību. Personām ar viegliem (kreatinīna klīrenss 51-80 ml/min), vidēji smagiem (kreatinīna klīrenss 30-50 ml/min) un smagiem (kreatinīna klīrenss 15-29 ml/min) nieru darbības traucējumiem apiksabāna plazmas koncentrācija (AUC) pieauga par attiecīgi 16%, 29% un 44% salīdzinājumā ar personām ar normālu kreatinīna klīrensu. Nieru darbības traucējumiem nav būtiskas ietekmes uz apiksabāna plazmas koncentrāciju un anti-Xa faktora aktivitāti.

Pacientiem ar terminālu nieru slimību (TNS), lietojot vienreizēju apiksabāna 5 mg devu tūlīt pēc hemodialīzes, apiksabāna AUC palielinājās par 36% salīdzinājumā ar pacientiem ar normālu nieru darbību. Hemodialīze, kas uzsākta divas stundas pēc vienreizējas apiksabāna 5 mg devas lietošanas pacientiem ar terminālu nieru slimību (TNS), samazināja apiksabāna AUC par 14%, kas atbilda apiksabāna dialīzes klīrensam 18 ml/min. Tāpēc maz ticams, ka hemodialīze var kļūt par efektīvu apiksabāna pārdozēšanas ārstēšanas līdzekli.

Aknu darbības traucējumi

Pētījumā, kurā tika salīdzinātas 8 personas ar viegliem aknu darbības traucējumiem – A grupa pēc *Child-Pugh* klasifikācijas, punktu skaits 5 ($n = 6$) un punktu skaits 6 ($n = 2$) un 8 personas ar vidēji smagiem aknu darbības traucējumiem, B grupa pēc *Child-Pugh* klasifikācijas, punktu skaits 7 ($n = 6$) un punktu skaits 8 ($n = 2$) ar 16 veselām kontroles personām, personām ar aknu darbības traucējumiem netika konstatētas vienreizējas 5 mg apiksabāna devas farmakokinētikas un farmakodinamikas izmaiņas. Izmaiņas anti-Xa faktora aktivitātē un INR bija līdzīgas veselām personām un personām ar viegliem līdz vidēji smagiem aknu darbības traucējumiem.

Dzimums

Apiksabāna iedarbība sievietēm bija apmēram par 18% lielāka nekā vīriešiem.

Etniskā piederība un rase

Analizējot I fāzes pētījumu rezultātus, netika konstatētas būtiskas atšķirības apiksabāna farmakokinētikā baltās/kaukāziešu rases, aziātu un melnās/afroamerikāņu rases personām. Farmakokinētikas analīžu rezultāti pacientiem, kuri saņēma apiksabānu visumā atbilda šiem I fāzes pētījumu rezultātiem.

Kermeņa masa

Salīdzinot ar pētāmām personām, kuru ķermeņa masa ir no 65 līdz 85 kg, personām ar ķermeņa masu > 120 kg novēroja par aptuveni 30% mazāku apiksabāna iedarbību un personām ar ķermeņa masu < 50 kg – par aptuveni 30% lielāku iedarbību.

Farmakokinētiskā/farmakodinamiskā attiecība

Pēc plaša apiksabāna devu diapazona (0,5 – 50 mg) lietošanas tika pētīta farmakokinētikas/farmakodinamikas (FK/FD) saistība starp apiksabāna plazmas koncentrāciju un vairākiem FD mērķa kritērijiem (anti-Xa faktora aktivitāte, INR, PT, aPTT). Saistību starp apiksabāna plazmas koncentrāciju un anti-Xa faktora aktivitāti vislabāk raksturo lineārais modelis. Pacientiem, kuri lietoja apiksabānu, novērotā FK/FD saistība atbilda veselām pētāmām personām novērotajai saistībai.

5.3. Preklīniskie dati par drošumu

Preklīniskajos standartpētījumos iegūtie dati par farmakoloģisko drošumu, atkārtotu devu toksicitāti, genotoksicitāti, iespējamu kancerogenitāti, fertilitāti un embrija-augļa attīstību, un juvenilo toksicitāti neliecina par īpašu risku cilvēkam.

Nozīmīgākā iedarbība, kas tika novērota atkārtotu devu toksicitātes pētījumos, bija saistīta ar apiksabāna farmakodinamisko iedarbību uz asins koagulācijas raksturlielumiem. Toksicitātes pētījumos tika atklāta neliela vai nekāda asiņošanas noslieces palielināšanās. Tomēr, tā kā to varētu izraisīt vājāka neklīnisko sugu jutība, salīdzinot ar cilvēkiem, šis rezultāts jāinterpretē uzmanīgi, ekstrapolējot to uz cilvēkiem.

Žurku pienā tika konstatēta augsta zāļu koncentrācija, salīdzinot ar mātes plazmu, attiecība (C_{max} aptuveni 8, AUC aptuveni 30), iespējams, aktīva zāļu transporta pienā dēļ.

6. FARMACEITISKĀ INFORMĀCIJA

6.1. Palīgvielu saraksts

Tabletes kodols:

Laktoze
Mikrokristāliskā celuloze (E460)
Nātrija kroskarmeloze
Nātrija laurilsulfāts
Magnija stearāts (E470b)

Apvalks:

Laktozes monohidrāts
Hīpromeloze (E464)
Titāna dioksīds (E171)
Triacetīns
Sarkanais dzelzs oksīds (E172)

6.2. Nesaderība

Nav piemērojama

6.3. Uzglabāšanas laiks

3 gadi

6.4. Īpaši uzglabāšanas nosacījumi

Zālēm nav nepieciešami īpaši uzglabāšanas apstākļi.

6.5. Iepakojuma veids un saturs

Alumīnija-PVH/PVdH blisteri. Kastītes ar 14, 20, 28, 56, 60, 168 un 200 apvalkotām tabletēm.
Alumīnija-PVH/PVdH perforēti dozējamo vienību blisteri ar 100x1 apvalkotām tabletēm.

Visi iepakojuma lielumi tirgū var nebūt pieejami.

6.6. Īpaši norādījumi atkritumu likvidēšanai

Neizlietotās zāles vai izlietotie materiāli jāiznīcina atbilstoši vietējām prasībām.

7. REĢISTRĀCIJAS APLIECĪBAS ĪPAŠNIEKS

Bristol-Myers Squibb/Pfizer EEIG
Plaza 254
Blanchardstown Corporate Park 2
Dublin 15, D15 T867
Īrija

8. REĢISTRĀCIJAS APLIECĪBAS NUMURS(-I)

EU/1/11/691/006
EU/1/11/691/007
EU/1/11/691/008
EU/1/11/691/009
EU/1/11/691/010
EU/1/11/691/011
EU/1/11/691/012
EU/1/11/691/014

9. PIRMĀS REĢISTRĀCIJAS/PĀRREĢISTRĀCIJAS DATUMS

Reģistrācijas datums: 2011. gada 18. maijs

Pēdējās pārreģistrācijas datums: 2021. gada 11. janvāris

10. TEKSTA PĀRSKATĪŠANAS DATUMS

Sīkāka informācija par šīm zālēm ir pieejama Eiropas Zāļu aģentūras tīmekļa vietnē
<http://www.ema.europa.eu>

II PIELIKUMS

- A. RAŽOTĀJS(-I), KAS ATBILD PAR SĒRIJAS IZLAIDI**
- B. IZSNEGŠANAS KĀRTĪBAS UN LIETOŠANAS NOSACĪJUMI
VAI IEROBEŽOJUMI**
- C. CITI REGISTRĀCIJAS NOSACĪJUMI UN PRASĪBAS**
- D. NOSACĪJUMI VAI IEROBEŽOJUMI ATTIECĪBĀ UZ DROŠU
UN EFEKTĪVU ZĀĻU LIETOŠANU**

A. RAŽOTĀJS(-I), KAS ATBILD PAR SĒRIJAS IZLAIDI

Ražotāja(-u), kas atbild par sērijas izlaidi, nosaukums un adrese

CATALENT ANAGNI S.R.L.
Loc. Fontana del Ceraso snc
Strada Provinciale Casilina, 41
03012 Anagni (FR)
Itālija

Pfizer Manufacturing Deutschland GmbH
Mooswaldallee 1
79108 Freiburg Im Breisgau
Vācija

Swords Laboratories Unlimited Company T/A Bristol-Myers Squibb Pharmaceutical Operations,
External Manufacturing
Plaza 254
Blanchardstown Corporate Park 2
Dublin 15, D15 T867
Īrija

Pfizer Ireland Pharmaceuticals
Little Connell Newbridge
Co. Kildare
Īrija

Drukātājā lietošanas instrukcijā jānorāda ražotāja, kas atbild par attiecīgās sērijas izlaidi, nosaukums un adrese.

B. IZSNIEGŠANAS KĀRTĪBAS UN LIETOŠANAS NOSACĪJUMI VAI IEROBEŽOJUMI

Recepšu zāles.

C. CITI REĢISTRĀCIJAS NOSACĪJUMI UN PRASĪBAS

- **Periodiski atjaunojamais drošuma ziņojums (PSUR)**

Šo zāļu periodiski atjaunojamo drošuma ziņojumu iesniegšanas prasības ir norādītas Eiropas Savienības atsauces datumu un periodisko ziņojumu iesniegšanas biežuma sarakstā (*EURD* sarakstā), kas sagatavots saskaņā ar Direktīvas 2001/83/EK 107.c panta 7. punktu, un visos turpmākajos saraksta atjauninājumos, kas publicēti Eiropas Zāļu aģentūras tīmekļa vietnē.

D. NOSACĪJUMI VAI IEROBEŽOJUMI ATTIECĪBĀ UZ EFEKTĪVU UN DROŠU ZĀĻU LIETOŠANU

- **Riska pārvaldības plāns (RPP)**

Reģistrācijas apliecības īpašniekam jāveic nepieciešamās farmakovigilances darbības un pasākumi, kas sīkāk aprakstīti reģistrācijas pieteikuma 1.8.2. modulī iekļautajā apstiprinātajā RPP un visos turpmākajos atjauninātajos apstiprinātajos RPP.

Atjaunināts RPP jāiesniedz:

- pēc Eiropas Zāļu aģentūras pieprasījuma;
 - ja ieviesti grozījumi riska pārvaldības sistēmā, jo īpaši gadījumos, kad saņemta jauna informācija, kas var būtiski ietekmēt ieguvumu/riska profilu, vai nozīmīgu (farmakovigilances vai riska mazināšanas) rezultātu sasniegšanas gadījumā.
- **Riska mazināšanas papildu pasākumi**

Reģistrācijas apliecības īpašnieks nodrošinās, ka visi ārsti, kuri varētu parakstīt apiksabānu, saņems tālāk norādītos mācību materiālus:

- Zāļu apraksts.
- Ārsta rokasgrāmata.
- Pacienta brīdinājuma kartīte.

Ārsta rokasgrāmatas pamatelementi:

- Apraksts par pacientu populāciju ar potenciāli augstāku asiņošanas risku.
- Ieteicamās devas un lietošana pie dažādām indikācijām.
- Ieteikumi devas pielāgošanai riska populācijai, ieskaitot pacientus ar nieru vai aknu darbības traucējumiem.
- Ieteikumus saistībā ar pāreju uz vai no terapijas ar Eliquis.
- Ieteikumus saistībā ar operāciju vai invazīvu procedūru, kā arī īslaicīgu terapijas pārtraukšanu.
- Ieteikumus rīcībai pārdozēšanas un hemorāģijas gadījumos.
- Koagulācijas testu lietošana un to interpretācija.
- Visiem pacientiem ir jāsaņem Pacienta brīdinājuma kartīte un tie jākonsultē par:
 - asiņošanas pazīmēm un simptomiem un gadījumiem, kad jāmeklē veselības aprūpes speciālistu palīdzība.
 - Terapijas norādījumu ievērošanas nozīmīgumu.
 - Nepieciešamību vienmēr līdzī nēsāt Pacienta brīdinājuma kartīti.
 - Nepieciešamību informēt veselības aprūpes speciālistus par nozīmēto Eliquis terapiju pirms operācijas vai invazīvas procedūras.

Pacienta brīdinājuma kartītes pamatelementi:

- Asiņošanas pazīmes un simptomi un gadījumi, kad jāmeklē veselības aprūpes speciālistu palīdzība.
- Terapijas norādījumu ievērošanas nozīmīgums.
- Nepieciešamība vienmēr līdzī nēsāt Pacienta brīdinājuma kartīti.
- Nepieciešamība informēt veselības aprūpes speciālistus par nozīmēto Eliquis terapiju pirms operācijas vai invazīvas procedūras.

III PIELIKUMS

MARĶĒJUMA TEKSTS UN LIETOŠANAS INSTRUKCIJA

A. MARĶĒJUMA TEKSTS

INFORMĀCIJA, KAS JĀNORĀDA UZ ĀRĒJĀ IEPAKOJUMA

KASTĪTE 2,5 mg

1. ZĀĻU NOSAUKUMS

Eliquis 2,5 mg apvalkotās tabletes
apixaban

2. AKTĪVĀS(-O) VIELAS(-U) NOSAUKUMS(-I) UN DAUDZUMS(-I)

Katra apvalkotā tablete satur 2,5 mg apiksabāna.

3. PALĪGVIELU SARAKSTS

Satur laktozi un nātriju. Sīkāku informāciju skatīt lietošanas instrukcijā.

4. ZĀĻU FORMA UN SATURS

apvalkotā tablete

10 apvalkotās tabletes
20 apvalkotās tabletes
60 apvalkotās tabletes
60 x 1 apvalkotās tabletes
100 x 1 apvalkotās tabletes
168 apvalkotās tabletes
200 apvalkotās tabletes

5. LIETOŠANAS UN IEVADĪŠANAS VEIDS(-I)

Pirms lietošanas izlasiet lietošanas instrukciju.
Iekšķīgai lietošanai.

6. ĪPAŠI BRĪDINĀJUMI PAR ZĀĻU UZGLABĀŠANU BĒRNIEM NEREDZAMĀ UN NEPIEEJAMĀ VIETĀ

Uzglabāt bērniem neredzamā un nepieejamā vietā.

7. CITI ĪPAŠI BRĪDINĀJUMI, JA NEPIECIEŠAMS

8. DERĪGUMA TERMIŅŠ

EXP

9. ĪPAŠI UZGLABĀŠANAS NOSACĪJUMI

10. ĪPAŠI PIESARDZĪBAS PASĀKUMI, IZNĪCINOT NEIZLIETOTĀS ZĀLES VAI IZMANTOTOS MATERIĀLUS, KAS BIJUŠI SASKARĒ AR ŠĪM ZĀLĒM (JA PIEMĒROJAMS)

11. REĢISTRĀCIJAS APLIECĪBAS ĪPAŠNIEKA NOSAUKUMS UN ADRESE

Bristol-Myers Squibb/Pfizer EEIG
Plaza 254
Blanchardstown Corporate Park 2
Dublin 15, D15 T867
Īrija

12. REĢISTRĀCIJAS APLIECĪBAS NUMURS(-I)

EU/1/11/691/001
EU/1/11/691/002
EU/1/11/691/003
EU/1/11/691/004
EU/1/11/691/005
EU/1/11/691/013
EU/1/11/691/015

13. SĒRIJAS NUMURS

Lot

14. IZSNIEGŠANAS KĀRTĪBA

15. NORĀDĪJUMI PAR LIETOŠANU

16. INFORMĀCIJA BRAILA RAKSTĀ

Eliquis 2.5 mg

17. UNIKĀLS IDENTIFIKATORS – 2D SVĪTRKODS

2D svītrkods, kurā iekļauts unikāls identifikators.

18. UNIKĀLS IDENTIFIKATORS – DATI, KURUS VAR NOLASĪT PERSONA

PC
SN
NN

MINIMĀLĀ INFORMĀCIJA, KAS JĀNORĀDA UZ BLISTERA VAI PLĀKSNĪTES

BLISTERIS 2,5 mg

1. ZĀĻU NOSAUKUMS

Eliquis 2,5 mg tabletes
apixaban

2. REĢISTRĀCIJAS APLIECĪBAS ĪPAŠNIEKA NOSAUKUMS

Bristol-Myers Squibb/Pfizer EEIG

3. DERĪGUMA TERMIŅŠ

EXP

4. SĒRIJAS NUMURS

Lot

5. CITA

MINIMĀLĀ INFORMĀCIJA, KAS JĀNORĀDA UZ BLISTERA VAI PLĀKSNĪTES

BLISTERIS 2,5 mg (Simbols)

1. ZĀĻU NOSAUKUMS

Eliquis 2,5 mg tabletes
apixaban

2. REĢISTRĀCIJAS APLIECĪBAS ĪPAŠNIEKA NOSAUKUMS

Bristol-Myers Squibb/Pfizer EEIG

3. DERĪGUMA TERMIŅŠ

EXP

4. SĒRIJAS NUMURS

Lot

5. CITA

Saule kā simbols
Mēness kā simbols

INFORMĀCIJA, KAS JĀNORĀDA UZ ĀRĒJĀ IEPAKOJUMA

KASTĪTE 5 mg

1. ZĀĻU NOSAUKUMS

Eliquis 5 mg apvalkotās tabletes
apixaban

2. AKTĪVĀS(-O) VIELAS(-U) NOSAUKUMS(-I) UN DAUDZUMS(-I)

Katra apvalkotā tablete satur 5 mg apiksabāna.

3. PALĪGVIELU SARAKSTS

Satur laktozi un nātriju. Sīkāku informāciju skatīt lietošanas instrukcijā.

4. ZĀĻU FORMA UN SATURS

apvalkotā tablete

14 apvalkotās tabletes
20 apvalkotās tabletes
28 apvalkotās tabletes
56 apvalkotās tabletes
60 apvalkotās tabletes
100x1 apvalkotās tabletes
168 apvalkotās tabletes
200 apvalkotās tabletes

5. LIETOŠANAS UN IEVADĪŠANAS VEIDS(-I)

Pirms lietošanas izlasiet lietošanas instrukciju.
Iekšķīgai lietošanai.

6. ĪPAŠI BRĪDINĀJUMI PAR ZĀĻU UZGLABĀŠANU BĒRNIEM NEREDZAMĀ UN NEPIEEJAMĀ VIETĀ

Uzglabāt bērniem neredzamā un nepieejamā vietā.

7. CITI ĪPAŠI BRĪDINĀJUMI, JA NEPIECIEŠAMS

8. DERĪGUMA TERMIŅŠ

EXP

9. ĪPAŠI UZGLABĀŠANAS NOSACĪJUMI

10. ĪPAŠI PIESARDZĪBAS PASĀKUMI, IZNĪCINOT NEIZLIETOTĀS ZĀLES VAI IZMANTOTOS MATERIĀLUS, KAS BIJUŠI SASKARĒ AR ŠĪM ZĀLĒM (JA PIEMĒROJAMS)

11. REĢISTRĀCIJAS APLIECĪBAS ĪPAŠNIEKA NOSAUKUMS UN ADRESE

Bristol-Myers Squibb/Pfizer EEIG
Plaza 254
Blanchardstown Corporate Park 2
Dublin 15, D15 T867
Īrija

12. REĢISTRĀCIJAS APLIECĪBAS NUMURS(-I)

EU/1/11/691/006
EU/1/11/691/007
EU/1/11/691/008
EU/1/11/691/009
EU/1/11/691/010
EU/1/11/691/011
EU/1/11/691/012
EU/1/11/691/014

13. SĒRIJAS NUMURS

Lot

14. IZSNIEGŠANAS KĀRTĪBA

15. NORĀDĪJUMI PAR LIETOŠANU

16. INFORMĀCIJA BRAILA RAKSTĀ

Eliquis 5 mg

17. UNIKĀLS IDENTIFIKATORS – 2D SVĪTRKODS

2D svītrkods, kurā iekļauts unikāls identifikators.

18. UNIKĀLS IDENTIFIKATORS – DATI, KURUS VAR NOLASĪT PERSONA

PC
SN
NN

MINIMĀLĀ INFORMĀCIJA, KAS JĀNORĀDA UZ BLISTERA VAI PLĀKSNĪTES

BLISTERIS 5 mg

1. ZĀĻU NOSAUKUMS

Eliquis 5 mg tabletes
apixaban

2. REĢISTRĀCIJAS APLIECĪBAS ĪPAŠNIEKA NOSAUKUMS

Bristol-Myers Squibb/Pfizer EEIG

3. DERĪGUMA TERMIŅŠ

EXP

4. SĒRIJAS NUMURS

Lot

5. CITA

PACIENTA BRĪDINĀJUMA KARTĪTE

Eliquis (apixaban)

Pacienta brīdinājuma kartīte

Pastāvīgi nēsājiet šo kartīti līdzī.

Parādiet šo kartīti savam farmaceitam, zobārstam un jebkuram citam veselības aprūpes speciālistam, kurš Jūs ārstē.

Man parakstīts antikoagulants Eliquis (apixaban), lai novērstu trombu veidošanos.

Aizpildiet šo sadaļu vai palūdziet to izdarīt savam ārstam

Vārds, uzvārds:

Dzimšanas datums:

Indikācija:

Deva: mg divas reizes dienā

Ārsta vārds, uzvārds:

Ārsta telefons:

Informācija pacientam

- Neaizmirstiet regulāri lietot Eliquis. Ja aizmirsies lietot kārtējo devu, dariet to, tiklīdz atceraties, un turpiniet lietot Eliquis, kā Jums noteikts.
- Nepārtrauciet lietot Eliquis, nekonsultējoties ar ārstu, jo Jums ir risks piedzīvot insultu vai kādu citu komplikāciju.
- Eliquis palīdz šķidrināt asinis. Taču tādēļ Jums var paaugstināties asiņošanas risks.
- Asiņošanas pazīmes ir zilumi vai zemādas asins izplūdumi, darvas krāsas izkārnījumi, asinis urīnā, deguna asiņošana, reibonis, nogurums, bālums vai vājums, pēkšņas stipras galvassāpes, asiņu atklepošana vai atvemšana.
- Ja asiņošana pati neapstājas, **meklējiet medicīnisku palīdzību nekavējoties.**
- Ja Jums nepieciešama operācija vai jebkāda invazīva procedūra, pasakiet ārstējošam ārstam, ka lietojat Eliquis.

{MMM GGGG}

Informācija veselības aprūpes speciālistam

- Eliquis (apixaban) ir iekšķīgi lietojams antikoagulants – tiešs, selektīvs Xa faktora inhibitors.
- Eliquis var paaugstināt asiņošanas risku. Spēcīgas asiņošanas gadījumā nekavējoties jāpārtrauc Eliquis lietošana.
- Netiek prasīts Eliquis terapijas laikā regulāri veikt iedarbības kontroli. Kalibrēts kvantitatīvs anti-Xa faktora tests var būt noderīgs īpašās situācijās, piemēram, pie pārdozēšanas vai neatliekamas operācijas (protrombīna laika (PT), starptautiskā standartizētā koeficienta (INR) un aktivētā parciālā tromboplastīna laika (aPTT) testi nav piemēroti) – skatīt Zāļu aprakstu.
- Ir pieejams līdzeklis apiksabāna anti-faktora Xa iedarbības atcelšanai.

B. LIETOŠANAS INSTRUKCIJA

Lietošanas instrukcija: informācija lietotājam

Eliquis 2,5 mg apvalkotās tabletes apixaban

Pirms zāļu lietošanas uzmanīgi izlasiet visu instrukciju, jo tā satur Jums svarīgu informāciju.

- Saglabājiet šo instrukciju! Iespējams, ka vēlāk to vajadzēs pārlasīt.
- Ja Jums rodas jebkādi jautājumi, vaicājiet ārstam, farmaceitam vai medmāsai.
- Šīs zāles ir parakstītas tikai Jums. Nedodiet tās citiem. Tās var nodarīt ļaunumu pat tad, ja šiem cilvēkiem ir līdzīgas slimības pazīmes.
- Ja Jums rodas jebkādas blakusparādības, konsultējieties ar ārstu, farmaceitu vai medmāsu. Tas attiecas arī uz iespējamām blakusparādībām, kas nav minētas šajā instrukcijā. Skatīt 4. punktu.

Šajā instrukcijā varat uzzināt

1. Kas ir Eliquis un kādam nolūkam to lieto
2. Kas Jums jāzina pirms Eliquis lietošanas
3. Kā lietot Eliquis
4. Iespējamās blakusparādības
5. Kā uzglabāt Eliquis
6. Iepakojuma saturs un cita informācija

1. Kas ir Eliquis un kādam nolūkam to lieto

Eliquis satur aktīvo vielu apiksabānu, kas pieder pie antikoagulantu zāļu grupas. Šīs zāles aizkavē asins trombu veidošanos, bloķējot Xa faktoru, kas ir svarīga asins sarecēšanas sastāvdaļa.

Eliquis lieto pieaugušajiem:

- lai novērstu asins recekļu veidošanos (dziļo vēnu trombozi [DVT]) pēc gūžas vai ceļa locītavas endoprotezēšanas operācijas. Pēc gūžas vai ceļa operācijas Jums var palielināties asins trombu veidošanās risks kāju vēnās. Tas var radīt kāju pietūkumu ar sāpēm vai bez tām. Ja asins trombs pārvietojas no kājas uz plaušām, tas var nobloķēt asins plūsmu plaušās, izraisot elpas trūkumu ar vienlaicīgām sāpēm krūtīs vai bez tām. Šī situācija (plaušu embolija) var apdraudēt dzīvību, un tā ir neatliekami jāārstē.
- lai novērstu asins recekļa veidošanos sirdī pacientiem ar neritmisku sirds darbību (priekškambaru mirgošanu) un vismaz vienu papildu riska faktoru. Asins trombs var atrasties un pārvietoties uz galvas smadzenēm, izraisot insultu, vai uz citiem orgāniem, kavējot asiņu normālu pieplūdi skartajam orgānam (to sauc arī par sistēmisku emboliju). Insults var būt bīstams dzīvībai, tādēļ nepieciešama neatliekama medicīniskā palīdzība.
- lai ārstētu asiņu trombus kāju vēnās (dziļo vēnu trombozi) un plaušu asinsvados (plaušu emboliju), kā arī lai nepieļautu asiņu trombu atkārtotu rašanos kāju un/vai plaušu asinsvados.

2. Kas Jums jāzina pirms Eliquis lietošanas

Nelietojiet Eliquis šādos gadījumos:

- ja **Jums ir alerģija** pret apiksabānu vai kādu citu (6. punktā minēto) šo zāļu sastāvdaļu;
- ja Jums ir **smaga asiņošana**;
- ja Jums ir **kāda orgāna slimība**, kura palielina nopietnas asiņošanas risku (tāda kā **aktīva vai nesēn pārslimota kuņģa vai zarnu čūla, nesēna asiņošana galvas smadzenēs**);
- ja Jums ir **aknu slimība**, kas palielina asiņošanas risku (hepātiska koagulopātija);
- ja Jūs **lietojat zāles, lai novērstu asins recēšanu** (piemēram, varfarīnu, rivaroksabānu, dabigatrānu vai heparīnu), izņemot gadījumu, kad jums tiek mainīta ārstēšana ar antikoagulantu,

Jums vēnā vai artērijā ievietots katetrs un caur to tiek ievadīts heparīns, lai tas saglabātos brīvs, vai arī ja Jūsu asinsvadā ir ievietota caurulīte (katetra ablācija), lai novērstu neregulāru sirdsdarbību (aritmiju).

Brīdinājumi un piesardzība lietošanā

Pirms Eliquis lietošanas konsultējieties ar ārstu, farmaceitu vai medmāsu, ja Jums ir kāds no turpmāk minētajiem traucējumiem:

- **palielināts asiņošanas risks**, piemēram:

- **asinsreces traucējumi**, arī traucējumi, kas izraisa samazinātu trombocītu aktivitāti;
- **ļoti augsts asinsspiediens**, kas netiek normalizēts ar zālēm;
- Jums ir vairāk nekā 75 gadi;
- Jūsu svars nepārsniedz 60 kg;

- **smaga nieru slimība vai ja saņemat dialīzes terapiju;**

- **aknu darbības traucējumi tagad vai agrāk.**

- Šīs zāles pacientiem ar traucētas aknu darbības pazīmēm lietos uzmanīgi.

- **Jums ir ievadīta caurulīte (katetrs) vai injicētas zāles mugurkaulā** (anestēzijas jeb sāpju mazināšanas nolūkā), tad ārsts Jums liks lietot šīs zāles 5 stundas vai vairāk pēc katetra izņemšanas;

- ja Jums ir **sirds vārstuļu protēze;**

- ja ārsts ir atklājis, ka Jums ir nestabils asinsspiediens vai ja asiņu tromba izvadīšanai no plaušām ir plānota cita veida ārstēšana vai ķirurģiska operācija.

Īpaša piesardzība, lietojot Eliquis, nepieciešama šādos gadījumos:

- ja Jūs zināt, ka Jums ir slimība, ko sauc par antifosfolipīdu sindromu (imūnsistēmas traucējumi, kas izraisa paaugstinātu asins recekļu rašanās risku), izstāstiet to savam ārstam, kurš izlems, vai varētu būt nepieciešams mainīt ārstēšanu.

Ja Jums nepieciešama operācija vai procedūra, kas var izraisīt asiņošanu, ārsts var lūgt Jūs uz neilgu laiku pārtraukt lietot šīs zāles. Ja Jums nav skaidrs, vai kāda procedūra var izraisīt asiņošanu, jautājiet savam ārstam.

Bērni un pusaudži

Šīs zāles nav ieteicamas bērniem un pusaudžiem līdz 18 gadu vecumam.

Citas zāles un Eliquis

Pastāstiet ārstam, farmaceitam vai medmāsai par visām zālēm, kuras lietojat pēdējā laikā, esat lietojis vai varētu lietot.

Dažas zāles var pastiprināt Eliquis iedarbību, un dažas zāles šo iedarbību var pavājināt. Jūsu ārsts izlems, vai Jūs drīkstat lietot Eliquis, ja lietojat šīs zāles, un cik rūpīgi Jūs jāuzrauga.

Turpmāk minētās zāles var pastiprināt Eliquis iedarbību un palielināt nevēlamas asiņošanas iespēju:

- dažas **zāles sēnīšu infekciju ārstēšanai** (piem., ketokonazols u.c.);
- dažas **pretvīrusu zāles HIV/AIDS ārstēšanai** (piem., ritonavīrs);
- citas **zāles, ko lieto asins recēšanas mazināšanai** (piem., enoksaparīns u.c.);
- **pretiekaisuma** vai **pretsāpju zāles** (piem., acetilsalicilskābe vai naproksēns). Īpaši, ja esat vecāks par 75 gadiem un lietojiet acetilsalicilskābi, Jums var būt palielināts asiņošanas risks;
- **zāles augsta asinsspiediena vai sirds slimību ārstēšanai** (piem., diltiazems);
- **antidepresanti**, ko dēvē par **selektīviem serotonīna atpakaļsaistīšanas inhibitoriem** vai **serotonīna–norepinefrīna atpakaļsaistīšanas inhibitoriem**.

Turpmāk minētās zāles var samazināt Eliquis spēju novērst asins trombu veidošanos:

- **zāles epilepsijas vai krampju lēkmju profilaksei** (piem., fenitoīns u.c.);
- **asinszāle** (augu izcelsmes līdzeklis depresijas ārstēšanai);
- **zāles tuberkulozes vai citu infekciju ārstēšanai** (piem., rifampicīns).

Grūtniecība un barošana ar krūti

Ja Jūs esat grūtniece vai barojat bērnu ar krūti, ja domājat, ka Jums varētu būt grūtniecība vai plānojat grūtniecību, pirms šo zāļu lietošanas konsultējieties ar ārstu, farmaceitu vai medmāsu.

Nav zināma Eliquis ietekme uz grūtniecību un nedzimušu bērnu. Jūs nedrīkstat lietot šīs zāles, ja esat grūtniece. **Nekavējoties sazinieties ar ārstu**, ja šo zāļu lietošanas laikā Jums iestājas grūtniecība.

Nav zināms, vai Eliquis izdalās cilvēka pienā. Pirms jebkuru zāļu lietošanas bērna barošanas ar krūti laikā konsultējieties ar ārstu, farmaceitu vai medmāsu. Viņi ieteiks, vai pārtraukt barot bērnu ar krūti, vai arī pārtraukt/neuzsākt šo zāļu lietošanu.

Transportlīdzekļu vadīšana un mehānismu apkalpošana

Eliquis neietekmē spēju vadīt transportlīdzekļus vai apkalpot mehānismus.

Eliquis satur laktozi (cukura veidu) un nātriju

Ja ārsts ir teicis, ka Jums ir kāda cukura nepanesība, pirms lietojat šīs zāles, konsultējieties ar ārstu. Šīs zāles satur mazāk par 1 mmol nātrija (23 mg) katrā tabletē, – būtībā tās ir “nātriju nesaturošas”.

3. Kā lietot Eliquis

Vienmēr lietojiet šīs zāles tieši tā, kā ārsts vai farmaceits Jums teicis. Neskaidrību gadījumā vaicājiet ārstam, farmaceitam vai medmāsai.

Deva

Norijiet tableti, uzdzerot kādu dzērienu vai ūdeni. Eliquis var lietot ēšanas laikā vai starp ēdienreizēm. Centieties lietot tabletes katru dienu vienā un tajā pašā laikā, lai ārstēšana būtu pēc iespējas iedarbīgāka.

Ja Jums ir grūtības norīt veselu tableti, apspriediet ar savu ārstu citus veidus, kā lietot Eliquis. Tableti tieši pirms lietošanas var sasmalcināt un sajaukt ar ūdeni vai 5% glikozes šķīdumu ūdenī, vai ābolu sulu, vai ābolu biezeni.

Instrukcijas sasmalcināšanai

- Sasmalciniet tabletes piestā ar stampiņu.
- Visu pulveri uzmanīgi pārvietojiet piemērotā traukā, tad sajauciet pulveri ar nelielu daudzumu, piem., 30 ml (2 ēdamkarotēm), ūdens vai kādu citu šķidrumu, kas minēts augstāk, lai izveidotos maisījums.
- Norijiet maisījumu.
- Izskalojiet piestu un stampiņu, ko izmantojāt tabletes sasmalcināšanai, un trauku ar nelielu daudzumu (piem., 30 ml) ūdens vai kādu no minētajiem šķidrumiem un norijiet iegūto maisījumu.

Ja nepieciešams, Jūsu ārsts var arī ievadīt Jums sasmalcinātu Eliquis tableti, kas sajaukta ar 60 ml ūdens vai 5% glikozes šķīdumu ūdenī, caur nazogastrālo zondi.

Lietojiet Eliquis kā ieteikts sekojošos nolūkos:

Lai novērstu trombu veidošanos pēc gūžas vai ceļa locītavas endoprotezēšanas operācijas.

Ieteicamā deva ir viena Eliquis 2,5 mg tablete divas reizes dienā, piemēram, viena no rīta un otra vakarā.

Pirmā tablete jālieto 12 līdz 24 stundas pēc operācijas.

Ja Jums ir veikta plaša **gūžas** locītavas operācija, tabletes parasti jālieto 32 līdz 38 dienas.

Ja Jums ir veikta plaša **ceļa** locītavas operācija, tabletes parasti jālieto 10 līdz 14 dienas.

Lai novērstu asins recekļa veidošanos sirdī pacientiem ar neritmisku sirds darbību un vismaz vienu papildu riska faktoru.

Ieteicamā deva ir viena Eliquis **5 mg** tablete divas reizes dienā.

Ieteicamā deva ir viena Eliquis **2,5 mg** tablete divas reizes dienā tad, ja:

- Jums ir stipri pavājināta nieru darbība;
- uz Jums attiecas divi vai vairāk no tālāk minētiem faktiem:
 - Jūsu asins analīzes liecina par sliktu nieru darbību (kreatinīna līmenis serumā ir 1,5 mg/dl (133 mikromoli/l) vai augstāks);
 - Jūsu vecums ir 80 gadi vai vairāk;
 - Jūsu ķermeņa masa ir 60 kg vai mazāk.

Ieteicamā deva ir pa vienai tabletei divas reizes dienā, piemēram, viena no rīta un viena vakarā. Jūsu ārsts nolems, cik ilgi Jums jāturpina ārstēties.

Lai ārstētu asiņu trombus kāju vēnās un plaušu asinsvados

Pirmās 7 dienas ieteicamā deva ir **divas** Eliquis **5 mg tabletes** divas reizes dienā, piemēram, divas no rīta un divas vakarā.

Pēc 7 dienām ieteicamā deva ir **viena** Eliquis **5 mg tablete** divas reizes dienā, piemēram, viena no rīta un viena vakarā.

Lai nepieļautu asiņu trombu atjaunošanos pēc pabeigtas 6 mēnešus ilgas ārstēšanas

Ieteicamā deva ir viena Eliquis **2,5 mg** tablete divas reizes dienā, piemēram, viena no rīta un viena vakarā.

Jūsu ārsts nolems, cik ilgi Jums jāturpina ārstēties.

Jūsu ārsts var sekojoši mainīt Jūsu ārstēšanos ar antikoagulantiem:

- *pārejot no Eliquis uz antikoagulantiem*

Pārtrauciet lietot Eliquis. Sāciet ārstēšanos ar antikoagulantiem (piemēram, ar heparīnu) laikā, kad Jums būtu jālieto nākamā tablete.

- *pārejot no antikoagulantiem uz Eliquis*

Pārtrauciet lietot antikoagulantus. Sāciet ārstēšanos ar Eliquis laikā, kad Jums būtu jāievada antikoagulanta nākamā deva, pēc tam turpiniet kā parasti.

- *pārejot no ārstēšanās ar K vitamīna antagonistu saturošu antikoagulantu (piem., varfarīna) uz Eliquis*

Pārtrauciet lietot zāles, kas satur K vitamīna antagonistu. Jūsu ārstam jāveic Jums asins analīzes un jāpasaka, kad sākt lietot Eliquis.

- *pārejot no Eliquis uz ārstēšanos ar K vitamīna antagonistu saturošu antikoagulantu (piem., varfarīnu)*

Ja ārsts saka, ka Jums jāsāk lietot K vitamīna antagonistu saturošas zāles, turpiniet lietot Eliquis vēl vismaz 2 dienas pēc K vitamīna antagonista pirmās devas lietošanas. Jūsu ārstam jāveic Jums asins analīzes un jāpasaka, kad pārtraukt lietot Eliquis.

Pacienti, kuriem paredzēta kardioversija

Ja Jums ir neregulārs sirds ritms un tas ir jānormalizē, veicot kardioversijas procedūru, lietojiet šīs zāles tā, kā ārsts Jums to ir teicis, lai novērstu asiņu trombu veidošanos asinsvados smadzenēs un citur organismā.

Ja esat lietojis Eliquis vairāk nekā noteikts

Ja esat lietojis lielāku šo zāļu devu nekā ieteikts, **nekavējoties izstāstiet to ārstam**. Paņemiet līdzīgu zāļu iepakojumu, pat ja tajā vairs nav tablešu.

Ja esat lietojis Eliquis vairāk nekā ieteikts, Jums var palielināties asiņošanas risks. Ja sāksies

asiņošana, var būt nepieciešama operācija, asins pārliešanas vai citas terapijas, kas var atcelt anti-Xa faktora aktivitāti.

Ja esat aizmirsis lietot Eliquis

- Lietojiet devu, tiklīdz atceraties un:
 - lietojiet nākamo Eliquis devu parastajā laikā,
 - pēc tam turpiniet lietošanu kā parasti.

Ja neesat pārliecināts, kā rīkoties, vai arī esat izlaidis vairāk nekā vienu devu, vaicājiet ārstam, farmaceitam vai medmāsai.

Ja Jūs pārtraucat lietot Eliquis

Nepārtrauciet šo zāļu lietošanu, vispirms nekonsultējoties ar ārstu, jo var pastāvēt lielāks asins trombu veidošanās risks, ja pārāk ātri pārtraucat ārstēšanu.

Ja Jums ir kādi jautājumi par šo zāļu lietošanu, jautājiet ārstam, farmaceitam vai medmāsai.

4. Iespējamās blakusparādības

Tāpat kā visas zāles, šīs zāles var izraisīt blakusparādības, kaut arī ne visiem tās izpaužas. Eliquis var nozīmēt trīs dažādu medicīnisku stāvokļu gadījumos. Zināmās blakusparādības un to biežums šo stāvokļu gadījumos var atšķirties un tās ir tālāk aprakstītas atsevišķi. Šādu stāvokļu gadījumos visbiežākā iespējamā šo zāļu blakusparādība ir asiņošana, kas var būt potenciāli dzīvībai bīstama, tādēļ nepieciešama tūlītēja medicīniska palīdzība.

Ja Jūs lietojat Eliquis, lai novērstu asins trombu veidošanos pēc gūžas vai ceļa endoprotezēšanas operācijas, iespējamās tālāk minētās blakusparādības.

Biežas blakusparādības (var rasties līdz 1 no 10 cilvēkiem):

- anēmija, kas var radīt nogurumu vai bālumu;
- asiņošana, tajā skaitā:
 - zilumu veidošanās un pietūkums;
- slikta dūša (nelabums).

Retākas blakusparādības (var rasties līdz 1 no 100 cilvēkiem):

- trombocītu skaita samazināšanās asinīs (kas var ietekmēt asins recēšanu);
- asiņošana:
 - pēc operācijas, tajā skaitā skaitā zilumu veidošanās un pietūkums, asins vai šķidrums izdalīšanās no ķirurģiskās brūces/incīzijas (sekrēcija no brūces) vai injekcijas vietā;
 - kuņģī, zarnās vai spilgti sarkanu asiņu piejaukums izkārnījumiem;
 - asinis urīnā;
 - no deguna;
 - no maksts.
- zems asinsspiediens, kas var radīt ģīboņa sajūtu vai paātrinātu sirdsdarbību;
- asins analīzēs var būt šādas izmaiņas:
 - aknu funkcijas novirzes no normas;
 - dažu aknu enzīmu koncentrācijas palielināšanās;
 - bilirubīna – sarkano asinsķermenīšu noārdīšanās produkta- koncentrācijas palielināšanās, kas var izraisīt ādas un acu baltumu dzelti;
- nieze.

Retas blakusparādības (var rasties līdz 1 no 1000 cilvēkiem):

- alerģiskas reakcijas (paaugstināta jutība), kas var izraisīt: sejas, lūpu, mutes, mēles un/vai rīkles pietūkumu un apgrūtinātu elpošanu. Ja Jums parādās kāds no šiem simptomiem, **nekavējoties sazinieties ar ārstu.**

- asiņošana:
 - muskuļos;
 - acīs;
 - no smaganām un asins piejaukums atklepotajām krēpām;
 - no taisnās zarnas.
- matu izkrišana.

Nav zināmi (biežumu nevar noteikt pēc pieejamajiem datiem):

- asiņošana:
 - galvas smadzenēs vai mugurkaulā;
 - plaušās vai rīklē;
 - mutē;
 - vēdera dobumā vai telpā aiz vēderplēves;
 - no hemoroīdiem;
 - analīžu uzrādīta asiņu klātbūtne izkārnījumos vai urīnā.
- ādas izsitumi, kas var veidot pūslīšus un izskatās kā mazi mērķi (centrā tumšs plankums, kuru ieskauj bālāka zona, ar tumšu gredzenu gar malu) (daudzformu eritēma);
- asinsvadu iekaisums (vaskulīts), kas var izraisīt ādas izsitumus vai smailus, plakanus, sarkanus, apaļus plankumus zem ādas virsmas vai zilumus.

Ja Jūs lietojat Eliquis, lai novērstu asins trombu veidošanos sirdī neritmiskas sirds darbības dēļ un Jums ir vismaz viens papildu riska faktors, iespējamās tālāk minētās blakusparādības.

Biežas blakusparādības (var rasties līdz 1 no 10 cilvēkiem):

- asiņošana, tajā skaitā:
 - asiņošana acīs;
 - kuņģa vai zarnu asiņošana;
 - no taisnās zarnas;
 - asinis urīnā;
 - asiņošana no deguna;
 - smaganu asiņošana;
 - zilumu veidošanās un pietūkums.
- anēmija, kas var radīt nogurumu vai bālumu;
- zems asinsspiediens, kas var radīt ģīboņa sajūtu vai paātrinātu sirdsdarbību;
- slikta dūša (nelabums);
- asins analīzēs var būt šādas izmaiņas:
 - gamma glutamiltransferāzes (GGT) koncentrācijas palielināšanās.

Retākas blakusparādības (var rasties līdz 1 no 100 cilvēkiem):

- asiņošana:
 - galvas smadzenēs vai mugurkaulā;
 - mutes dobumā vai asinis krēpās;
 - vēdera dobumā vai no maksts;
 - spilgti sarkanas asinis izkārnījumos;
 - asiņošana pēc operācijas, tajā skaitā zilumu veidošanās un pietūkums, asins vai šķidrums izdalīšanās no ķirurģiskās brūces/incīzijas (sekrēcija no brūces) vai injekcijas vietas;
 - no hemoroīdiem;
 - analīžu uzrādīta asiņu klātbūtne izkārnījumos vai urīnā;
- trombocītu skaita samazināšanās asinīs (kas var ietekmēt asins recēšanu);
- asins analīzēs var būt šādas izmaiņas:
 - aknu darbības novirzes no normas;
 - dažu aknu enzīmu koncentrācijas palielināšanās;
 - bilirubīna - sarkano asinsķermenīšu noārdīšanās produkta - koncentrācijas palielināšanās, kas var izraisīt ādas un acu baltumu dzelti;

- ādas izsitumi;
- nieze;
- matu izkrišana;
- alerģiskas reakcijas (paaugstināta jutība), kas var izraisīt: sejas, lūpu, mutes, mēles un/vai rīkles pietūkumu un apgrūtinātu elpošanu. Ja Jums parādās kāds no šiem simptomiem, **nekavējoties sazinieties ar ārstu.**

Retas blakusparādības (var rasties līdz 1 no 1000 cilvēkiem):

- asiņošana:
plaušās vai rīklē;
telpā aiz vēderplēves;
muskulos.

Ļoti retas blakusparādības (var rasties līdz 1 no 10000 cilvēkiem):

- ādas izsitumi, kas var veidot pūslīšus un izskatās kā mazi mērķi (centrā tumšs plankums, kuru ieskauj bālāka zona, ar tumšu gredzenu gar malu) (daudzformu eritēma).

Nav zināmi (biežumu nevar noteikt pēc pieejamiem datiem):

- asinsvadu iekaisums (vaskulīts), kas var izraisīt ādas izsitumus vai smailus, plakanus, sarkanus, apaļus plankumus zem ādas virsmas vai zilumus.

Ja Eliquis lietojat, lai ārstētu asiņu trombus kāju vēnās un plaušu asinsvados vai nepieļautu šādu trombu atjaunošanos, ir iespējamas tālāk aprakstītās blakusparādības.

Biežas blakusparādības (var rasties līdz 1 no 10 cilvēkiem):

- asiņošana, tajā skaitā:
 - deguna asiņošana;
 - smaganu asiņošana;
 - asiņu klātbūtne urīnā;
 - zilumu rašanās un tūska;
 - asiņošana kuņģī, tievajās zarnās, no resnās zarnas;
 - mutē;
 - no maksts.
- anēmija, kas var radīt nogurumu vai bālumu;
- trombocītu skaita samazināšanās asinīs (kas var ietekmēt asins recēšanu);
- slikta dūša (nelabums);
- ādas izsitumi;
- asins analīzēs var būt šādas izmaiņas:
 - gamma glutamīltransferāzes (GGT) vai alanīnaminotransferāzes (ALAT) koncentrācijas palielināšanās.

Retākas blakusparādības (var rasties līdz 1 no 100 cilvēkiem):

- zems asinsspiediens, kas var radīt ģīboņa sajūtu vai paātrinātu sirdsdarbību;
- asiņošana:
 - acīs;
 - mutē vai asiņu atklepošana;
 - spilgti sarkanas asinis izkārnījumos;
 - analīžu uzrādīta asiņu klātbūtne izkārnījumos vai urīnā;
 - asiņošana pēc operācijas, tajā skaitā zilumu veidošanās un pietūkums, asins vai šķidruma izdalīšanās no ķirurģiskās brūces/incīzijas (sekrēcija no brūces) vai injekcijas vietas;
 - no hemoroīdiem;
 - muskuļos.
- nieze;
- matu izkrišana;

- alerģiskas reakcijas (paaugstināta jutība), kas var izraisīt: sejas, lūpu, mutes, mēles un/vai rīkles pietūkumu un apgrūtinātu elpošanu. Ja Jums parādās kāds no minētajiem simptomiem, **nekavējoties sazinieties ar ārstu;**
- asins analīzēs var būt šādas izmaiņas:
 - aknu funkcijas novirzes no normas;
 - dažu aknu enzīmu koncentrācijas palielināšanās;
 - bilirubīna – sarkano asinsķermenīšu noārdīšanās produkta - koncentrācijas palielināšanās, kas var izraisīt ādas un acu baltumu dzelti.

Retas blakusparādības (var rasties līdz 1 no 1000 cilvēkiem):

asiņošana:

- galvas smadzenēs vai mugurkaulā;
- plaušās.

Nav zināmi (biežumu nevar noteikt pēc pieejamajiem datiem):

- asiņošana:
 - vēdera dobumā vai telpā iz vēderplēves.
- ādas izsitumi, kas var veidot pūslīšus un izskatās kā mazi mērķi (centrā tumšs plankums, kuru ieskauj bālāka zona, ar tumšu gredzenu gar malu) (daudzformu eritēma);
- asinsvadu iekaisums (vaskulīts), kas var izraisīt ādas izsitumus vai smailus, plakanus, sarkanus, apaļus plankumus zem ādas virsmas vai zilumus.

Ziņošana par blakusparādībām

Ja Jums rodas jebkādas blakusparādības, konsultējieties ar ārstu, farmaceitu vai medmāsu. Tas attiecas arī uz iespējamajām blakusparādībām, kas nav minētas šajā instrukcijā. Jūs varat ziņot par blakusparādībām arī tieši, izmantojot [V pielikumā](#) minēto nacionālās ziņošanas sistēmas [kontaktainformāciju](#). Ziņojot par blakusparādībām, Jūs varat palīdzēt nodrošināt daudz plašāku informāciju par šo zāļu drošumu.

5. Kā uzglabāt Eliquis

Uzglabāt bērniem neredzamā un nepieejamā vietā.

Nelietot šīs zāles pēc derīguma termiņa beigām, kas norādīts uz kastītes un blistera pēc “EXP”. Derīguma termiņš attiecas uz norādītā mēneša pēdējo dienu.

Zālēm nav nepieciešami īpaši uzglabāšanas apstākļi.

Neizmetiet zāles kanalizācijā vai sadzīves atkritumos. Vaicājiet farmaceitam, kā izmest zāles, kuras vairs nelietojat. Šie pasākumi palīdzēs aizsargāt apkārtējo vidi.

6. Iepakojuma saturs un cita informācija

Ko Eliquis satur

- Aktīvā viela ir apixabāns. Katra tablete satur 2,5 mg apixabāna (*apixaban*).
- Citas sastāvdaļas ir:
 - Tabletes kodols: **laktoze** (skatīt 2. punktu “Eliquis satur laktozi (cukura veidu) un nātriju”), mikrokristāliskā celuloze, nātrija kroskarmeloze (skatīt 2. punktu “Eliquis satur laktozi (cukura veidu) un nātriju”), nātrija laurilsulfāts, magnija stearāts (E470b);
 - Apvalks: **laktozes monohidrāts** (skatīt 2. punktu “Eliquis satur laktozi (cukura veidu) un nātriju”), hipromeloze (E464), titāna dioksīds (E171), triacetīns, dzeltenais dzelzs oksīds (E172).

Eliquis ārējais izskats un iepakojums

Apvalkotās tabletes ir dzeltenas, apaļas (5,95 mm diametrā), ar marķējumu „893” vienā pusē un „2½” otrā pusē.

- Tās tiek piegādātas kastītēs ievietotos blisteros; kastītē pa 10, 20, 60, 168 un 200 apvalkotajām tabletēm.
- Slimnīcām pieejami arī kastītēs ievietoti dozējamu vienību blisteri pa 60x1 un 100x1 apvalkotajām tabletēm.

Visi iepakojuma lielumi tirgū var nebūt pieejami.

Pacienta brīdinājuma kartīte – informācija par izmantošanu

Eliquis iepakojumā kopā ar lietošanas instrukciju ir “Pacienta brīdinājuma kartīte” vai ārsts Jums var iedot līdzīgu kartīti.

“Pacienta brīdinājuma kartītē” ir noderīga informācija, kas palīdzēs brīdināt citus ārstus, ka lietojat Eliquis. **Kartīte vienmēr jānēsā līdzī.**

1. Paņemiet kartīti.
2. Atdaliet savā valodā rakstīto daļu (palīdzēs perforētās malas).
3. Aizpildiet šo sadaļu vai palūdziet to izdarīt savam ārstam:
 - Vārds, uzvārds:
 - Dzimšanas datums:
 - Indikācija:
 - Deva –.....mg divas reizes dienā
 - Ārsta vārds, uzvārds:
 - Ārsta tālruņa numurs:
4. Salokiet kartīti un vienmēr nēsājiet to līdzī.

Reģistrācijas apliecības īpašnieks

Bristol-Myers Squibb/Pfizer EEIG
Plaza 254
Blanchardstown Corporate Park 2
Dublin 15, D15 T867
Īrija

Ražotājs

CATALENT ANAGNI S.R.L.
Loc. Fontana del Ceraso snc
Strada Provinciale Casilina, 41
03012 Anagni (FR)
Itālija

Pfizer Manufacturing Deutschland GmbH
Mooswaldallee 1
79108 Freiburg Im Breisgau
Vācija

Swords Laboratories Unlimited Company T/A Bristol-Myers Squibb Pharmaceutical Operations,
External Manufacturing
Plaza 254
Blanchardstown Corporate Park 2
Dublin 15, D15 T867
Īrija

Pfizer Ireland Pharmaceuticals
Little Connell Newbridge
Co. Kildare
Īrija

Šī lietošanas instrukcija pēdējo reizi pārskatīta {MM/GGGG}.

Sīkāka informācija par šīm zālēm ir pieejama Eiropas Zāļu aģentūras tīmekļa vietnē
<http://www.ema.europa.eu>

Lietošanas instrukcija: informācija lietotājam

Eliquis 5 mg apvalkotās tabletes apixaban

Pirms zāļu lietošanas uzmanīgi izlasiet visu instrukciju, jo tā satur Jums svarīgu informāciju.

- Saglabājiet šo instrukciju! Iespējams, ka vēlāk to vajadzēs pārlasīt.
- Ja Jums rodas jebkādi jautājumi, vaicājiet ārstam, farmaceitam vai medmāsai.
- Šīs zāles ir parakstītas tikai Jums. Nedodiet tās citiem. Tās var nodarīt ļaunumu pat tad, ja šiem cilvēkiem ir līdzīgas slimības pazīmes.
- Ja Jums rodas jebkādas blakusparādības, konsultējieties ar ārstu, farmaceitu vai medmāsu. Tas attiecas arī uz iespējamām blakusparādībām, kas nav minētas šajā instrukcijā. Skatīt 4. punktu.

Šajā instrukcijā varat uzzināt

1. Kas ir Eliquis un kādam nolūkam to lieto
2. Kas Jums jāzina pirms Eliquis lietošanas
3. Kā lietot Eliquis
4. Iespējamās blakusparādības
5. Kā uzglabāt Eliquis
6. Iepakojuma saturs un cita informācija

1. Kas ir Eliquis un kādam nolūkam to lieto

Eliquis satur aktīvo vielu apiksabānu, kas pieder pie antikoagulantu zāļu grupas. Šīs zāles aizkavē asins trombu veidošanos, bloķējot Xa faktoru, kas ir svarīga asins sarecēšanas sastāvdaļa.

Eliquis lieto pieaugušajiem:

- lai novērstu asins recekļa veidošanos sirdī pacientiem ar neritmisku sirds darbību (priekškambaru mirgošanu) un vismaz vienu papildu riska faktoru. Asins trombs var atrauties un pārvietoties uz galvas smadzenēm, izraisot insultu, vai uz citiem orgāniem, kavējot asiņu normālu pieplūdi skartajam orgānam (to sauc arī par sistēmisku emboliju). Insults var būt bīstams dzīvībai, tādēļ nepieciešama neatliekama medicīniskā palīdzība;
- lai ārstētu asiņu trombus kāju vēnās (dziļo vēnu trombozi) un plaušu asinsvados (plaušu emboliju), kā arī lai nepieļautu asiņu trombu atkārtotu rašanos kāju un/vai plaušu asinsvados.

2. Kas Jums jāzina pirms Eliquis lietošanas

Nelietojiet Eliquis šādos gadījumos:

- ja **Jums ir alerģija** pret apiksabānu vai kādu citu (6. punktā minēto) šo zāļu sastāvdaļu;
- ja Jums ir **smaga asiņošana**;
- ja Jums ir kāda **orgāna slimība**, kura palielina nopietnas asiņošanas risku (tāda kā **aktīva vai nesēn pārslimota kuņģa vai zarnu čūla, nesēna asiņošana galvas smadzenēs**);
- ja Jums ir **aknu slimība**, kas palielina asiņošanas risku (hepātiska koagulopātija);
- ja Jūs **lietojat zāles, lai novērstu asins recēšanu** (piemēram, varfarīnu, rivaroksabānu, dabigatrānu vai heparīnu), izņemot gadījumu, kad Jums tiek mainīta ārstēšana ar antikoagulantu, Jums vēnā vai artērijā ievietots katetrs un caur to tiek ievadīts heparīns, lai tas saglabātos brīvs, vai arī ja Jūsu asinsvadā ir ievietota caurulīte (katetra ablācija), lai novērstu neregulāru sirds darbību (aritmiju).

Brīdinājumi un piesardzība lietošanā

Pirms Eliquis lietošanas konsultējieties ar ārstu, farmaceitu vai medmāsu, ja Jums ir kāds no turpmāk minētajiem traucējumiem:

- **palielināts asiņošanas risks**, piemēram:

- **asinsreces traucējumi**, arī traucējumi, kas izraisa samazinātu trombocītu aktivitāti;
- **ļoti augsts asinsspiediens**, kas netiek normalizēts ar zālēm;
- Jums ir vairāk nekā 75 gadi;
- Jūsu svars nepārsniedz 60 kg;

-smaga nieru slimība vai ja saņemat dialīzes terapiju;

-aknu darbības traucējumi tagad vai agrāk;

- Šīs zāles pacientiem ar traucētas aknu darbības pazīmēm lietas uzmanīgi.

-ja Jums ir **sirds vārstuļu protēze;**

-ja ārsts ir atklājis, ka Jums ir nestabils asinsspiediens vai ja asiņu tromba izvadīšanai no plaušām ir plānota cita veida ārstēšana vai ķirurģiska operācija.

Īpaša piesardzība, lietojot Eliquis, nepieciešama šādos gadījumos:

- ja Jūs zināt, ka Jums ir slimība, ko sauc par antifosfolipīdu sindromu (imūnsistēmas traucējumi, kas izraisa paaugstinātu asins recekļu rašanās risku), izstāstiet to savam ārstam, kurš izlems, vai varētu būt nepieciešams mainīt ārstēšanu.

Ja Jums nepieciešama operācija vai procedūra, kas var izraisīt asiņošanu, ārsts var lūgt Jūs uz neilgu laiku pārtraukt lietot šīs zāles. Ja Jums nav skaidrs, vai kāda procedūra var izraisīt asiņošanu, jautājiet savam ārstam.

Bērni un pusaudži

Šīs zāles nav ieteicams bērniem un pusaudžiem līdz 18 gadu vecumam.

Citas zāles un Eliquis

Pastāstiet ārstam, farmaceitam vai medmāsai par visām zālēm, kuras lietojat pēdējā laikā, esat lietojis vai varētu lietot.

Dažas zāles var pastiprināt Eliquis iedarbību un dažas zāles šo iedarbību var pavājināt. Jūsu ārsts izlems, vai Jūs drīkstat lietot Eliquis, ja lietojat šīs zāles, un cik rūpīgi Jūs jāuzrauga.

Turpmāk minētās zāles var pastiprināt Eliquis iedarbību un palielināt nevēlamas asiņošanas iespēju:

- dažas **zāles sēnīšu infekciju ārstēšanai** (piem., ketokonazols u.c.);
- dažas **pretvīrusu zāles HIV/AIDS ārstēšanai** (piem., ritonavīrs);
- citas **zāles, ko lieto asins recēšanas mazināšanai** (piem., enoksaparīns u.c.);
- **pretiekaisuma** vai **pretsāpju zāles** (piem., acetilsalicilskābe vai naproksēns). Īpaši, ja esat vecāks par 75 gadiem un lietojiet acetilsalicilskābi, Jums var būt palielināts asiņošanas risks;
- **zāles augsta asinsspiediena vai sirds slimību ārstēšanai** (piem., diltiazems);
- **antidepresanti**, ko dēvē par **selektīviem serotonīna atpakaļsaistīšanas inhibitoriem** vai **serotonīna–norepinefrīna atpakaļsaistīšanas inhibitoriem**.

Turpmāk minētās zāles var samazināt Eliquis spēju novērst asins trombu veidošanos:

- **zāles epilepsijas vai krampju lēkmju profilaksei** (piem., fenitoīns u.c.);
- **asinszāle** (augu izcelsmes līdzeklis depresijas ārstēšanai);
- **zāles tuberkulozes vai citu infekciju ārstēšanai** (piem., rifampicīns).

Grūtniecība un barošana ar krūti

Ja Jūs esat grūtniece vai barojat bērnu ar krūti, ja domājat, ka Jums varētu būt grūtniecība vai plānojat grūtniecību, pirms šo zāļu lietošanas konsultējieties ar ārstu, farmaceitu vai medmāsu.

Nav zināma Eliquis ietekme uz grūtniecību un nedzimušu bērnu. Jūs nedrīkstat lietot šīs zāles, ja esat grūtniece. **Nekavējoties sazinieties ar ārstu**, ja šo zāļu lietošanas laikā Jums iestājas grūtniecība.

Nav zināms, vai Eliquis izdalās cilvēka pienā. Pirms jebkuru zāļu lietošanas bērna barošanas ar krūti laikā konsultējieties ar ārstu, farmaceitu vai medmāsu. Viņi ieteiks, vai pārtraukt barot bērnu ar krūti, vai pārtraukt/neuzsākt šo zāļu lietošanu.

Transportlīdzekļu vadīšana un mehānismu apkalpošana

Eliquis neietekmē spēju vadīt transportlīdzekļus vai apkalpot mehānismus.

Eliquis satur laktozi (cukura veidu) un nātriju

Ja ārsts ir teicis, ka Jums ir kāda cukura nepanesība, pirms lietojat šīs zāles, konsultējieties ar ārstu. Šīs zāles satur mazāk par 1 mmol nātrija (23 mg) katrā tabletē, – būtībā tās ir “nātriju nesaturošas”.

3. Kā lietot Eliquis

Vienmēr lietojiet šīs zāles tieši tā, kā ārsts vai farmaceits Jums teicis. Neskaidrību gadījumā vaicājiet ārstam, farmaceitam vai medmāsai.

Deva

Norijiet tableti, uzdzerot kādu dzērienu vai ūdeni. Eliquis var lietot ēšanas laikā vai starp ēdienreizēm. Centieties lietot tabletes katru dienu vienā un tajā pašā laikā, lai ārstēšana būtu pēc iespējas iedarbīgāka.

Ja Jums ir grūtības norīt veselu tableti, apspriediet ar savu ārstu citus veidus, kā lietot Eliquis. Tableti tieši pirms lietošanas var sasmalcināt un sajaukt ar ūdeni vai 5% glikozes šķīdumu ūdenī, vai ābolu sulu, vai ābolu biezeni.

Instrukcijas sasmalcināšanai

- Sasmalciniet tabletes pietā ar stampiņu.
- Visu pulveri uzmanīgi pārvietojiet piemērotā traukā, tad sajauciet pulveri ar nelielu daudzumu, piem., 30 ml (2 ēdamkarotēm), ūdens vai kādu citu šķidrumu, kas minēts augstāk, lai izveidotos maisījums.
- Norijiet maisījumu.
- Izskalojiet piestu un stampiņu, ko izmantojāt tabletes sasmalcināšanai, un trauku ar nelielu daudzumu (piem., 30 ml) ūdens vai kādu no minētajiem šķidrumiem un norijiet iegūto maisījumu.

Ja nepieciešams, Jūsu ārsts var arī ievadīt Jums sasmalcinātu Eliquis tableti, kas sajaukta ar 60 ml ūdens vai 5% glikozes šķīdumu ūdenī, caur nazogastrālo zondi.

Lietojiet Eliquis kā ieteikts sekojošos nolūkos:

Lai pacientiem, kuriem ir neregulāra sirdsdarbība un vismaz vēl viens riska faktors, nepieļautu asiņu trombu veidošanos sirdī.

Ieteicamā deva ir viena Eliquis **5 mg** tablete divas reizes dienā.

Ieteicamā deva ir viena Eliquis **2,5 mg** tablete divas reizes dienā tad, ja:

- Jums ir **stipri pavājināta nieru darbība;**
- **uz Jums attiecas divi vai vairāk no tālāk minētiem faktiem:**
 - Jūsu asins analīzes liecina par nieru sliktu funkcionēšanu (kreatīna līmenis serumā ir 1,5 mg/dl (133 mikromoli/l) vai augstāks);
 - Jūsu vecums ir 80 gadi vai vairāk;
 - Jūsu ķermeņa masa ir 60 kg vai mazāk.

Ieteicamā deva ir pa vienai tabletei divas reizes dienā, piemēram, viena no rīta un viena vakarā. Jūsu ārsts nolems, cik ilgi Jums jāturpina ārstēties.

Lai ārstētu asiņu trombus kāju vēnās un plaušu asinsvados

Pirmās 7 dienas ieteicamā deva ir **divas** Eliquis **5 mg tabletes** divas reizes dienā, piemēram, divas no rīta un divas vakarā.

Pēc 7 dienām ieteicamā deva ir **viena Eliquis 5 mg tablete** divas reizes dienā, piemēram, viena no rīta un viena vakarā.

Lai nepielautu asīnu trombu atjaunošanos pēc pabeigtas 6 mēnešus ilgas ārstēšanas

Ieteicamā deva ir viena Eliquis **2,5 mg** tablete divas reizes dienā, piemēram, viena no rīta un viena vakarā.

Jūsu ārsts nolems, cik ilgi Jums jāturpina ārstēties.

Jūsu ārsts var sekojoši mainīt Jūsu ārstēšanos ar antikoagulantiem:

- *pārejot no Eliquis uz antikoagulantiem*

Pārtrauciet lietot Eliquis. Sāciet ārstēšanos ar antikoagulantiem (piemēram, ar heparīnu) laikā, kad Jums būtu jālieto nākamā tablete.

- *pārejot no antikoagulantiem uz Eliquis*

Pārtrauciet lietot antikoagulantus. Sāciet ārstēšanos ar Eliquis laikā, kad Jums būtu jāievada antikoagulanta nākamā deva, pēc tam turpiniet lietot kā parasti.

- *pārejot no ārstēšanās ar K vitamīna antagonistu saturošu antikoagulantu (piem., varfarīna) uz Eliquis*

Pārtrauciet lietot zāles, kas satur K vitamīna antagonistu. Jūsu ārstam jāveic Jums asins analīzes un jāpasaka, kad sākt lietot Eliquis.

- *pārejot no Eliquis uz ārstēšanos ar K vitamīna antagonistu saturošu antikoagulantu (piem., varfarīnu)*

Ja ārsts saka, ka Jums jāsāk lietot K vitamīna antagonistu saturošas zāles, turpiniet lietot Eliquis vēl vismaz 2 dienas pēc K vitamīna antagonista pirmās devas lietošanas. Jūsu ārstam jāveic Jums asins analīzes un jāpasaka, kad pārtraukt lietot Eliquis.

Pacienti, kuriem paredzēta kardioversija

Ja Jums ir neregulārs sirds ritms un tas ir jānormalizē, veicot kardioversijas procedūru, lietojiet šīs zāles tā, kā ārsts Jums to ir teicis, lai novērstu asins trombu veidošanos asinsvados smadzenēs un citur organismā.

Ja esat lietojis Eliquis vairāk nekā noteikts

Ja esat lietojis lielāku Eliquis devu nekā ieteikts, **nekavējoties izstāstiet to ārstam**. Paņemiet līdzī zāļu iepakojumu, pat ja tajā vairs nav tablešu.

Ja esat lietojis Eliquis vairāk nekā ieteikts, Jums var palielināties asiņošanas risks. Ja sāksies asiņošana, var būt nepieciešama operācija, asins pārliešanas vai citas terapijas, kas var atcelt anti - Xa faktora aktivitāti.

Ja esat aizmirsis lietot Eliquis

- Lietojiet devu, tiklīdz atceraties un:
 - lietojiet nākamo Eliquis devu parastajā laikā,
 - pēc tam turpiniet lietošanu kā parasti.

Ja neesat pārliecināts, kā rīkoties, vai arī esat izlaidis vairāk nekā vienu devu, vaicājiet ārstam, farmaceitam vai medmāsai.

Ja Jūs pārtraucat lietot Eliquis

Nepārtrauciet šo zāļu lietošanu, vispirms nekonsultējoties ar ārstu, jo var pastāvēt lielāks asins trombu veidošanās risks, ja pārāk ātri pārtraucat ārstēšanu.

Ja Jums ir kādi jautājumi par šo zāļu lietošanu, jautājiet ārstam, farmaceitam vai medmāsai.

4. Iespējamās blakusparādības

Tāpat kā visas zāles, šīs zāles var izraisīt blakusparādības, kaut arī ne visiem tās izpaužas. Visbiežākā iespējamā šo zāļu blakusparādība ir asiņošana, kas var būt potenciāli dzīvībai bīstama, tādēļ nepieciešama tūlītēja medicīniska palīdzība.

Ja Eliquis tiek lietots, lai pacientiem, kuriem ir neregulāra sirdsdarbība un vismaz vēl viens riska faktors, nepieļautu asiņu trombu veidošanos sirdī, ir iespējamās tālāk aprakstītās blakusparādības.

Biežas blakusparādības (var rasties līdz 1 no 10 cilvēkiem):

- asiņošana, tajā skaitā:
 - asiņošana acīs;
 - kuņģa vai zarnu asiņošana;
 - no taisnās zarnas;
 - asinis urīnā;
 - asiņošana no deguna;
 - smaganu asiņošana;
 - zilumu veidošanās un pietūkums;
- anēmija, kas var radīt nogurumu vai bālumu;
- zems asinsspiediens, kas var radīt ģīboņa sajūtu vai paātrinātu sirdsdarbību;
- slikta dūša (nelabums);
- asins analīzēs var būt šādas izmaiņas:
 - gamma glutamiltransferāzes (GGT) koncentrācijas palielināšanās.

Retākas blakusparādības (var rasties līdz 1 no 100 cilvēkiem):

- asiņošana:
 - asinsizplūdums galvas smadzenēs vai mugurkaulā;
 - asiņošana mutes dobumā vai asinis krēpās;
 - asiņošana vēdera dobumā vai no maksts;
 - spilgti sarkanas asinis izkārnījumos;
 - asiņošana pēc operācijas, tajā skaitā zilumu veidošanās un pietūkums, asins vai šķidruma izdalīšanās no ķirurģiskās brūces/incīzijas (sekrēcija no brūces) vai injekcijas vietas;
 - no hemoroīdiem;
 - analīžu uzrādīta asiņu klātbūtne izkārnījumos vai urīnā;
- trombocītu skaita samazināšanās asinīs (kas var ietekmēt asins recēšanu);
- asins analīzēs var būt šādas izmaiņas:
 - aknu funkcijas novirzes no normas;
 - dažu aknu enzīmu koncentrācijas palielināšanās;
 - bilirubīna – sarkano asinsķermenīšu noārdīšanās produkta- koncentrācijas palielināšanās, kas var izraisīt ādas un acu baltumu dzelti;
- ādas izsitumi;
- nieze;
- matu izkrišana;
- alerģiskas reakcijas (paaugstināta jutība), kas var izraisīt: sejas, lūpu, mutes, mēles un/vai rīkles pietūkumu un apgrūtinātu elpošanu. Ja Jums parādās kāds no minētajiem simptomiem, nekavējoties sazinieties ar ārstu.

Retas blakusparādības (var rasties līdz 1 no 1000 cilvēkiem):

- asiņošana:
 - plaušās vai rīklē;
 - telpā aiz vēderplēves;
 - muskuļos.

Ļoti retas blakusparādības (var rasties līdz 1 no 10000 cilvēkiem):

- ādas izsitumi, kas var veidot pūslīšus un izskatās kā mazi mērķi (centrā tumšs plankums, kuru ieskauj bālāka zona, ar tumšu gredzenu gar malu) (daudzformu eritēma).

Nav zināmi (biežumu nevar noteikt pēc pieejamiem datiem):

- asinsvadu iekaisums (vaskulīts), kas var izraisīt ādas izsitumus vai smailus, plakanus, sarkanus, apaļus plankumus zem ādas virsmas vai zilumus.

Ja Eliquis lietojat, lai ārstētu asiņu trombus kāju vēnās un plaušu asinsvados vai nepieļautu šādu trombu atjaunošanos, ir iespējamas tālāk aprakstītās blakusparādības.

Biežas blakusparādības (var rasties līdz 1 no 10 cilvēkiem):

- asiņošana, tajā skaitā:
 - deguna asiņošana;
 - smaganu asiņošana;
 - asiņu klātbūtne urīnā;
 - zilumu rašanās un tūska;
 - asiņošana kuņģī, kā arī tievajās zarnās vai no resnās zarnas;
 - mutē;
 - no maksts;
- anēmija, kas var radīt nogurumu vai bālumu;
- trombocītu skaita samazināšanās asinīs (kas var ietekmēt asins recēšanu);
- slikta dūša (nelabums);
- ādas izsitumi;
- asins analīzēs var būt šādas izmaiņas:
 - gamma glutamiltransferāzes (GGT) vai alanīnaminotransferāzes (ALAT) koncentrācijas palielināšanās.

Retākas blakusparādības (var rasties līdz 1 no 100 cilvēkiem):

- zems asinsspiediens, kas var radīt ģīboņa sajūtu vai paātrinātu sirdsdarbību;
- asiņošana:
 - asiņošana acīs;
 - mutes asiņošana vai asiņu atklepošana;
 - spilgti sarkanas asinis izkārnījumos;
 - analīžu uzrādīta asiņu klātbūtne izkārnījumos vai urīnā;
 - asiņošana pēc jebkādas operācijas, tajā skaitā zilumu veidošanās un pietūkums, asins vai šķidrums izdalīšanās no ķirurģiskās brūces/incīzijas (sekrēcija no brūces) vai injekcijas vietas;
 - no hemoroīdiem;
 - muskuļos.
- nieze;
- matu izkrišana;
- alerģiskas reakcijas (paaugstināta jutība), kas var izraisīt: sejas, lūpu, mutes, mēles un/vai rīkles pietūkumu un apgrūtinātu elpošanu. Ja Jums parādās kāds no minētajiem simptomiem, **nekavējoties sazinieties ar ārstu**;
- asins analīzēs var būt šādas izmaiņas:
 - aknu funkcijas novirzes no normas;
 - dažu aknu enzīmu koncentrācijas palielināšanās;
 - bilirubīna – sarkano asinsķermenīšu noārdīšanās produkta- koncentrācijas palielināšanās, kas var izraisīt ādas un acu baltumu dzelti.

Retas blakusparādības (var rasties līdz 1 no 1000 cilvēkiem):

- asiņošana:
- galvas smadzenēs vai mugurkaulā;
 - plaušās.

Nav zināmi (biežumu nevar noteikt pēc pieejamajiem datiem):

- asiņošana:
 - vēdera dobumā vai telpā aiz vēderplēves.
- ādas izsitumi, kas var veidot pūslīšus un izskatās kā mazi mērķi (centrā tumšs plankums, kuru ieskauj bālāka zona, ar tumšu gredzenu gar malu) (daudzformu eritēma);
- asinsvadu iekaisums (vaskulīts), kas var izraisīt ādas izsitumus vai smailus, plakanus, sarkanus, apaļus plankumus zem ādas virsmas vai zilumus.

Ziņošana par blakusparādībām

Ja Jums rodas jebkādas blakusparādības, konsultējieties ar ārstu, farmaceitu vai medmāsu. Tas attiecas arī uz iespējamajām blakusparādībām, kas nav minētas šajā instrukcijā. Jūs varat ziņot par blakusparādībām arī tieši, izmantojot [V pielikumā](#) minēto nacionālās ziņošanas sistēmas [kontaktinformāciju](#). Ziņojot par blakusparādībām, Jūs varat palīdzēt nodrošināt daudz plašāku informāciju par šo zāļu drošumu.

5. Kā uzglabāt Eliquis

Uzglabāt bērniem neredzamā un nepieejamā vietā.

Nelietot šīs zāles pēc derīguma termiņa beigām, kas norādīts uz kastītes un blistera pēc “EXP”. Derīguma termiņš attiecas uz norādītā mēneša pēdējo dienu. Zālēm nav nepieciešami īpaši uzglabāšanas apstākļi.

Neizmetiet zāles kanalizācijā vai sadzīves atkritumos. Vaicājiet farmaceitam, kā izmest zāles, kuras vairs nelietojat. Šie pasākumi palīdzēs aizsargāt apkārtni.

6. Iepakojuma saturs un cita informācija

Ko Eliquis satur

- Aktīvā viela ir apiksabāns. Katra tablete satur 5 mg apiksabāna (*apixaban*).
- Citas sastāvdaļas ir:
 - Tabletes kodols: **laktoze** (skatīt 2. punktu “Eliquis satur laktozi (cukura veidu) un nātriju”), mikrokristāliskā celuloze, nātrija kroskarmeloze (skatīt 2. punktu “Eliquis satur laktozi (cukura veidu) un nātriju”), nātrija laurilsulfāts, magnija stearāts (E470b);
 - Apvalks: **laktozes monohidrāts** (skatīt 2. punktu “Eliquis satur laktozi (cukura veidu) un nātriju”), hipromeloze (E464), titāna dioksīds (E171), triacetīns, sarkanais dzelzs oksīds (E172).

Eliquis ārējais izskats un iepakojums

Apvalkotās tabletes ir rozā, ovālas (9,73 mm x 5,16 mm), ar marķējumu „894” vienā pusē un „5” otrā pusē.

- Tās tiek piegādātas kastītēs ievietotos blisteros; kastītē pa 14, 20, 28, 56, 60, 168 un 200 apvalkotajām tabletēm.
- Slimnīcām pieejami arī kastītēs ievietoti dozējamo vienību blisteri pa 100x1 apvalkotajām tabletēm.

Visi iepakojuma lielumi tirgū var nebūt pieejami.

Pacienta brīdinājuma kartīte – informācija par izmantošanu

Eliquis iepakojumā kopā ar lietošanas instrukciju ir “Pacienta brīdinājuma kartīte” vai ārsts Jums var iedot līdzīgu kartīti.

“Pacienta brīdinājuma kartīte” ir noderīga informācija, kas palīdzēs brīdināt citus ārstus, ka lietojat Eliquis. **Kartīte vienmēr jānēsā līdzī.**

1. Paņemiet kartīti.
2. Atdaliet savā valodā rakstīto daļu (palīdzēs perforētās malas).
3. Aizpildiet šo sadaļu vai palūdziet to izdarīt savam ārstam:
 - Vārds, uzvārds:
 - Dzimšanas datums:
 - Indikācija:
 - Deva —.....mg divas reizes dienā
 - Ārsta vārds, uzvārds:
 - Ārsta tālruņa numurs:
4. Salokiet kartīti un vienmēr nēsājiet to līdzi.

Reģistrācijas apliecības īpašnieks

Bristol-Myers Squibb/Pfizer EEIG
Plaza 254
Blanchardstown Corporate Park 2
Dublín 15, D15 T867
Īrija

Ražotājs

CATALENT ANAGNI S.R.L.
Loc. Fontana del Ceraso snc
Strada Provinciale Casilina, 41
03012 Anagni (FR)
Itālija

Pfizer Manufacturing Deutschland GmbH
Mooswaldallee 1
79108 Freiburg Im Breisgau
Vācija

Swords Laboratories Unlimited Company T/A Bristol-Myers Squibb Pharmaceutical Operations,
External Manufacturing
Plaza 254
Blanchardstown Corporate Park 2
Dublín 15, D15 T867
Īrija

Pfizer Ireland Pharmaceuticals
Little Connell Newbridge
Co. Kildare
Īrija

Šī lietošanas instrukcija pēdējo reizi pārskatīta {MM/GGGG}.

Sīkāka informācija par šīm zālēm ir pieejama Eiropas Zāļu aģentūras tīmekļa vietnē
<http://www.ema.europa.eu>