

ІНСТРУКЦІЯ
для медичного застосування лікарського засобу

ОБІНУТУЗУМАБ
(OBINUTUZUMAB)

Склад:

діюча речовина: obinutuzumab;

1 флакон містить 1000 мг обінутузумабу, що відповідає концентрації перед розведенням 25 мг/мл;

допоміжні речовини: L-гістидин; L-гістидину гідрохлорид, моногідрат; трегалози дигідрат; полоксамер 188; вода для ін'єкцій.

Лікарська форма. Концентрат для розчину для інфузій.

Основні фізико-хімічні властивості: рідина.

Фармакотерапевтична група.

Інші антинеопластичні засоби. Моноклональні антитіла.

Код АТХ L01X C15.

Фармакологічні властивості.

Фармакокінетика.

Обінутузумаб – це гуманізоване моноклональне анти-CD20 антитіло II типу підкласу IgG1, що було отримано шляхом гуманізації батьківського мишачого антитіла B-Ly1 та вироблено у лінії клітин яєчника китайського хом'яка за технологією рекомбінантної ДНК.

Механізм дії

Обінутузумаб – це рекомбінантне гуманізоване моноклональне анти-CD20 антитіло II типу ізотипу IgG1, отримане за допомогою глікоінжинірингу. Воно специфічно атакує позаклітинну петлю трансмембранного антигену CD20 на поверхні незлоякісних та злоякісних пре-B та зрілих В-лімфоцитів, але не на поверхні гематопоетичних стовбурових клітин, про-B-лімфоцитів, нормальних клітин плазми або інших нормальних тканин. Глікоінжиніринг Fc-ділянки обінутузумабу призводить до більш високої афінності рецепторів FcγRIII до імунних ефекторних клітин, таких як природні клітини-кілери (NK), макрофаги і моноцити, порівняно з антитілами, які не піддавалися глікоінжинірингу.

У доклінічних дослідженнях обінутузумаб індукує пряму загибель клітин та опосередковує антитілозалежну клітинну цитотоксичність (ADCC) та антитілозалежний клітинний фагоцитоз (ADCP) завдяки залученню FcγRIII позитивних імунних ефекторних клітин. Крім того, в умовах *in vivo* обінутузумаб опосередковує комплементзалежну цитотоксичність (CDC) низького ступеня. Порівняно з антитілами типу I, обінутузумаб, антитіло типу II, характеризується підвищеною здатністю індукувати пряму загибель клітин із супутнім зниженням рівня CDC при еквівалентних дозах. Обінутузумаб, як антитіло, що піддавалося глікоінжинірингу, характеризується підвищеною антитілозалежною клітинною цитотоксичністю (ADCC) і фагоцитозом (ADCP, антитілозалежним клітинним фагоцитозом) порівняно з антитілами, що не піддавалися глікоінжинірингу, при еквівалентних дозах. У моделях на тваринах обінутузумаб опосередковує потужне виснаження В-лімфоцитів та протипухлинну ефективність.

У базовому клінічному дослідженні BO21004/CLL11 у 91 % (40 із 44) пацієнтів (яких можна було оцінити), які отримували препарат Обінутузумаб, спостерігали виснаження В-лімфоцитів (яке визначали як зменшення кількості В-лімфоцитів CD19+ < 0,07 × 10⁹/л) наприкінці періоду лікування; виснаження лімфоцитів тривало ще протягом перших 6 місяців періоду подальшого спостереження. Відновлення В-лімфоцитів спостерігалося у 35 % (14 із 40) пацієнтів без

прогресування захворювання та у 13% (5 із 40) пацієнтів на фоні прогресування захворювання протягом 12-18 місяців подальшого спостереження.

Фармакокінетика.

Для аналізу фармакокінетичних (ФК) даних у 469 пацієнтів з індолентною неходжкінською лімфомою (іНХЛ), 342 пацієнтів з хронічним лімфолейкозом (ХЛЛ) і 130 пацієнтів з дифузною В-великоклітинною лімфомою, які брали участь у дослідженнях I, II та III фаз, в яких вони отримували лише обінутузумаб або обінутузумаб у комбінації з хіміотерапією, була побудована популяційна фармакокінетична модель.

Абсорбція

Обінутузумаб вводиться внутрішньовенно, тому поняття абсорбції не застосовне. Дослідження, в яких обінутузумаб вводили б іншими способами, не проводилися. За даними популяційної ФК-моделі, після інфузії у 1-й день циклу 6 розрахована медіана показника C_{max} у пацієнтів з ХЛЛ становила 465,7 мкг/мл, а показник $AUC(t)$ становив 8961 мкг•д/мл; у пацієнтів з іНХЛ розрахована медіана показника C_{max} становила 539,3 мкг/мл і показник $AUC(t)$ становив 10956 мкг•день/мл.

Розподіл

Після внутрішньовенного введення об'єм розподілу центрального компартмента (2,98 л у пацієнтів з ХЛЛ і 2,97 л у пацієнтів з іНХЛ), приблизно відповідає об'єму сироватки, що вказує на те, що розподіл значною мірою обмежується плазмою та інтерстиціальною рідиною.

Біотрансформація

Метаболізм обінутузумабу безпосередньо не вивчався. Антитіла виводяться переважно шляхом катаболізму.

Елімінація

Кліренс обінутузумабу у пацієнтів із ХЛЛ становив приблизно 0,11 л/день і 0,08 л/день у пацієнтів з іНХЛ із медіаною елімінації $t_{1/2}$ 26,4 дні у пацієнтів з ХЛЛ і 36,8 дня у пацієнтів з іНХЛ. Елімінація обінутузумабу відбувається двома паралельними шляхами, які описують кліренс, а саме: лінійним шляхом кліренсу і нелінійним шляхом кліренсу, який змінюється як функція часу. На момент початку лікування домінує змінний у часі нелінійний шлях кліренсу, на який припадає основний шлях кліренсу. При продовженні лікування починає домінувати лінійний шлях кліренсу. Це вказує на опосередкований мішенню розподіл лікарського засобу (TMDD), коли початковий надлишок клітин CD20 спричиняє швидке видалення обінутузумабу із кровообігу. Але, як тільки більшість CD20-клітин зв'яжеться з обінутузумабом, вплив феномену TMDD на фармакокінетику зводиться до мінімуму.

Фармакокінетичний-фармакодинамічний зв'язок

У популяційному фармакокінетичному аналізі встановлено, що стать є коваріацією, яка пояснює деяку варіабельність результатів у різних пацієнтів, оскільки у чоловіків кліренс у рівноважному стані (CL_{ss}) є більшим на 22 %, а об'єм розподілу (V) – на 18 %. Однак результати популяційного аналізу продемонстрували, що розбіжності в експозиції не є значними (під час циклу 6 лікування розрахована медіана AUC і C_{max} у пацієнтів з ХЛЛ становлять 11282 мкг•д/мл і 578,9 мкг/мл у жінок і 8451 мкг•д/мл і 432,5 мкг/мл у чоловіків відповідно; AUC і C_{max} у пацієнтів з іНХЛ становлять 13172 мкг•д/мл і 635,7 мкг/мл у жінок і 9769 мкг•д/мл і 481,3 мкг/мл у чоловіків відповідно), що вказує на відсутність необхідності у корекції дози у зв'язку із статтю.

Пацієнти літнього віку

Популяційний фармакокінетичний аналіз обінутузумабу показав, що вік не впливає на фармакокінетику обінутузумабу. Спостереження не виявили достовірної різниці між фармакокінетикою обінутузумабу серед пацієнтів у віці < 65 років (n=265), пацієнтів у віці 65-75 років (n=197) і пацієнтів > 75 років (n=128).

Діти

Дослідження для вивчення фармакокінетики обінутузумабу у дітей не проводилися.

Порушення функції нирок

Популяційний фармакокінетичний аналіз обінутузумабу показав, що кліренс креатиніну не впливає на фармакокінетику обінутузумабу. Фармакокінетика обінутузумабу у пацієнтів з легким (кліренс креатиніну (КК) 50-89 мл/хв, n=306) та помірним (КК від 30 до 49 мл/хв, n=72) порушенням ниркової функції була подібною до такої у пацієнтів з нормальною функцією нирок (КК \geq 90 мл/хв, n=207). Дані про фармакокінетичні показники у пацієнтів з тяжким порушенням ниркової функції (КК 15-29 мл/хв) обмежені (n=5), тому рекомендації щодо корекції дози дати неможливо.

Порушення функції печінки

У пацієнтів із порушенням функції печінки офіційні фармакокінетичні дослідження не проводилися.

Клінічні характеристики.

Показання.

Хронічний лімфолейкоз (ХЛЛ)

Обінутузумаб у комбінації із хлорамбуцилом показана для лікування дорослих пацієнтів з хронічним лімфолейкозом, які попередньо не отримували лікування та мають супутні захворювання, що унеможливує проведення терапії на основі флударабіну у повних дозах.

Фолікулярна лімфома (ФЛ)

Обінутузумаб у комбінації з бендамустином з наступною підтримуючою терапією препаратом Обінутузумаб показана для лікування пацієнтів з фолікулярною лімфомою, які не відповіли на лікування ритуксимабом або комбіновану терапію, що включала ритуксимаб, або захворювання яких прогресувало під час або протягом 6 місяців після лікування ритуксимабом або після комбінованої терапії, що включала ритуксимаб.

Протипоказання.

Реакції підвищеної чутливості до діючої речовини або до будь-якої допоміжної речовини.

Взаємодія з іншими лікарськими засобами та інші види взаємодій.

Відповідні дослідження взаємодії з іншими лікарськими засобами не проводилися, однак деякі піддослідження взаємодії з іншими лікарськими засобами проводилися щодо препаратів Обінутузумаб та бендамустину, схеми СНОР (циклофосфамід, доксорубіцин, вінкристин, преднізолон), FC (флударабін, циклофосфамід) і хлорамбуцил. Не можна виключити ризик взаємодії з іншими лікарськими засобами, які застосовуються одночасно.

Фармакокінетичні взаємодії

Обінутузумаб не є субстратом, інгібітором або індуктором ферментів цитохрому P450 (CYP450), уридин-дифосфат-глюкуронілтрансферази (УГТ) та переносників, таких як Р-глікопротеїн. З огляду на це фармакокінетична взаємодія з лікарськими засобами, які метаболізуються за участю цих ферментних систем, не очікується.

Одночасне застосування з препаратом Обінутузумаб не має впливу на фармакокінетику бендамустину, FC, хлорамбуцилу або окремі компоненти схеми СНОР. Окрім того, не спостерігалось очевидного впливу бендамустину, FC, хлорамбуцилу або СНОР на фармакокінетику препарату Обінутузумаб.

Фармакодинамічні взаємодії

Проводити вакцинацію живими противірусними вакцинами під час лікування і до відновлення рівня В-лімфоцитів не рекомендується через імуносупресивний ефект обінутузумабу (див. розділ «Особливості застосування»).

Комбінація обінутузумабу з хлорамбуцилом або бендамустином може підсилювати нейтропенію (див. розділ «Особливості застосування»).

Особливості застосування.

З метою підвищення якості відстеження біологічних лікарських засобів у медичній документації пацієнта необхідно чітко та зрозуміло вказати торгову назву та номер серії препарату, який вводиться.

Інфузійні реакції (ІР)

Серед побічних реакцій (ПР) у пацієнтів, яким вводили препарат Обінутузумаб, найчастіше спостерігали ІР, які виникали переважно під час інфузії перших 1 000 мг препарату. Інфузійні реакції можуть бути пов'язані із синдромом вивільнення цитокінів, який також спостерігається у пацієнтів, що отримували лікування препаратом Обінутузумаб. У пацієнтів з ХЛЛ, які отримували комбіновані заходи для профілактики інфузійних реакцій (відповідний глюкокортикоїд, пероральний анальгетик/антипіретик, відмова від антигіпертензивного препарату вранці тієї доби, на яку призначено першу інфузію, та введення дози 1-го дня циклу 1 протягом 2 днів), що описана у розділі «Спосіб застосування та дози», спостерігали зменшену частоту розвитку ІР усіх ступенів. Частота розвитку ІР 3–4-го ступенів (дані на основі відносно малої кількості пацієнтів) була однаковою до та після проведення попереджувальних заходів. Слід вживати запобіжних заходів для зменшення частоти розвитку ІР (див. розділ «Спосіб застосування та дози»). Частота та тяжкість симптомів інфузійних реакцій суттєво зменшувалися після введення перших 1 000 мг препарату, і у більшості пацієнтів ІР під час наступних сеансів введення препарату Обінутузумаб не розвивалися (див. розділ «Побічні реакції»).

У переважній більшості пацієнтів незалежно від показання ІР були легкого або середнього ступеня, їх вдавалося позбавлятися шляхом уповільнення або тимчасового припинення першої інфузії, але також повідомляли про тяжкі та небезпечні для життя ІР, що потребували симптоматичного лікування. Клінічно ІР можуть не відрізнятися від алергічних реакцій, обумовлених імуноглобуліном Е (IgE) (наприклад анафілаксії). Пацієнти з великим пухлинним навантаженням і/чи великим числом циркулюючих лімфоцитів при ХЛЛ [$> 25 \times 10^9/\text{л}$]) мають підвищений ризик розвитку тяжких ІР. У пацієнтів з порушенням функції нирок (КК < 50 мл/хв) та пацієнтів з оцінкою > 6 за Сукупною шкалою оцінки захворювання (CIRS) і КК < 70 мл/хв ризик розвитку ІР, у тому числі тяжких, більш високий (див. розділ «Побічні реакції»).

Крім того, повідомлялося про випадки розвитку синдрому вивільнення цитокінів на фоні лікування препаратом Обінутузумаб. Інформацію про профілактику цього синдрому див. у розділі «Спосіб застосування та дози».

Якщо у пацієнта розвивається ІР, інфузію слід проводити, враховуючи ступінь тяжкості реакції. При ІР 4-го ступеня інфузію слід зупинити та остаточно припинити лікування препаратом. При ІР 3-го ступеня інфузію необхідно тимчасово припинити та провести лікування для подолання наявних симптомів. При ІР 1–2-го ступенів інфузію слід уповільнити та належним чином пролікувати симптоми. Після зникнення симптомів інфузію можна поновити (за винятком ІР 4-го ступеня), але зі швидкістю, що не перевищує половину попередньої і, якщо у пацієнта не виникає те ж саме побічне явище такого самого ступеня тяжкості, знову вдатися до поступового збільшення швидкості інфузії з інтервалами, які дозволені для цієї лікувальної дози. Для пацієнтів з ХЛЛ, якщо швидкість попередньої інфузії погано переносилася, інструкції щодо циклу 1, дня 1 і дня 2 слід застосовувати щодо наступних циклів (див. таблицю 5 у розділі «Спосіб застосування та дози»).

Якщо у пацієнтів виникають нижчезазначені явища, проводити інфузії препарату Обінутузумаб надалі не можна:

- гострі респіраторні симптоми, що загрожують життю;
- ІР 4-го ступеня (тобто така, що загрожує життю) або
- друга поява ІР 3-го ступеня (подовження/рецидив) (після відновлення першої інфузії або під час наступної інфузії).

За пацієнтами з наявними до початку лікування серцево-судинними або легеневиими захворюваннями слід уважно спостерігати протягом всієї інфузії та у постінфузійному періоді. Під час внутрішньовенних інфузій препарату Обінутузумаб може розвиватися гіпотензія. Через це слід розглянути доцільність утримання від застосування антигіпертензивних препаратів за 12 годин до початку лікування, протягом усього часу проведення інфузії препарату Обінутузумаб, а також протягом першої години після введення препарату. Для пацієнтів з високим ризиком розвитку гіпертонічного кризу необхідно зважити усі переваги та ризики тимчасової відміни антигіпертензивних ліків.

Реакції підвищеної чутливості, включаючи анафілаксію

Повідомлялося про розвиток анафілаксії у пацієнтів, які отримували препарат Обінутузумаб. Реакцію гіперчутливості може бути складно відрізнити від ІР. Якщо під час інфузії підозрюється розвиток реакції підвищеної чутливості (наприклад симптоми, які зазвичай виникають після попереднього введення та дуже рідко під час першої інфузії), інфузію слід зупинити та остаточно припинити лікування препаратом. У пацієнтів із відомими реакціями підвищеної чутливості до обінутузумабу, обумовленими імуноглобуліном Е (IgE), лікування проводити не слід (див. розділ «Протипоказання»).

Синдром лізису пухлини (СЛП)

Повідомлялося про розвиток синдрому лізису пухлини (СЛП) під час лікування препаратом Обінутузумаб. Пацієнти з ризиком розвитку СЛП (наприклад, пацієнти з великим пухлинним навантаженням, та/або високим рівнем циркулюючих лімфоцитів [$>25 \times 10^9/\text{л}$], та/або порушенням функції нирок [$\text{КК} < 70 \text{ мл/хв}$]) мають отримувати профілактику. Профілактика повинна складатися з адекватної гідратації та застосування урикозостатиків (наприклад, алопуринолу), або відповідних альтернативних засобів лікування, таких як уратоксидаза (наприклад, расбуриказа), та розпочинатися за 12-24 години до початку інфузії препарату Обінутузумаб згідно зі стандартною практикою (див. розділ «Спосіб застосування та дози»). Слід проводити ретельний моніторинг усіх пацієнтів з ризиком протягом перших днів лікування, звертаючи особливу увагу на функцію нирок, показники рівня калію та сечової кислоти. Необхідно дотримуватися будь-яких додаткових методичних рекомендацій згідно зі стандартною практикою. Для лікування СЛП необхідно коригувати електролітні відхилення, стежити за нирковою функцією та водним балансом та проводити підтримувальну терапію, включаючи діаліз, якщо для цього є показання.

Нейтропенія

Під час лікування препаратом Обінутузумаб повідомляли про розвиток тяжкої та небезпечної для життя нейтропенії, включаючи фебрильну нейтропенію. За пацієнтами, у яких розвивається нейтропенія, необхідно ретельно спостерігати та регулярно робити аналіз крові, поки нейтропенія не мине. У разі необхідності проводять належне лікування, також необхідно розглянути можливість введення гранулоцитарних колонієстимулювальних факторів. Будь-які ознаки супутніх інфекцій слід лікувати належним чином. У разі тяжкої або небезпечної для життя нейтропенії необхідно розглянути питання про перенос застосування наступної дози.

Настійно рекомендується призначити пацієнтам із тяжкою нейтропенією тривалістю більше 1 тижня антимікробну профілактику протягом усього періоду лікування, поки нейтропенія не полегшиться до 1-го або 2-го ступеня. Слід також розглянути можливість призначення антивірусної та протигрибкової профілактики (див. розділ «Спосіб застосування та дози»). Крім того, повідомлялося про випадки пізньої нейтропенії (яка розвивається через 28 днів після завершення лікування) або тривалої нейтропенії (яка триває більше 28 днів після завершення/припинення лікування). Пацієнти із порушенням функції нирок ($\text{КК} < 50 \text{ мл/хв}$) мають більш високий ризик нейтропенії (див. розділ «Побічні реакції»).

Тромбоцитопенія

Під час лікування препаратом Обінутузумаб спостерігалися випадки тяжкої та небезпечної для життя тромбоцитопенії, включаючи гостру тромбоцитопенію (яка розвивається протягом 24 годин після інфузії). Пацієнти із порушенням функції нирок ($\text{КК} < 50 \text{ мл/хв}$) мають більш

високий ризик тромбоцитопенії (див. розділ «Побічні реакції»). Також повідомлялося про випадки летальних кровотеч у пацієнтів, які отримували препарат Обінутузумаб, під час циклу 1. Чіткий взаємозв'язок між тромбоцитопенією та геморагічними явищами не встановлено.

За пацієнтами необхідно ретельно спостерігати на предмет появи тромбоцитопенії, особливо під час першого циклу лікування; необхідно регулярно проводити аналіз крові, поки усі явища не минуть, і у випадку тяжкої або загрозованої для життя тромбоцитопенії необхідно розглянути питання про перенос застосування наступної дози. Переливання препаратів крові (наприклад переливання тромбоцитів) відповідно до прийнятих в лікувальній установі правил застосовується на розсуд лікаря. Також слід брати до уваги застосування будь-яких супутніх ліків, які можуть посилити явища, пов'язані із тромбоцитопенією, таких як інгібітори тромбоцитів та антикоагулянти, особливо під час першого курсу лікування.

Погіршення перебігу існуючих захворювань серцево-судинної системи

У пацієнтів із захворюваннями серцево-судинної системи під час лікування препаратом Обінутузумаб розвивалися аритмії (такі як фібриляція передсердь та тахіаритмія), стенокардія, гострий коронарний синдром, інфаркт міокарда та серцева недостатність (див. розділ «Побічні реакції»). Ці явища можуть розвиватися як складова IP та закінчуватися летально. З огляду на це, за пацієнтами із кардіологічними захворюваннями в анамнезі слід ретельно спостерігати. Крім того, таким пацієнтам гідратацію слід проводити з обережністю, щоб попередити можливе перенавантаження рідиною.

Інфекції

Препарат Обінутузумаб не слід вводити на фоні активної інфекції, також необхідно обережно ставитися до застосування препарату Обінутузумаб пацієнтам із рецидивами або хронічними інфекціями в анамнезі. Під час та після завершення терапії препаратом Обінутузумаб можуть розвиватися серйозні бактеріальні, грибкові та вірусні інфекції. Повідомлялося про випадки летальних інфекцій. У пацієнтів з оцінкою > 6 за CIRS і $KK < 70$ мл/хв ризик розвитку інфекцій, у тому числі тяжких, більш високий (див. розділ «Побічні реакції»).

Реактивація гепатиту В

У пацієнтів, які отримують лікування анти-CD20 антитілами, у тому числі препаратом Обінутузумаб, може спостерігатися реактивація вірусу гепатиту В (ВГВ), яка у деяких випадках може призвести до блискавичного гепатиту, печінкової недостатності та смерті (див. розділ «Побічні реакції»). Перед початком лікування препаратом Обінутузумаб всім пацієнтам проводять скринінг на вірус гепатиту В. Мінімумально такий скринінг має включати аналізи на статус поверхневого антигену вірусу гепатиту В (HBsAg) та статус антитіл до серцевинного антигену вірусу гепатиту В (HBcAb). Скринінг можна доповнити іншими прийнятними маркерами. Пацієнтам з активним гепатитом В лікування препаратом Обінутузумаб проводити не можна. Пацієнти із позитивними серологічними тестами на гепатит В повинні проконсультуватися із гепатологом, перш ніж починати лікування, окрім того, за ними необхідно ретельно спостерігати та лікувати згідно з медичними стандартами, щоб не допустити реактивації гепатиту.

Прогресуюча мультифокальна лейкоенцефалопатія (ПМЛ)

Під час лікування препаратом Обінутузумаб у пацієнтів відзначали розвиток прогресуючої мультифокальної лейкоенцефалопатії (ПМЛ) (див. розділ «Побічні реакції»). У будь-якого пацієнта із вперше виявленою або змінами у вже існуючій неврологічній симптоматиці можливий діагноз ПМЛ. Симптоми ПМЛ неспецифічні і можуть змінюватися залежно від ділянки ураження головного мозку. Розповсюдженими бувають рухові симптоми із ознаками ураження кортикоспінального тракту (наприклад м'язова слабкість, параліч та сенсорні порушення), сенсорні відхилення, мозочкові симптоми та дефекти полів зору. Можуть виникати деякі симптоми, які вважаються «кортикальними» (наприклад афазія або зорово-просторова дезорієнтація). Діагностика ПМЛ передбачає (але не обмежується) консультацію невролога, магнітно-резонансну томографію головного мозку (МРТ) та люмбальну пункцію (аналіз спинномозкової рідини на ДНК вірусу Джона Канінгема). Під час діагностичних досліджень для виявлення можливої ПМЛ терапію препаратом Обінутузумаб призупиняють, а в

разі підтвердження діагнозу ПМЛ – остаточно відмінюють. У цьому випадку також може бути доцільним відміна або зменшення доз будь-якої супутньої хіміотерапії або імуносупресивної терапії. Пацієнта необхідно направити до невролога для обстеження і лікування ПМЛ.

Імунізація

Безпека імунізації живими або атенуйованими противірусними вакцинами після терапії препаратом Обінутузумаб не вивчалася, проводити вакцинацію живими противірусними вакцинами під час лікування і до відновлення В-лімфоцитів не рекомендується.

Внутрішньоутробна експозиція обінутузумабу і вакцинація новонароджених живими противірусними вакцинами

Через можливе зниження числа В-лімфоцитів у новонароджених внаслідок впливу препарату Обінутузумаб під час вагітності необхідно контролювати у новонароджених рівень В-лімфоцитів, а вакцинацію живими вірусними вакцинами слід відкласти до того часу, коли рівень В-лімфоцитів у новонародженого відновиться. Питання щодо безпеки і часу вакцинації слід обговорити з лікарем немовляти (див. розділ «Застосування у період вагітності або годування груддю»).

Утилізація невикористаного препарату та препарату із простроченим терміном придатності: надходження препарату у навколишнє середовище необхідно звести до мінімуму. Препарат не слід викидати у стічні води і побутові відходи. Для утилізації необхідно використовувати так звану «систему збору відходів» за наявності такої.

Застосування у період вагітності або годування груддю.

Жінки дітородного віку

Жінки дітородного віку повинні застосовувати ефективний засіб контрацепції протягом лікування препаратом Обінутузумаб та ще 18 місяців після завершення терапії.

Вагітність

Дослідження репродуктивної функції на тваринах не продемонструвало ознак внутрішньоутробної токсичності або тератогенних ефектів, але закінчилося повним виснаженням В-лімфоцитів у потомства. Протягом перших 6 місяців життя рівень В-лімфоцитів та імунна функція у потомства відновилися. Концентрації обінутузумабу в сироватці крові у потомства були подібними до таких у матерів на 28-й день після пологів. Концентрації у молоці у той самий день були дуже низькими, що свідчить про те, що обінутузумаб проникає через плаценту. Дані щодо застосування обінутузумабу вагітним жінкам відсутні. Препарат Обінутузумаб не слід вводити вагітним жінкам, за винятком випадків, коли користь від препарату переважає потенційний ризик.

У разі застосування препарату під час вагітності у немовлят можна очікувати виснаження В-лімфоцитів, що обумовлено фармакологічними властивостями препарату. Слід розглянути питання про відстрочення вакцинації живими вакцинами для немовлят, матері яких мали застосовувати препарат Обінутузумаб під час вагітності, до тих пір, поки рівень В-лімфоцитів повернеться до нормального рівня (див. розділ «Особливості застосування»).

Годування груддю

Дослідження на тваринах продемонстрували, що обінутузумаб виділяється у грудне молоко.

Оскільки людський імуноглобулін G (IgG) виділяється в грудне молоко жінок, тоді як можливість абсорбції та шкода для новонародженого залишаються невідомими, жінкам слід рекомендувати відмовитися від годування груддю під час терапії препаратом Обінутузумаб та протягом ще 18 місяців після застосування останньої дози препарату Обінутузумаб.

Репродуктивна функція

Спеціальні дослідження на тваринах для вивчення впливу обінутузумабу на репродуктивну функцію не проводилися. Під час досліджень токсичності повторних доз побічний вплив на репродуктивні органи самців та самок не спостерігали.

Здатність впливати на швидкість реакції при керуванні автотранспортом або іншими механізмами.

Препарат Обінутузумаб не впливає або впливає незначним чином на здатність керувати транспортними засобами та працювати з механізмами. Під час першої інфузії препарату Обінутузумаб дуже розповсюдженими є інфузійні реакції, і тому пацієнтам, у яких розвиваються симптоми, пов'язані з проведенням інфузії, рекомендується не керувати транспортними засобами та не працювати з механізмами, поки симптоми не минуть.

Спосіб застосування та дози.

Препарат Обінутузумаб слід вводити під пильним наглядом досвідченого лікаря та в умовах, де можливе негайне проведення усіх заходів невідкладної допомоги.

Дозування

Профілактика та премедикація для попередження синдрому лізису пухлини (СЛП)

Вважається, що пацієнти з великим пухлинним навантаженням, та/або високим рівнем циркулюючих лімфоцитів ($> 25 \times 10^9/\text{л}$), та/або порушенням функції нирок (КК < 70 мл/хв) мають ризик розвитку СЛП, і таким пацієнтам слід провести профілактику. Профілактика має складатися з адекватної гідратації та застосування урикозостатиків (наприклад, *алопуринолу*), або відповідних альтернативних засобів лікування, таких як уратоксидаза (наприклад, *расбуриказа*), та розпочинатися за 12-24 години до початку інфузії препарату Обінутузумаб згідно зі стандартною практикою (див. розділ «Особливості застосування»). Пацієнти мають надалі отримувати повторну профілактику перед кожною наступною інфузією, якщо це буде визнано доцільним.

Профілактика та премедикація для попередження інфузійних реакцій (ІР)

Премедикацію проводять з метою зниження ризику інфузійних реакцій (див. таблиці 1 і 2, а також розділ «Особливості застосування»). Премедикація кортикостероїдами рекомендована пацієнтам з ФЛ і є обов'язковою для пацієнтів з ХЛЛ у першому циклі (див. таблицю 1). Премедикацію для наступних інфузій та інші премедикації проводять, як зазначено нижче.

Під час внутрішньовенних інфузій препарату Обінутузумаб може розвиватися гіпотензія як симптом інфузійної реакції. Через це може бути доцільним утримання від застосування антигіпертензивних препаратів за 12 годин до початку лікування, протягом усього часу проведення інфузії препарату Обінутузумаб, а також протягом першої години після введення препарату (див. розділ «Особливості застосування»).

Таблиця 1. Премедикація, яку необхідно проводити перед інфузією препаратом Обінутузумаб з метою зниження ризику розвитку інфузійних реакцій у пацієнтів з ХЛЛ (див. також розділ «Особливості застосування»).

День лікувального циклу	Пацієнти, яким потрібна премедикація	Премедикація	Час введення
Цикл 1: День 1	Усі пацієнти	Внутрішньовенний кортикостероїд ¹	Завершити щонайменше за 1 годину до початку інфузії препарату Обінутузумаб
		Пероральний анальгетик/антипіретик ²	Щонайменше за 30 хвилин до початку інфузії препарату Обінутузумаб
		Антигістамінний препарат ³	
Цикл 1: День 2	Усі пацієнти	Внутрішньовенний кортикостероїд ¹	Завершити щонайменше за 1 годину до початку інфузії препарату Обінутузумаб
		Пероральний анальгетик/антипіретик ²	Щонайменше за 30 хвилин до

День лікувального циклу	Пацієнти, яким потрібна премедикація	Премедикація	Час введення
		Антигістамінний препарат ³	початку інфузії препарату Обінутузумаб
Усі наступні інфузії	Пацієнти, у яких були відсутні інфузійні реакції протягом попередньої інфузії	Пероральний анальгетик/антипіретик ²	Щонайменше за 30 хвилин до початку інфузії препарату Обінутузумаб
	Пацієнти з інфузійною реакцією (1-го або 2-го ступеня тяжкості) після попередньої інфузії	Пероральний анальгетик/антипіретик ² Антигістамінний препарат ³	
	Пацієнти із інфузійною реакцією 3-го ступеня тяжкості після попередньої інфузії або пацієнти з числом лімфоцитів >25 x 10 ⁹ /л перед початком наступного етапу лікування	Внутрішньовенний кортикостероїд ¹	Завершити щонайменше за 1 годину до початку інфузії препарату Обінутузумаб
		Пероральний анальгетик/антипіретик ² Антигістамінний препарат ³	Щонайменше за 30 хвилин до початку інфузії препарату Обінутузумаб

¹100 мг преднізону/преднізолону або 20 мг дексаметазону, або 80 мг метилпреднізолону. Гідрокортизон застосовувати не слід, оскільки він не був ефективним для зменшення частоти розвитку інфузійних реакцій.

²Наприклад 1000 мг ацетамінофену/парацетамолу.

³Наприклад 50 мг дифенгідраміну.

Таблиця 2 Премедикація, яку необхідно проводити перед інфузією препарату Обінутузумаб з метою зниження ризику розвитку інфузійних реакцій у пацієнтів з ФЛ (див. також розділ «Особливості застосування»).

День лікувального циклу	Пацієнти, яким потрібна премедикація	Премедикація	Час введення
Цикл 1: День 1	Усі пацієнти	Внутрішньовенний кортикостероїд ¹ (рекомендовано)	Завершити щонайменше за 1 годину до початку інфузії препарату Обінутузумаб
		Пероральний анальгетик/антипіретик ²	Щонайменше за 30 хвилин до початку інфузії препарату Обінутузумаб
		Антигістамінний препарат ³	

День лікувального циклу	Пацієнти, яким потрібна премедикація	Премедикація	Час введення
Усі наступні інфузії	Пацієнти, у яких були відсутні інфузійні реакції протягом попередньої інфузії	Пероральний анальгетик/антипіретик ²	Щонайменше за 30 хвилин до початку інфузії препарату Обінутузумаб
	Пацієнти з інфузійною реакцією (1-го або 2-го ступеня тяжкості) після попередньої інфузії	Пероральний анальгетик/антипіретик ² Антигістамінний препарат ³	
	Пацієнти із інфузійною реакцією 3-го ступеня тяжкості після попередньої інфузії або пацієнти з числом лімфоцитів $>25 \times 10^9/\text{л}$ перед початком наступного етапу лікування	Внутрішньовенний кортикостероїд ¹	Завершити щонайменше за 1 годину до початку інфузії препарату Обінутузумаб
		Пероральний анальгетик/антипіретик ² Антигістамінний препарат ³	Щонайменше за 30 хвилин до початку інфузії препарату Обінутузумаб

¹100 мг преднізону/преднізолону або 20 мг дексаметазону, або 80 мг метилпреднізолону. Гідрокортизон застосовувати не слід, оскільки він не був ефективним для зменшення частоти розвитку інфузійних реакцій.

²Наприклад 1000 мг ацетамінофену/парацетамолу.

³Наприклад 50 мг дифенгідраміну.

Доза

Хронічний лімфолейкоз (у комбінації з хлорамбуцилом)

Рекомендована доза препарату Обінутузумаб у комбінації з хлорамбуцилом для пацієнтів з ХЛЛ наведена у таблиці 3.

Цикл 1

Рекомендована доза препарату Обінутузумаб у комбінації з хлорамбуцилом становить 1000 мг, яку вводять протягом 1-го дня і 2-го дня (або протягом 1-го дня), 8-го дня та 15-го дня першого 28-денного циклу лікування.

Необхідно підготувати 2 інфузійні пакети для проведення інфузій у 1-й та 2-й дні (100 мг для 1-го дня і 900 мг для 2-го дня). Якщо під час введення першого пакета не виникало потреби змінювати швидкість або переривати інфузію, другий пакет можна ввести у той же день (перерва у введенні дози не потрібна, повторна премедикація не потрібна), за умови забезпечення достатнього часу, належних умов та медичного нагляду протягом усієї інфузії. Якщо під час введення перших 100 мг препарату виникла необхідність зміни швидкості або переривання інфузії, другий пакет розчину слід вводити наступного дня.

Цикли 2-6

Рекомендована доза препарату Обінутузумаб у комбінації з хлорамбуцилом становить 1000 мг, яку вводять протягом 1-го дня кожного циклу.

Таблиця 3. Доза препарату Обінутузумаб, яку необхідно ввести під час 6 лікувальних циклів тривалістю 28 днів кожний, для пацієнтів з ХЛЛ.

Цикл	День лікування	Доза препарату Обінутузумаб
Цикл 1	День 1	100 мг
	День 2 (або продовження 1-го дня)	900 мг
	День 8	1 000 мг
	День 15	1 000 мг
Цикли 2-6	День 1	1 000 мг

Тривалість лікування

Шість лікувальних циклів тривалістю 28 днів кожний.

Відкладене або пропущене введення

Якщо заплановану дозу препарату Обінутузумаб не було введено, її необхідно ввести якомога швидше і не чекати часу введення наступної запланованої дози. Запланований інтервал між введеннями доз препарату Обінутузумаб необхідно витримувати.

Фолікулярна лімфома

Рекомендована доза препарату Обінутузумаб у комбінації з бендамустином для пацієнтів з ФЛ наведена у таблиці 4.

Індукційна терапія (у комбінації з бендамустином)

Цикл 1

Рекомендована доза препарату Обінутузумаб у комбінації з бендамустином становить 1000 мг, яку вводять 1-го дня, 8-го дня та 15-го дня першого 28-денного циклу лікування.

Цикли 2-6

Рекомендована доза препарату Обінутузумаб у комбінації з бендамустином становить 1000 мг, яку вводять 1-го дня кожного 28-денного циклу лікування.

Підтримуюча терапія

Пацієнти, які відповіли на індукційну терапію (тобто початкові 6 циклів лікування) препаратом Обінутузумаб у комбінації з бендамустином, або у них спостерігається стабілізація захворювання, мають продовжувати отримувати препарат Обінутузумаб по 1000 мг як підтримуючу терапію у режимі монотерапії кожні 2 місяці протягом двох років або до прогресування захворювання (в залежності від того, що відбудеться першим).

Таблиця 4 Доза препарату Обінутузумаб для застосування протягом 6 циклів лікування, кожен з яких має тривалість 28 днів, з наступною підтримуючою терапією препаратом Обінутузумаб пацієнтів з ФЛ

Цикл	День лікування	Доза препарату Обінутузумаб
Цикл 1	День 1	1000 мг
	День 8	1000 мг
	День 15	1000 мг
Цикли 2–6	День 1	1000 мг

Підтримуюча терапія	Кожні 2 місяці протягом двох років або до прогресування захворювання (в залежності від того, що відбудеться першим).	1000 мг
---------------------	--	---------

Тривалість лікування

Шість циклів лікування, кожен тривалістю 28 днів, з наступною підтримуючою терапією кожні 2 місяці протягом двох років або до прогресування захворювання (в залежності від того, що відбудеться першим).

Відкладене або пропущене введення

Якщо заплановану дозу препарату Обінутузумаб не було введено, її необхідно ввести якомога швидше і не чекати часу введення наступної запланованої дози. Під час індукційної терапії запланований інтервал між введеннями доз препарату Обінутузумаб необхідно витримувати. Під час підтримуючої терапії слід дотримуватися початкової схеми дозування для наступних доз.

Модифікації дози під час лікування (усі показання)

Зменшувати дози препарату Обінутузумаб не рекомендується.

Щодо лікування симптоматичних побічних явищ (у тому числі інфузійних реакцій) див. інформацію, наведену нижче, а також розділ «Особливості застосування».

Особливі групи пацієнтів

Пацієнти літнього віку

Для пацієнтів літнього віку корекція дози не потрібна (див. розділ «Фармакокінетика»).

Порушення функції нирок

Для пацієнтів з легким та помірним порушенням функції нирок (кліренс креатиніну [КК] 30-89 мл/хв) корекція дози не потрібна (див. розділ «Фармакокінетика»). Безпека та ефективність препарату Обінутузумаб для пацієнтів з тяжким порушенням функції нирок (КК < 30 мл/хв) не вивчалися.

Порушення функції печінки

Безпека та ефективність препарату Обінутузумаб для пацієнтів з порушеною функцією печінки не вивчалися. Конкретні рекомендації щодо дози надати неможливо.

Спосіб введення

Препарат Обінутузумаб призначена для внутрішньовенного введення. Після розведення препарат вводять у вигляді внутрішньовенної інфузії через інфузійну систему. Препарат Обінутузумаб не можна вводити внутрішньовенно як швидко ін'єкцію або болюсно.

Інструкції з розведення

Розчин препарату Обінутузумаб повинен готувати медичний працівник, дотримуючись правил асептики. Не струшувати флакон.

Цикли 2-6 при ХЛЛ і всі цикли при ФЛ

Набирають 40 мл концентрату з флакона і розводять в інфузійному пакеті з полівінілхлориду (ПВХ) або поліолефіну (не-ПВХ), в якому міститься розчин натрію хлориду для ін'єкцій 9 мг/мл (0,9 %).

Цикл 1 при ХЛЛ

Для диференціації двох інфузійних пакетів для початкової дози 1 000 мг рекомендується застосовувати мішки різного розміру, щоб відрізнити дозу 100 мг для 1-го дня циклу 1 і дозу 900 мг для 1-го дня (продовження) або 2-го дня циклу 1. Щоб приготувати 2 інфузійні пакети, набирають 40 мл концентрату з флакона і розводять 4 мл у 100 мл з інфузійного пакета з полівінілхлориду (ПВХ) або поліолефіну (не-ПВХ), а решту 36 мл – у 250 мл з інфузійного пакета з полівінілхлориду (ПВХ) або поліолефіну (не-ПВХ) (в обох мішках міститься розчин

натрію хлориду для ін'єкцій 9 мг/мл (0,9 %). Чітко підписують кожний інфузійний пакет. Умови зберігання інфузійних пакетів див. у розділі «Особливості застосування».

Доза препарату яку необхідно ввести	Необхідна кількість концентрату Обінутузумаб	Розмір інфузійного пакета з ПВХ або поліолефіну (не-ПВХ)
100 мг	4 мл	100 мл
900 мг	36 мл	250 мл
1 000 мг	40 мл	250 мл

Не застосовувати інші розчинники, такі як розчин глюкози (5 %) (див. розділ «Несумісність»). Пакет необхідно обережно перевернути кілька разів, щоб перемішати розчин, але потрібно уникнути надмірного піноутворення. Розведений розчин не можна струшувати або заморожувати.

Парентеральні лікарські засоби перед введенням необхідно перевіряти візуально на предмет наявності твердих частинок і зміни забарвлення.

Під час вивчення не встановлено ознак несумісності між препаратом Обінутузумаб у концентраціях в діапазоні від 0,4 мг/мл до 20,0 мг/мл після розведення препарату Обінутузумаб із розчином натрію хлориду для ін'єкцій 9 мг/мл (0,9 %) та:

- пакетами з ПВХ, поліетилену (ПЕ), поліпропілену або поліолефіну;
- системами для інфузій з ПВХ, поліуретану (ПУР) або ПЕ;
- додатковими вбудованими фільтрами з контактними поверхнями з поліефірсульфону (PES), 3-ходовим інфузійним клапаном з полікарбонату (ПК) і катетерами, виготовленими з поліефіроуретану (PEU).

Особливості зберігання готового розчину

Хімічна та фізична стабільність препарату після розведення була продемонстрована в розчині натрію хлориду для ін'єкцій 9 мг/мл (0,9 %) в концентрації від 0,4 мг/мл до 20 мг/мл протягом 24 годин при температурі від 2 °С до 8 °С, а також протягом наступних 48 годин (включаючи час інфузії) при температурі ≤ 30 °С.

З мікробіологічної точки зору приготовлений інфузійний розчин слід використати негайно. Якщо розчин не використовують відразу, то термін і умови зберігання препарату є відповідальністю користувача. Як правило, термін зберігання не має перевищувати 24 години при температурі 2-8 °С, за умови, що процедура розведення відбулася у контрольованих і валідованих асептичних умовах.

Інструкції щодо швидкості інфузії наведені у таблицях 5, 6.

Таблиця 5. Стандартна швидкість інфузії за відсутності інфузійних реакцій/реакцій гіперчутливості у пацієнтів з ХЛЛ (у випадку інфузійних реакцій див. "Контроль інфузійних реакцій")

Цикл	День лікування	Швидкість інфузії
Цикл 1	День 1 (100 мг)	Вводять зі швидкістю 25 мг/год протягом 4 годин. Швидкість інфузії не збільшувати.
	День 2 (або продовження 1-го дня) (900 мг)	Якщо під час попередньої інфузії інфузійні реакції не виникали, слід вводити препарат зі швидкістю 50 мг/год. Швидкість інфузії можна збільшити кроками по 50 мг/год кожні 30 хвилин, доводячи до максимальної швидкості 400 мг/год.

	День 8 (1000 мг)	Якщо під час попередньої інфузії інфузійні реакції не виникали, фінальна швидкість інфузії становила 100 мг/год або більше, інфузії можна починати зі швидкістю 100 мг/год та збільшувати кроками по 100 мг/год кожні 30 хвилин, доводячи до максимальної швидкості 400 мг/год.	100
	День 15 (1000 мг)		
Цикли 2-6	День 1 (1000 мг)		

Таблиця 6. Стандартна швидкість інфузії за відсутності інфузійних реакцій/реакцій гіперчутливості у пацієнтів з ФЛ (у випадку виникнення інфузійних реакцій див «Контроль інфузійних реакцій»)

Цикл	День лікування	Швидкість інфузії
Цикл 1	День 1 (1000 мг)	Вводять зі швидкістю 50 мг/год. Швидкість інфузії можна збільшити кроками по 50 мг/год кожні 30 хв, доводячи до максимальної швидкості 400 мг/год.
	День 8 (1000 мг)	Якщо під час попередньої інфузії інфузійні реакції не виникали при фінальній швидкості інфузії 100 мг/год або більше, інфузії можна починати зі швидкістю 100 мг/год та збільшувати кроками по 100 мг/год кожні 30 хвилин, доводячи до максимальної швидкості 400 мг/год.
	День 15 (1000 мг)	
Цикли 2–6	День 1 (1000 мг)	
Підтримуюча терапія	Кожні 2 місяці протягом 2 років або до прогресування захворювання (в залежності від того, що відбудеться першим).	

Контроль інфузійних реакцій (всі показання)

Для контролю ІР можливо доведеться тимчасово перервати інфузію, зменшити швидкість інфузії або відмінити лікування препаратом Обінутумаб, як зазначено нижче (див. також розділ «Особливості застосування»).

- Реакції 4-го ступеня (небезпечні для життя): інфузію слід зупинити та остаточно припинити лікування препаратом.
- Реакції 3-го ступеня (тяжкі): інфузію слід тимчасово зупинити та вдатися до лікування симптомів. Після зникнення симптомів інфузію можна поновити, але на швидкості, що не перебільшує половину попередньої (тобто швидкості, на фоні якої виникли ІР), і, якщо у пацієнта не виникають будь-які інші симптоми ІР, знову вдатися до поступового збільшення швидкості інфузії з інтервалами, які дозволені для цієї лікувальної дози (див. таблиці 5 і 6). Пацієнтам з ХЛЛ, які отримують дозу дня 1 (Цикл 1), розділену на 2 дні,

швидкість інфузії в день 1 можна знову поновити до 25 мг/год через 1 годину, але надалі не збільшувати. Інфузію слід зупинити та остаточно припинити лікування препаратом, якщо у пацієнта повторно виникає ІР 3-го ступеня.

- Реакції 1 – 2-го ступеня (легкого або середнього ступеня): швидкість інфузії необхідно зменшити та вдатися до лікування симптомів. Після зникнення симптомів інфузію можна поновити і, якщо у пацієнта не виникають будь-які інші симптоми ІР, знову вдатися до поступового збільшення швидкості інфузії з інтервалами, які дозволені для цієї лікувальної дози (див. таблиці 5 і 6). Пацієнтам з ХЛЛ, які отримують дозу дня 1 (Цикл 1), розділену на 2 дні, швидкість інфузії в день 1 можна знову поновити до 25 мг/год через 1 годину, але надалі не збільшувати.

Діти.

Безпека та ефективність препарату Обінутузумаб для дітей (віком до 18 років) не встановлені. Дані відсутні.

Передозування.

Досвід спостережень за передозуванням препарату у людей відсутній. У клінічних дослідженнях препарату Обінутузумаб пацієнтам вводили дози у діапазоні від 50 мг до 2 000 мг/інфузію включно. Частота та інтенсивність побічних реакцій, про які повідомлялося у цих дослідженнях, очевидно, не залежали від дози.

Якщо у пацієнта виникає передозування, необхідно негайно перервати або скоротити інфузію та уважно спостерігати за пацієнтом. Слід пам'ятати про необхідність регулярного контролю формули крові та про підвищений ризик інфекцій, якщо у пацієнта спостерігається зниження числа В-лімфоцитів.

Побічні реакції.

Побічні реакції (ПР), що описані у цьому розділі, були виявлені під час лікування та періоду подальшого спостереження в рамках базових клінічних досліджень, BO21004/CLL11, N = 781, і GAO4753g, N = 396, у раніше нелікованих пацієнтів з ХЛЛ, у пацієнтів з індолентною неходжкінською лімфомою (іНХЛ) (81,1% пацієнтів були з ФЛ), у яких не було відповіді або захворювання яких прогресувало під час лікування або протягом 6 місяців після закінчення лікування ритуксимабом або комбінованого лікування з ритуксимабом. В цих дослідженнях вивчали застосування препарату Обінутузумаб у комбінації з різними хіміотерапевтичними препаратами (хлорамбуцил при ХЛЛ, бендамустин при іНХЛ) і як підтримуючої монотерапії (лише при іНХЛ). Протокол дослідження GAO4753g визначає пацієнтів з іНХЛ, включаючи ФЛ, як досліджувану популяцію. Тому, з метою надання найбільш повної інформації з безпеки, аналіз представлених ПР був виконаний для усієї досліджуваної популяції (тобто іНХЛ).

Частоту виникнення ПР визначали таким чином: дуже поширені ($\geq 1/10$), поширені (від $\geq 1/100$ до $< 1/10$), непоширені (від $\geq 1/1\ 000$ до $< 1/100$), рідко поширені (від $\geq 1/10\ 000$ до $< 1/1\ 000$) і дуже рідко поширені ($< 1/10\ 000$). У межах кожної групи за частотою небажані реакції наведені у порядку зменшення їх серйозності.

Нижче підсумовані ПР, які спостерігалися із вищою частотою (різниця $\geq 2\%$) у пацієнтів[#], які отримували препарат Обінутузумаб та хіміотерапію: у пацієнтів з ХЛЛ, які отримували препарат Обінутузумаб та хлорамбуцил у порівнянні з пацієнтами, які отримували лише хлорамбуцил або ритуксимаб з хлорамбуцилом (дослідження BO21004/CLL11) і у пацієнтів з іНХЛ, які отримували препарат Обінутузумаб та бендамустин з наступним застосуванням підтримуючої терапії препаратом Обінутузумаб деяким пацієнтам, у порівнянні з пацієнтами, які отримували лише бендамустин (дослідження GAO4753g).

Інфекції та інвазії: дуже поширені – інфекція нижніх дихальних шляхів, синусит; поширені – назофарингіт, герпес ротової порожнини, риніт, фарингіт, інфекція легень, грип, інфекції сечовивідних шляхів (3-5-го ступеня тяжкості[†]); непоширені – назофарингіт (3-5-го ступеня тяжкості[†]).

Новоутворення доброякісні, злоякісні та неуточнені (в тому числі кісти та поліпи): поширені – плоскоклітинна карцинома шкіри (у тому числі 3-5-го ступеня тяжкості[†]).

Порушення з боку крові та лімфатичної системи: дуже поширені – нейтропенія (у тому числі 3-5-го ступеню тяжкості[†]), тромбоцитопенія (у тому числі 3-5-го ступеня тяжкості[†]), анемія; поширені – лейкопенія (у тому числі 3-5-го ступеня тяжкості[†]), біль у лімфатичному вузлі, анемія (3-5-го ступеня тяжкості[†]).

Порушення обміну речовин і харчування: поширені – синдром лізису пухлини (у тому числі 3-5-го ступеня тяжкості[†]), гіперурикемія, непоширені – гіперурикемія (3-5-го ступеня тяжкості[†]).

Психічні розлади: поширені – депресія.

Порушення з боку органів зору: поширені – гіперемія очей.

Кардіальні розлади: поширені – фібриляція передсердь, серцева недостатність; непоширені – фібриляція передсердь (3-5-го ступеня тяжкості[†]).

Судинні розлади: поширені – артеріальна гіпертензія (у тому числі 3-5-го ступеня тяжкості[†]).

Порушення з боку дихальної системи, органів грудної клітки та середостіння: дуже поширені – кашель; поширені – закладеність носа, ринорея.

Шлунково-кишкові порушення: дуже поширені – діарея, запор; поширені – диспепсія, коліт, геморої, діарея (3-5-го ступеня тяжкості[†]).

Порушення з боку шкіри і підшкірної клітковини: поширені – алопеція, свербіж, нічне потіння, екзема.

Порушення з боку опорно-рухової системи та сполучної тканини: дуже поширені – артралгія; поширені – біль у спині, кістково-м'язовий біль у грудях, біль у кінцівках, біль у кістках; непоширені (3-5-го ступеня тяжкості[†]) – артралгія, біль у спині, кістково-м'язовий біль у грудях.

Порушення з боку нирок та сечовидільної системи: поширені – дизурія, нетримання сечі.

Загальні розлади та реакції у місці введення: дуже поширені – підвищена температура тіла, астенія; поширені – біль у грудній клітці; непоширені – підвищена температура тіла (3-5-го ступеня тяжкості[†]).

Обстеження: поширені – зменшення числа лейкоцитів (у тому числі 3-5-го ступеня тяжкості[†]), зменшення числа нейтрофілів (у тому числі 3-5-го ступеня тяжкості[†]), збільшення маси тіла.

Травми, отруєння та ускладнення процедур: дуже поширені – інфузійні реакції (у тому числі 3-5-го ступеня тяжкості[†]).

[#]З більшою частотою (різниця $\geq 2\%$ між групами лікування). Наведено лише з реакції з найбільшою частотою, які спостерігалися у дослідженнях (на основі досліджень VO21004/раніше нелікованої ХЛЛ і GAO4753g/iНХЛ, рефрактерної до ритуксимабу).

[†]Побічні реакції 5-го ступеня тяжкості спостерігалися із різницею $\geq 2\%$ між групами лікування.

В дослідженні GAO4753g пацієнти в групі бендамустину (В) отримували лише індукційне лікування протягом 6 місяців, у той час як після індукційного періоду пацієнти в групі лікування препаратом Обінутузумаб та бендамустином (G + В) продовжили отримувати підтримуюче лікування препаратом Обінутузумаб.

Під час періоду підтримуючого лікування в дослідженні GAO4753g найбільш поширеними побічними реакціями були: кашель (15%), інфекції верхніх дихальних шляхів (12%), нейтропенія (11%), синусит (10%), діарея (8%), інфузійні реакції (8%), нудота (8%), слабкість (8%), бронхіт (7%), артралгія (7%), підвищення температури (6%), назофарингіт (6%) та інфекції сечових шляхів (6%). Найпоширенішими побічними реакціями 3-5-го ступеня тяжкості були: нейтропенія (10%), анемія, фебрильна нетропенія, тромбоцитопенія, сепсис, інфекція верхніх дихальних шляхів, інфекція сечових шляхів (усі з частотою 1%).

Профіль побічних реакцій у підгрупі пацієнтів з ФЛ був порівняним із таким у загальній популяції iНХЛ.

Опис окремих побічних реакцій

Інфузійні реакції (IP)

Найчастішими ($\geq 5\%$) симптомами, які асоціювалися з інфузійними реакціями, були: нудота, слабкість, озноб, артеріальна гіпотензія, підвищення температури, блювання, диспепсія,

припливи, артеріальна гіпертензія, головний біль, тахікардія, запаморочення і діарея. Також повідомлялося про такі респіраторні та кардіологічні симптоми, як бронхоспазм, подразнення гортані і горла, свистяче дихання, набряк гортані і фібриляція передсердь (див. розділ «Особливості застосування»).

Хронічний лімфолейкоз

Частота розвитку ІР була вище у групі застосування препарату Обінутузумаб з хлорамбуцилом порівняно із групою застосування ритуксимабу з хлорамбуцилом. Частота ІР становила 65 % при інфузії перших 1 000 мг препарату Обінутузумаб (у 20 % пацієнтів розвинулися ІР 3–5-го ступеня, про летальні випадки не повідомлялося). Загалом, ІР, які призвели до відміни препарату Обінутузумаб, виникли у 7 % пацієнтів. Частота ІР при наступних інфузіях становила 3 % для другої дози 1 000 мг та 1 % – надалі. За винятком інфузій перших 1 000 мг у циклі 1, ІР 3–5-го ступеня після подальших доз не виникали.

У пацієнтів, яким проводили комбіновані заходи для профілактики інфузійних реакцій (відповідний кортикостероїд, пероральний анальгетик/антипіретик, відмова від антигіпертензивного препарату вранці тієї доби, на яку призначено першу інфузію, та введення дози 1-го дня циклу 1 протягом 2 днів), як описано у розділі «Спосіб застосування та дози», спостерігали зменшену частоту розвитку інфузійних реакцій усіх ступенів. Частота розвитку інфузійних реакцій 3-4-го ступенів тяжкості (які спостерігалися у відносно малій кількості пацієнтів) була однаковою до та після проведення профілактичних заходів.

Індолентна неходжкінська лімфома, включаючи фолікулярну лімфому

Під час циклу 1 загальна частота інфузійних реакцій була більшою у пацієнтів, які отримували препарат Обінутузумаб і бендамустин (G + B) (55%) у порівнянні з пацієнтами, які отримували лише бендамустин (42%) інфузійні реакції 3-5-го ступеня тяжкості спостерігалися у 9% і у 2% відповідно, і явища з летальним наслідком не зафіксовано). У пацієнтів, які отримували лікування за схемою G + B, частота інфузійних реакцій була найбільшою в день 1 (38%) і поступово зменшувалася протягом днів 2, 8 і 15 (25%, 7% і 4% відповідно). Під час циклу 2 частота інфузійних реакцій була меншою у пацієнтів, які отримували G + B (24%) у порівнянні з пацієнтами, які отримували лише бендамустин (B) (32%). Частота інфузійних реакцій при наступних інфузіях була порівнянною в обох групах і зменшувалася з кожним циклом. Інфузійні реакції також спостерігалися у 8% пацієнтів під час підтримуючого лікування. В цілому, у 3% пацієнтів виникали інфузійні реакції, які призводили до відміни терапії препаратом Обінутузумаб.

Нейтропенія та інфекції

Хронічний лімфолейкоз

Частота розвитку нейтропенії була вищою у групі застосування препарату Обінутузумаб з хлорамбуцилом порівняно із групою застосування ритуксимабу з хлорамбуцилом, при цьому нейтропенія зникла спонтанно або завдяки застосуванню гранулоцитарних колонієстимулювальних факторів. Частота інфекцій становила 38 % у групі препарату Обінутузумаб плюс хлорамбуцил та 37 % – у групі ритуксимаб плюс хлорамбуцил (випадки 3 – 5-го ступенів спостерігалися у 12 % та 14 % відповідно, про летальні наслідки повідомлялося у < 1 % випадків в обох групах лікування). Також повідомлялося про випадки тривалої нейтропенії (2 % – у групі застосування препарату Обінутузумаб з хлорамбуцилом та 4 % – у групі застосування ритуксимабу з хлорамбуцилом) та пізньої нейтропенії (16 % – у групі застосування препарату Обінутузумаб з хлорамбуцилом та 12 % – у групі застосування ритуксимабу з хлорамбуцилом) (див. розділ «Особливості застосування»).

Індолентна неходжкінська лімфома, включаючи фолікулярну лімфому

Частота нейтропенії була більшою у групі лікування за схемою Обінутузумаб плюс бендамустин (G + B) у порівнянні з групою, яка отримувала лише бендамустин (B) (38% і 32% відповідно). Частота інфекції становила 65% у групі G + B і 56% в групі B (явища 3-5-го ступеня тяжкості спостерігалися у 18% і 17% пацієнтів, відповідно, і явища з летальним наслідком спостерігалися у 5 пацієнтів (3%) в групі G + B і у 7 пацієнтів (4%) в групі B).

Також повідомлялося про випадки тривалої нейтропенії (3% в групі G + B) і пізній початок нейтропенії (7% в групі G + B) (див. розділ «Особливості застосування»).

Тромбоцитопенія

Хронічний лімфолейкоз

Частота розвитку тромбоцитопенії була вище у групі застосування препарату Обінутузумаб з хлорамбуцилом порівняно із групою застосування ритуксимабу з хлорамбуцилом, особливо під час першого циклу. У чотирьох пацієнтів, які отримували комбінацію препарату Обінутузумаб плюс хлорамбуцил, розвилася гостра тромбоцитопенія (яка виникла протягом перших 24 годин після інфузії препарату Обінутузумаб) (див. розділ «Особливості застосування»). Загальна частота геморагічних явищ у групі лікування препаратом Обінутузумаб та у групі лікування ритуксимабом була подібною. Кількість летальних геморагічних подій була збалансованою між групами лікування; однак у пацієнтів, які отримували препарат Обінутузумаб, усі ці явища виникали тільки у циклі 1. Чіткий взаємозв'язок між тромбоцитопенією та геморагічними явищами не встановлений.

Індолентна неходжкінська лімфома, включаючи фолікулярну лімфому

Частота тромбоцитопенії була меншою в групі лікування за схемою Обінутузумаб з бендамустином (G + B) (15%) у порівнянні з групою лікування лише бендамустином (B) (24%). Частота геморагічних подій (11% G + B, 10% B) і геморагічних подій 3-5-го ступеня тяжкості (5% G + B, 3%B) була подібною в обох групах лікування, при цьому про явища з летальним наслідком не повідомлялося.

Особливі групи пацієнтів

Пацієнти літнього віку

Хронічний лімфолейкоз

У базовому дослідженні 46 % (156 із 336) пацієнтів з ХЛЛ, які отримували комбінацію Обінутузумаб плюс хлорамбуцил, становили люди віком понад 75 років (медіана віку – 74 роки). У цих пацієнтів розвинулися більш серйозні побічні явища та частіше виникали явища, які призводили до смерті, ніж у пацієнтів віком до 75 років.

Індолентна неходжкінська лімфома, включаючи фолікулярну лімфому

44% (85 із 194) пацієнтів з іНХЛ, які отримували лікування за схемою Обінутузумаб плюс бендамустин, були віком від 65 років. Клінічно значима різниця щодо безпеки не спостерігалася між цими пацієнтами і пацієнтами молодшого віку.

Порушення функції нирок

Хронічний лімфолейкоз

В дослідженні CLL11 у 27% (90 із 336) пацієнтів, які отримували лікування за схемою Обінутузумаб плюс хлорамбуцил, спостерігалася ниркова недостатність середнього ступеня тяжкості (кліренс креатиніну < 50 мл/хв). У цих пацієнтів спостерігалися більш серйозні побічні явища і побічні явища, які призвели до смерті, ніж у пацієнтів з кліренсом креатиніну \geq 50 мл/хв (див. розділи «Спосіб застосування та дози», «Особливості застосування», «Фармакокінетика»). Пацієнти з кліренсом креатиніну <30 мл/хв були виключені з дослідження.

Індолентна неходжкінська лімфома, включаючи фолікулярну лімфому

В базовому дослідженні іНХЛ невелика група пацієнтів - 8% (15 із 194), які отримували лікування препаратом Обінутузумаб та бендамустином мали порушення функції нирок середнього ступеня тяжкості (кліренс креатиніну <50 мл/хв). У цих пацієнтів спостерігалися більш серйозні побічні явища і побічні явища, які призвели до смерті, ніж у пацієнтів з кліренсом креатиніну \geq 50 мл/хв див. розділи «Спосіб застосування та дози», «Фармакокінетика»). Пацієнти з кліренсом креатиніну <40 мл/хв були виключені з дослідження.

Додаткова інформація про безпеку з досвіду клінічних досліджень

Прогресуюча мультифокальна лейкоенцефалопатія (ПМЛ)

Повідомлялося про випадки розвитку ПМЛ у пацієнтів, які отримували препарат Обінутузумаб (див. розділ «Особливості застосування»).

Реактивація гепатиту В

Повідомлялося про випадки реактивації гепатиту В у пацієнтів, які отримували препарат Обінутузумаб (див. розділ «Особливості застосування»).

Перфорація шлунково-кишкового тракту

Повідомлялося про випадки перфорації шлунково-кишкового тракту у пацієнтів, які отримували препарат Обінутузумаб, в основному при НХЛ. В базовому дослідженні GAO4753g перфорації шлунково-кишкового тракту спостерігалися у 1% пацієнтів.

Погіршення наявних кардіологічних захворювань

У пацієнтів, які отримували лікування препаратом Обінутузумаб, спостерігалися випадки розвитку аритмії (такі як фібриляція передсердь та тахіаритмія), стенокардії, гострого коронарного синдрому, інфаркту міокарда та серцевої недостатності (див. розділ «Побічні реакції»). Ці явища можуть розвиватися як складова ІР та закінчуватися летально.

Лабораторні відхилення

Невдовзі після завершення першої інфузії препарату Обінутузумаб спостерігалось транзиторне підвищення активності печінкових ферментів (аспартатамінотрансферази [АСТ], аланінамінотрансферази [АЛТ], лужної фосфатази).

Термін придатності.

3 роки.

Умови зберігання.

Зберігати у недоступному для дітей місці. Зберігати при температурі від 2 до 8 °С, захист від світла. Не заморожувати.

Несумісність.

Цей лікарський засіб не слід змішувати з іншими лікарськими засобами, за винятком вказаних у розділі «Спосіб застосування та дози».

Категорія відпуску.

За рецептом.