

Склад

діюча речовина: оланзапін;

1 таблетка містить оланзапіну 5 мг або 10 мг;

допоміжні речовини: лактоза, моногідрат; гідроксипропілцелюлоза; кросповідон; целюлоза мікрокристалічна; магнію стеарат;

плівкова оболонка: гіпромелоза, Опадрай Білий 13B28444 (гіпромелоза, титану діоксид (Е 171), макрогол, полісорбат 80), віск карнаубський: бджолиний (60:40).

Лікарська форма

Таблетки, вкриті плівковою оболонкою.

Основні фізико-хімічні властивості: таблетки круглої форми, з двоопуклою поверхнею, вкриті плівковою оболонкою білого або майже білого кольору.

Фармакотерапевтична група

Антисихотичні засоби. Код ATХ N05A H03.

Фармакологічні властивості

Фармакодинаміка.

Оланзапін є антисихотичним, антиманіакальним лікарським засобом, який стабілізує настрій, демонструє широкий фармакологічний профіль щодо кількох рецепторних систем. У доклінічних дослідженнях оланзапін виявив афінність до ряду рецепторів ($K_i < 100 \text{ nM}$) серотоніну $5\text{HT}_{2A/2C}$, 5HT_3 , 5HT_6 ; допаміну D_1 , D_2 , D_3 , D_4 , D_5 ; холінергічних мускаринових рецепторів M_1 - M_5 ; α_1 -адренергічних; гістамінових H_1 -рецепторів. Дослідження поведінки тварин виявили 5HT , допаміновий і холінергічний антагонізм, що узгоджується з профілем зв'язування оланзапіну з відповідними рецепторами. Оланзапін продемонстрував *in vitro* більшу афінність до рецепторів серотоніну 5HT_2 , ніж допаміну D_2 , і більшу 5HT_2 активність, ніж D_2 *in vivo*. Електрофізіологічні дослідження показали, що оланзапін селективно зменшує збудливість мезолімбічних (A10) допамінергічних нейронів, проявляючи при цьому незначний вплив на стріарні (A9) шляхи, пов'язані з моторною функцією. Оланзапін гальмує умовний рефлекс уникнення, що свідчить про його антисихотичну активність при прийомі в дозах, менших, ніж дози, що спричиняють каталепсію, яка є ознакою побічних моторних ефектів. На відміну від деяких інших антисихотичних лікарських

засобів, оланzapін посилює реакції на подразники при проведенні анксіолітичного тесту.

При одноразовому прийомі пероральної дози 10 мг оланzapіну у ході позитронно-емісійної томографії (ПЕТ) за участю здорових добровольців з'ясовано, що оланzapін мав більший рівень зв'язування з рецепторами 5 НТ_{2A}, ніж з допаміновими рецепторами D₂. Крім того, у результаті аналізу зображень, отриманих під час досліджень пацієнтів, хворих на шизофренію, методом однофотонної емісійної комп'ютерної томографії (ОФЕКТ), з'ясувалося, що у пацієнтів, чутливих до оланzapіну, менший рівень зв'язування зі стріарними D₂-рецепторами, ніж у інших чутливих до антипсихотиків та рисперидону пацієнтів, який порівнянний з таким у пацієнтів, чутливих до клозапіну.

Клінічна ефективність.

У двох із двох плацебоконтрольованих і двох із трьох порівняльно-контрольованих досліджень з участю понад 2900 хворих на шизофренію з позитивними і негативними симптомами оланzapін показав статистично достовірне поліпшення стану пацієнтів.

У ході міжнародних подвійно сліпих порівняльних досліджень з участю 1484 пацієнтів із шизофренією, шизоафективністю та із спричиненими цими хворобами розладами різного ступеня, що пов'язані з депресивними симптомами (16,6 пункта за шкалою оцінки депресії Монтгомері — Асберга), проспективний вторинний аналіз від початку до кінця оцінки змін настрою встановив статистично значуще покращення ($p = 0,001$) після лікування оланzapіном (-6,0) порівняно з таким при лікуванні галоперидолом (-3,1).

У пацієнтів з маніакальними або змішаними епізодами при біполярному розладі оланzapін продемонстрував високу ефективність у зниженні маніакальних симптомів протягом 3 тижнів порівняно з плацебо та дивалпроексом.

Ефективність оланzapіну була порівняною з ефективністю галоперидолу у перерахунку на частку пацієнтів із симптоматичною стадією ремісії, починаючи з манії та депресії на 6 і 12 тижнях лікування. У ході дослідження під час супутнього лікування літієм або валльпроатом протягом 2 тижнів з додаванням оланzapіну у дозі 10 мг встановлено значне зниження симптомів манії порівняно з таким при монотерапії літієм або валльпроатом після 6 тижнів.

У ході 12-місячного дослідження профілактики рецидивів маніакальних епізодів у пацієнтів, які досягли ремісії за допомогою оланzapіну і далі були рандомізовані у групи прийому оланzapіну або плацебо, оланzapін продемонстрував статистично значущу перевагу порівняно з плацебо в кінцевій точці критерію оцінки рецидиву біполярного розладу. Оланzapін також показав статистично

значущі переваги над плацебо щодо попередження рецидивів манії і депресії.

У ході наступного 12-місячного дослідження попередження рецидивів маніакальних епізодів у пацієнтів, які досягли ремісії у результаті супутнього лікування оланzapіном та літієм і були рандомізовані у групи прийому оланzapіну або літію окремо, оланzapін статистично не поступався літію у кінцевій точці критерію оцінки рецидиву біполярного розладу (оланzapін 30 %, літій 38,3 %; $p = 0,055$).

У ході 18-місячного дослідження під час супутнього лікування маніакальних або змішаних епізодів стан пацієнтів стабілізували за допомогою оланzapіну, як стабілізатор настрою застосовували літій або валльпроат. Не було встановлено статистично значущої переваги над монотерапією літієм або валльпроатом щодо відсторонення рецидивів біполярних розладів, визначених відповідно до синдромного (діагностичного) критерію.

Діти.

Досвід застосування підліткам (віком від 13 до 17 років) обмежений. Є дані досліджень щодо ефективності короткотривалого лікування шизофренії (6 тижнів) та манії, пов'язаної з біполярними розладами (3 тижні), з участю менш ніж 200 підлітків. Початкова доза оланzapіну становила 2,5 мг та досягала 20 мг/добу. Під час лікування оланzapіном маса тіла у підлітків значно збільшилася порівняно з дорослими. У підлітків спостерігалося підвищення рівнів загального холестерину, холестерину ліпопротеїнів низької щільності, тригліцеридів та пролактину порівняно з дорослими. Дані стосовно підтримання ефекту лікування та стосовно довготривалого застосування обмежені.

Фармакокінетика.

Абсорбція.

Препарат добре всмоктується після перорального прийому, C_{max} його у плазмі крові досягається через 5–8 годин. На всмоктування оланzapіну прийом їжі не впливає. Абсолютна біодоступність оланzapіну при пероральному застосуванні порівняно із внутрішньовенним не встановлена.

Розподіл.

Рівень зв'язування оланzapіну з протеїнами плазми крові становив приблизно 93 % при концентрації у межах від 7 нг/мл до 1000 нг/мл. Оланzapін зв'язується переважно з альбуміном і α_1 -кислотним глікопротеїном.

Біотрансформація.

Оланзапін метаболізується у печінці шляхом кон'югації і окиснення. Основним метаболітом, що циркулює, є 10-N-глюкуронід, який не проходить крізь гематоенцефалічний бар'єр. Цитохроми P450-CYP1A2 і P450-CYP2D6 сприяють формуванню метаболітів N-дезметилу і 2-гідроксиметилу, які проявляли значно меншу фармакологічну активність *in vivo*, ніж оланзапін, у ході досліджень на тваринах. Основна фармакологічна активність зумовлена первинним оланзапіном.

Виведення.

Після перорального застосування середній період напіввиведення оланзапіну у добровольців коливався залежно від віку та статі.

У здорових добровольців літнього віку (від 65 років) порівняно з молодшими за віком добровольцями середній період напіввиведення був триваліший (51,8 проти 33,8 години), кліренс у плазмі був знижений (17,5 проти 18,2 л/год).

Фармакокінетичні коливання, що спостерігалися у добровольців літнього віку, знаходяться у межах діапазону молодших добровольців. У 44 хворих на шизофренію віком > 65 років дозування від 5 до 20 мг/добу не було пов'язано з жодним характерним профілем небажаних явищ.

У жінок порівняно з чоловіками середній період напіввиведення був триваліший (36,7 проти 32,3 години), а кліренс у плазмі був знижений (18,9 проти 27,3 л/год). Однак профіль безпеки оланзапіну (5-20 мг) був порівнянний у жінок (N = 467) і у чоловіків (N = 869).

Пацієнти з нирковою недостатністю.

У пацієнтів з нирковою недостатністю (кліренс креатиніну < 10 мл/хв) порівняно зі здоровими добровольцями не було істотної різниці у показниках середнього періоду напіввиведення (37,7 проти 32,4 години) або кліренсу у плазмі крові (21,2 проти 25,0 л/год). Дослідження показали, що приблизно 57 % оланзапіну з радіоактивною міткою присутні в сечі, головним чином у вигляді метаболітів.

Пацієнти з порушенням функції печінки.

Невелике дослідження впливу порушення функції печінки за участю 6 пацієнтів з клінічно значущим цирозом (клас А (n = 5) та В (n = 1) за класифікацією Чайлда – П'ю) виявило незначний вплив на фармакокінетику перорально введеного оланзапіну (в дозах 2,5-7,5 мг). У пацієнтів з легкою та помірною дисфункцією печінки дещо збільшений системний кліренс та коротший період напіввиведення порівняно з пацієнтами без порушення функції печінки (n = 3). В групі пацієнтів з цирозом печінки було більше курців (4/6; 67 %), ніж в групі пацієнтів, які не мали порушення функції печінки (0/3; 0 %).

Пацієнти, які палять.

У некурців порівняно з курцями (чоловіки та жінки) середній період напіввиведення був триваліший (38,6 проти 30,4 години), а кліренс у плазмі був знижений (18,6 проти 27,7 л/год).

Кліренс оланzapіну у плазмі **нижчий** у пацієнтів літнього віку порівняно з молодими, у жінок порівняно з чоловіками та у некурців порівняно з курцями. І все ж такі фактори, як вік, стать та паління, мало можуть впливати на кліренс оланzapіну у плазмі крові та період напіввиведення порівняно із відмінністю цих показників у різних осіб.

У ході досліджень з участю пацієнтів-європейців, пацієнтів японської та китайської національностей відмінностей у фармакокінетиці оланzapіну не виявлено.

Діти.

Фармакокінетика оланzapіну у підлітків і дорослих подібна. У ході клінічних досліджень середній вплив оланzapіну був приблизно на 27 % вищий у підлітків. Демографічні відмінності між підлітками і дорослими включають нижчу середню масу тіла та меншу кількість курців серед пацієнтів підліткового віку. Такі фактори, ймовірно, сприяють вищому середньому ефекту оланzapіну, що спостерігався у підлітків.

Показання

Оланzapін показаний для лікування шизофренії.

Оланzapін ефективний для підтримання досягнутого клінічного ефекту під час тривалої терапії у пацієнтів, у яких спостерігалася відповідь на початкову терапію.

Оланzapін показаний для лікування маніакальних епізодів помірного та тяжкого ступеня.

Оланzapін показаний для профілактики повторних нападів у пацієнтів з біполярними розладами, у яких було отримано позитивну відповідь при лікуванні оланzapіном манії.

Протипоказання

Підвищена чутливість до діючої речовини або до будь-якої з допоміжних речовин лікарського засобу. Відомий ризик закритокутової глаукоми.

Взаємодія з іншими лікарськими засобами

Дослідження взаємодії з іншими лікарськими засобами проводили тільки за участю дорослих.

Речовини, що потенційно впливають на оланзапін.

Оскільки оланзапін метаболізується ізоферментом CYP1A2, речовини, які специфічно індукуються або інгібуються цим ізоферментом, можуть впливати на фармакокінетику оланзапіну.

Індуктори CYP1A2.

Метаболізм оланзапіну може бути індукований палінням та застосуванням карбамазепіну, що може привести до зниження концентрації оланзапіну. Відзначалось лише легке або помірне зростання кліренсу оланзапіну. Його клінічні наслідки, ймовірно, обмежені, але рекомендується проводити клінічний моніторинг і за необхідності збільшувати дозу оланзапіну.

Інгібітори CYP1A2.

Флуоксамін, специфічний інгібітор CYP1A2, істотно знижує метаболізм оланзапіну. Це призводить до середнього зростання C_{max} після прийому флуоксаміну на 54 % у жінок, які не палять, та на 77 % у чоловіків, які палять. Середнє зростання AUC оланзапіну становить 52 % та 108 % відповідно. Для пацієнтів, які застосовують флуоксамін або будь-які інші інгібітори CYP1A2, наприклад ципрофлоксацин, необхідно призначати нижчу початкову дозу оланзапіну. Слід розглянути можливість зниження дози оланзапіну, якщо передбачається лікування інгібітором CYP1A2.

Зменшення біодоступності.

Активоване вугілля знижувало пероральну біодоступність оланзапіну на 50–60 %, його слід застосовувати щонайменше за 2 години до прийому або через 2 години після прийому оланзапіну.

Флуоксетин (інгібітор CYP2D6), одноразовий прийом антацидів (алюмінію, магнію) або циметидину, істотно не впливали на фармакокінетику оланзапіну.

Можливий вплив оланзапіну на дію інших лікарських засобів.

Оланзапін може проявляти антигонізм до ефектів прямих та непрямих агоністів допаміну.

Оланзапін не пригнічував більшість ізоферментів CYP450 (наприклад, 1A2, 2D6, 2C9, 2C19, 3A4) *in vitro*. Таким чином, не очікується ніяких особливих взаємодій, що підтверджено у дослідженнях *in vivo*, де не відзначалось інгібування метаболізму оланзапіну при застосуванні таких активних речовин: трициклічних антидепресантів (головним чином представлені ізоферментом CYP2D6), варфарину (CYP2C9), теофіліну (CYP 1A2) або діазепаму (CYP 3A4 та 2C19).

Не було відзначено взаємодії оланзапіну при призначенні з літієм або біпериденом.

Терапевтичний моніторинг рівнів вальпроату у плазмі крові не виявив необхідності корекції дози вальпроату при супутньому призначенні з оланзапіном.

Загальна активність щодо центральної нервової системи.

Пацієнтам, які вживають алкоголь або отримують препарати, що можуть спричинити депресію центральної нервової системи, слід дотримуватись обережності.

Супутне застосування оланзапіну з антипаркінсонічними препаратами пацієнтам із хворобою Паркінсона та деменцією не рекомендується.

Інтервал QTc.

Слід з обережністю призначати оланзапін з іншими препаратами, які можуть подовжувати інтервал QTc.

Особливості щодо застосування

Під час лікування антипсихотичними засобами поліпшення клінічного стану пацієнта може зайняти від кількох днів до декількох тижнів. Протягом цього періоду необхідний ретельний моніторинг стану пацієнтів.

Психоз, пов'язаний з деменцією та/або розладами поведінки. Оланзапін не призначений для лікування психозів, пов'язаних з деменцією та/або порушенням поведінки, а також не рекомендується для застосування даним пацієнтам у зв'язку з підвищеннем летальності та ризику цереброваскулярних випадків. У ході плацебо-контрольованих клінічних досліджень (тривалістю 6 - 12 тижнів) з участю пацієнтів літнього віку (середній вік 78 років), які страждають на психози, пов'язані з деменцією та/або порушенням поведінки, кількість летальних випадків була у 2 рази вища у пацієнтів, які приймали оланзапін, порівняно з плацебо (3,5 % проти 1,5 % відповідно). Висока летальність не була пов'язана з величиною застосовуваних доз оланзапіну (середня добова доза становила 4,4

мг) або з тривалістю лікування. Фактори ризику підвищення летальності включають вік від 65 років, дисфагію, седацію, недоїдання та зневоднення, наявність патології легенів (наприклад, пневмонії з аспірацією або без неї), супутнє застосуванняベンзодіазепінів. Проте летальність булавищою при терапії оланzapіном, ніж при прийомі плацебо, незалежно від факторів ризику.

У ході клінічних досліджень спостерігалися випадки цереброваскулярних побічних реакцій (інсульт, транзиторні ішемічні атаки), у тому числі з летальним наслідком. Кількість цереброваскулярних побічних реакцій була у 3 рази вища у пацієнтів, які приймали оланzapін, порівняно з плацебо (1,3 % проти 0,4 %, відповідно). Усі пацієнти, які приймали оланzapін або плацебо і у яких спостерігалися цереброваскулярні побічні реакції, мали фактори ризику. Вік від 75 років та судинний/змішаний тип деменції були ідентифіковані як фактори ризику цереброваскулярних побічних реакцій при терапії оланzapіном. Ефективність оланzapіну не була встановлена у ході даних досліджень.

Хвороба Паркінсона. Не рекомендовано застосування оланzapіну в терапії психозів, асоційованих з агоністами допаміну. Не рекомендоване супутнє застосування оланzapіну та протипаркінсонічних лікарських засобів пацієнтам із хворобою Паркінсона та деменцією. У ході клінічних досліджень дуже часто спостерігалося погіршення симптоматики хвороби Паркінсона та галюцинацій, частіше, ніж при прийомі плацебо; при лікуванні психотичних симптомів терапія оланzapіном не була більш ефективною порівняно із застосуванням плацебо. З самого початку цих досліджень від пацієнтів вимагалося постійне застосування найменшої ефективної дози антипаркінсонічних лікарських засобів (agonістів допаміну), а також застосування тих самих антипаркінсонічних лікарських засобів і доз протягом усього дослідження. Терапію оланzapіном було розпочато з дози 2,5 мг/добу, яку збільшували шляхом титрування до максимального показника 15 мг/добу.

Нейролептичний злюкісний синдром. Нейролептичний злюкісний синдром (НЗС) – це потенційно летальний симптомокомплекс, пов’язаний з антипсихотичними препаратами. Рідко повідомляється про випадки НЗС, пов’язані із застосуванням оланzapіну. Клінічними проявами НЗС є гіперпрексія, м’язова ригідність, втрата свідомості та симптоми серцевої нестабільності (нерегулярний пульс або зміна артеріального тиску, тахікардія, підвищене потовиділення та серцева аритмія). Додаткові ознаки можуть включати підвищений рівень креатинінфосфокінази, міoglobінурію (рабдоміоліз) та гостру ниркову недостатність. Клінічний прояв НЗС або наявність гіпертермії без клінічного прояви НЗС потребує негайної відміни всіх антипсихотичних засобів, включаючи оланzapін.

Гіперглікемія і цукровий діабет. Нечасто повідомлялося про гіперглікемію та/або розвиток цукрового діабету або погіршення перебігу вже наявного цукрового діабету, асоційованого з кетоацидозом або діабетичною комою, а також про летальні випадки. Іноді повідомлялося про попереднє збільшення маси тіла, що могло бути фактором ризику.

Рекомендовано проводити відповідний клінічний моніторинг стану пацієнтів з цукровим діабетом та пацієнтів з факторами ризику розвитку цукрового діабету, зокрема вимірювати рівень глюкози в крові на початку лікування, через 12 тижнів, а також щорічно надалі. Пацієнти, які отримують лікування антипсихотичними засобами, включаючи оланзапін, повинні бути під наглядом для виявлення симптомів гіперглікемії (таких як полідипсія, поліурія, поліфагія та слабкість). У пацієнтів з цукровим діабетом та пацієнтів з факторами ризику розвитку діабету необхідно регулярно перевіряти рівень глюкози. Слід регулярно контролювати масу тіла, наприклад на початку лікування, через 4 тижні, через 8 тижнів та через 12 тижнів, а також 1 раз на квартал надалі.

Антихолінергічна активність. В той час як оланзапін продемонстрував антихолінергічну активність *in vitro*, досвід клінічних досліджень виявив низьку частоту антихолінергічних явищ. Однак через обмеження клінічного досвіду щодо застосування оланзапіну пацієнтам із супутніми захворюваннями слід бути обережними при призначенні препарату пацієнтам із гіпертрофією передміхурової залози, паралітичною кишковою непрохідністю або станами, пов'язаними з цими захворюваннями.

Функція печінки. При застосуванні оланзапіну часто спостерігалося транзиторне асимптоматичне підвищення рівня печінкових амінотрансфераз, аланінамінотрансферази (АлАТ) та аспартатамінотрансферази (АсАТ), особливо на початку лікування. Пацієнтам із підвищеним рівнем АлАТ та/чи АсАТ, симптомами порушення діяльності печінки, станами, пов'язаними з печінковою недостатністю, а також пацієнтам, які приймають потенційно гепатотоксичні препарати, оланзапін призначають з обережністю. У випадку діагностованого гепатиту (включаючи гепатоцелюлярні, холестатичні або змішані ушкодження печінки) лікування оланзапіном слід припинити.

Нейтропенія. Оланзапін необхідно призначати з обережністю при низькому рівні лейкоцитів та/або нейтрофілів з будь-якої причини пацієнтам, які отримують лікування препаратами, що можуть спричиняти нейтропенію, пацієнтам, які мають в анамнезі медикаментозне пригнічення/токсичне ураження кісткового мозку, пацієнтам із пригніченням кісткового мозку, спричиненим супутніми захворюваннями, опроміненням або хіміотерапією, пацієнтам із гіпереозинофілією або з міелопроліферативним захворюванням. При

сумісному застосуванні оланzapіну і вальпроату часто повідомлялось про нейтропенію.

Припинення терапії. При різкому припиненні терапії рідко ($\geq 0,01\%$ та $< 0,1\%$) повідомлялося про гострі симптоми, зокрема про надмірне потовиділення, бессоння, трепет, роздратованість, нудоту або блювання.

QT-інтервал. У дослідженнях із застосуванням пацієнтів, які отримували оланzapін, нечасто (0,1–1%) відзначалась клінічно значуща пролонгація інтервалу QTc (корекція QT за Фрідерічіа [QTcF] ≥ 500 мс у будь-який час після ізолінії у пацієнтів з ізолінією QTcF < 500 мс), але не спостерігалось значної різниці пов'язаних серцевих реакцій порівняно з плацебо. Однак, як і у випадках з іншими антипсихотичними засобами, слід дотримуватись обережності при призначенні оланzapіну з препаратами, що подовжують інтервал QTc, особливо пацієнтам літнього віку, пацієнтам з уродженим синдромом подовження QT, застійною серцевою недостатністю, гіпертрофією серця, гіпокаліємією або гіпомагніємією.

Тромбоемболія. При лікуванні оланzapіном нечасто повідомлялося про випадки розвитку венозної тромбоемболії ($\geq 0,1\%$ — $< 1\%$). Причинно-наслідкового зв'язку між лікуванням оланzapіном і розвитком венозної тромбоемболії не встановлено. Однак, беручи до уваги те, що у пацієнтів із шизофренією часто розвивається склонність до тромбоемболії, потрібно враховувати усі можливі фактори ризику, наприклад іммобілізацію пацієнта, та вживати всіх необхідних запобіжних заходів.

Загальна дія на центральну нервову систему (ЦНС). Зважаючи на первинну дію оланzapіну на ЦНС, слід дотримуватись обережності при його прийомі у комбінації з іншими препаратами центральної дії та алкоголем. Оланzapін *in vitro* виявляє антигістеронізм до допаміну та може протидіяти ефектам прямих і непрямих агоністів допаміну.

Епілептичні напади. Оланzapін необхідно з обережністю застосовувати, якщо в анамнезі пацієнта є епілептичні напади, або за наявності факторів, що знижують поріг судомної готовності. Нечасто повідомлялося про випадки епілептичних нападів при лікуванні оланzapіном. У більшості цих випадків пацієнти мали в анамнезі епілептичні напади або ризик їх виникнення був підвищений.

Пізня дискінезія. У ході клінічних досліджень тривалістю 1 рік або менше при прийомі оланzapіну спостерігалося статистично значуще зниження частоти виникнення дискінезії, спричиненої лікуванням. Через зростаючий ризик розвитку пізньої дискінезії при тривалому прийомі антипсихотичних препаратів необхідне відповідне зниження дози або повна відміна препарату при появі у

пацієнта симптомів пізньої дискінезії. З часом ці симптоми можуть погіршуватись або навіть з'являтися після припинення лікування.

Ортостатична гіпотензія. Нечасто повідомлялося про випадки ортостатичної гіпотензії у пацієнтів літнього віку в ході клінічних досліджень. Рекомендується періодичне вимірювання артеріального тиску пацієнтам віком від 65 років.

Раптова серцева смерть. У постмаркетингових дослідженнях оланzapіну повідомлялось про випадки раптової зупинки серця. За результатами ретроспективного обсерваційного когортного дослідження, ризик раптової зупинки серця у пацієнтів, які отримували оланzapін, був приблизно удвічі вищим, ніж у пацієнтів, які не приймали антипсихотичні засоби. У цьому дослідженні ризик застосування оланzapіну був порівнянним з ризиком застосування атипових антипсихотичних засобів, включених до зведеного аналізу.

Зміни рівня ліпідів. Небажані зміни рівня ліпідів можуть спостерігатися у пацієнтів, які лікуються оланzapіном. Зміни рівня ліпідів слід лікувати належним чином у пацієнтів із дисліпідемією та у пацієнтів із факторами ризику розвитку порушень обміну ліпідів. У пацієнтів, які отримують лікування антипсихотичними засобами, включаючи оланzapін, необхідно регулярно контролювати рівні ліпідів у крові, наприклад: на початку лікування, через 12 тижнів, а також кожні 5 років надалі.

Лікарський засіб містить лактозу. Якщо у Вас встановлено непереносимість деяких цукрів, проконсультуйтесь з лікарем, перш ніж приймати цей лікарський засіб.

Застосування у період вагітності або годування груддю.

Вагітність

Відсутні адекватні і добре контролювані дослідження дії оланzapіну на вагітних. Пацієнтки під час лікування оланzapіном повинні повідомити свого лікаря про вагітність або намір завагітніти. Оскільки досвід лікування вагітних оланzapіном обмежений, оланzapін у період вагітності необхідно застосовувати тільки тоді, коли очікувані результати виправдовують можливий ризик для плода.

У новонароджених, матері яких приймали антипсихотики (включаючи оланzapін) протягом III триместру вагітності, існує ризик виникнення побічних реакцій, включаючи екстрапірамідні порушення та/або синдром відміни, симптоми яких можуть після народження змінюватися за силою та тривалістю. Повідомляли про ажитацію, артеріальну гіпертензію, артеріальну гіпотензію, тремор, сонливість, респіраторний дистрес-синдром або розлад харчування. Тому необхідно ретельно

контролювати стан новонароджених.

Годування груддю

При дослідженні здорових жінок, які годували груддю, оланzapін було виявлено у грудному молоці. Середня концентрація у дитини (мг/кг) у рівноважному стані становила приблизно 1,8 % від дози оланzapіну, отриманої матір'ю (мг/кг).

Пацієнткам слід порадити не годувати дитину груддю, якщо вони приймають оланzapін.

Фертильність

Вплив на фертильність невідомий.

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

Досліджень щодо впливу оланzapіну на швидкість реакції при керуванні автотранспортом або роботі з іншими механізмами не проводили. Оскільки оланzapін може спричинити сонливість та запаморочення, пацієнтів слід попередити про небезпеку, пов'язану з експлуатацією механізмів, у т. ч. автотранспортних засобів.

Спосіб застосування та дози

Дорослі.

Шизофренія. Рекомендована початкова доза оланzapіну становить 10 мг 1 раз на добу.

Маніакальні епізоди. Початкова доза становить 15 мг у вигляді одноразової добової дози при монотерапії або 10 мг на добу при комбінованій терапії.

Попередження рецидивів при біполярних розладах. Рекомендована початкова доза становить 10 мг на добу. Пацієнтам, які вже отримують оланzapін для лікування маніакальних нападів, рекомендовано продовжувати терапію у тій самій дозі для попередження рецидивів. При появі нових маніакальних, змішаних або депресивних нападів лікування оланzapіном слід продовжувати (за необхідності коригуючи дозу) з призначенням додаткового лікування для корекції змін настрою за клінічними показаннями.

Впродовж лікування шизофренії, маніакальних нападів і попередження рецидивів біполярних розладів добову дозу можна коригувати відповідно до клінічного стану пацієнта у межах 5-20 мг/добу. Збільшення дози понад

рекомендовану початкову дозу показане лише після відповідної повторної клінічної оцінки і взагалі не повинно відбуватися у інтервалі менше 24 годин.

Оланзапін застосовувати незалежно від прийому їжі, оскільки вживання їжі не впливає на абсорбцію препарату. При відміні оланзапіну слід застосувати поступове зменшення дози.

Пацієнти літнього віку. За наявності відповідних клінічних факторів у пацієнтів віком від 65 років слід розглянути необхідність призначення нижчої початкової дози (5 мг/добу).

Порушення функції нирок та/або печінки. Таким пацієнтам доцільно призначити нижчу початкову дозу (5 мг). У випадках печінкової недостатності середньої тяжкості (цироз класу А або В за Чайлдом — П'ю), початкова доза має становити 5 мг. Збільшувати дозу потрібно з обережністю.

Курці. Корекція дози залежно від наявності/відсутності звички до паління не потрібна.

Паління може підсилювати метаболізм оланзапіну. Рекомендовано проводити клінічний моніторинг та розглянути необхідність підвищення дози оланзапіну.

Меншу початкову дозу можна призначати пацієнтам за наявності комбінації факторів (жіноча стать, літній вік, відсутність звички до паління), які сприяють зниженню метаболізму оланзапіну. Підвищення дози таким пацієнтам, якщо це показано, потрібно здійснювати поступово, з обережністю.

Діти.

Оланзапін не рекомендований для лікування дітей та підлітків, оскільки даних щодо його безпечності та ефективності недостатньо. У короткотривалих дослідженнях у підлітків спостерігалося більш значне зростання маси тіла і зміни рівнів ліпідів та пролактину, ніж у дослідженнях у дорослих пацієнтів.

Передозування

Симптоми. Дуже часто симптоми передозування (частота > 10 %) включають тахікардію, збудження/агресивність, дизартрію, різні екстрапірамідні симптоми і зниження ступеня свідомості від седації до коми.

Інші клінічно значущі наслідки передозування включають делірій, конвульсії, кому, злюкісний нейролептичний синдром, пригнічення дихання, аспірацію, артеріальну гіпертензію або гіпотензію, серцеву аритмію (у < 2 % випадків передозування) і кардіопульмональний шок. Повідомлялось про летальні

наслідки після гострого передозування 450 мг, однак надходили повідомлення про тих, які вижили після гострого передозування приблизно 2 г оланzapіну перорально.

Лікування. Специфічного антидоту оланzapіну немає. Не рекомендується викликати блювання. Показані стандартні процедури для лікування передозування (включаючи промивання шлунка, застосування активованого вугілля). Одночасне застосування активованого вугілля знижувало біодоступність перорального оланzapіну на 50-60 %.

Рекомендується симптоматичне лікування і моніторинг функцій життєво важливих органів відповідно до клінічних проявів, включаючи лікування гіпотензії, судинного колапсу та підтримання дихальної функції. Не слід застосовувати епінефрин, допамін або інші симпатоміметичні засоби бета-агоністичної дії, оскільки бета-стимуляція може погіршити перебіг гіпотензії.

Необхідний кардіоваскулярний моніторинг для виявлення можливих аритмій. Ретельний медичний нагляд і моніторинг повинні продовжуватись до одужання пацієнта.

Побічні ефекти

Найчастішими побічними реакціями (спостерігалися у $\geq 1\%$ пацієнтів), пов'язаними із застосуванням оланzapіну в ході клінічних досліджень, були такі: сонливість, збільшення маси тіла, еозинофілія, підвищення рівнів пролактину, холестерину, глюкози та тригліцеридів у крові, глюкозурія, підвищення апетиту, запаморочення, акатизія, паркінсонізм, лейкопенія, нейтропенія, дискінезія, ортостатична гіпотензія, антихолінергічні ефекти, транзиторне асимптоматичне підвищення печінкових трансаміназ, висипання, астенія, стомлюваність, гіпертермія, артралгія, підвищення рівня лужної фосфатази, гамма-глутамілтрансферази, сечової кислоти, креатинфосфокінази та набряки.

У таблиці 1 підsumовано основні побічні реакції та їхня частота, визначені у ході клінічних досліджень та/або на основі постмаркетингового досвіду. У межахожної групи за частотою побічні реакції подаються у порядку зменшення їх серйозності.

Частота класифікується таким чином: дуже часто ($\geq 1/10$), часто ($\geq 1/100$ та $< 1/10$), нечасто ($\geq 1/1000$ та $< 1/100$), рідко ($\geq 1/10000$ та $< 1/1000$), дуже рідко ($< 1/10000$), частота невідома (частоту не можна встановити на основі наявних даних).

Таблиця 1.

Дуже часто	Часто	Нечасто	Рідко	Частота невідома
------------	-------	---------	-------	------------------

Порушення з боку системи кровотворення та лімфатичної системи

	Еозинофілія Лейкопенія 10		Тромбоцитопенія ¹¹	
	Нейтропенія 10			

Порушення з боку імунної системи

		Гіперчутливість ¹¹		
--	--	-------------------------------	--	--

Порушення з боку обміну речовин та розлади травлення

Збільшення маси тіла ¹	Підвищення рівня холестерину 2,3, підвищення рівня глюкози 4, підвищення рівня тригліцеридів 2,5, глюкозурія, підвищення апетиту	Розвиток або загострення діабету, асоційованого з кетоацидозом або комою, включаючи летальні наслідки ¹¹	Гіпотермія ¹²	
-----------------------------------	--	---	--------------------------	--

Порушення з боку нервової системи

Сонливість	Запамороччя, акатізія 6, паркінсонізм 6, дискінезія 6	Епілептичні напади (в більшості випадків, якщо вони були в анамнезі або були наявні фактори ризику) ¹¹ , дистонія (включно з окулогірним кризом) ¹¹ , пізня дискінезія ¹¹ , амнезія ⁹ , дизартрія, заїкання ¹¹ , синдром неспокійних ніг ¹¹	Нейролептичний злюкісний синдром ¹² , синдром відміни ^{7,12}	
------------	---	--	--	--

Порушення з боку системи дихання, органів грудної клітки та медіастинальні порушення

		Кровотеча з носа ⁹		
--	--	-------------------------------	--	--

Порушення з боку серцевої системи

		Брадикардія, пролонгація, інтервалу QT _c	Вентрикулярна тахікардія/ фібриляція, раптова смерть ¹¹	
--	--	--	---	--

Порушення з боку судинної системи

Ортостатич-на гіпотензія ¹⁰		Тромбоемболія (включаючи емболію легеневої артерії та тромбоз глибоких вен)		
--	--	---	--	--

Порушення з боку шлунково-кишкового тракту

		Легкі транзиторні антихолінергічні ефекти, Здуття живота ⁹ включаючи запори Гіперсалівація ¹¹ та сухість у роті	Панкреатит ¹¹	
--	--	---	--------------------------	--

Порушення з боку гепатобіліарної системи

	Транзиторні асимптоматичні підйоми рівнів печінкових трансаміназ (АлАТ та АсАТ), особливо на початку лікування	Гепатити (включаючи гепатоцелюлярне, холестатичне або змішане ушкодження печінки) ¹¹	
--	--	---	--

Порушення з боку шкіри та її похідних

	Висипи	Реакції світлоочутливості, алопеція		Медикаментозна реакція з еозинофілією та системними симптомами (DRESS)
--	--------	-------------------------------------	--	--

Порушення з боку скелетно-м'язової та сполучної систем

	Артралгія 9		Радоміоліз ¹¹	
--	----------------	--	--------------------------	--

Порушення з боку нирок та сечовидільної системи

		Нетримання сечі, затримка сечі, утруднене сечовипускання ¹¹		
--	--	--	--	--

Вагітність, післяродовий та перинатальний період

				Синдром відміни у новонарод- жених
--	--	--	--	--

Порушення з боку репродуктивної системи та молочних залоз

	Еректильна дисфункция у чоловіків лібідо у жінок та чоловіків	Аменорея; збільшення молочних залоз; галакторея у жінок; гінекомастія / зниження збільшення молочних залоз у чоловіків	Пріапізм ¹²	
--	--	---	------------------------	--

Загальні розлади та порушення у місці введення

	Астенія, підвищена томлюваність, набряки, прексія 10		
--	---	--	--

Дослідження

Підвищення концентрації пролактину у плазмі ⁸	Підвищення рівня лужної фосфатази 10, підвищення рівня креатинфосфокіна- зи ¹¹ , Підвищення загального підвищення підвищення рівня гамма- глутамілтрансфера- зи ¹⁰ , підвищення рівня сечової кислоти 10		
---	---	--	--

¹ Клінічно значуще збільшення маси тіла спостерігалося в усіх категорій пацієнтів за IMT (індекс маси тіла). Після короткочасного лікування (середня тривалість становила 47 днів) збільшення маси тіла на $\geq 7\%$ спостерігалося дуже часто (22,2 % випадків), $\geq 15\%$ спостерігалося часто (4,2 % випадків), $\geq 25\%$ спостерігалося нечасто (0,8 % випадків). У пацієнтів, які отримували тривалу терапію (принаймні протягом 48 тижнів), збільшення маси тіла на $\geq 7\%$, $\geq 15\%$, $\geq 25\%$ спостерігалося дуже часто (у 64,4 %, 31,7 %, 12,3 % випадків відповідно).

² Середнє підвищення рівня ліпідів натще (загальний холестерин, ЛПНІЦ і тригліцериди) були більш значні у пацієнтів, у яких спочатку не спостерігалося ліпідної дисрегуляції.

³ Спостерігалося у пацієнтів з нормальним початковим рівнем натще (< 5,17 ммоль/л), який підвищувався до високого ($\geq 6,2$ ммоль/л). Дуже часто повідомлялося про різке підвищення рівня загального холестерину натще з початкового рівня ($\geq 5,17 - < 6,2$ ммоль/л) до високого рівня ($\geq 6,2$ ммоль/л).

⁴ Спостерігалося у пацієнтів з нормальним початковим рівнем натще (< 5,56 ммоль/л), який підвищувався до високого (≥ 7 ммоль/л). Дуже часто повідомлялося про різке підвищення рівня глюкози натще з початкового рівня ($\geq 5,56 - < 7$ ммоль/л) до високого рівня (≥ 7 ммоль/л).

⁵ Спостерігалося у пацієнтів з нормальним початковим рівнем натще (< 1,69 ммоль/л), який підвищувався до високого ($\geq 2,26$ ммоль/л). Дуже часто повідомлялося про різке підвищення рівня тригліцеридів натще з початкового рівня ($\geq 1,69 - < 2,26$ ммоль/л) до високого рівня ($\geq 2,26$ ммоль/л).

⁶ Під час клінічних досліджень частота виникнення паркінсонізму і дистонії у пацієнтів, які отримували лікування оланzapіном, була кількісно вища, але статистично значимо від плацебо не відрізнялась. Частота виникнення паркінсонізму, акатизії і дистонії у пацієнтів, які отримували лікування оланzapіном, була нижча, ніж при застосуванні титрованих доз галоперидолу. Через відсутність інформації про наявність в анамнезі гострих або пізніх екстрапіраміdalьних рухових порушень не можна встановити, що оланzapін рідше спричиняє пізню дискінезію та/або інші пізні екстрапіраміdalьні синдроми.

⁷ У разі різкого припинення терапії оланzapіном повідомлялося про гострі симптоми: підвищene потовиділення, безсоння, трепет, тривожність, нудоту і блювання.

⁸ У ході клінічних досліджень (до 12 тижнів) визначено, що концентрація пролактину у плазмі крові перевищувала верхню межу норми у 30 % пацієнтів, які застосовували оланzapін. У більшості пацієнтів таке підвищення було помірним і залишалося в межах значень, у два рази нижчих від верхньої межі норми.

⁹ Побічні реакції, що були виявлені у клінічних дослідженнях, згідно з інтегрованою базою даних щодо оланzapіну.

¹⁰ Оцінка визначених у клінічних дослідженнях значень згідно з інтегрованою базою даних щодо оланzapіну.

11 Частота побічних реакцій, про які повідомлялося у спонтанних постмаркетингових звітах, встановлена на основі інтегрованої бази даних щодо оланзапіну.

12 Частота побічних реакцій, про які повідомлялося у спонтанних постмаркетингових звітах, оцінена з використанням довірчого інтервалу в верхній межі норми (95 %) на основі інтегрованої бази даних щодо оланзапіну.

Вплив при довготривалому застосуванні (не менше 48 тижнів). Відсоток пацієнтів, у яких відзначалися побічні реакції у вигляді клінічно суттєвого збільшення маси тіла, зміни рівня глюкози, загального холестерину/ЛПНІЩ/ЛПВІЩ або тригліцеридів, постійно збільшувався. У дорослих пацієнтів, які закінчили 9–12 місячний курс терапії, темп підвищення рівня глюкози в крові натще уповільнився приблизно після 6 місяців лікування.

Побічні реакції в окремих популяціях. У ході клінічних досліджень у пацієнтів літнього віку із деменцією терапія оланзапіном була пов'язана з підвищеною частотою летальних випадків та цереброваскулярних побічних реакцій порівняно з групою плацебо. Дуже поширеними небажаними ефектами, пов'язаними із застосуванням оланзапіну, у цієї групи пацієнтів були порушення ходи та падіння. Часто спостерігалися пневмонія, підвищення температури тіла, млявість, еритема, зорові галюцинації та нетримання сечі.

У ході клінічних досліджень серед пацієнтів з медикаментозно індукованим (агоніст допаміну) психозом, пов'язаним із хворобою Паркінсона, погіршення паркінсонівської симптоматики та галюцинацій відзначалося дуже часто, частіше, ніж у групі плацебо.

У ході одного клінічного дослідження у пацієнтів із біполярною манією в результаті застосування оланзапіну у комбінації з валпроатом спостерігалася нейтропенія 4,1 %; причиною може бути підвищення рівня валпроату у плазмі крові.

У результаті застосування оланзапіну з літієм або валпроатом спостерігалися ($\geq 10\%$) тремор, сухість у роті, збільшення маси тіла, підвищення апетиту. Також повідомлялося про порушення мовлення. Під час терапії оланзапіном у комбінації з літієм або дивалпроексом, в межах нетривалого курсу лікування (до 6 тижнів), у 17,4 % пацієнтів спостерігалося збільшення маси тіла $\geq 7\%$ у порівнянні з вихідною. Довготривала терапія оланзапіном (до 12 тижнів) з метою попередження рецидивів у пацієнтів із біполярними розладами призводила до збільшення маси тіла $\geq 7\%$ у порівнянні з вихідною у 39,9 % пацієнтів.

Діти.

Оланзапін не показаний для лікування дітей та підлітків. Хоча клінічні дослідження, які б порівнювали застосування оланзапіну у підлітків та дорослих, не проводились, дані, отримані в ході досліджень у підлітків, були порівнянними з результатами досліджень у дорослих.

Нижче подано побічні реакції, що зустрічались частіше у підлітків (віком від 13-17 років), ніж у дорослих, та побічні реакції, що були виявлені тільки під час короткотривалих клінічних досліджень у підлітків. Клінічно значуще збільшення маси тіла ($\geq 7\%$) частіше спостерігалось у підлітків порівняно з дорослими. Під час довготривалого лікування (не менше 24 тижнів) клінічно значуще збільшення маси тіла було вищим, ніж під час короткотривалого лікування.

У межах кожної групи за частотою побічні реакції подаються у порядку зменшення їх серйозності. Частоту побічних реакцій, зазначених нижче, визначають таким чином: дуже часто ($\geq 1/10$), часто ($\geq 1/100 - < 1/10$).

Порушення з боку обміну речовин та розлади травлення.

Дуже часто: збільшення маси тіла¹³, підвищення рівня тригліциридів¹⁴, підвищення апетиту.

Часто: підвищення рівня холестерину¹⁵.

Порушення з боку нервової системи.

Дуже часто: седація (у тому числі гіперсомнія, млявість, сонливість).

Порушення з боку шлунково-кишкового тракту.

Часто: сухість у роті.

Порушення з боку гепатобіліарної системи.

Дуже часто: підвищення рівня печінкових трансаміназ (АлАТ та АсАТ).

Дослідження.

Дуже часто: зниження рівня загального білірубіну, підвищення рівня гамма-глутамілтрансферази, підвищення рівня пролактину у плазмі крові¹⁶.

¹³ Після короткочасного лікування (середня тривалість становила 22 дні) збільшення маси тіла на $\geq 7\%$ спостерігалося дуже часто (40,6 % випадків), $\geq 15\%$ спостерігалося часто (7,1 % випадків) та $\geq 25\%$ (2,5 % випадків). Під час довготривалого лікування (не менше 24 тижнів) у 89,4 % пацієнтів спостерігалося збільшення маси тіла на $\geq 7\%$, у 55,3 % - на $\geq 15\%$ та у 29,1 % - на $\geq 25\%$.

¹⁴ Спостерігалося у пацієнтів з нормальним початковим рівнем натще (< 1,016 ммоль/л), який підвищувався до високого ($\geq 1,467$ ммоль/л). Дуже часто повідомлялося про різке підвищення рівня тригліцидів натще з початкового рівня ($\geq 1,016 - < 1,467$ ммоль/л) до високого рівня ($\geq 1,467$ ммоль/л).

¹⁵ Спостерігалося у пацієнтів з нормальним початковим рівнем холестерину натще з початкового рівня (< 4,39 ммоль/л) до високого рівня ($\geq 5,17$ ммоль/л). Дуже часто повідомлялося про різке підвищення рівня загального холестерину натще з початкового рівня ($\geq 4,39 - < 5,17$ ммоль/л) до високого рівня ($\geq 5,17$ ммоль/л).

¹⁶ У 47,4 % підлітків спостерігалося підвищення рівня пролактину у плазмі крові.

Повідомлення про підозрювані побічні реакції.

Повідомлення про підозрювані побічні реакції після реєстрації лікарського засобу відіграють важливу роль. Це дає змогу продовжувати спостереження за співвідношенням користі та ризику застосування лікарського засобу. Працівники галузі охорони здоров'я повинні повідомляти про будь-які підозрювані побічні реакції.

Термін придатності

2 роки.

Не застосовувати препарат після закінчення терміну придатності, вказаного на упаковці.

Умови зберігання

Не потребує особливих умов зберігання.

Зберігати у недоступному для дітей місці.

Упаковка

По 10 таблеток у блістері. По 3 блістери у пачці.

Категорія відпуску

За рецептом.

Виробник

АТ «Фармак».

Місцезнаходження виробника та адреса місця провадження його діяльності.

Україна, 04080, м. Київ, вул. Кирилівська, 74.