

I PIELIKUMS
ZĀĻU APRAKSTS

1. ZĀĻU NOSAUKUMS

Rubraca 200 mg apvalkotās tabletes
Rubraca 250 mg apvalkotās tabletes
Rubraca 300 mg apvalkotās tabletes

2. KVALITATĪVAIS UN KVANTITATĪVAIS SASTĀVS

Rubraca 200 mg apvalkotās tabletes

Katra tablete satur rukapariba kamsilātu, kas atbilst 200 mg rukapariba (*rucaparib*).

Rubraca 250 mg apvalkotās tabletes

Katra tablete satur rukapariba kamsilātu, kas atbilst 250 mg rukapariba (*rucaparib*).

Rubraca 300 mg apvalkotās tabletes

Katra tablete satur rukapariba kamsilātu, kas atbilst 300 mg rukapariba (*rucaparib*).

Pilnu palīgvielu sarakstu skatīt 6.1. apakšpunktā.

3. ZĀĻU FORMA

Apvalkotā tablete.

Rubraca 200 mg apvalkotā tablete

Zila, 11 mm, apaļa apvalkotā tablete ar iespiestu uzrakstu "C2".

Rubraca 250 mg apvalkotā tablete

Balta, 11 × 15 mm, rombveida apvalkotā tablete ar iespiestu uzrakstu "C25".

Rubraca 300 mg apvalkotā tablete

Dzeltena, 8 × 16 mm, ovāla apvalkotā tablete ar iespiestu uzrakstu "C3".

4. KLĪNISKĀ INFORMĀCIJA

4.1. Terapeitiskās indikācijas

Rubraca ir indicētas kā monoterapija uzturošai ārstēšanai pieaugušām pacientēm ar progresējošu (FIGO III un IV stadija), augstas diferenciacijas pakāpes olnīcu epitēlija, olvadu vai primāru peritoneālo vēzi, kurām ir atbildes reakcija (pilnīga vai daļēja) pēc pirmās izvēles platīnu saturošas ķīmijterapijas pabeigšanas.

Rubraca ir indicētas kā monoterapija uzturošai ārstēšanai pieaugušām pacientēm ar augstas diferenciacijas pakāpes, pret platīna terapiju jutīgu olnīcu epitēlija, olvadu vai primāra peritoneālā vēža recidīvu, kurām ir atbildes reakcija (pilnīga vai daļēja) uz platīnu saturošu ķīmijterapiju.

4.2. Devas un lietošanas veids

Ārstēšana ar Rubraca ir jāuzsāk un jāuzrauga ārstam, kuram ir pieredze pretvēža zāļu lietošanā.

Devas

Ieteicamā Rubraca deva ir 600 mg, lietojot divreiz dienā, kas ir līdzvērtīgs kopējai dienas devai 1 200 mg.

Rubraca lietošana jāuzsāk ne vēlāk kā 8 nedēļas pēc platīnu saturošās ķīmijterapijas shēmas pēdējās devas.

Ārstēšanas ilgums

Progresējoša olnīcu vēža pirmās izvēles uzturošā terapija

Pacientes var turpināt ārstēšanu līdz slimības progresēšanai, nepieņemamai toksicitātei vai 2 gadus ilga ārstēšanas kursa beigām.

Pret platīna terapiju jutīga olnīcu vēža recidīva uzturošā terapija

Pacientes var turpināt ārstēšanu līdz slimības progresēšanai vai nepieņemamai toksicitātei.

Ja pēc Rubraca lietošanas paciente vemj, pacientei deva nav atkārtoti jālieto un ir jālieto nākamā plānotā deva.

Izlaistas devas

Ja deva ir izlaista, pacientei jāatsāk Rubraca lietošana ar nākamo plānoto devu.

Devu pielāgošana nevēlamu blakusparādību gadījumā

Nevēlamas blakusparādības var ārstēt pārtraucot devu lietošanu un/vai samazinot devu vidēji smagu un smagu reakciju (t.i., CTCAE 3. vai 4. pakāpe), piemēram, neitropēnijas, anēmijas un trombocitopēnijas, gadījumā.

Aknu transamināžu (aspartāta aminotransferāzes (ASAT) un/vai alanīna aminotransferāzes (ALAT)) līmeņa paaugstināšanās notiek ārstēšanas sākumā un parasti ir pārejoša. 1.-3. pakāpes ASAT/ALAT paaugstināšanos var novērst, nemainot rukapariba devu vai pielāgojot ārstēšanu (pārtraucot devas lietošanu un/vai samazinot devu). 4. pakāpes reakciju gadījumā ir jāpielāgo ārstēšana (skatīt 2. tabulu).

Citas vidēji smagas un smagas nehematoloģiskas nevēlamās blakusparādības, piemēram, sliktu dūšu un vemšanu, var novērst, pārtraucot devas lietošanu un/vai samazinot devu, ja tās nevar atbilstoši kontrolēt ar atbilstošu simptomātisku ārstēšanu.

1. tabula. Ieteicamā devas pielāgošana

Devas samazināšana	Deva
Sākuma deva	600 mg divreiz dienā (divas 300 mg tabletes divreiz dienā)
Pirmā devas samazināšana	500 mg divreiz dienā (divas 250 mg tabletes divreiz dienā)
Otrā devas samazināšana	400 mg divreiz dienā (divas 200 mg tabletes divreiz dienā)
Trešā devas samazināšana	300 mg divreiz dienā (viena 300 mg tablete divreiz dienā)

2. tabula. Terapijas izraisīta ASAT/ALAT līmeņa paaugstināšanās ārstēšana

ASAT/ALAT līmeņa paaugstināšanās pakāpe	Ārstēšanas taktika
3. pakāpe bez citām aknu disfunkcijas pazīmēm	Uzraudzīt aknu funkciju testa rezultātus katru nedēļu, līdz stāvoklis uzlabojas līdz ≤ 2. pakāpei. Turpināt rukapariba lietošanu, ja bilirubīna līmenis ir < ULN un sārmainā fosfatāze ir < 3 × ULN. Pārtraukt ārstēšanu, ja ASAT/ALAT līmenis nepazeminās 2 nedēļu laikā līdz ≤ 2. pakāpei, tad atsākt rukapariba lietošanu ar tādu pašu vai samazinātu devu
4. pakāpe	Pārtraukt rukapariba lietošanu, līdz rādītāji atgriežas ≤ 2. pakāpē; tad atsākt rukapariba lietošanu ar samazinātu devu un uzraudzīt aknu funkciju testa rezultātus katru nedēļu 3 nedēļas

Īpašas pacientu grupas*Gados vecāki cilvēki*

Sākuma devas pielāgošana nav ieteicama gados vecākām pacientēm (≥ 65 gadu vecas (skatīt 4.8. un 5.2. apakšpunktu). Dažām gados vecākām pacientēm (≥ 65 gadu vecumā) nevar izslēgt paaugstinātu jutību pret nevēlamām blakusparādībām. Klīniskie dati par pacientēm, kuras ir 75 gadus vecas vai vecākas, ir ierobežoti.

Aknu darbības traucējumi

Sākuma devas pielāgošana nav nepieciešama pacientēm ar viegliem vai vidēji smagiem aknu darbības traucējumiem (skatīt 5.2. apakšpunktu). Pacientes ar vidēji smagiem aknu darbības traucējumiem rūpīgi jānovēro attiecībā uz aknu darbību un nevēlamajām blakusparādībām. Nav pieejami klīniskie dati par pacientēm ar smagiem aknu darbības traucējumiem (t.i., kopējais bilirubīns > 3 reizes pārsniedz ULN), tāpēc rukapariba lietošana pacientēm ar smagiem aknu darbības traucējumiem nav ieteicama.

Nieru darbības traucējumi

Sākuma devas pielāgošana nav nepieciešama pacientēm ar vidēji smagiem vai smagiem nieru darbības traucējumiem (skatīt 5.2. apakšpunktu). Klīnisko datu par pacientēm ar smagiem nieru darbības traucējumiem (CLcr ir mazāks par 30 ml/min) nav, tāpēc rukapariba lietošana pacientēm ar smagiem nieru darbības traucējumiem nav ieteicama. Rukaparību var lietot pacientēm ar smagiem nieru darbības traucējumiem tikai tad, ja iespējamaais ieguvums pārspēj risku. Pacientiem ar vidēji smagiem vai smagiem nieru darbības traucējumiem ir rūpīgi jākontrolē nieru darbība un nevēlamās blakusparādības.

Pediatriskā populācija

Rubraca drošums un efektivitāte, lietojot bērniem vai pusaudžiem, kas jaunāki par 18 gadiem, nav pierādīta. Dati nav pieejami.

Lietošanas veids

Rubraca paredzēta iekšķīgai lietošanai, un tās var lietot neatkarīgi no ēdienreizēm. Devas jālieto ar aptuveni 12 stundu starplaiku. Skatīt 5.2. apakšpunktu.

4.3. Kontrindikācijas

Paaugstināta jutība pret aktīvo vielu vai jebkuru no 6.1. apakšpunktā uzskaitītajām palīgvielām. Barošana ar krūti (skatīt 4.6. apakšpunktu).

4.4. Īpaši brīdinājumi un piesardzība lietošanā

Hematoloģiskā toksicitāte

Ārstēšanas laikā ar rukaparibu var novērot mielosupresijas gadījumus (anēmiju, neitropēniju, trombocitopēniju), un parasti pirmoreiz tos novēro pēc 8-10 nedēļu ārstēšanas ar rukaparibu. Šīs reakcijas var novērst ar standarta ārstēšanu un/vai devas pielāgošanu smagākos gadījumos. Pirms ārstēšanas ar Rubraca uzsākšanas un pēc tam katru mēnesi ir ieteicams noteikt pilnu asinsainu. Pacientes nedrīkst uzsākt ārstēšanu ar Rubraca, kamēr nav atveseļojušās no iepriekšējās ķīmijterapijas izraisītas hematoloģiskas toksicitātes ($\leq$ CTCAE 1. pakāpe). Lai ārstētu mazu asins šūnu skaitu, sakarā ar anēmiju un neitropēniju, jānozīmē atbalstoša aprūpe un jāievēro iestādes vadlīnijas. Rubraca lietošana jāpārtrauc vai deva jāsamazina saskaņā ar 1. tabulu (skatīt 4.2. apakšpunktu), un asins šūnu skaits jākontrolē katru nedēļu, līdz notiek atveseļošanās. Ja pēc 4 nedēļām skaits nav atjaunojies vismaz CTCAE 1. pakāpes līmenī, paciente jānosūta pie hematologa turpmākiem izmeklējumiem.

Mielodisplastiskais sindroms/akūta mieloleikoze

Pacientēm, kuras saņēma rukaparibu, ir ziņots par mielodisplastisko sindromu/akūtu mieloleikozi (MDS/AML), tai skaitā gadījumiem ar letālu iznākumu. Pacientēm, kurām izveidojās MDS/AML, rukapariba terapijas ilgums svārstījās no <2 mēnešiem līdz aptuveni 6 gadiem.

Ja ir aizdomas par MDS/AML, paciente jānosūta pie hematologa turpmākiem izmeklējumiem, tajā skaitā kaulu smadzeņu analīzes un citoģenētiskas asins analīzes. Ja ilgstošas hematoloģiskas toksicitātes izmeklējumos tiek apstiprināta MDS/AML, Rubraca lietošana ir jāpārtrauc.

Fotosensitivitāte

Pacientēm, kuras ārstētas ar rukaparibu, ir novērota fotosensitivitāte. Pacientēm jāizvairās no uzturēšanās tiešā saules gaismā, jo ārstēšanas laikā ar rukaparibu viņas var ātrāk apdegt; atrodoties ārā, pacientēm jāvalkā cepure un aizsargājošas drēbes, kā arī jālieto pretiedeguma krēms un lūpu balzams ar saules aizsargfaktoru (*sun protection factor*, SPF) 50 vai vairāk.

Kuņģa-zarnu trakta toksicitāte

Lietojot rukaparibu, bieži tiek ziņots par kuņģa-zarnu trakta toksicitāti (sliktu dūšu un vemšanu), parasti tā ir vieglas pakāpes (CTCAE 1. vai 2. pakāpe) un to var ārstēt ar devas samazināšanu (skatīt 1. tabulu) vai lietošanas pārtraukšanu. Var lietot pretvemšanas līdzekļus, piemēram, 5-HT3 antagonistus, deksametazonu, aprepitantu un fozaprepitantu, lai ārstētu sliktu dūšu/vemšanu, un var apsvērt arī profilaktisku (t.i., preventīvu) lietošanu pirms Rubraca lietošanas uzsākšanas. Ir svarīgi aktīvi ārstēt šos gadījumus, lai izvairītos no ilgstošiem vai smagākiem sliktas dūšas/vemšanas gadījumiem, kas var izraisīt komplikācijas, piemēram, dehidratāciju vai hospitalizāciju.

Zarnu nosprostojums

Klīniskajos pētījumos ar rukaparibu ārstētām olnīcu vēža pacientēm tika novēroti zarnu nosprostojuma gadījumi; 3,5% pacienšu, kuras ārstēja ar rukaparibu, radās nopietni zarnu nosprostojumi; letāls iznākums bija vērojams 1 ar rukaparibu ārstētai pacientei (mazāk nekā 0,1%). Pacientēm ar olnīcu vēzi zarnu nosprostojuma attīstībā varētu būt nozīme esošajai pamatslimībai. Ja rodas aizdomas par zarnu nosprostojumu, nekavējoties jāveic diagnostiskais novērtējums un atbilstoša pacientes ārstēšana.

Embriofetāla toksicitāte

Pamatojoties uz tā darbības mehānismu un atradēm pētījumos ar dzīvniekiem, Rubraca var izraisīt kaitējumu auglim. Reproduktivitātes pētījumā ar dzīvniekiem rukapariba ievadīšana grūsnām žurkām organoģenēzes laikā izraisīja embriofetālu toksicitāti pie zemākas iedarbības nekā pacientēm, kuras saņēma cilvēkiem ieteicamo devu 600 mg divreiz dienā (skatīt 5.3. apakšpunktu).

Grūtniecība/kontracepcija

Grūtnieces jāinformē par iespējamo risku auglim. Sievietēm reproduktīvā vecumā jāiesaka izmantot efektīvu kontracepcijas metodi ārstēšanas ar Rubraca laikā un 6 mēnešus pēc pēdējās devas (skatīt 4.6. apakšpunktu). Sievietēm reproduktīvā vecumā pirms ārstēšanas uzsākšanas ieteicams veikt grūtniecības testu.

Palīgvielas

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

4.5. Mijiedarbība ar citām zālēm un citi mijiedarbības veidi

Citu zāļu ietekme uz rukaparību

Enzīmi, kas ir atbildīgi par rukaparība metabolismu, nav identificēti. Pamatojoties uz *in vitro* datiem, CYP2D6 un mazākā mērā CYP1A2 un CYP3A4 varēja metabolizēt rukaparību. Lai gan *in vivo* CYP3A4mediētais rukaparība metabolisms bija lēns, nevar izslēgt nozīmīgu CYP3A4 ietekmi *in vivo*. Lietojot vienlaicīgi spēcīgus CYP3A4 inhibitorus vai induktorus, ir jāievēro piesardzība.

In vitro tika pierādīts, ka rukaparibs ir P-gp un BCRP substrāts. P-gp un BCRP inhibitoru ietekmi uz rukaparība FK nevar izslēgt. Lietojot rukaparību vienlaicīgi ar zālēm, kas ir spēcīgi P-gp inhibitori, ieteicams ievērot piesardzību.

Rukaparība ietekme uz citām zālēm

Zāļu mijiedarbības pētījumos pacientēm ar vēzi, lietojot 600 mg divreiz dienā, rukaparība ietekme līdzsvara koncentrācijā uz CYP1A2, CYP2C9, CYP2C19, CYP3A, BCRP un P-gp tika izvērtēta ar vienu perorālu jutīgu testa zāļu devu (attiecīgi kofeīnu, S varfarīnu, omeprazolu, midazolamu, rosuvastatīnu, un digoksīnu). Tika novērtēta arī rukaparība ietekme uz kombinēto perorālo kontracepcijas līdzekļu (etinilestradiola un levonorgestrela) farmakokinētiku. Dati liecina, ka rukaparibs ir vidēji spēcīgs CYP1A2 inhibitors un vājš CYP2C9, CYP2C19 un CYP3A inhibitors. Rukaparibs arī nedaudz inhibē P-gp un vāji inhibē BCRP zarnās.

CYP1A2 substrāti

Rukaparibs neietekmēja kofeīna C_{max} , bet mēreni palielināja kofeīna AUC_{inf} 2,55 reizes (90% TI: 2,12; 3,08). Lietojot vienlaicīgi ar zālēm, ko metabolizē CYP1A2, īpaši zālēm ar šauru terapeitiskās darbības indeksu (piemēram, tizanidīnu, teofilīnu), var apsvērt devas pielāgošanu, pamatojoties uz atbilstošu klīnisko kontroli.

CYP2C9 substrāti

Rukaparibs attiecīgi palielināja S varfarīna C_{max} 1,05 reizes (90% TI: no 0,99 līdz 1,12) un $AUC_{0-96 h}$ 1,49 reizes (90% TI: no 1,40 līdz 1,58). Lietojot vienlaicīgi ar CYP2C9 metabolizētām zālēm, kurām ir šaurs terapeitiskās darbības indekss (piemēram, varfarīnu, fenitoīnu), var apsvērt devas pielāgošanu, ja ir klīniskas indikācijas. Jāievēro piesardzība un jāapsver papildu Starptautiskā standartizētā koeficienta (*International Normalised Ratio*, INR) kontrole, lietojot vienlaicīgi ar varfarīnu, un fenitoīna terapeitiskā zāļu līmeņa kontrole, ja to lieto vienlaicīgi ar rukaparību.

CYP2C19 substrāti

Rukaparibs attiecīgi palielināja omeprazola C_{max} 1,09 reizes (90% TI: no 0,93 līdz 1,27) un AUC_{inf} 1,55 reizes (90% TI: no 1,32 līdz 1,83). Maz ticams, ka vienlaicīgai protonu sūkņa inhibitoru (*proton pump inhibitors*, PPI) lietošanai varētu būt klīniski nozīmīga ietekme (skatīt 5.2. apakšpunktu). Lietojot vienlaicīgi zāles, kas ir CYP2C19 substrāti, devas pielāgošana nav nepieciešama.

CYP3A substrāti

Rukaparibs attiecīgi palielināja midazolama C_{max} 1,13 reizes (90% TI: no 0,95 līdz 1,36) un AUC_{inf} 1,38 reizes (90% TI: no 1,13 līdz 1,69). Lietojot vienlaicīgi ar zālēm, kas ir CYP3A substrāti ar šauru

terapeitiskās darbības indeksu (piemēram, alfentanilu, astemizolu, cisapriidu, ciklosporīnu, dihidroergotamīnu, ergotamīnu, fentanilu, pimozīdu, hinidīnu, sirolīmu, takrolīmu, terfenadīnu), ieteicams ievērot piesardzību. Pamatojoties uz novērotajām nevēlamajām blakusparādībām, ja ir klīniskas indikācijas, var apsvērt devas pielāgošanu.

Perorālie kontracepcijas līdzekļi

Rukaparibs palielināja etinilestradiola $C_{\max}$ 1,09 reizes (90% TI: no 0,94 līdz 1,27) un AUC_{last} 1,43 reizes (90% TI: no 1,15 līdz 1,77). Rukaparibs palielināja levonorgestrela $C_{\max}$ 1,19 reizes (90% TI: no 1,00 līdz 1,42) un AUC_{last} 1,56 reizes (90% TI: no 1,33 līdz 1,83). Vienlaicīga perorālo kontracepcijas līdzekļu devas pielāgošana nav ieteicama.

BCRP substrāti

Rukaparibs palielināja rosuvastatīna $C_{\max}$ 1,29 reizes (90% TI: no 1,07 līdz 1,55) un AUC_{inf} 1,35 reizes (90% TI: no 1,17 līdz 1,57). Vienlaicīgi lietoto zāļu, kas ir BCRP substrāti, devas pielāgošana nav ieteicama.

P-gp substrāti

Rukaparibs neietekmēja digoksīna $C_{\max}$, bet nedaudz palielināja $AUC_{0-72\text{ h}}$ 1,20 reizes (90% TI: no 1,12 līdz 1,29). Vienlaicīgi lietoto zāļu, kas ir P-gp substrāti, devas pielāgošana nav ieteicama.

Rukapariba mijiedarbība ar citiem enzīmiem un transportieriem tika novērtēta *in vitro*. Rukaparibs ir vājš CYP2C8, CYP2D6 un UGT1A1 inhibitors. Klīniski nozīmīgas iedarbības gadījumā rukaparibam bija lejupregulējoša ietekme uz CYP2B6 cilvēka hepatocītos. Rukaparibs ir spēcīgs MATE 1 un MATE2-K inhibitors, vidēji spēcīgs OCT1 inhibitors un vājš OCT2 inhibitors. Tā kā šo transportieru inhibīcija var samazināt metformīna izvadīšanu caur nierēm un samazināt metformīna uzņemšanu aknās, jāievēro piesardzība, lietojot metformīnu vienlaicīgi ar rukaparibu. Rukapariba UGT1A1 inhibīcijas klīniskā nozīme nav skaidra. Lietojot rukaparibu vienlaicīgi ar UGT1A1 substrātiem (t.i., irinotekānu) pacientēm ar UGT1A1*28 (vājš metabolizētājs), jāievēro piesardzība, iespējamās SN-38 (irinotekāna aktīvais metabolīts) iedarbības pastiprināšanās un saistītās toksicitātes dēļ.

4.6. Fertilitāte, grūtniecība un barošana ar krūti

Sievietes reproduktīvā vecumā/kontracepcija sievietēm

Sievietēm reproduktīvā vecumā jāiesaka izvairīties no grūtniecības iestāšanās rukapariba lietošanas laikā. Pacientēm jāiesaka lietot efektīvu kontracepcijas metodi ārstēšanās laikā un 6 mēnešus pēc rukapariba pēdējās devas (skatīt 4.5. apakšpunktu).

Grūtniecība

Dati par rukapariba lietošanu grūtniecības laikā ir ierobežoti vai nav pieejami. Pētījumi ar dzīvniekiem pierāda reproduktīvo toksicitāti (skatīt 5.3. apakšpunktu). Pamatojoties uz tā darbības mehānismu un preklīniskiem datiem, rukaparibs var izraisīt kaitējumu auglim, ja to lieto grūtniecības laikā. Rubraca grūtniecības laikā nedrīkst lietot, ja vien sievietes klīniskā stāvokļa dēļ nav nepieciešama ārstēšana ar rukaparibu. Sievietēm reproduktīvā vecumā pirms ārstēšanas uzsākšanas ieteicams veikt grūtniecības testu.

Barošana ar krūti

Pētījumu ar dzīvniekiem par rukapariba izdalīšanos krūts pienā nav. Nav zināms, vai rukaparibs vai tā metabolīti izdalās cilvēka pienā. Nevar izslēgt risku jaundzimušajiem/zīdaiņiem. Rubraca nedrīkst lietot bērna barošanas ar krūti laikā.

Tā kā ar krūti barotiem zīdaiņiem ir iespējamās nopietnas rukapariba nevēlamās blakusparādības, bērna barošana ar krūti Rubraca lietošanas laikā un 2 nedēļas pēc pēdējās devas ir kontrindicēta (skatīt 4.3. apakšpunktu).

Fertilitāte

Datu par rukapariba ietekmi uz cilvēka fertilitāti nav. Pamatojoties uz pētījumiem ar dzīvniekiem, nevar izslēgt ietekmi uz fertilitāti, kas saistīta ar rukapariba lietošanu (skatīt 5.3. apakšpunktu). Turklāt, ņemot vērā rukapariba darbības mehānismu, tas var ietekmēt cilvēka fertilitāti.

4.7. Ietekme uz spēju vadīt transportlīdzekļus un apkalpot mehānismus

Rubrica nenožīmīgi ietekmē spēju vadīt transportlīdzekļus un apkalpot mehānismus. Piesardzība, vadot transportlīdzekļus un apkalpojot mehānismus, jāievēro pacientēm, kas ziņo par nogurumu, sliktu dūšu vai reiboni ārstēšanās laikā ar Rubraca (skatīt 4.8. apakšpunktu).

4.8. Nevēlamās blakusparādības

Drošuma profila kopsavilkums

Rukapariba vispārējais drošuma profils pamatojas uz datiem, kas iegūti klīniskajos pētījumos par 1 594 pacientēm ar olnīcu vēzi, kuras saņēma rukapariba monoterapiju. Rukapariba lietošanas mediāna bija 7,4 mēneši.

Nevēlamās blakusparādības, kas radās $\geq 20\%$ pacienšu, kuras saņēma rukaparibu, bija slikta dūša, nogurums/astēnija, vemšana, anēmija, sāpes vēderā, disgēzija, paaugstināta ALAT koncentrācija, ASAT koncentrācija, samazināta ēstgriba, caureja, neitropēnija un trombocitopēnija. Lielākā daļa nevēlamo blakusparādību bija vieglas un vidēji smagas (1. vai 2. pakāpe).

3. pakāpes un augstākas pakāpes nevēlamās blakusparādības $>5\%$ pacienšu bija anēmija (25%), paaugstināta ALAT koncentrācija (10%), neitropēnija (10%), nogurums/astēnija (9%), un trombocitopēnija (7%). Vienīgā smagā nevēlamā blakusparādība $>2\%$ pacienšu bija anēmija (5%).

Nevēlamās blakusparādības, kas visbiežāk izraisīja devas samazināšanu vai lietošanas pārtraukšanu, bija anēmija (23%), nogurums/astēnija (15%), slikta dūša (14%), trombocitopēnija (14%), neitropēnija (10%), un paaugstināta ASAT/ALAT koncentrācija (10%). Nevēlamās blakusparādības, kuru dēļ ārstēšana tika pārtraukta pilnīgi, radās 15% pacienšu, un visbiežāk ziņotās nevēlamās blakusparādības bija trombocitopēnija, slikta dūša, anēmija un nogurums/astēnija.

Nevēlamo blakusparādību saraksts tabulas veidā

Nevēlamo blakusparādību biežums ir norādīts pēc MedDRA orgānu sistēmas klasifikācijas (SOK) atbilstoši ieteiktajiem termiņiem. Nevēlamo blakusparādību biežums tiek definēts šādi: 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 ($< 1/1\ 000$), nav zināmi (nevar noteikt pēc pieejamiem datiem).

3. tabula. Nevēlamo blakusparādību saraksts tabulā pēc MedDRA orgānu sistēmu klasifikācijas

MedDRA orgānu sistēmu klasifikācija	Nevēlamās blakusparādības	
	Visu CTCAE pakāpju biežums	3. un lielāku CTCAE pakāpes biežums
Labdabīgi, ļaundabīgi un neprecizēti audzēji (ieskaitot cistas un polipus)	Bieži Mielodisplastiskais sindroms /akūta mieloleikoze ^a	Bieži Mielodisplastiskais sindroms /akūta mieloleikoze ^a
Asins un limfātiskās sistēmas traucējumi	Ļoti bieži Anēmija ^b , trombocitopēnija ^b , neitropēnija ^b , leukopēnija ^b Bieži Limfopēnija ^b , febrila neitropēnija	Ļoti bieži Anēmija ^b , neitropēnija ^b Bieži Trombocitopēnija ^b , febrila neitropēnija, leukopēnija ^b Limfopēnija ^b

Imūnās sistēmas traucējumi	Bieži Paaugstināta jutība ^c	Retāk Paaugstināta jutība ^c
Vielmaiņas un uztures traucējumi	Ļoti bieži Samazināta ēstgriba, paaugstināts kreatinīna līmenis asinīs ^b , hiperholesterinēmija ^b Bieži Dehidratācija	Bieži Samazināta ēstgriba, dehidratācija, hiperholesterinēmija ^b Retāk Paaugstināts kreatinīna līmenis asinīs ^b
Nervu sistēmas traucējumi	Ļoti bieži Disgeizija, reibonis	Retāk Disgeizija, reibonis
Elpošanas sistēmas traucējumi, krūšu kurvja un videnes slimības	Ļoti bieži Aizdusa	Retāk Aizdusa
Kuņģa-zarnu trakta traucējumi	Ļoti bieži Slikta dūša, vemšana, caureja, dispepsija, sāpes vēderā Bieži Zarnu nosprostojums ^d , stomatīts	Bieži Slikta dūša, vemšana, caureja, sāpes vēderā, zarnu nosprostojums ^d Retāk Dispepsija, stomatīts
Aknu un/vai žults izvades sistēmas traucējumi	Ļoti bieži Paaugstināts alanīna aminotransferāzes līmenis, paaugstināts aspartāta aminotransferāzes līmenis Bieži Paaugstināts transamināžu līmenis ^b	Bieži Paaugstināts alanīna aminotransferāzes līmenis, paaugstināts aspartāta aminotransferāzes līmenis Retāk Paaugstināts transamināžu līmenis ^b
Ādas un zemādas audu bojājumi	Ļoti bieži Fotosensitivitātes reakcija, izsitumi Bieži Makulopapulozi izsitumi, plauktu-pēdu eritrodiseizijas sindroms, eritēma	Retāk Fotosensitivitātes reakcija, izsitumi, makulopapulozi izsitumi, plauktu-pēdu eritrodiseizijas sindroms
Vispārēji traucējumi un reakcijas ievadišanas vietā	Ļoti bieži Nogurums ^e , drudzis	Bieži Nogurums ^e Retāk drudzis

^a MDS/AML rādītājs pamatojas uz kopējo 3 025 pacienšu populāciju, kas saņēma vienu iekšķīgi lietojamu rukapariba devu.

^b Ietver laboratoriskas atrades.

^c Visbiežāk novērotie notikumi ir paaugstināta jutība, paaugstināta jutība pret zālēm un sejas un acu pietūkums/tūska.

^d Ietver zarnu nosprostojumu, resnās zarnas nosprostojumu un tievo zarnu nosprostojumu.

^e Ietver nogurumu, astēniju un letarģiju.

Atsevišķu nevēlamo blakusparādību apraksts

Hematoloģiskā toksicitāte

Par hematoloģiskām nevēlamajām blakusparādībām ar visām anēmijas, trombocitopēnijas un neitropēnijas CTCAE pakāpēm tika ziņots attiecīgi 46%, 26% un 21% pacienšu. Anēmijas un

trombocitopēnijas dēļ ārstēšana tika pārtraukta attiecīgi 2% un 1% pacientu. 3. vai augstākas CTCAE pakāpes nevēlamās blakusparādības novēroja 25% (anēmija), 10% (neitropēnija) un 7% (trombocitopēnija) pacientu. Mielosupresijas 3. vai augstākas pakāpes nevēlamo blakusparādību parādīšanās laiks kopumā bija vēlāk ārstēšanas gaitā (pēc 2 vai vairāk mēnešiem). Informāciju ar riska mazināšanu un ārstēšanu skatīt 4.4. apakšpunktā.

Mielodisplastiskais sindroms/akūta mieloleikoze

MDS/AML ir nopietnas nevēlamās blakusparādības, kas pieder retāk sastopamām blakusparādībām (0,5%) pacientēm ārstēšanas laikā un 28 dienu drošuma novērošanas periodā, bet uzskatāmas par bieži sastopamām (1,1%), vērtējot visas pacientes kopumā, ieskaitot ilgtermiņa drošuma novērošanu (rādītājs tiek aprēķināts, pamatojoties uz visu klīnisko pētījumu kopējo 3 025 pacientu drošuma populāciju, kas saņēma vismaz vienu iekšķīgi lietojamu rukaparibu devu). Placebo kontrolētos 3. fāzes pētījumos, ARIEL3 un ATHENA-MONO, MDS/AML sastopamības biežums ārstēšanas laikā pacientēm, kuras saņēma rukaparibu, bija attiecīgi 1,6% un 0,5%. Lai gan ārstēšanas laikā pacientēm, kuras saņēma placebo, netika ziņots par nevienu šo blakusparādību gadījumu, ilgtermiņa novērošanas periodā seši gadījumi novēroti pacientēm pēc ārstēšanas ar placebo. Visām pacientēm bija iespējamie MDS/AML attīstību veicinošie faktori; visos gadījumos pacientes iepriekš bija saņēmušas platīnu saturošas ķīmijterapijas shēmas un/vai citus līdzekļus, kas bojā DNS, skatīt 4.4. apakšpunktu.

Kuņģa-zarnu trakta toksicitāte

Par vemšanu un sliktu dūšu tika ziņots attiecīgi 37% un 68% pacientu, un kopumā tā bija zemas pakāpes (no 1. līdz 2. CTCAE pakāpei). Par sāpēm vēderā (šis termins ietver sāpes vēderā, sāpes vēdera lejasdaļā, sāpes vēdera augšdaļā) ziņots 39% pacientu pēc ārstēšanas ar rukaparibu, bet šī blakusparādība bija ļoti bieži (34%) sastopama arī ar placebo ārstētām pacientēm, visticamāk, saistībā ar pamatslimību. Informāciju ar riska mazināšanu un ārstēšanu skatīt 4.4. apakšpunktā.

Fotosensitivitāte

Par fotosensitivitāti kā zemas pakāpes ādas reakcijām (1. vai 2. CTCAE pakāpe) tika ziņots 10% pacientu un 0,2% pacientēm ar ≥ 3 . CTCAE pakāpes reakciju. Informāciju ar riska mazināšanu un ārstēšanu skatīt 4.4. apakšpunktā.

Aminotransferāžu līmeņa paaugstināšanās serumā (ASAT/ALAT)

Notikumi, kas saistīti ar alanīna aminotransferāzes (ALAT) vai aspartāta aminotransferāzes (ASAT) paaugstināšanos, tika novēroti 39% (visas pakāpes) un 10% (≥ 3 . CTCAE pakāpes) pacientu. Šos notikumus novēroja ārstēšanas ar rukaparibu dažu pirmo nedēļu laikā, tie bija atgriezeniski un reti saistīti ar bilirubīna līmeņa paaugstināšanos. ALAT paaugstināšanos novēroja 37% (visas pakāpes) un 10% (≥ 3 . CTCAE pakāpe) pacientu, ASAT paaugstināšanos novēroja 33% (visas pakāpes) un 3% (≥ 3 . CTCAE pakāpe) pacientu, bet ALAT un ASAT paaugstināšanos novēroja 31% (visas pakāpes) un 3% (≥ 3 . CTCAE pakāpe) pacientu. Nevienš notikums neatbilda Hi likuma kritērijiem attiecībā uz zāļu izraisītiem aknu bojājumiem. Var būt nepieciešama ASAT/ALAT līmeņu paaugstināšanās kontrole, kas tiek ārstēta ar terapijas pārtraukšanu un/vai devas samazināšanu, ir aprakstīta 2. tabulā (skatīt 4.2. apakšpunktu). Lielākā daļa pacientu varēja turpināt ārstēšanu ar rukaparibu ar vai bez ārstēšanas pielāgošanas un bez recidivējošām ≥ 3 . pakāpes aknu funkciju testu novirzēm.

Kreatinīna līmeņa paaugstināšanās serumā

Kreatinīna līmeņa paaugstināšanos serumā, galvenokārt nelielu un vidēji smagu (1. vai 2. CTCAE pakāpe), novēroja 17% pacientu ārstēšanas ar rukaparibu dažu pirmo nedēļu laikā. 0,6% pacientes ziņoja par CTCAE 3. pakāpes reakciju. Ārstējoties ar rukaparibu, kreatinīna līmeņa paaugstināšanās var būt nieru transportieru MATE1 un MATE2-K inhibīcijas dēļ (skatīt 4.5. apakšpunktu). Šī kreatinīna līmeņa paaugstināšanās serumā bija klīniski asimptomātiska.

Gados vecākas pacientes

Pacientēm, kas bija 75 gadus vecas vai vecākas, dažas nelabvēlīgās blakusparādības bija biežāk: paaugstināts kreatinīna līmenis asinīs (33%), reibonis (19%), nieze (16%) un atmiņas traucējumi (4%) bija biežāk, nekā pacientēm, kas jaunākas par 75 gadiem (attiecīgi 16%, 14%, 11% un 1%).

Pacientes ar nieru mazspēju

Pacientēm ar vidēji smagiem nieru darbības traucējumiem (CLcr 30-59 ml/min) dažas nevēlamās 3. un augstākas pakāpes blakusparādības novēroja biežāk: anēmija (34%), neitropēnija (13%), trombocitopēnija (12%), nogurums/astēnija (12%) un kombinētā ASAT/ALAT paaugstināšanās (12%) tika novērota biežāk nekā pacientēm ar normālu nieru darbību (CLcr>90 ml/min) (attiecīgi 23%, 8%, 5%, 7% un 7%).

Pediatriskā populācija

Pētījumi, lai izpētītu rukapariba farmakokinētiku pediatriem pacientiem, nav veikti.

Ziņošana par iespējamām nevēlamām blakusparādībām

Ir svarīgi ziņot par iespējamām nevēlamām blakusparādībām pēc zāļu reģistrācijas. Tādējādi zāļu ieguvuma/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

Rubrica pārdozēšanas gadījumā nav specifiskas ārstēšanas, un pārdozēšanas simptomi nav noteikti. Ja ir aizdomas par pārdozēšanu, ārstiem jāievēro vispārējie atbalstošie pasākumi un jānozīmē simptomātiska ārstēšana.

5. FARMAKOLOĢISKĀS ĪPAŠĪBAS

5.1. Farmakodinamiskās īpašības

Farmakoterapeitiskā grupa: citi pretaudzēju līdzekļi, ATK kods: L01KX03

Darbības mehānisms un farmakodinamiskā iedarbība

Rukaparibs inhibē poli(ADP-ribozes) polimerāzes (PARP) enzīmus, tajā skaitā PARP-1, PARP-2 un PARP-3, kam ir loma DNS reparācijā. *In vitro* pētījumos ir pierādīts, ka rukapariba inducēta citotoksicitāte ietver PARP enzīmātiskās aktivitātes inhibēšanu un PARP-DNS kompleksu notveršanu, kā rezultātā palielinās DNS bojājumi, apoptoze un šūnu nāve.

Ir pierādīts, ka rukaparibam *in vitro* un *in vivo* ir pretaudzēju iedarbība BRCA mutāciju šūnu līnijās, izmantojot mehānismu, kas zināms kā sintētiskā letalitāte, līdz ar ko, pazaudējot divus DNS reparācijas ceļus, iestājas šūnu nāve. Pastiprināta rukapariba inducēta citotoksicitāte un pretaudzēju iedarbība novērota audzēja šūnu līnijās ar novirzēm BRCA1/2 un citos DNS reparācijas gēnos. Ir pierādīts, ka rukaparibs samazina audzēja augšanu cilvēka vēža ksenotransplantāta modeļos pelēm ar vai bez BRCA novirzēm.

Klīniskā efektivitāte

Progresējoša olnīcu vēža pirmās izvēles uzturošā terapija

Rukapariba efektivitāte tika pētīta 3. fāzes dubultmaskētā, daudzcentru klīniskajā pētījumā ATHENA, kurā piedalījās 538 pacientes ar progresējošu olnīcu vēzi (OEV), olvadu vēzi (OV) vai primāru peritoneālo vēzi (PPV), kurām bija atbildes reakcija uz pirmās izvēles platīnu saturošu ķīmijterapiju un veikta ķirurģiska iejaukšanās. Atbildes reakcija tika definēta kā slimība bez progresēšanas pierādījumiem, novērtējot radioloģiski vai pēc CA-125 līmeņa (atbilstoši Ginekoloģiskā vēža sadarbības grupas (*Gynecological Cancer Intergroup*, GCIG) vadlīnijām) pirmās izvēles ārstēšanas laikā; izmēramas slimības trūkums saskaņā ar RECIST versijas 1.1. kritērijiem, ja veikta pilnīga rezekcija, vai atbildes reakcija (pilnīga vai daļēja), ja pēc ķirurģiskas iejaukšanās un pirms ķīmijterapijas konstatēta izmēramas slimība, vai CA-125 atbildes reakcija saskaņā ar GCIG vadlīnijām,

ja iepriekš minētajā situācijā konstatēta neizmērama slimība.

Visas pacientes bija saņēmušas 4 līdz 8 platīnu saturošas divkomponentu ķīmijterapijas ciklus (ieskaitot ≥ 4 platīna/taksāna kombinācijas ciklus). Ārstēšana ar bevacizumabu bija atļauta pirmās izvēles ķīmijterapijas laikā, bet ne uzturošas terapijas laikā, kad pacientes saņēma rukaparibu. Visas pacientes tika randomizētas 8 nedēļu laikā pēc pēdējā ķīmijterapijas cikla pirmās dienas. Pacientes tika randomizētas (attiecībā 4:1), lai saņemtu rukaparibu 600 mg tabletes iekšķīgi divreiz dienā ($n=427$) vai placebo ($n=111$). Ārstēšana turpinājās līdz slimības progresēšanai, nepieņemamai toksicitātei vai 2 gadus ilgā ārstēšanas kursa beigām. Randomizācijas nolūkā pacientes stratificēja pēc slimības statusa pēc ķīmijterapijas (reziduāla slimība, salīdzinot ar nereziduālu), ķirurģiskās iejaukšanās veida (primāra operācija, salīdzinot ar intervālu citoreduktīvu ķirurģisku iejaukšanos) un audzēja biomarkieru statusa. Biomarkieru statusu noteica, izmantojot homologās rekombinācijas deficīta (HRD) testu, un pozitīvu statusu attiecībā uz HRD definēja kā kaitīgu audzēja *BRCA* (*tBRCA*) mutāciju vai savvaļas tipa *tBRCA* (*tBRCA^{wt}*) / augsta līmeņa heterozigotātes zudumu genomā (*LOH^{high}*), bet negatīvu statusu attiecībā uz HRD definēja kā *tBRCA^{wt}* / zema līmeņa heterozigotātes zudumu genomā (*LOH^{low}*).

Galvenais efektivitātes mērķa kritērijs bija pētnieka novērtētā dzīvildze bez slimības progresēšanas (*investigator-assessed progression-free survival*, invPFS) saskaņā ar atbildes reakcijas novērtēšanas kritēriju norobežotiem audzējiem (RECIST) versiju 1.1. Galvenie sekundārie efektivitātes mērķa kritēriji ietvēra vispārējo dzīvildzi (*overall survival*, OS) un objektīvās atbildes reakcijas rādītāju (*objective response rate*, ORR) saskaņā ar RECIST versiju 1.1. Pētījuma laikā invPFS, OS un ORR novērtējumu veica hierarhijas kārtībā: vispirms HRD grupā, pēc tam ārstēt paredzētajā (*intention-to-treat*, ITT) populācijā. Laika intervālu no randomizācijas līdz sekundārai progresēšanai vai nāvei (PFS2) uzskatīja par papildu efektivitātes kritēriju.

Vecuma mediāna rukapariba lietotāju grupā bija 61 gads (diapazons: 30 līdz 83 gadi), bet placebo grupā vecuma mediāna bija 62 gadi (diapazons: 31 līdz 80 gadu). Austrumu Onkoloģiskās sadarbības grupas (*Eastern Cooperative Oncology Group*, ECOG) funkcionālais stāvoklis bija 0 attiecīgi 69% pacienšu rukapariba grupā un 68% pacienšu placebo grupā. Starp 538 pacientēm, kuras bija randomizētas rukapariba vai placebo grupā, 75% bija FIGO III slimības stadija un 25% bija FIGO IV slimības stadija, turklāt 16% bija sasniegta pilnīga atbildes reakcija uz pēdējo platīnu saturošo terapiju. Starp 538 pacientēm, kuras bija randomizētas rukapariba vai placebo grupā, 78% bija OEV, 13% bija OV un 9% bija PPV, turklāt lielākajai daļai pacienšu ($> 90\%$) bija ziņots par serozās histoloģijas rezultātiem. ITT populācijā saņemto platīnu saturošo divkomponentu ķīmijterapijas ciklu skaita mediāna bija 6, un 17,8% pacienšu bija saņēmušas bevacizumabu pirmās izvēles ķīmijterapijas laikā. Primāra citoreduktīva operācija bija veikta 48,1% pacienšu, un 51,9% pacienšu bija saņēmušas neoadjuvantu ķīmijterapiju, kam sekoja intervāla citoreduktīva ķirurģiskā iejaukšanās.

Kopumā 43% bija HRD pozitīvs statuss (21% bija kaitīga *tBRCA* mutācija, un 22% bija *tBRCA^{wt}* / *LOH^{high}*), 44% bija HRD negatīvs statuss (*tBRCA^{wt}* / *LOH^{low}*), bet 12% nebija zināms HRD statuss.

ATHENA pētījumā novēroja statistiski nozīmīgu invPFS uzlabošanu HRD grupā un ITT populācijā pacientēm, kuras pēc randomizācijas lietoja rukaparibu, salīdzinot ar placebo lietošanu. Pētījuma invPFS rezultāti bija konsekventi neatkarīgi no cenzēšanas attiecībā uz jauno pretvēža terapiju un izlaistajām vizītēm. Efektivitātes rezultāti ir apkopoti 4. tabulā.

4. tabula. Efektivitātes rezultāti ATHENA pētījumā (pētnieka novērtējums)

	HRD grupa ^a		ITT populācija ^b	
	Rubraca (n=185)	Placebo (n=49)	Rubraca (n=427)	Placebo (n=111)
PFS ^c notikumi, n (%)	80 (43,2)	31 (63,3)	230 (53,9)	78 (70,3)
PFS, mediāna mēnešos (95% TI)	28,7 (23,0; NA)	11,3 (9,1; 22,1)	20,2 (15,2; 24,7)	9,2 (8,3; 12,2)
Riska attiecība (95% TI)	0,47 (0,31; 0,72)		0,52 (0,40; 0,68)	
p-vērtība ^d	0,0005		<0,0001	
OS ^e notikumi, n (%)	46 (24,9)	12 (24,5)	144 (33,7)	42 (37,8)
OS, mediāna mēnešos	NA	NA	NA	46,2
Riska attiecība (95% TI)	0,84 (0,44; 1,58)		0,83 (0,58; 1,17)	
p-vērtība ^d	0.5811		0.2804	

a Ietver visas pacientus ar kaitīgu tBRCA mutāciju (N=115) vai tBRCA^{wt} / LOH^{high} (N=119).

b Visas randomizētās pacientes.

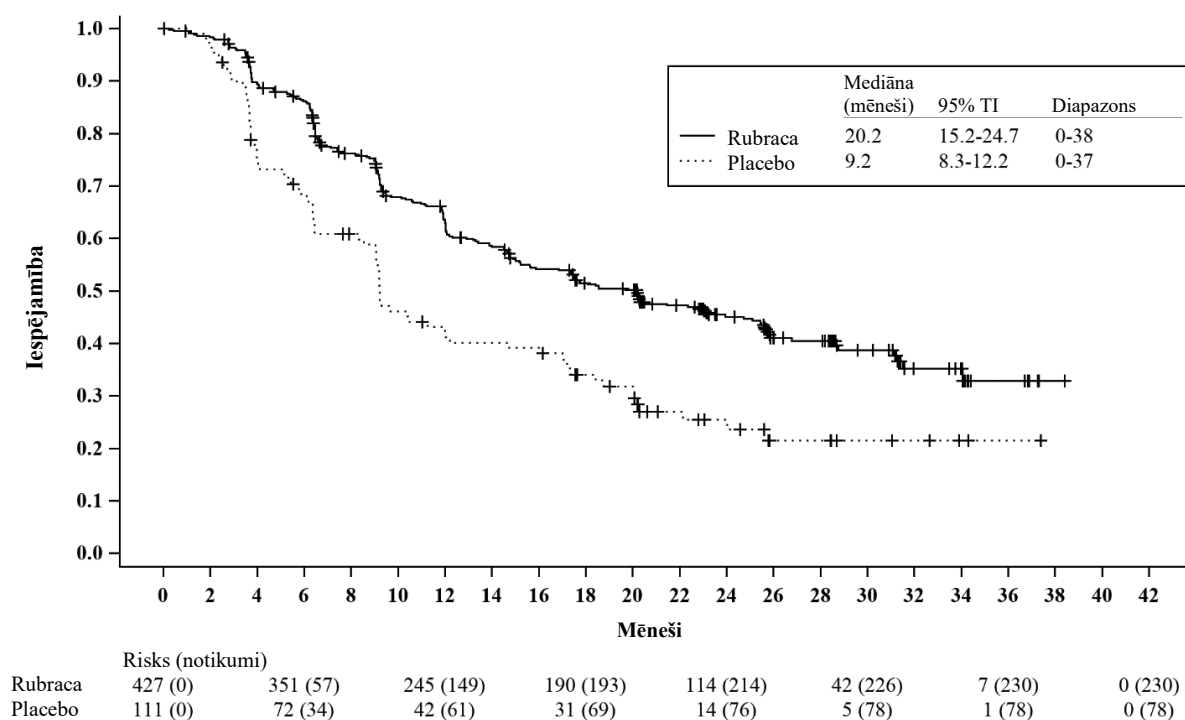
c Novērošanas perioda mediāna rukaparība un placebo grupās bija 26 mēneši.

d p-vērtība ir atvasināta no stratificētā logrank testa.

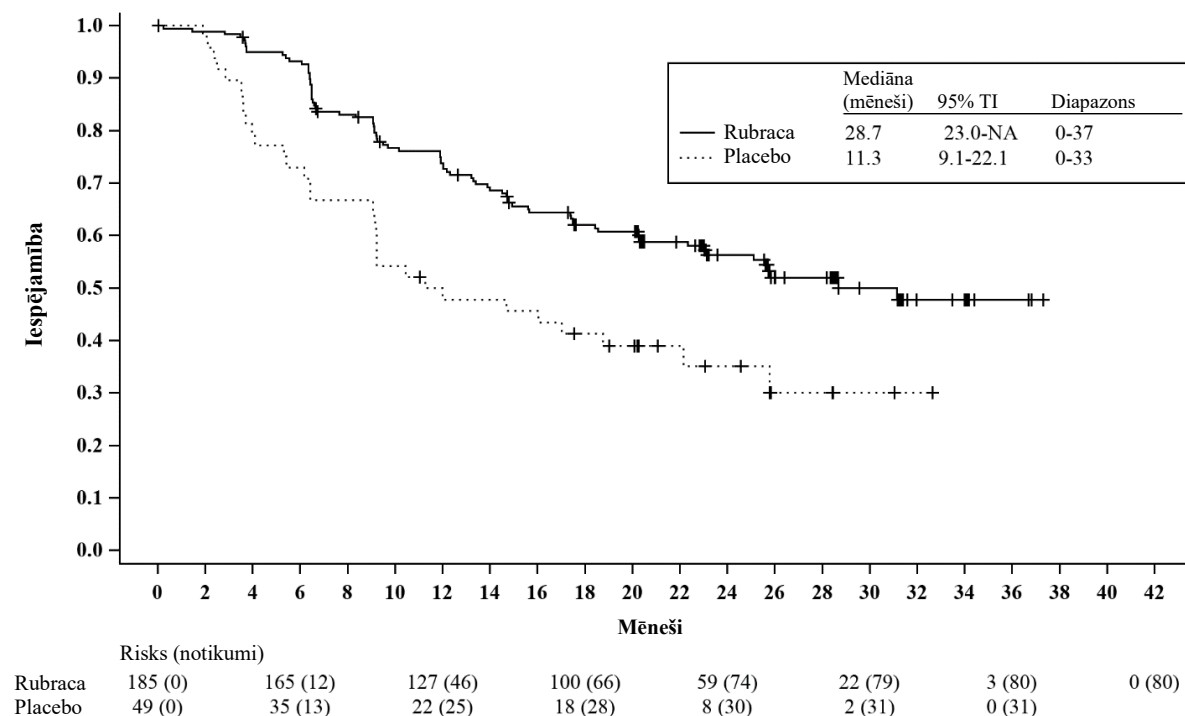
e Otrās starpposma analīzes laikā OS dati nebija pilnīgi (35% pacienšu bija mirušas); novērošanas perioda mediāna rukaparība un placebo grupās bija 37 mēneši.

NA: Nav sasniegts.

1. attēls. Kaplāna-Meijera līknes dzīvildzei bez slimības progresēšanas ATHENA pēc pētnieka novērtējuma: ITT populācija



2. attēls Kaplāna-Meijera liknes dzīvildzei bez slimības progresēšanas ATHENA pēc pētnieka novērtējuma: HRD populācija



Apakšgrupu analīze (PFS pētnieka novērtējums)

HRD populācijā tBRCA mutācijas apakšgrupā (n=115) riska attiecība bija 0,40 (95% TI [0,21; 0,75]). Ne-tBRCA LOH^{high} apakšgrupā (n=119) riska attiecība bija 0,58 (95% TI [0,33; 1,01]). HRD negatīva statusa apakšgrupā (n=238) riska attiecība bija 0,65 (95% TI [0,45; 0,95]).

Recidivējoša olnīcu vēža uzturošā terapija

Rukaparība efektivitāte tika pētīta dubultmaskētā, daudzcentru klīniskajā pētījumā ARIEL3, kurā 564 pacientes ar recidivējošu OEV, OV vai PPV un atbildes reakciju uz platīnu saturošu ķīmijterapiju pēc randomizācijas (attiecībā 2:1) saņēma 600 mg Rubraca iekšķīgi divreiz dienā (n=375) vai placebo (n=189). Ārstēšana turpinājās līdz slimības progresēšanai vai nepieņemamai toksicitātei. Visām pacientēm bija novērota atbildes reakcija (pilnīga vai daļēja) pēc pēdējās platīnu saturošās ķīmijterapijas un to vēža antigēns 125 (CA-125) bija zem normas augšējās robežas (*upper limit of normal*, ULN). Pacientes tika randomizētas 8 nedēļu laikā pēc platīna ķīmijterapijas pabeigšanas, un starplaikā netika veikta nekāda uzturošā terapija. Pacientes nevarēja būt saņēmušas iepriekšēju rukaparību vai citu PARP inhibitora terapiju. Randomizācijas nolūkā pacientes stratificēja pēc labākās atbildes reakcijas uz pēdējo platīna terapiju (pilnīgas vai daļējas atbildes reakcijas), laika līdz slimības progresēšanai pēc priekšpēdējā platīna terapijas kursa (6 līdz ≤12 mēneši un >12 mēneši) un audzēja biomarkieru statusa (tBRCA, ne-BRCA homologās rekombinācijas deficīts [nbHRD] un negatīvs biomarkieris).

Primārais efektivitātes mērķa kritērijs bija pētnieka novērtētā dzīvildze bez slimības progresēšanas (invPFS) saskaņā ar atbildes reakcijas novērtēšanas kritēriju norobežotiem audzējiem (RECIST) versiju 1.1 (v1.1). Galvenais sekundārais efektivitātes mērķa kritērijs bija PFS saskaņā ar maskētā režīmā organizētas neatkarīgas radioloģijas pārbaudes komisijas (*blinded independent radiology review*, IRR) vērtējumu. Sekundārie efektivitātes mērķa kritēriji ietvēra vispārējo dzīvildzi (OS).

Vidējais vecums rukaparība lietotāju grupā bija 61 gads (diapazons: 36 līdz 85 gadi), vairākums piederēja baltajai rasei (80%); un visu pacientu Austrumu Onkoloģiskās sadarbības grupas (ECOG) funkcionālais stāvoklis bija 0 vai 1. Vairumam pacientu primārais audzējs bija olnīcu vēzis (84%); lielākajai daļai pacientu (95%) bija ziņots par serozās histoloģijas rezultātiem, un 4% pacientu bija

ziņots par endometrija histoloģijas rezultātiem. Visas pacientes iepriekš vismaz divas reizes bija saņēmušas platīnu saturošu ķīmijterapiju (diapazons: 2 līdz 6 reizes), un 28% pacienšu bija saņēmušas platīnu saturošu ķīmijterapiju vismaz trīs reizes. Kopumā 32% pacienšu bija sasniegta pilnīga atbildes reakcija (*complete response*, CR) pēc pēdējās terapijas. Laika intervāls bez slimības progresēšanas līdz priekšpēdējai platīna terapijai bija 6-12 mēneši 39% pacienšu un >12 mēneši 61% pacienšu. Par iepriekšēju ārstēšanu ar bevacizumabu tika ziņots 22% pacienšu rukapariba lietotāju grupā un 23% pacienšu placebo grupā. Demogrāfiskie dati, slimības raksturojums sākuma stāvoklī un iepriekšējās ārstēšanas anamnēze rukapariba un placebo ārstēšanas grupās bija labi līdzsvaroti.

Neviena no pacientēm iepriekš nebija lietojusi PARP inhibitoru. Rubraca efektivitāte pacientēm, kuras iepriekš saņēmušas ārstēšanu ar PARP inhibitoru uzturošās terapijas ietvaros, nav pētīta, un šo informāciju nevar ekstrapolēt no pieejamajiem datiem.

Audzēja audu paraugi visām pacientēm (n=564) tika centrāli pārbaudīti, lai apstiprinātu pozitīvu statusu attiecībā uz HRD (definētu kā kaitīga audzēja BRCA [tBRCA] mutācija vai augsta līmeņa heterozigotātes zudums genomā). Kopumā 94% (186/196) pacienšu ar tBRCA tika paņemti asins paraugi, lai centrāli veiktu asins dzimumšūnu līniju BRCA (gBRCA) testu. Pamatojoties uz šiem rezultātiem, 70% (130/186) pacienšu ar tBRCA atklāja gBRCA mutāciju un 30% (56/186) atklāja somatisku BRCA mutāciju.

Pētījums ARIEL3 atbilda primārajam mērķa kritērijam un liecināja par statistiski nozīmīgu invPFS uzlabošanu ārstēt paredzētajā populācijā (ITT), kuras pēc randomizācijas lietoja rukaparibu, salīdzinot ar placebo grupu, un arī HRD un tBRCA grupās. IRR novērtējums ITT populācijā atbalstīja primāro mērķa kritēriju, kā arī apakšgrupās. PFS rezultāti ir apkopoti 5. tabulā un 3. attēlā.

5. tabula. ARIEL3 efektivitātes rezultāti (primāro mērķa rezultātu kompsavilkums: PFS)

Rādītājs	Pētnieka novērtējums		IRR	
	Rukaparibs	Placebo	Rukaparibs	Placebo
ITT populācija ^a				
Pacientes, n	375	189	375	189
PFS notikumi, n (%)	234 (62%)	167 (88%)	165 (44%)	133 (70%)
PFS, mediāna mēnešos (95% TI)	10,8 (8,3; 11,4)	5,4 (5,3-5,5)	13,7 (11,0; 19,1)	5,4 (5,1; 5,5)
HR (95% TI)	0,36 (0,30; 0,45)		0,35 (0,28; 0,45)	
p-vērtība ^b	<0,0001		<0,0001	
HRD grupa ^c				
Pacientes, n	236	118	236	118
PFS notikumi, n (%)	134 (57%)	101 (86%)	90 (38%)	74 (63%)
PFS, mediāna mēnešos (95% TI)	13,6 (10,9; 16,2)	5,4 (5,1; 5,6)	22,9 (16,2, NA)	5,5 (5,1; 7,4)
HR (95% TI)	0,32 (0,24; 0,42)		0,34 (0,24; 0,47)	
p-vērtība ^b	<0,0001			<0,0001
tBRCA grupa ^d				
Pacientes, n	130	66	130	66
PFS notikumi, n (%)	67 (52%)	56 (85%)	42 (32%)	42 (64%)
PFS, mediāna mēnešos (95% TI)	16,6 (13,4; 22,9)	5,4 (3,4; 6,7)	26,8 (19,2, NA)	5,4 (4,9; 8,1)
HR (95% TI)	0,23 (0,16; 0,34)		0,20 (0,13; 0,32)	
p-vērtība ^b	<0,0001		<0,0001	
ne-BRCA heterozigotātes zuduma+ grupa				
Pacientes, n	106	52	106	52
PFS notikumi, n (%)	67 (63%)	45 (87%)	48 (45%)	32 (62%)
PFS, mediāna mēnešos (95% TI)	9,7 (7,9; 13,1)	5,4 (4,1; 5,7)	11,1 (8,2, NA)	5,6 (2,9; 8,2)
HR (95% TI)	0,44 (0,29; 0,66)		0,554 (0,35; 0,89)	
p-vērtība ^b	<0,0001		0,0135	
ne-BRCA heterozigotātes zuduma- grupa				

Pacientes, n	107	54	107	54
PFS notikumi, n (%)	81 (73%)	50 (93%)	63 (59%)	46 (85%)
PFS, mediāna mēnešos (95% TI)	6,7 (5,4; 9,1)	5,4 (5,3; 7,4)	8,2 (5,6; 10,1)	5,3 (2,8; 5,5)
HR (95% TI)	0,58 (0,40; 0,85)		0,47 (0,31; 0,71)	
p-vērtība ^b	0,0049		0,0003	

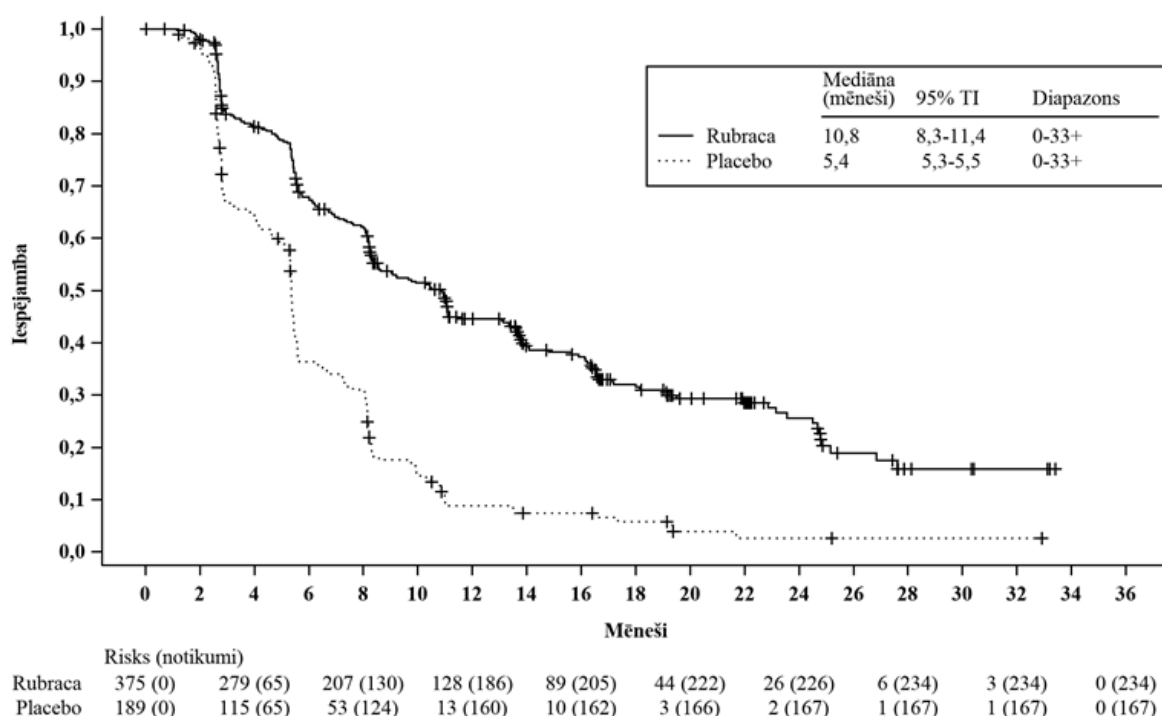
- Visas randomizētās pacientes.
- Divpusēja p-vērtība
- HRD ietver visas pacientes ar kaitīgu dzimumšūnu līnijas vai somatisku BRCA mutāciju un pacientes bez tBRCA ar augsta līmeņa heterozigotātes zudumu genomā, nosakot ar klīniskā pētījuma testu (*clinical trial assay*, CTA).
- tBRCA ietver visas pacientes ar kaitīgu dzimumšūnu līnijas vai somatisku BRCA mutāciju, nosakot ar CTA.

HR (Hazard ratio): riska attiecība. Rukaparībam ir priekšrocība, ja vērtība ir <1.

NA: Nav sasniegts

TI: ticamības intervāls

3. attēls. Kaplāna-Meijera liknes dzīvildzei bez slimības progresēšanas ARIEL3 pēc pētnieka novērtējuma: ITT populācija



Galīgajā OS analizē (70% gatavība) riska attiecība (*Hazard Ratio*, HR) ITT populācijā bija 1,00 (95% TI: 0,81, 1,22; mediāna 36 mēneši rukaparība grupā, salīdzinot ar 43,2 mēnešiem placebo grupā). HRD un tBRCA apakšgrupām ziņotais HR bija attiecīgi 1,01 (95% TI: 0,77, 1,32; mediāna 40,5 mēneši rukaparība grupā, salīdzinot ar 47,8 mēnešiem placebo grupā) un 0,83 (95% TI: 0,58, 1,19; mediāna 45,9 mēneši rukaparība grupā, salīdzinot ar 47,8 mēnešiem placebo grupā). Izpētes apakšgrupu analizē pacientiem bez tBRCA mutācijas (neiekļautas, ne-tBRCA apakšgrupas [LOH+, LOH-, LOH nezināms]) HR attiecībā uz OS bija 1,084 (95% TI: 0,841, 1,396; mediāna 32,2 mēneši rukaparība grupā, salīdzinot ar 38,3 mēnešiem placebo grupā). Dzīvildzes novērošanas mediāna visiem pacientiem bija 77 mēneši (6,4 gadi) ar diapazonu no 2 dienām līdz 93 mēnešiem (7,6 gadi).

Galīgās analīzes brīdī 89% pacientu placebo grupā bija saņēmuši vismaz vienu atkārtotu terapiju, no kuriem 46% pacientu saņēma PARP inhibitoru. Rukaparība grupā 78% pacientu bija saņēmuši vismaz vienu atkārtotu terapiju.

Sirds elektrofizioloģija

Koncentrācijas-QTcF pagarināšanās analīze tika veikta, izmantojot datus no 54 pacientēm ar

norobežotiem audzējiem, kurām bija nozīmēta nepārtraukta rukapariba lietošana devu diapazonā no 40 mg vienreiz dienā līdz 840 mg divreiz dienā (deva 1,4 reizes lielāka par apstiprināto ieteicamo devu). Paredzētajā līdzsvara stāvokļa mediānas C_{max} pēc 600 mg rukapariba lietošanas divreiz dienā QTcF pagarināšanās salīdzinājumā ar sākotnējo stāvokli bija 11,5 ms (90% TI: 8,77 līdz 14,2 ms). Tādējādi klīniski nozīmīgas QTcF pagarināšanās risks salīdzinājumā ar sākotnējo stāvokli (t.i., > 20 ms) ir zems.

Pediatriskā populācija

Eiropas Zāļu aģentūra atbrīvojusi no pienākuma iesniegt pētījumu rezultātus Rubraca visās pediatriskās populācijas apakšgrupās ar olnīcu vēzi (informāciju par lietošanu bērniem skatīt 4.2. apakšpunktā).

5.2. Farmakokinētiskās īpašības

Rukapariba iedarbība plazmā, mērot pēc C_{max} un AUC, bija aptuveni proporcionāla devai novērtētajās devās (no 40 līdz 500 mg dienā, no 240 līdz 840 mg divreiz dienā). Līdzsvara stāvoklis tika panākts pēc devu lietošanas 1 nedēļu. Pēc atkārtotas devu lietošanas divreiz dienā akumulācija pamatojoties uz AUC, bija diapazonā no 3,5 līdz 6,2 reizēm.

Uzsūkšanās

Pacientēm ar vēzi pēc 600 mg rukapariba lietošanas divreiz dienā vidējā līdzsvara stāvokļa C_{max} bija 1940 ng/ml un $AUC_{0-12\text{ h}}$ bija 16900 h·ng/ml ar T_{max} 1,9 stundas. Vidējā absolūtā perorālas lietošanas biopieejamība pēc vienas perorālas 12-120 mg rukapariba devas bija 36%. Absolūtā perorālas lietošanas biopieejamība, lietojot 600 mg, nav noteikta. Pacientēm ar vēzi pēc maltītes ar augstu tauku saturu C_{max} palielinājās par 20%, $AUC_{0-24\text{ h}}$ palielinājās par 38%, un T_{max} aizkavējās par 2,5 stundām, salīdzinot ar dozēšanu tukšā dūšā. Ēdiena ietekme uz FK netika uzskatīta par klīniski nozīmīgu. Rubraca var lietot neatkarīgi no ēdienreizēm.

Izkliede

Terapeitiskās koncentrācijas līmenī 70,2% rukapariba *in vitro* saistās ar olbaltumvielām cilvēka plazmā. Rukaparibs vispirms izkļiedējas eritrocītos, un asins-plazmas koncentrācijas attiecība ir 1,83. Pacientēm ar vēzi rukapariba izkļiedes tilpums līdzsvara koncentrācijā bija no 113 l līdz 262 l pēc vienas 12-40 mg rukapariba intravenozas devas.

Biotransformācija

In vitro rukaparibs galvenokārt tiek metabolizēts ar CYP2D6 un mazākā mērā ar CYP1A2 un CYP3A4. Populācijas FK analīzē netika novērotas klīniski nozīmīgas FK atšķirības pacientēm ar dažādiem CYP2D6 fenotipiem (tajā skaitā vājiem metabolizētājiem, n=9; vidējiem metabolizētājiem, n=71; parastiem metabolizētājiem, n=76; un īpaši ātriem metabolizētājiem, n=4) vai pacientēm ar dažādiem CYP1A2 fenotipiem (tajā skaitā parastiem metabolizētājiem, n=28; hiperinducētājiem, n=136). Ņemot vērā dažu fenotipu apakšgrupu ierobežoto pārstāvniecību, rezultāti jāinterpretē piesardzīgi.

Pēc vienreizējas, iekšķīgi lietojamās [^{14}C] -rukapariba devas pacientiem ar norobežotiem audzējiem, neizmainītā rukapariba radioaktivitāte plazmā bija 64,0%. Oksidācija, N-demetilācija, N-metilācija, glikuronizācija un N-formilācija bija galvenie rukapariba metabolisma ceļi. Visvairāk izdalītais metabolīts bija M324, rukapariba oksidatīvās deaminācijas produkts, kas veidoja 18,6% radioaktivitātes plazmā. *In vitro* M324 bija vismaz 30 reizes mazāk iedarbīgs pret PARP-1, PARP-2 un PARP-3 nekā rukaparibs. Citi, mazāk nozīmīgi metabolīti, veidoja 13,8% radioaktivitātes plazmā. Rukaparibs veidoja attiecīgi 44,9% un 94,9% radioaktivitātes urīnā un fēcēs; M324 veidoja attiecīgi 50,0% un 5,1% no radioaktivitātes urīnā un fēcēs.

Eliminācija

VKlīrenss bija diapazonā no 13,9 līdz 18,4 l/stundā pēc vienas intravenozas 12-40 mg rukapariba devas.

288 stundas pēc vienreizējas, iekšķīgi lietojamās [¹⁴C] rukapariba 600 mg devas, kopējā vidējā radioaktivitātes atjaunošanās pacientiem bija 89,3%, no tā vidējā izdalītā deva ar fēcēm bija 71,9%, bet ar urīnu 17,4%. Deviņdesmit procenti no novērotās izdalīšanās fēcēs notika 168 stundu laikā pēc devas lietošanas. Vidējais rukapariba eliminācijas pusperiods ($t_{1/2}$) bija 25,9 stundas

Zāļu mijiedarbība

In vitro tika pierādīts, ka rukaparibs ir P-gp un BCRP substrāts, bet nav nieru saistīšanas transportieru OAT1, OAT3 un OCT2 vai aknu transportieru OATP1B1 un OATP1B3 substrāts. P-gp un BCRP inhibitoru ietekmi uz rukapariba FK nevar izslēgt.

In vitro rukaparibs atgriezeniski inhibēja CYP1A2, CYP2C19, CYP2C9 un CYP3A, un mazākā apmērā CYP2C8, CYP2D6 un UGT1A1. Rukaparibs inducēja CYP1A2 un klīniski nozīmīgas iedarbības gadījumā lejupregulēja CYP2B6 un CYP3A4 cilvēka hepatocītos.

In vitro rukaparibs ir spēcīgs MATE1 un MATE2-K inhibitors, vidēji spēcīgs OCT1 inhibitors un vājš OCT2 inhibitors. Klīniskās iedarbības gadījumā rukaparibs neinhibēja žults sāļu eksporta sūkni (BSEP), OATP1B1, OATP1B3, OAT1 un OAT3. Rukapariba klīniskās iedarbības gadījumā nevar pilnībā izslēgt MRP4 inhibīciju. Rukapariba klīniskās iedarbības gadījumā *in vitro* novēroja mijiedarbību ar MRP2 vai MRP3, tomēr novēroja nelielu divfāzisku MRP2 aktivizāciju un inhibīciju un no koncentrācijas atkarīgu MRP3 inhibīciju koncentrācijā, kas pārsniedza novēroto rukapariba plazmas C_{max} . MRP2 un MRP3 mijiedarbības klīniskā nozīme zarnās nav zināma. *In vitro* rukaparibs ir BCRP un P-gp izvadīšanas transportieru inhibitors. Nozīmīga P-gp inhibīcija *in vivo* netika novērota (4.5. apakšpunkts).

Populācijas FK analīze liecināja, ka ir maz ticams, ka vienlaicīgai PPI lietošanai varētu būt klīniski nozīmīga ietekme uz rukapariba FK. Pārliecinošus secinājumus par vienlaicīgas rukapariba un PPI lietošanas iedarbību nevar izdarīt, jo PPI devas līmenis un lietošanas laiks netika detalizēti dokumentēti.

Farmakokinētika īpašās pacientu grupās

Vecums, rase un ķermeņa masa

Pamatojoties uz populācijas FK analīzi, netika noteikta klīniski nozīmīga saistība starp prognozējamo iedarbību līdzsvara koncentrācijā un pacientes vecumu, rasi un ķermeņa masu. Populācijas FK pētījumā iekļautās pacientes bija vecumā no 21 līdz 86 gadiem (58% <65 gadiem, 31% 65-74 gadi un 11% >75 gadiem), 82% bija baltās rases pārstāves, un viņu ķermeņa masa bija no 41 līdz 171 kg (73% ķermeņa svars bija >60 kg).

Aknu darbības traucējumi

Populācijas FK analīzes tika veiktas, lai novērtētu aknu darbības traucējumu ietekmi uz rukapariba klīrensu pacientēm, kuras saņēma 600 mg rukapariba divreiz dienā. 34 pacientēm ar viegliem aknu darbības traucējumiem un 337 pacientēm ar normālu aknu darbību netika novērotas klīniski nozīmīgas atšķirības (kopējais bilirubīns $\leq$ ULN un ASAT $>$ ULN vai kopējo bilirubīnu $>$ 1,0 līdz 1,5 reizes pārsniedz ULN un jebkuru ASAT). Pētījumā, kas izvērtē rukapariba farmakokinētiku pacientēm ar nieru darbības traucējumiem, pacientēm ar vidēji smagiem aknu darbības traucējumiem (N=8, Nacionālais vēža institūts – Orgānu disfunkcijas darba grupas kritēriji; kopējais bilirubīns $>$ 1,5 - $\leq$ 3 reizes pārsniedz ULN) bija par 45% augstāks rukapariba AUC pēc vienas 600 mg devas, salīdzinot ar pacientēm ar normālu aknu darbību (N=8). C_{max} vai T_{max} rādītāji abām grupām bija vienādi. Dati par pacientēm ar smagiem aknu darbības traucējumiem nav pieejami (skatīt 4.2. apakšpunktu).

Nieru darbības traucējumi

Formāli rukapariba pētījumi pacientēm ar nieru darbības traucējumiem nav veikti. Populācijas FK

analīzes tika veiktas, lai novērtētu nieru darbības traucējumu ietekmi uz rukapariba klīrensu pacientēm, kuras saņēma 600 mg rukapariba divreiz dienā. Pacientēm ar viegliem nieru darbības traucējumiem (N=149; CLcr no 60 līdz 89 ml/min, novērtēts ar Kokrofta-Golta metodi) un pacientēm ar vidēji smagiem nieru darbības traucējumiem (N=76; CLcr no 30 līdz 59 ml/min) novēroja attiecīgi aptuveni par 15% un 33% augstāku līdzsvara koncentrācijas AUC, salīdzinot ar pacientēm ar normālu nieru darbību (N=147; CLcr 90 ml/min vai lielāks). Rukapariba farmakokinētiskais raksturojums pacientēm, kuru CLcr ir mazāks par 30 ml/min, vai pacientēm, kurām veic dialīzi, nav zināms (skatīt 4.2. apakšpunktu).

5.3. Preklīniskie dati par drošumu

Vispārēja toksikoloģija

Atrades neklīniskos toksikoloģijas pētījumos, kas veikti ar iekšķīgi lietojamu rukaparibu, kopumā bija saskaņā ar klīniskajos pētījumos novērotajām nevēlamajām blakusparādībām. Līdz 3 mēnešus ilgos atkārtotu devu toksicitātes pētījumos ar žurkām un suņiem mērķa orgāni bija kuņģa-zarnu trakts, hemopoēzes un limfopoēzes sistēma. Šīs atrades bija tāda iedarbības līmeņa gadījumā, kas bija zemāks nekā pacientēm, kuras ārstētas ar ieteicamo devu, un bija lielā mērā atgriezeniskas 4 nedēļu laikā pēc devu lietošanas pārtraukšanas. *In vitro* rukapariba IC₅₀ pret cilvēka *ether-à-go-go* saistīto gēnu (hERG) bija 22,6 μM, kas ir aptuveni 13 reizes vairāk nekā C_{max} pacientēm, lietojot ieteicamo devu.

Intravenoza rukapariba ievadīšana žurkām un suņiem izraisīja ietekmi uz sirdsdarbību augstas C_{max} gadījumā (no 5,4 līdz 7,3 reizes augstāka kā pacientēm), bet ne zemākas C_{max} gadījumā (no 1,3 līdz 3,8 reizes augstāka kā pacientēm). Ietekme uz sirdsdarbību, lietojot rukaparibu iekšķīgi atkārtotas devas toksicitātes pētījumos, netika novērota, kad rukapariba C_{max} bija salīdzināma ar pacientēm novēroto. Lai gan pēc devas iekšķīgas lietošanas ietekme uz sirdsdarbību netika novērota, pamatojoties uz intravenozi lietoto zāļu pētījumu atradēm un drošuma robežām, nevar izslēgt rukapariba ietekmi uz sirdsdarbību pacientēm, ja to lieto iekšķīgi.

Kancerogenitāte

Rukapariba kancerogenitātes pētījumi nav veikti.

Genotoksicitāte

Rukaparibs nebija mutagēns baktēriju reversās mutācijas (Eimsa) testā. Rukaparibs inducēja strukturālas hromosomu aberācijas *in vitro* cilvēka limfocītu hromosomālās aberācijas testā.

Reproduktīvā toksikoloģija

Embriju-augļu attīstības pētījumā ar žurkām rukaparibs bija saistīts ar pēcimplantācijas bojāeju iedarbības gadījumā, kas aptuveni 0,04 reizes pārsniedza cilvēka AUC, lietojot ieteicamajās devās.

Fertilitātes pētījumi ar rukaparibu nav veikti. Žurku un suņu 3 mēnešu vispārīgās toksikoloģijas pētījumos netika novērota ietekme uz tēviņu un mātīšu fertilitāti iedarbības gadījumā, kas 0,09 līdz 0,3 reizes pārsniedza cilvēka AUC, lietojot ieteicamajās devās. Pamatojoties uz novēroto drošības robežu, nevar izslēgt iespējamu risku. Turklāt saskaņā ar tā darbības mehānismu, rukaparibs var nelabvēlīgi ietekmēt cilvēka fertilitāti.

6. FARMACEITISKĀ INFORMĀCIJA

6.1. Palīgvielu saraksts

Tabletes kodols

Mikrokristāliskā celuloze
Nātrija cietes glikolāts (A tips)
Koloidāls bezūdens silīcija dioksīds
Magnija stearāts

Rubraca 200 mg apvalkotās tabletes

Tabletes apvalks

Polivinilspirts (E1203)
Titāna dioksīds (E171)
Makrogols 4000 (E1521)
Talks (E553b)
Briljantzilā FCF alumīnija laka (E133)
Indigokarmīna alumīnija laka (E132)

Rubraca 250 mg apvalkotās tabletes

Tabletes apvalks

Polivinilspirts (E1203)
Titāna dioksīds (E171)
Makrogols 4000 (E1521)
Talks (E553b)

Rubraca 300 mg apvalkotās tabletes

Tabletes apvalks

Polivinilspirts (E1203)
Titāna dioksīds (E171)
Makrogols 4000 (E1521)
Talks (E553b)
Dzeltenais dzelzs oksīds (E172)

6.2. Nesaderība

Nav piemērojama.

6.3. Uzglabāšanas laiks

5 gadi.

6.4. Īpaši uzglabāšanas nosacījumi

Šīm zālēm nav nepieciešami īpaši uzglabāšanas apstākļi.

6.5. Iepakojuma veids un saturs

ABPE pudele ar noslēgtu polipropilēna (PP) vāciņu, pudelē ir 60 tabletes.

Pieejami šādi iepakojuma izmēri:

- 1 kartona kastīte ar 1 pudeli (60 apvalkotās tabletes)
- 1 kartona kastīte ar 2 pudelēm (120 apvalkotās tabletes)

Tirgū var būt pieejami ne visi iepakojuma izmēri.

6.6. Īpaši norādījumi atkritumu likvidēšanai

Neizlietotās zāles vai izlietotie materiāli jāiznīcina atbilstoši vietējām prasībām.

7. REĢISTRĀCIJAS APLIECĪBAS ĪPAŠNIEKS

pharmaand GmbH
Taborstrasse 1
1020 Viena
Austrija

8. REĢISTRĀCIJAS APLIECĪBAS NUMURS(-I)

EU/1/17/1250/001
EU/1/17/1250/002
EU/1/17/1250/003
EU/1/17/1250/004
EU/1/17/1250/005
EU/1/17/1250/006

9. PIRMĀS REĢISTRĀCIJAS/PĀRREĢISTRĀCIJAS DATUMS

Pirmās reģistrācijas datums: 2018. gada 24. maijs
Pēdējās pārreģistrācijas datums: 2022. gada 4. marts

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. IZSNIEGŠANAS KĀRTĪBAS UN LIETOŠANAS NOSACĪJUMI VAI IEROBEŽOJUMI**
- C. CITI REĢISTRĀCIJAS 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

Almac Pharma Services Ltd
Seagoe Industrial Estate
Craigavon
County Armagh
BT63 5UA
Lielbritānija

Almac Pharma Services (Ireland) Ltd
Finnabair Industrial Estate
Dundalk
County Louth
A91 P9KD
Īrija

pharmaand GmbH
Taborstrasse 1
1020 Vīne
Austrija

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

B. IZSNIEGŠANAS KĀRTĪBAS UN LIETOŠANAS NOSACĪJUMI VAI IEROBEŽOJUMI

Zāles ar parakstīšanas ierobežojumiem (skatīt I pielikumu: zāļu apraksts, 4.2. apakšpunkts).

C. CITI REĢISTRĀCIJAS NOSACĪJUMI UN PRASĪBAS

• Periodiski atjaunojamais drošuma ziņojums (PSUR)

Šo zāļu PSUR iesniegšanas prasības ir norādītas Eiropas Savienības atsaucē 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 DROŠU UN EFEKTĪVU 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.

- **Saistības veikt pēcreģistrācijas pasākumus**

Reģistrācijas apliecības īpašniekam noteiktā laika periodā jāveic turpmāk norādītie pasākumi:

Apraksts	Izpildes termiņš
Pēcreģistrācijas efektivitātes pētījums (PAES): Lai sīkāk novērtētu rukapariba efektivitāti monoterapijā uzturošai ārstēšanai pieaugušām pacientēm ar progresējošu (FIGO III un IV stadija), augstas diferenciācijas pakāpes olnīcu epitēlija, olvadu vai primāru peritoneālo vēzi, kurām ir atbildes reakcija (pilnīga vai daļēja) uz pirmās izvēles platīnu saturošu ķīmijterapiju, RAĪ jāiesniedz 3. fāzes randomizētā, dubultmaskētā, placebo kontrolētā pētījuma CO-338-087 galīgās OS analīzes rezultāti.	2027. gada 30. jūnijs

III PIELIKUMS

MARĶĒJUMA TEKSTS UN LIETOŠANAS INSTRUKCIJA

A. MARKĒJUMA TEKSTS

INFORMĀCIJA, KAS JĀNORĀDA UZ ĀRĒJĀ IEPAKOJUMA**KASTĪTE****1. ZĀĻU NOSAUKUMS**

Rubraca 200 mg apvalkotās tabletes
rucaparib

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

Katra tablete satur rukapariba kamsilātu, kas atbilst 200 mg rukapariba.

3. PALĪGVIELU SARAKSTS**4. ZĀĻU FORMA UN SATURS**

60 apvalkotās tabletes
120 (2 x 60) apvalkotās tabletes

5. LIETOŠANAS UN IEVADĪŠANAS VEIDS(-I)

Pirms lietošanas izlasiet lietošanas instrukciju.
Perorālai/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**

Derīgs līdz:

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

pharmaand GmbH
Taborstrasse 1
1020 Viena
Austrija

12. REĢISTRĀCIJAS APLIECĪBAS NUMURS(-I)

EU/1/17/1250/001
EU/1/17/1250/004 120 (2 x 60) tabletes

13. SĒRIJAS NUMURS

Sērija

14. IZSNIEGŠANAS KĀRTĪBA**15. NORĀDĪJUMI PAR LIETOŠANU****16. INFORMĀCIJA BRAILA RAKSTĀ**

Rubraca 200 mg

17. UNIKĀLS IDENTIFIKATORS – 2D SVĪTRKODS

2D svītrkods, kurā iekļauts unikāls identifikators.

18. UNIKĀLS IDENTIFIKATORS – DATI, KURUS VAR NOLASĪT PERSONA

PC
SN
NN

INFORMĀCIJA, KAS JĀNORĀDA UZ TIEŠĀ IEPAKOJUMA**PUDELES UZLĪME****1. ZĀĻU NOSAUKUMS**

Rubraca 200 mg tabletes
rucaparib

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

Katra tablete satur rukapariba kamsilātu, kas atbilst 200 mg rukapariba.

3. PALĪGVIELU SARAKSTS**4. ZĀĻU FORMA UN SATURS**

60 tabletes

5. LIETOŠANAS UN IEVADĪŠANAS VEIDS(-I)

Pirms lietošanas izlasiet lietošanas instrukciju.
Perorālai/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**

Derīgs līdz:

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

pharmaand GmbH
Taborstrasse 1
1020 Viena
Austrija

12. REĢISTRĀCIJAS APLIECĪBAS NUMURS(-I)

EU/1/17/1250/001
EU/1/17/1250/004 120 (2 x 60) tabletes

13. SĒRIJAS NUMURS

Sērija

14. IZSNIEGŠANAS KĀRTĪBA**15. NORĀDĪJUMI PAR LIETOŠANU****16. INFORMĀCIJA BRAILA RAKSTĀ****17. UNIKĀLS IDENTIFIKATORS – 2D SVĪTRKODS****18. UNIKĀLS IDENTIFIKATORS – DATI, KURUS VAR NOLASĪT PERSONA**

INFORMĀCIJA, KAS JĀNORĀDA UZ ĀRĒJĀ IEPAKOJUMA**KASTĪTE****1. ZĀĻU NOSAUKUMS**

Rubraca 250 mg apvalkotās tabletes
rucaparib

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

Katra tablete satur rukapariba kamsilātu, kas atbilst 250 mg rukapariba.

3. PALĪGVIELU SARAKSTS**4. ZĀĻU FORMA UN SATURS**

60 apvalkotās tabletes
120 (2 x 60) apvalkotās tabletes

5. LIETOŠANAS UN IEVADĪŠANAS VEIDS(-I)

Pirms lietošanas izlasiet lietošanas instrukciju.
Perorālai/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**

Derīgs līdz:

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

pharmaand GmbH
Taborstrasse 1
1020 Viena
Austrija

12. REĢISTRĀCIJAS APLIECĪBAS NUMURS(-I)

EU/1/17/1250/002
EU/1/17/1250/005 120 (2 x 60) tabletes

13. SĒRIJAS NUMURS

Sērija

14. IZSNIEGŠANAS KĀRTĪBA**15. NORĀDĪJUMI PAR LIETOŠANU****16. INFORMĀCIJA BRAILA RAKSTĀ**

Rubraca 250 mg

17. UNIKĀLS IDENTIFIKATORS – 2D SVĪTRKODS

2D svītrkods, kurā iekļauts unikāls identifikators.

18. UNIKĀLS IDENTIFIKATORS – DATI, KURUS VAR NOLASĪT PERSONA

PC
SN
NN

INFORMĀCIJA, KAS JĀNORĀDA UZ TIEŠĀ IEPAKOJUMA**PUDELES UZLĪME****1. ZĀĻU NOSAUKUMS**

Rubraca 250 mg tabletes
rucaparib

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

Katra tablete satur rukapariba kamsilātu, kas atbilst 250 mg rukapariba.

3. PALĪGVIELU SARAKSTS**4. ZĀĻU FORMA UN SATURS**

60 tabletes

5. LIETOŠANAS UN IEVADĪŠANAS VEIDS(-I)

Pirms lietošanas izlasiet lietošanas instrukciju.
Perorālai/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**

Derīgs līdz:

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

pharmaand GmbH
Taborstrasse 1
1020 Viena
Austrija

12. REĢISTRĀCIJAS APLIECĪBAS NUMURS(-I)

EU/1/17/1250/002
EU/1/17/1250/005 120 (2 x 60) tabletes

13. SĒRIJAS NUMURS

Sērija

14. IZSNIEGŠANAS KĀRTĪBA**15. NORĀDĪJUMI PAR LIETOŠANU****16. INFORMĀCIJA BRAILA RAKSTĀ****17. UNIKĀLS IDENTIFIKATORS – 2D SVĪTRKODS****18. UNIKĀLS IDENTIFIKATORS – DATI, KURUS VAR NOLASĪT PERSONA**

INFORMĀCIJA, KAS JĀNORĀDA UZ ĀRĒJĀ IEPAKOJUMA**KASTĪTE****1. ZĀĻU NOSAUKUMS**

Rubraca 300 mg apvalkotās tabletes
rucaparib

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

Katra tablete satur rukapariba kamsilātu, kas atbilst 300 mg rukapariba.

3. PALĪGVIELU SARAKSTS**4. ZĀĻU FORMA UN SATURS**

60 apvalkotās tabletes
120 (2 x 60) apvalkotās tabletes

5. LIETOŠANAS UN IEVADĪŠANAS VEIDS(-I)

Pirms lietošanas izlasiet lietošanas instrukciju.
Perorālai/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**

Derīgs līdz:

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

pharmaand GmbH
Taborstrasse 1
1020 Viena
Austrija

12. REĢISTRĀCIJAS APLIECĪBAS NUMURS(-I)

EU/1/17/1250/003
EU/1/17/1250/006 120 (2 x 60) tabletes

13. SĒRIJAS NUMURS

Sērija

14. IZSNIEGŠANAS KĀRTĪBA**15. NORĀDĪJUMI PAR LIETOŠANU****16. INFORMĀCIJA BRAILA RAKSTĀ**

Rubraca 300 mg

17. UNIKĀLS IDENTIFIKATORS – 2D SVĪTRKODS

2D svītrkods, kurā iekļauts unikāls identifikators.

18. UNIKĀLS IDENTIFIKATORS – DATI, KURUS VAR NOLASĪT PERSONA

PC
SN
NN

INFORMĀCIJA, KAS JĀNORĀDA UZ TIEŠĀ IEPAKOJUMA**PUDELES UZLĪME****1. ZĀĻU NOSAUKUMS**

Rubraca 300 mg tabletes
rucaparib

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

Katra tablete satur rukapariba kamsilātu, kas atbilst 300 mg rukapariba.

3. PALĪGVIELU SARAKSTS**4. ZĀĻU FORMA UN SATURS**

60 tabletes

5. LIETOŠANAS UN IEVADĪŠANAS VEIDS(-I)

Pirms lietošanas izlasiet lietošanas instrukciju.
Perorālai/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**

Derīgs līdz:

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

pharmaand GmbH
Taborstrasse 1
1020 Viena
Austrija

12. REĢISTRĀCIJAS APLIECĪBAS NUMURS(-I)

EU/1/17/1250/003
EU/1/17/1250/006 120 (2 x 60) tabletes

13. SĒRIJAS NUMURS

Sērija

14. IZSNIEGŠANAS KĀRTĪBA**15. NORĀDĪJUMI PAR LIETOŠANU****16. INFORMĀCIJA BRAILA RAKSTĀ****17. UNIKĀLS IDENTIFIKATORS – 2D SVĪTRKODS****18. UNIKĀLS IDENTIFIKATORS – DATI, KURUS VAR NOLASĪT PERSONA**

B. LIETOŠANAS INSTRUKCIJA

Lietošanas instrukcija: informācija pacientam

Rubraca 200 mg apvalkotās tabletes
Rubraca 250 mg apvalkotās tabletes
Rubraca 300 mg apvalkotās tabletes
rucaparib

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, vaicāiet 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 iespējamajām blakusparādībām, kas nav minētas šajā instrukcijā. Skatīt 4. punktu.

Šajā instrukcijā varat uzzināt:

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

1. Kas ir Rubraca un kādam nolūkam tās lieto

Kas ir Rubraca un kā tās darbojas

Rubraca satur aktīvo vielu rukaparibu. Rubraca ir pretvēža zāles, ko sauc arī par “PARP (poli adenoīna difosfāta ribozes polimerāzes) inhibitoru”.

Pacientēm ar izmaiņām (mutācijām) gēnos, kurus sauc par BRCA (krūts vēža gēnu, *breast cancer gene*), pastāv vairāku veidu vēžu attīstības risks. Rubraca bloķē enzīmus, kas salabo bojāto DNS vēža šūnās, izraisot to nāvi.

Kādam nolūkam Rubraca lieto

Rubraca lieto, lai ārstētu olnīcu vēža veidu. Tās lieto kā uzturošu terapiju uzreiz pēc ķīmijterapijas, kuras rezultātā audzējs ir samazinājies.

2. Kas Jums jāzina pirms Rubraca lietošanas

Nelietojiet Rubraca šādos gadījumos

- ja Jums ir alerģija pret rukaparibu vai kādu citu (6. punktā minēto) šo zāļu sastāvdaļu;
- ja Jūs barojat bērnu ar krūti.

Ja neesat pārliecināta, pirms Rubraca lietošanas konsultējieties ar ārstu, farmaceitu vai medmāsu.

Brīdinājumi un piesardzība lietošanā

Pirms Rubraca lietošanas konsultējieties ar ārstu, farmaceitu vai medmāsu.

Asins analīzes

Ārsts vai medmāsa veiks asins analīzes, lai pārbaudītu Jūsu asins šūnu skaitu:

- pirms ārstēšanās ar Rubraca;
- katru mēnesi ārstēšanās laikā ar Rubraca.

Tas ir tādēļ, ka Rubraca var izraisīt mazu šādu asins šūnu skaitu:

- eritrocīti, leikocīti vai trombocīti. Sīkāku informāciju skatīt 4. punktā. Maza šūnu skaita pazīmes un simptomi ietver drudzi, infekciju, zilumu veidošanos un asiņošanu;
- mazs šūnu skaits var būt tāda smaga kaulu smadzeņu darbības traucējuma kā mielodisplastiskais sindroms (MDS) vai akūta mieloleikoze (AML) pazīme. Ārsts var nozīmēt kaulu smadzeņu analīzi, lai pārbaudītu, vai nav traucējumu.

Ārsts var arī nozīmēt iknedēļas analīzes, ja Jums ilgstoši būs mazs asins šūnu skaits. Viņš var arī pārtraukt ārstēšanu ar Rubraca, līdz asins šūnu skaits uzlabojas.

Ievērojiet piesardzību tiešā saules gaismā

Ārstēšanās laikā ar Rubraca varat ātrāk apdegt saulē. Tas nozīmē, ka Jums:

- jāizvairās no tiešas saules gaismas un nevajadzētu sauļoties, kamēr lietojat Rubraca;
- jāvalkā drēbes, kas nosedz galvu, rokas un kājas;
- jālieto pretiedeguma krēms un lūpu balzams ar saules aizsargfaktoru (*sun protection factor*, SPF) 50 vai vairāk.

Simptomi, kas Jums jānovēro

Pastāstiet ārstam, ja jūtat sliktu dūšu, Jums ir vemšana, caureja vai sāpes vēderā. Tās var būt pazīmes un simptomi, ka Rubraca ietekmē Jūsu kuņģi vai zarnas.

Bērni un pusaudži

Bērniem, kuri ir jaunāki par 18 gadiem, Rubraca nedrīkst lietot. Šīs zāles šajā vecuma grupā nav pētītas.

Citas zāles un Rubraca

Pastāstiet ārstam, farmaceitam vai medmāsai par visām zālēm, kuras lietojat, pēdējā laikā esat lietojis vai varētu lietot. Tas ir tāpēc, ka Rubraca var ietekmēt dažu zāļu iedarbību. Arī dažas citas zāles var ietekmēt Rubraca iedarbību.

Pastāstiet ārstam, farmaceitam vai medmāsai, ja lietojat kādas no šādām zālēm:

- antikoagulantus, kas palīdz asinīm brīvi plūst, piemēram, varfarīnu;
- pretkrampju zāles, ko lieto krampju (lēkmju) un epilepsijas ārstēšanai, piemēram, fenitoīnu;
- zāles holesterīna līmeņa pazemināšanai asinīs, piemēram, rosuvastīnu;
- zāles kuņģa problēmu ārstēšanai, piemēram, cisapīdu, omeprazolu;
- zāles, kas nomāc imūno sistēmu, piemēram, ciklosporīnu, sirolimu vai takrolimu;
- zāles migrēnu un galvassāpju ārstēšanai, piemēram, dihidroergotamīnu vai ergotamīnu;
- zāles stipru sāpju ārstēšanai, piemēram, alfentanilu vai fentanilu;
- zāles nekontrolētu kustību vai garīgu traucējumu ārstēšanai, piemēram, pimoziātu;
- zāles asins cukura līmeņa pazemināšanai un cukura diabēta ārstēšanai, piemēram, metformīnu;
- zāles neregulāras sirdsdarbības ārstēšanai, piemēram, digoksīnu vai hinidīnu;
- zāles alerģisku reakciju ārstēšanai, piemēram, astemizolu vai terfenadīnu;
- zāles miegainības izraisīšanai, piemēram, midazolamu;
- zāles muskuļu atbrīvošanai, piemēram, tizanidīnu;
- zāles astmas ārstēšanai, piemēram, teofilīnu.

Grūtniecība, barošana ar krūti un kontracepcija

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 savu ārstu, medmāsu vai farmaceitu.

Grūtniecība

- Rubraca nav ieteicams lietot grūtniecības laikā. Tas ir tāpēc, ka tās var kaitēt vēl nedzimušajam bērnam.
- Sievietēm, kurām var iestāties grūtniecība, pirms ārstēšanas ar Rubraca uzsākšanas ieteicams veikt grūtniecības testu.

Barošana ar krūti

- Nebarojiet bērnu ar krūti ārstēšanās laikā ar Rubraca un divas nedēļas pēc pēdējās devas lietošanas. Tas ir tādēļ, ka nav zināms, vai rukaparibs nokļūst mātes pienā.

Kontracepcija

- Sievietēm, kurām var iestāties grūtniecība, ir jālieto efektīvi dzimstības regulēšanas līdzekļi (kontracepcija):
 - ārstēšanas ar Rubraca laikā un
 - 6 mēnešus pēc Rubraca pēdējās devas lietošanas.Tas ir tādēļ, ka rukaparibs var ietekmēt vēl nedzimušo bērnu.
- Konsultējieties ar ārstu vai farmaceitu par visefektīvāko kontracepcijas metodi.

Transportlīdzekļu vadīšana un mehānismu apkalpošana

Rubraca var ietekmēt Jūsu spēju vadīt transportlīdzekļus, lietot instrumentus un apkalpot mehānismus. Ievērojiet piesardzību, ja jūtaties nogurusi vai Jums ir slikta dūša.

Rubraca satur nātriju

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

3. Kā lietot Rubraca

Vienmēr lietojiet šīs zāles tieši tā, kā ārsts, farmaceits vai medmāsa Jums teicis(-kusi). Neskaidrību gadījumā vaicāiet ārstam, farmaceitam vai medmāsai.

Cik daudz jālieto

- Parastā ieteicamā deva ir 600 mg divreiz dienā. Tas nozīmē, ka katru dienu Jūs kopā lietojat 1 200 mg. Ja Jums ir noteiktas blakusparādības, ārsts var ieteikt mazāku devu vai īslaicīgi pārtraukt ārstēšanu.
- Rubraca ir pieejamas kā 200 mg, 250 mg vai 300 mg tabletes.

Zāļu lietošana

- Lietojiet zāles vienreiz no rīta un vienreiz vakarā ar aptuveni 12 stundu intervālu.
- Jūs varat lietot tabletes neatkarīgi no ēdienreizēm.
- Ja Jums ir vemšana pēc Rubraca lietošanas, nelietojiet papildu devu. Lietojiet nākamo devu parastajā laikā.

Ja esat lietojusi Rubraca vairāk nekā noteikts

Ja esat lietojusi vairāk tablešu nekā noteikts, nekavējoties pastāstiet par to ārstam, farmaceitam vai medmāsai. Jums var būt nepieciešama medicīniska palīdzība.

Ja esat aizmirsusi lietot Rubraca

- Ja esat aizmirsusi lietot devu, izlaidiet aizmirsto devu. Pēc tam lietojiet nākamo devu parastajā laikā.
- Nelietojiet dubultu devu, lai aizvietotu aizmirsto devu.

Ja pārtraucat lietot Rubraca

- Ir svarīgi turpināt Rubraca lietošanu katru dienu tik ilgi, kamēr ārsts Jums tās parakstījis.
- Nepārtrauciet zāļu lietošanu, ja neesat iepriekš konsultējies ar ārstu.

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

4. Iespējamās blakusparādības

Tāpat kā visas zāles, šīs zāles var izraisīt blakusparādības, kaut arī ne visām tās izpaužas.

Nekavējoties pastāstiet ārstam, ja ievērojat kādu no tālāk norādītajām blakusparādībām – Jums var būt nepieciešama neatliekama ārstēšana.

Ļoti bieži (var ietekmēt vairāk nekā 1 no 10 cilvēkiem):

- elpas trūkums, noguruma sajūta, bāla āda vai ātra sirdsdarbība – tās var būt maza eritrocītu skaita (anēmijas) pazīmes;
- asiņošana vai zilumu veidošanās ilgāk nekā parasti, kad sevi savainojat – tās var būt maza trombocītu skaita (trombocitopēnijas) pazīmes;
- drudzis vai infekcija – tās var būt maza leikocītu skaita (neitropēnijas) pazīmes.

Citas blakusparādības ir šādas.

Ļoti bieži (var ietekmēt vairāk nekā 1 no 10 cilvēkiem):

- nelabuma sajūta (slikta dūša);
- noguruma sajūta; vemšana;
- sāpes vēderā;
- ēdiena garšas izmaiņas;
- patoloģiskas asins analīzes - paaugstināts aknu enzīmu līmenis;
- ēstgribas zudums;
- caureja;
- patoloģiskas asins analīzes - paaugstināts kreatinīna līmenis asinīs;
- apgrūtināta elpošana;
- reiboņa sajūta;
- saules apdegums;
- grēmas;
- augsts holesterīna līmenis;
- izsitumi.

Bieži (var ietekmēt līdz 1 no 10 cilvēkiem):

- dehidratācija;
- nieze;
- alerģiska reakcija (piemēram, sejas un acu pietūkums);
- roku plaukstu un/vai kāju pēdu apsārtums, pietūkums vai sāpes;
- sarkani plankumi uz ādas;
- zarnu nosprostojums vai smagi kaulu smadzeņu darbības traucējumi, piemēram, "mielodisplastiskais sindroms" (MDS) vai "akūta mieloleikoze" (AML) (skatīt 2. punktu);
- čūlas mutē.

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 Rubraca

Uzglabāt šīs zāles bērniem neredzamā un nepieejamā vietā.

Nelietot šīs zāles pēc derīguma termiņa beigām, kas norādīts uz pudeles un kastītes marķējuma pēc Derīgs līdz. Derīguma termiņš attiecas uz norādītā mēneša pēdējo dienu.

Šīm zālēm nav nepieciešami īpaši uzglabāšanas apstākļi.

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

6. Iepakojuma saturs un cita informācija

Ko Rubraca satur

- Aktīvā viela ir rukaparibs.
Rubraca 200 mg apvalkotās tabletes: katra apvalkotā tablete satur rukapariba kamsilātu, kas atbilst 200 mg rukapariba.

Rubraca 250 mg apvalkotās tabletes: katra apvalkotā tablete satur rukapariba kamsilātu, kas atbilst 250 mg rukapariba.

Rubraca 300 mg apvalkotās tabletes: katra apvalkotā tablete satur rukapariba kamsilātu, kas atbilst 300 mg rukapariba
- Citas sastāvdaļas ir:
 - Tabletes saturs: mikrokristāliskā celuloze; nātrija cietes glikolāts (A tips); koloidāls bezūdens silīcija dioksīds; magnija stearāts.
 - Tabletes apvalks:
Rubraca 200 mg apvalkotās tabletes:
polivinilspirts (E1203), titāna dioksīds (E171), makrogols 4000 (E1521), talkss (E553B), briljantzilā FCF alumīnija laka (E133) un indigokarmīna alumīnija laka (E132).

Rubraca 250 mg apvalkotās tabletes:
polivinilspirts (E1203), titāna dioksīds (E171), makrogols 4000 (E1521) un talkss (E553b).

Rubraca 300 mg apvalkotās tabletes:
polivinilspirts (E1203), titāna dioksīds (E171), makrogols 4000 (E1521), talkss (E553b) un dzeltenais dzelzs oksīds (E172).

Rubraca ārējais izskats un iepakojums

- Rubraca 200 mg apvalkotās tabletes ir zilas, apaļas apvalkotas tabletes, kurām vienā pusē ir marķējums “C2”.
- Rubraca 250 mg apvalkotās tabletes ir baltas, rombveida apvalkotas tabletes, kurām vienā pusē ir marķējums “C25”.
- Rubraca 300 mg apvalkotās tabletes ir dzeltenas, ovālas apvalkotas tabletes, kurām vienā pusē ir marķējums “C3”.

Rubraca tiek pārdotas plastmasas pudelēs. Katrā pudelē ir 60 apvalkotās tabletes.

Pieejami šādi iepakojuma izmēri:

- 1 kartona kastīte ar 1 pudeli (60 apvalkotās tabletes)
- 1 kartona kastīte ar 2 pudelēm (120 apvalkotās tabletes)

Jūsu valstī var nebūt pieejami visi iepakojuma izmēri.

Reģistrācijas apliecības īpašnieks un ražotājs

pharmaand GmbH
Taborstrasse 1
1020 Viena
Austrija

Ražotājs

Almac Pharma Services Limited
Seagoe Industrial Estate,
Portadown,
Craigavon,
BT63 5UA
Lielbritānija

vai

Almac Pharma Services (Ireland) Ltd
Finnabair Industrial Estate
Dundalk
County Louth
A91 P9KD
Īrija

Lai saņemtu papildu informāciju par šīm zālēm, lūdzam sazināties ar reģistrācijas apliecības īpašnieka vietējo pārstāvniecību:

Deutschland

Tel: 0080077889944

France

Tél: +33 (0)149116680

España

Tel: +34 913756230

Italia

Tel: 0080077889944

België/Belgique/Belgien, България, Česká republika, Danmark, Eesti, Ελλάδα, Hrvatska, Ireland, Ísland, Κύπρος, Latvija, Lietuva, Luxembourg/Luxemburg, Magyarorszag, Malta, Nederland, Norge, Österreich, Polska, Portugal, România, Slovenija, Slovenská republika, Suomi/Finland, Sverige:
Tālrunis: 0080077889944

Šī lietošanas instrukcija pēdējo reizi pārskatīta

Citi informācijas avoti

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