

ІНСТРУКЦІЯ

для медичного застосування лікарського засобу

Бонвіва®
(Bonviva®)

Склад:

діюча речовина: ibandronic acid;

1 таблетка, вкрита плівковою оболонкою, містить ібандронової кислоти 150 мг у формі натрію ібандронату моногідрату 168,75 мг;

допоміжні речовини: повідон K25; лактоза, моногідрат; целюлоза мікрокристалічна; кросповідон; кислота стеаринова 95; кремнію діоксид колоїдний безводний; плівкова оболонка: гіпромелоза, титану діоксид (E 171), тальк, макрогол 6000.

Лікарська форма. Таблетки, вкриті плівковою оболонкою.

Основні фізико-хімічні властивості: таблетки довгастої форми, від білого до майже білого кольору, зверху відбиток BNVA, знизу – 150.

Фармакотерапевтична група. Засоби, що застосовуються для лікування захворювання кісток. Засоби, що впливають на структуру та мінералізацію кісток. Бісфосфонати. Кислота ібандронова.

Код АТХ M05B A06.

Фармакологічні властивості.

Фармакодинаміка.

Механізм дії

Ібандронова кислота – високоактивний азотовмісний бісфосфонат, який селективно діє на кісткову тканину і специфічно пригнічує активність остеокластів та не має прямого впливу на формування кісткової тканини. Препарат не впливає на процес поповнення пулу остеокластів. У жінок у період менопаузи ібандронова кислота знижує підвищену швидкість оновлення кісткової тканини до рівня пременопаузи, що призводить до прогресивного збільшення кісткової маси і зниження частоти переломів.

Фармакодинамічні ефекти

Фармакодинамічна дія ібандронової кислоти полягає у пригніченні кісткової резорбції. *In vivo* ібандронова кислота попереджає кісткову деструкцію, спричинену експериментально блокадою функції статевих залоз, ретиноїдами, пухлинами та екстрактами пухлин. У молодих (швидко зростаючих) щурів також спостерігалася резорбція кісток, що призводило до збільшення нормальної кісткової маси порівняно з тваринами, які не отримували лікування.

Тваринні моделі підтверджують, що ібандронова кислота є високопотужним інгібітором активності остеокластів. У щурів, які ростуть, не спостерігалось ознак порушення мінералізації навіть при застосуванні у дозах, що перевищують більше ніж у 5 000 разів дозу, яка необхідна для лікування остеопорозу.

Щоденне довготривале застосування і періодичне застосування (через тривалі інтервали) протягом тривалого часу у щурів, собак і мавп асоціювалося з утворенням нової кістки нормальної якості зі збереженням або підвищеною механічною силою навіть при застосуванні в токсичному діапазоні.

Ефективність щоденного і періодичного введення ібандронової кислоти з інтервалом між дозами 9–10 тижнів була підтверджена в клінічному дослідженні (MF 4411) за участю людей, у ході якого ібандронова кислота продемонструвала ефективність щодо попередження виникнення переломів.

У тваринних моделях ібандронова кислота призводить до біохімічних змін, що свідчать про дозозалежне пригнічення резорбції кісткової тканини, включаючи зниження рівня біохімічних маркерів деградації кісткового колагену в сечі (таких як дезоксипіридинолін та перехресно зшитий N-телопептид

колагену I типу).

У дослідженні біоеквівалентності I фази, яке проводили за участю 72 жінок у постменопаузі, пацієнтки отримували перорально препарат Бонвіва® 150 мг кожні 28 днів (всього 4 дози). У цьому дослідженні було виявлено, що зменшення концентрації перехресно зшитого C-телопептиду колагену I типу (СТХ) в сироватці крові спостерігалось вже в перші 24 години після прийому першої дози (в середньому на 28 %), а середнє максимальне зниження концентрації (на 69 %) спостерігалось через 6 днів. Після прийому третьої і четвертої доз середнє максимальне зниження концентрації через 6 днів після прийому кожної дози становило 74 %, а через 28 днів після прийому четвертої дози середнє зниження концентрації становило 56 %. При припиненні подальшого прийому препарату припиняється зниження концентрації біохімічних маркерів кісткової резорбції.

Фармакокінетика.

Первинний фармакологічний вплив ібандронової кислоти на кістки не має прямого відношення до фактичних концентрацій ібандронової кислоти у плазмі крові, як продемонстровано в різних дослідженнях у тварин і людини.

Всмоктування.

Після перорального прийому ібандронova кислота швидко всмоктується у верхніх відділах шлунково-кишкового тракту. Концентрація у плазмі крові збільшується пропорційно при збільшенні дози до 50 мг при пероральному прийомі і значно більше – при подальшому підвищенні дози. Максимальна концентрація у плазмі крові досягається протягом 30 хвилин – 2 годин (в середньому 1 година) при прийомі натще, абсолютна біодоступність становить приблизно 0,6 %. Всмоктування погіршується при одночасному прийомі з їжею чи напоями (окрім звичайної води). Біодоступність зменшується приблизно на 90 % при вживанні звичайного сніданку порівняно з біодоступністю при прийомі препарату натще. Не спостерігається значного зменшення біодоступності, якщо ібандронову кислоту приймали за 60 хвилин до першого прийому їжі. При вживанні їжі чи напоїв менш ніж через 60 хвилин після прийому ібандронової кислоти біодоступність і приріст мінеральної щільності кісткової тканини зменшуються.

Розподіл.

Після першого системного розподілу ібандронova кислота швидко зв'язується з кістковою тканиною або виділяється із сечею. У людини уявний кінцевий об'єм розподілу становить щонайменше 90 л і приблизно 40–50 % від кількості препарату, що циркулює у крові, проникає у кісткову тканину і накопичується в ній. З білками плазми крові зв'язується близько 85–87 % (визначено в умовах *in vitro* при застосуванні ібандронової кислоти в терапевтичних концентраціях), отже, через заміщення спостерігається низький потенціал взаємодії з іншими лікарськими засобами.

Метаболізм.

Немає доказів, що ібандронova кислота метаболізується у тварин або людини.

Виведення.

Ібандронova кислота елімінується з кровоносного русла шляхом кісткової абсорбції (приблизно 40–50 % у жінок у постменопаузальний період), решта виводиться у незміненому вигляді нирками. Та частина ібандронової кислоти, що не всмокталася, виводиться незміненою з фекаліями.

Діапазон уявного періоду напіввиведення широкий та коливається в межах 10–72 годин. Оскільки розраховані значення значною мірою залежать від тривалості дослідження, застосованої дози, чутливості методу аналізу, кінцевий період напіввиведення, ймовірно, є суттєво довшим, як і в інших бісфосфонатів. Початкові рівні препарату у плазмі крові швидко знижуються і досягають 10 % від максимального значення протягом 3 годин і 8 годин після внутрішньовенного введення або перорального застосування відповідно.

Загальний кліренс ібандронової кислоти низький та в середньому становить 84–160 мл/хв. Нирковий кліренс (приблизно 60 мл/хв у здорових жінок у період постменопаузи) становить 50–60 % від загального кліренсу і залежить від кліренсу креатиніну. Різниця між уявним загальним і нирковим кліренсом відображає поглинання препарату кістковою тканиною.

Шляхи секреції, ймовірно, не включають відомі кислотну і основну системи транспортування, залучені у виділення інших діючих речовин. Крім того, ібандронova кислота не пригнічує основні печінкові ізоферменти P450 у людини і не індукує систему цитохрому P450 у щурів.

Фармакокінетика в особливих випадках.

Стать.

Біодоступність і показники фармакокінетики ібандронової кислоти подібні у чоловіків та жінок.

Раса.

Немає даних про клінічно значущу міжетнічну різницю у пацієнтів монголоїдної і європеїдної рас щодо розподілу ібандронової кислоти. Про пацієнтів негроїдної раси даних недостатньо.

Пацієнти з нирковою недостатністю.

Нирковий кліренс ібандронової кислоти у пацієнтів з різною стадією ниркової недостатності лінійно залежить від кліренсу креатиніну. Хворим із легкою та помірною нирковою недостатністю (кліренс креатиніну ≥ 30 мл/хв) дозу препарату коригувати не потрібно, як відображено у дослідженні ВМ 16549, де більшість пацієнтів була із легкою та помірною нирковою недостатністю.

В осіб із тяжкою нирковою недостатністю (кліренс креатиніну < 30 мл/хв), які отримували ібандронову кислоту перорально у дозі 10 мг протягом 21 дня, концентрація у плазмі крові була в 2–3 рази вищою, ніж в осіб із нормальною функцією нирок, і загальний кліренс ібандронової кислоти становив 44 мл/хв. Після внутрішньовенного введення 0,5 мг ібандронової кислоти загальний, нирковий та ненирковий кліренси знижувалися на 67 %, 77 % та 50 % відповідно в осіб із тяжкою нирковою недостатністю, але зниження переносимості препарату внаслідок зростання експозиції не спостерігалось. Через обмежений клінічний досвід застосування препарату Бонвіва® не рекомендовано пацієнтам із тяжкою нирковою недостатністю (див. розділи «Спосіб застосування та дози», «Особливості застосування»). Фармакокінетику ібандронової кислоти у пацієнтів із термінальною стадією ниркової недостатності оцінювали лише у невеликій кількості пацієнтів, які перебували на гемодіалізі; фармакокінетика ібандронової кислоти у пацієнтів, які не перебувають на діалізі, невідома. Через обмеженість даних ібандронову кислоту не слід застосовувати пацієнтам із термінальною стадією ниркової недостатності.

Пацієнти з печінковою недостатністю (див. розділ «Спосіб застосування та дози»).

Немає даних щодо фармакокінетики ібандронової кислоти у пацієнтів з печінковою недостатністю. Печінка не бере значної участі у кліренсі ібандронової кислоти, яка не метаболізується, а виводиться нирками і шляхом поглинання кістковою тканиною. Таким чином, для хворих із печінковою недостатністю корекція дози препарату не потрібна.

Пацієнти літнього віку (див. розділи «Спосіб застосування та дози»).

При багатовимірному аналізі було встановлено, що вивчені фармакокінетичні параметри не залежать від віку. Оскільки функція нирок зменшується з віком, це єдиний фактор, який слід брати до уваги (див. розділ «Пацієнти з нирковою недостатністю»).

Діти (див. розділ «Спосіб застосування та дози»).

Немає даних щодо застосування препарату Бонвіва® дітям.

Клінічні характеристики.

Показання.

Лікування остеопорозу у жінок в постменопаузальний період з підвищеним ризиком переломів. Продemonстровано зниження ризику вертебральних переломів, ефективність щодо запобігання переломів шийки стегна не встановлена.

Протипоказання.

Підвищена чутливість до ібандронової кислоти або до будь-якого іншого компонента препарату (див. розділ «Склад»).

Гіпокальціємія.

Захворювання стравоходу зі сповільненням спорожнення стравоходу, наприклад стриктура, ахалазія.

Неспроможність знаходитись у вертикальному положенні (стояти чи сидіти) протягом щонайменше 60 хвилин.

Взаємодія з іншими лікарськими засобами та інші види взаємодій.

Взаємодія лікарського засобу з їжею

Біодоступність при пероральному застосуванні ібандронової кислоти загалом знижується у присутності їжі. Зокрема, продукти харчування, що містять кальцій, у тому числі молоко, та інші полівалентні катіони (алюміній, магній, залізо), можуть порушувати всмоктування препарату Бонвіва[®], що збігається з результатами, отриманими у дослідженнях на тваринах. Тому препарат Бонвіва[®] слід приймати після нічного голодування (щонайменше 6 годин) і продовжувати бути натще 1 годину після прийому препарату Бонвіва[®] (див. розділ «Спосіб застосування та дози»).

Взаємодія з іншими лікарськими засобами

Метаболічні взаємодії не вважаються вірогідними, оскільки ібандронova кислота не пригнічує основні печінкові ізоферменти P450 у людини та не індукує систему печінкового цитохрому P450 у щурів (див. розділ «Фармакокінетика»). Виводиться ібандронova кислота шляхом ниркової екскреції і не підлягає процесам біотрансформації.

Препарати (добавки) кальцію, антациди і деякі інші пероральні лікарські засоби, що містять полівалентні катіони

Препарати (добавки) кальцію, антациди та деякі інші пероральні лікарські засоби, до складу яких входять полівалентні катіони (алюміній, магній, залізо), можуть порушувати всмоктування препарату Бонвіва[®]. Тому пацієнтам не слід приймати інші пероральні лікарські засоби щонайменше протягом 6 годин до прийому препарату Бонвіва[®] і протягом 1 години після прийому препарату Бонвіва[®].

Ацетилсаліцилова кислота і НПЗЗ

Оскільки ацетилсаліцилова кислота, нестероїдні протизапальні засоби (НПЗЗ) і бісфосфонати можуть спричиняти подразнення шлунково-кишкового тракту, необхідно з обережністю застосовувати НПЗЗ одночасно з препаратом Бонвіва[®] (див. розділ «Особливості застосування»).

H₂-блокатори та інгібітори протонного насоса

У дослідженні BM16549 за участю більше 1500 пацієнтів проводилося порівняння режимів дозування ібандронової кислоти (щоденно і 1 раз на місяць); при цьому 14 % пацієнтів і 18 % пацієнтів також отримували блокатори H₂-гістамінових рецепторів або інгібітори протонного насоса через один і два роки відповідно. Частота явищ з боку верхніх відділів шлунково-кишкового тракту у пацієнтів, які отримували препарат Бонвіва[®] у дозі 150 мг 1 раз на місяць, була такою ж, як і у пацієнтів, які отримували 2,5 мг ібандронової кислоти щоденно.

У дослідженні за участю здорових добровольців (чоловіків) і жінок у постменопаузі ранітидин при внутрішньовенному введенні збільшував біодоступність ібандронової кислоти приблизно на 20 %, можливо, за рахунок зменшення кислотності шлункового соку. Однак оскільки це підвищення знаходиться у межах норм біодоступності ібандронової кислоти, корекція дози препарату Бонвіва[®] при одночасному прийомі з блокаторами H₂-рецепторів чи іншими препаратами, що підвищують рівень рН шлункового соку, не потрібна.

Особливості застосування.

Гіпокальціємія

До початку лікування препаратом Бонвіва[®] потрібно відкоригувати гіпокальціємію. Всі інші порушення метаболізму кісткової тканини та мінерального обміну речовин також слід ефективно лікувати. Слід вживати достатню кількість кальцію та вітаміну D, оскільки це важливо для всіх пацієнтів.

Подразнення шлунково-кишкового тракту

Бісфосфонати для перорального застосування можуть спричиняти місцеве подразнення слизової оболонки верхніх відділів шлунково-кишкового тракту.

У зв'язку з вказаними можливими ефектами та можливістю погіршення основного захворювання необхідно проявляти обережність при застосуванні препарату Бонвіва[®] пацієнтам з активними захворюваннями верхніх відділів шлунково-кишкового тракту (стравохід Барретта, дисфагія, інші хвороби стравоходу, гастрит, дуоденіт або виразки).

При застосуванні пероральних бісфосфонатів повідомлялося про випадки таких побічних реакцій, як езофагіт, виразки стравоходу, ерозії стравоходу, які в деяких випадках були тяжкими і потребували госпіталізації, рідко з кровотечею чи з подальшим розвитком стриктури або перфорації стравоходу. Ризик розвитку тяжких побічних реакцій з боку стравоходу вищий у пацієнтів, які не виконують рекомендації щодо дозування, та/або у осіб, які продовжують приймати бісфосфонати перорально після розвитку симптомів, що свідчать про подразнення стравоходу. Тому пацієнти повинні звертати особливу увагу на дотримання рекомендацій щодо дозування (див. розділ «Спосіб застосування та дози»).

Лікарям слід бути уважними щодо симптомів, що свідчать про можливу реакцію з боку стравоходу, та інформувати пацієнтів про припинення прийому препарату Бонвіва® та необхідність звернутися до лікаря при появі дисфагії, болю при ковтанні, болю за грудниною, появі печії чи погіршенні печії. Хоча в контрольованих клінічних дослідженнях не спостерігалось збільшення ризику, при постмаркетинговому застосуванні пероральних бісфосфонатів були повідомлені випадки виразок шлунка і дванадцятипалої кишки. Деякі з них були тяжкими та мали ускладнення.

Оскільки нестероїдні протизапальні засоби (НПЗЗ) і бісфосфонати можуть спричиняти подразнення шлунково-кишкового тракту, необхідно з обережністю застосовувати НПЗЗ одночасно з препаратом Бонвіва®.

Остеонекроз щелепних кісток

Остеонекроз щелепних кісток спостерігався дуже рідко під час постмаркетингового застосування у пацієнтів, які отримували препарат Бонвіва® з приводу остеопорозу (див. розділ «Побічні реакції»).

Початок лікування або нового курсу лікування слід відстрочити для пацієнтів з незагоєними відкритими ушкодженнями м'яких тканин ротової порожнини.

Перед початком лікування препаратом Бонвіва® пацієнтам із супутніми факторами ризику рекомендується пройти стоматологічне обстеження з відповідним профілактичним втручанням та індивідуальною оцінкою співвідношення користі/ризиків.

Оцінюючи ризик виникнення остеонекрозу щелепних кісток у пацієнта, слід брати до уваги такі фактори ризику:

- Активність лікарського засобу, який пригнічує кісткову резорбцію (ризик вищий у разі застосування сполук з високою активністю), спосіб введення (ризик вищий при парентеральному введенні) і кумулятивна доза кістково-резорбційної терапії.
- Злоякісні новоутворення, супутні патологічні стани (зокрема анемія, коагулопатії, інфекція), тютюнопаління.
- Супутнє лікування: кортикостероїди, хіміотерапія, інгібітори ангіогенезу, променева терапія ділянки голови та шиї.
- Неналежна гігієна ротової порожнини, захворювання періодонта, погано підібрані зубні протези, захворювання зубів в анамнезі, інвазивні стоматологічні втручання, наприклад видалення зубів.

Під час лікування препаратом Бонвіва® усім пацієнтам слід дотримуватися належної гігієни ротової порожнини, проходити регулярні огляди у стоматолога і негайно повідомляти про будь-які симптоми з боку ротової порожнини, такі як рухливість зубів, біль чи набряк, незагойні виразки або виділення. Під час лікування інвазивні стоматологічні втручання мають проводитися лише після ретельного розгляду: їх слід уникати під час і найближчим часом після застосування препарату Бонвіва®.

План ведення пацієнтів, у яких розвинувся остеонекроз щелепних кісток, має бути розроблений в умовах тісної співпраці лікаря зі стоматологом або щелепно-лицьовим хірургом, досвідченим у лікуванні остеонекрозу щелепних кісток. Слід розглянути питання про тимчасове переривання лікування препаратом Бонвіва® до покращення стану і зменшення супутніх факторів ризику.

Остеонекроз зовнішнього слухового проходу

При застосуванні бісфосфонатів повідомляли про остеонекроз зовнішнього слухового проходу, переважно у зв'язку з тривалою терапією. До факторів ризику виникнення остеонекрозу зовнішнього слухового проходу належать застосування стероїдних гормонів і хіміотерапії та/або місцеві фактори ризику, такі як інфекція або травма. Імовірність виникнення остеонекрозу зовнішнього слухового проходу слід враховувати у пацієнтів, які отримують

бісфосфонати і у яких наявні симптоми з боку вуха, включаючи хронічні інфекції вуха.

Атипові переломи стегна

Атиповий підвертлюжний та діафізарний переломи стегнової кістки відзначалися при лікуванні бісфосфонатами, у першу чергу у пацієнтів, які отримували тривале лікування остеопорозу. Ці поперечні або короткі косі переломи можуть статися у будь-якому місці вздовж стегна: від трохи нижче малого вертлюга стегнової кістки до трохи вище надвиросткового підвищення. Ці переломи виникають після мінімальної травми або при відсутності травми, і деякі пацієнти відчують біль у ділянці стегна або паховий біль, що часто асоціюється з характерними рисами стресового перелому, впродовж від кількох тижнів до кількох місяців, перш ніж перелом проявиться у вигляді повного перелому стегнової кістки. Переломи часто двобічні, тому слід також оглянути інше стегно у пацієнтів, які отримують лікування бісфосфонатами і у яких виник діафізарний перелом стегнової кістки. Також повідомлялося про погане загоєння цих переломів. Поки не закінчиться оцінка стану пацієнта з урахуванням індивідуальної оцінки користі та ризику, необхідно розглянути питання про припинення застосування бісфосфонатів пацієнтам із підозрюваними атиповими переломами стегнової кістки на цей час.

Під час лікування бісфосфонатами пацієнтам слід рекомендувати повідомляти про біль у ділянці стегна, тазостегнового суглоба або про паховий біль; всі пацієнти з такими симптомами повинні бути обстежені щодо неповного перелому стегнової кістки.

Ниркова недостатність

Через обмежений клінічний досвід препарат Бонвіва® не рекомендується пацієнтам, у яких кліренс креатиніну становить менше 30 мл/хв (див. розділ «Фармакокінетика»).

Непереносимість галактози

Препарат містить лактозу. Пацієнтам з рідкісними спадковими формами галактозної непереносимості, дефіцитом лактази Лаппа або з глюкозо-галактозною мальабсорбцією не слід застосовувати цей препарат.

Утилізація невикористаного препарату та препарату із простроченим терміном придатності. Надходження лікарського засобу у зовнішнє середовище необхідно звести до мінімуму. Лікарський засіб не слід викидати у стічні води і побутові відходи. Для утилізації необхідно використовувати так звану «систему збору відходів» при наявності такої.

Застосування у період вагітності або годування груддю.

Вагітність

Препарат Бонвіва® призначений для застосування лише жінкам у постменопаузі. Препарат не слід застосовувати жінкам репродуктивного віку.

Немає належних даних щодо застосування ібандронової кислоти вагітним жінкам. У дослідженнях на щурах спостерігалася певна репродуктивна токсичність. Потенційний ризик для людини невідомий. Препарат Бонвіва® не слід застосовувати під час вагітності.

Годування груддю

Невідомо, чи проникає ібандренова кислота у грудне молоко людини. Дослідження у лактуючих щурів продемонстрували наявність низьких рівнів ібандронової кислоти у молоці після внутрішньовенного введення. Препарат Бонвіва® не слід застосовувати під час годування груддю.

Фертильність

Немає даних щодо впливу ібандронової кислоти у людини. У репродуктивних дослідженнях у щурів при пероральному прийомі ібандренова кислота знижувала фертильність. У дослідженнях на щурах ібандренова кислота знижувала фертильність при внутрішньовенному введенні високих добових доз.

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

З огляду на особливості фармакодинаміки, фармакокінетичний профіль і повідомлені побічні реакції очікується, що Бонвіва® не впливає або має незначний вплив на здатність керувати автотранспортом або працювати з іншими механізмами.

Спосіб застосування та дози.

Дозування

Для лікування остеопорозу рекомендована доза препарату Бонвіва® – 1 таблетка 150 мг 1 раз на місяць перорально. Таблетки слід приймати в один і той же день щомісячно.

Препарат Бонвіва® слід приймати після нічного голодування (щонайменше 6 годин) і за 60 хвилин до першого прийому їжі чи рідини (окрім води) вдень (див. розділ «Взаємодія з іншими лікарськими засобами та інші види взаємодій») або інших пероральних лікарських засобів чи добавок (включаючи кальцій).

Пацієнта слід проінформувати, що у випадку, якщо щомісячна доза препарату була пропущена, пацієнтові слід одразу, як тільки згадає, прийняти наступного ранку 1 таблетку 150 мг препарату Бонвіва®, якщо тільки день прийому наступної запланованої дози не припадає на період найближчих 7 днів. Наступні дози препарату пацієнту слід приймати у раніше встановлений день місяця. Якщо день прийому наступної запланованої дози припадає на період найближчих 7 днів, то слід пропустити прийом і наступну дозу приймати у запланований день місяця і продовжувати приймати 1 таблетку на місяць у раніше встановлений день місяця. Не слід приймати 2 таблетки протягом одного тижня.

Пацієнтам слід вживати добавки кальцію та/або вітамін D у разі, якщо їх вживання з продуктами харчування є неповноцінним (див. розділи «Особливості застосування», «Взаємодія з іншими лікарськими засобами та інші види взаємодій»).

Оптимальна тривалість лікування остеопорозу бісфосфонатами не встановлена. Питання про необхідність продовження лікування слід періодично переглядати для кожного пацієнта окремо, враховуючи користь і потенційний ризик від застосування препарату Бонвіва®, зокрема через 5 або більше років застосування препарату.

Спеціальні групи пацієнтів.

Пацієнти з нирковою недостатністю

Через обмежений клінічний досвід препарат Бонвіва® не рекомендується пацієнтам, у яких кліренс креатиніну нижче 30 мл/хв (див. розділи «Особливості застосування», «Фармакокінетика»).

Корекція дози не потрібна пацієнтам з легкою або помірною нирковою недостатністю, якщо кліренс креатиніну дорівнює або перевищує 30 мл/хв.

Пацієнти з печінковою недостатністю

Корекція дози не потрібна (див. розділ «Фармакокінетика»).

Пацієнти літнього віку (> 65 років)

Корекція дози не потрібна (див. розділ «Фармакокінетика»).

Діти

Немає відповідного досвіду застосування препарату Бонвіва® дітям віком до 18 років. Застосування препарату Бонвіва® дітям віком до 18 років не вивчалось (див. розділи «Фармакодинаміка», «Фармакокінетика»).

Спосіб застосування

- Таблетки слід ковтати цілими і запивати 1 склянкою звичайної води (180–240 мл), сидячи чи стоячи у вертикальному положенні. Не слід застосовувати воду з високою концентрацією кальцію. Якщо існують побоювання щодо потенційно високих рівнів кальцію в питній воді (жорстка вода), рекомендується вживати бутильовану воду з низьким вмістом мінеральних речовин.

- Пацієнтам не слід лежати протягом 60 хвилин після прийому препарату Бонвіва®.
- Запивати препарат Бонвіва® слід лише звичайною водою.
- Пацієнтам не слід розжовувати чи смоктати таблетку через можливість утворення виразок на слизовій оболонці ротоглотки.

Діти.

Немає досвіду застосування препарату Бонвіва® дітям віком до 18 років. Застосування препарату Бонвіва® дітям віком до 18 років не вивчалось (див. розділи «Фармакодинаміка», «Фармакокінетика»).

Передозування.

Специфічної інформації про лікування передозування препаратом Бонвіва® немає.

Проте, з огляду на наявні знання про бісфосфонати, при пероральному передозуванні може спостерігатися розвиток побічних реакцій з боку верхніх відділів шлунково-кишкового тракту (таких як шлункові розлади, диспепсія, езофагіт, гастрит, виразка) або гіпокальціємія. Для зв'язування препарату Бонвіва® слід призначати молоко або антацидні засоби, і будь-які побічні реакції слід лікувати симптоматично. Через ризик подразнення стравоходу не слід викликати блювання. Пацієнтам необхідно знаходитись у вертикальному положенні.

Побічні реакції.

Резюме профілю безпеки

Найбільш серйозними побічними реакціями, про які повідомлялося, є анафілактична реакція/шок, атипові переломи стегна, остеонекроз щелепних кісток, подразнення шлунково-кишкового тракту, запалення ока (див. «Опис окремих побічних реакцій» і розділ «Особливості застосування»).

Найчастішими побічними реакціями, про які повідомлялось, були артралгія і грипоподібні симптоми. Ці симптоми зазвичай асоціювалися із першою дозою, загалом були короткотривалими, легкої або помірної тяжкості і, як правило, зникали після продовження лікування та не вимагали медикаментозного втручання (див. «Опис окремих побічних реакцій»).

Нижче наведено повний перелік відомих побічних реакцій.

Безпека лікування ібандроновою кислотою у дозі 2,5 мг на добу перорально вивчалася у 1251 пацієнта, які брали участь у 4 плацебо-контрольованих клінічних дослідженнях, при цьому більшість пацієнтів брала участь у базовому трирічному дослідженні переломів (MF 4411).

У дворічному дослідженні у жінок в постменопаузальному періоді з остеопорозом (BM 16549) загальний профіль безпеки був подібним для препарату Бонвіва® у дозі 150 мг 1 раз на місяць та ібандронової кислоти у дозі 2,5 мг перорально щоденно. Загальна кількість пацієток, у яких були зареєстровані побічні реакції, становила 22,7 % і 25 % при застосуванні препарату Бонвіва® 150 мг 1 раз на місяць через 1 і 2 роки лікування відповідно. Більшість побічних реакцій не призводили до припинення лікування.

Побічні реакції зазначено нижче згідно з термінологією Медичного словника нормативно-правової діяльності MedDRA за класами систем органів та категоріями частоти. За частотою побічні реакції поділяються на дуже поширені ($\geq 1/10$), поширені ($\geq 1/100$ до $< 1/10$), непоширені ($\geq 1/1000$ до $< 1/100$), рідко поширені ($\geq 1/10000$ до $< 1/1000$), дуже рідко поширені ($< 1/10000$), частота невідома (не можна розрахувати за наявними даними). У кожній групі за частотою побічні реакції зазначено в порядку зменшення серйозності.

Побічні реакції, що були зареєстровані протягом III фази досліджень BM16549 та MF4411 у жінок у постменопаузальному періоді, які отримували препарат Бонвіва® у дозі 150 мг 1 раз на місяць або ібандронову кислоту у дозі 2,5 мг перорально щоденно, та під час постмаркетингового застосування.

Порушення з боку імунної системи: непоширені – загострення бронхіальної астми; рідко поширені – реакції гіперчутливості; дуже рідко поширені – анафілактична реакція/шок*†.

Порушення з боку нервової системи: поширені – головний біль; непоширені – запаморочення.

Порушення з боку органів зору: рідко поширені – запалення ока*†.

Порушення з боку шлунково-кишкового тракту: поширені – езофагіт, гастрит, гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба, диспепсія, діарея, абдомінальний біль, нудота; непоширені – езофагіт, включаючи звирозкучання стравоходу або стриктури і дисфазію, блювання, метеоризм; рідко поширені – дуоденіт.

Порушення з боку шкіри і підшкірної клітковини: поширені – висипання; рідко поширені – ангіоневротичний набряк, набряк обличчя, кропив'янка; дуже рідко поширені – синдром Стівенса – Джонсона†, мультиформна еритема†, бульозний дерматит†.

Порушення з боку опорно-рухової системи та сполучної тканини: поширені – артралгія, міалгія, м'язово-скелетний біль, судоми у м'язах, м'язово-скелетна ригідність; непоширені – біль у спині; рідко поширені – атиповий підвертлюжний та діафізарний переломи стегнової кістки†; дуже рідко поширені – остеонекроз щелепних кісток*†, остеонекроз зовнішнього слухового проходу (побічна реакція, характерна для бісфосфонатів як класу)†.

Загальні розлади та стан у місці введення: поширені – грипоподібне захворювання*; непоширені – слабкість.

*Див. нижче.

†Виявлені під час постмаркетингового застосування.

Опис окремих побічних реакцій

Побічні реакції з боку шлунково-кишкового тракту

Пацієнти з попереднім анамнезом шлунково-кишкового захворювання, включаючи пацієнтів з пептичною виразкою без недавніх кровотеч або госпіталізації і пацієнтів з диспепсією або рефлюксом, контрольованим за допомогою медикаментозного лікування, були включені в дослідження з лікуванням 1 раз на місяць. У цих пацієнтів не було різниці в частоті побічних явищ з боку верхніх відділів шлунково-кишкового тракту при застосуванні препарату Бонвіва® в дозі 150 мг 1 раз на місяць порівняно з дозою 2,5 мг/добу.

Грипоподібне захворювання

Грипоподібне захворювання включало такі симптоми, як реакції гострої фази, або такі симптоми, як міалгія, артралгія, гарячка, озноб, втомлюваність, нудота, втрата апетиту та біль у кістках.

Остеонекроз щелепних кісток

Повідомлялося про випадки остеонекрозу щелепних кісток, переважно у пацієнтів зі злоякісними новоутвореннями, які отримували лікування препаратами, що інгібують кісткову резорбцію, зокрема ібандронову кислоту (див. розділ «Особливості застосування»). Повідомлялося про випадки остеонекрозу щелепних кісток під час постмаркетингового застосування ібандронової кислоти.

Запалення ока

При застосуванні ібандронової кислоти повідомлялося про запальні порушення з боку очей: увеїт, епісклерит, склерит. У деяких випадках ці запальні порушення зникали лише після відміни ібандронової кислоти.

Анафілактична реакція/шок

У пацієнтів, які отримували лікування ібандронову кислоту внутрішньовенно, повідомлялося про випадки анафілактичної реакції/шоку, у тому числі з летальним наслідком.

Звітність щодо підозрюваних побічних реакцій

Звітність щодо підозрюваних побічних реакцій після затвердження лікарського засобу важлива. Це дає змогу продовжити моніторинг співвідношення користь/ризик застосування лікарського засобу. Медичних працівників просять повідомляти про будь-які підозрювані побічні реакції через національну систему фармаконагляду.

Термін придатності.

5 років.

Умови зберігання.

Зберігати у недоступному для дітей місці. Зберігати при температурі не вище 30 °С.

Упаковка.

Таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 150 мг. По 1 або по 3 таблетки у блістері.
По 1 блістеру у картонній коробці.

Категорія відпуску.

За рецептом.

Виробник.

Ф.Хоффманн-Ля Рош Лтд.
Веймейд ПЛС.

Місцезнаходження виробника та адреса місця провадження його діяльності.

Грензахерштрассе 124, 4070 Базель, Швейцарія.
Соверін Хаус, Майлс Грей Роуд, Базілдон, SS14 3FR, Велика Британія.