

ІНСТРУКЦІЯ для медичного застосування лікарського засобу

**Прадакса®
(Pradaxa®)**

Склад:

діюча речовина: дабігатрану етексилат;

1 капсула містить дабігатрану етексилату (у вигляді мезилату) 110 мг;

допоміжні речовини: акація, кислота винна, гіпромелоза, диметикон, тальк, гідроксипропілцелюлоза;

оболонка капсули: карагінан (Е 407), калію хлорид, титану діоксид (Е 171), індигокармін (Е 132), гіпромелоза, вода очищена;

напис на капсулі чорнилом чорного кольору SW-9008: шелак, спирт бутиловий, спирт ізопропіловий, заліза оксид чорний (Е 172), вода очищена, пропіленгліколь (Е 1520), спирт етиловий безводний, розчин амонію концентрований, калію гідроксид.

Лікарська форма. Капсули тверді.

Основні фізико-хімічні властивості: довгасті капсули із гідроксипропілметилцелюлози (розмір 1) з непрозорою кришечкою світло-блакитного кольору з символом компанії Берінгер Інгельхайм чорного кольору та непрозорим світло-блакитного кольору тілом капсули з символом чорного кольору «R110», які містять жовтуваті пелети.

Фармакотерапевтична група. Антитромботичні агенти. Прямі інгібітори тромбіну.
Код АТХ В01А Е07.

Фармакологічні властивості.

Фармакодинаміка.

Механізм дії. Дабігатрану етексилат належить до низькомолекулярних проліків, які не проявляють фармакологічної активності. Після перорального прийому дабігатрану етексилат швидко всмоктується і перетворюється на дабігатран шляхом каталізованого естеразою гідролізу в плазмі та печінці. Дабігатран є сильним конкурентним зворотним прямим інгібітором тромбіну та головною активною речовиною в плазмі.

Оскільки тромбін (серин-протеаза) активує перетворення фібриногену у фібрин у системі згортання крові, то його пригнічення запобігає розвитку тромбу. Дабігатран інгібує вільний тромбін, фібринозв'язаний тромбін та спричинену тромбіном агрегацію тромбоцитів.

Фармакодинамічні впливи. Існує чітка кореляція між концентрацією дабігатрану в плазмі крові та ступенем антикоагулянтного ефекту згідно II фази досліджень. Дабігатран подовжує тромбіновий час (ТЧ), ЧЗК та АЧТЧ.

Кількісний тест на калібрований розведений тромбіновий час (pТЧ) надає приблизне значення концентрації дабігатрану в плазмі, яке можна зіставити з очікуваним. Якщо результат тесту на калібрований розведений тромбіновий час (pТЧ) знаходиться на рівні або нижче межі кількісного визначення, слід розглянути додаткові коагуляційні тести (ТЧ, ЧЗК та АЧТЧ).

ЧЗК може забезпечити безпосереднє вимірювання активності прямих тромбінових інгібіторів.

Тест АЧТЧ є широко розповсюдженим та забезпечує приблизний показник антикоагулянтної інтенсивності, що досягається дабігатраном. Однак тест АЧТЧ має обмежену чутливість та не підходить для точного кількісного визначення антикоагулянтного впливу, особливо при високих плазмових концентраціях дабігатрану. Хоча високі значення АЧТЧ слід інтерпретувати з обережністю, вони вказують на антикоагулянтний ефект у пацієнта.

Клінічна ефективність та безпека. У ході клінічних досліджень продемонстровано, що дабігатрану етексилат у дозі 110 мг 2 рази на добу не поступається варфарину при запобіганні інсульту та системній емболії у дорослих пацієнтів з неклапанною фібриляцією передсердь (НФП) зі зниженим ризиком внутрішньомозкового крововиливу, загальної кровотечі або масивної кровотечі. Доза дабігатрану 150 мг 2 рази на добу значно знижує ризик ішемічного та геморагічного інсульту, смерті від судинних захворювань, внутрішньомозкового крововиливу та загальної кровотечі у порівнянні з варфарином. Частота масивних кровотеч при даних дозуваннях була порівнювана з такою при застосуванні варфарину. Частота інфарктів міокарда при застосуванні дабігатрану етексилату у дозі 110 мг та 150 мг два рази на добу у порівнянні з такою при застосуванні варфарину практично не збільшувалась (відношення ризиків 1,29; $p=0,0929$ та відношення ризиків 1,27; $p=0,1240$ відповідно). Суттєвим позитивним впливом дабігатрану етексилату у порівнянні з варфарином є покращення моніторингу МНВ.

Дані неінтервенційних досліджень

У ході неінтервенційного дослідження (GLORIA-AF) проспективно (під час другої фази) збирали дані з безпеки та ефективності у пацієнтів із вперше виявленою неклапанною фібриляцією передсердь (НКФП), які отримували дабігатрану етексилат в умовах реального життя. Дослідження включало 4859 пацієнтів, які отримували дабігатрану етексилат (55% отримували дозу 150 мг два рази на добу, 43% — 110 мг два рази на добу, 2% — 75 мг два рази на добу). За пацієнтами спостерігали протягом 2 років. Середні показники CHADS2 та HAS-BLED становили 1,9 та 1,2 відповідно. Середній період спостереження під час лікування дорівнював 18,3 місяця. Великі кровотечі спостерігалися у 0,97 випадку на 100 пацієнто-років. Загрозливі для життя кровотечі були зареєстровані у 0,46 випадку на 100 пацієнто-років, внутрішньочерепна кровотеча — у 0,17 випадку на 100 пацієнто-років і шлунково-кишкові кровотечі — у 0,60 випадку на 100 пацієнто-років. Інсульт спостерігався у 0,65 випадку на 100 пацієнто-років.

Ці спостереження в умовах реального життя узгоджуються з профілем безпеки та ефективності дабігатрану етексилату, встановленим в дослідженні RE-LY при застосуванні за зазначеним показанням.

Крім того, під час неінтервенційного дослідження [Graham DJ et al., Circulation. 2015;131:157–164] у більш ніж 134 000 літніх пацієнтів з неклапанною фібриляцією передсердь (НФП) у США (еквівалент більш ніж 37 500 пацієнто-років спостережень в ході терапії) дабігатрану етексилат (84 % пацієнтів, що отримували 150 мг 2 р/д, 16 % пацієнтів, що отримували 75 мг 2 р/д) був пов'язаний зі зменшеним ризиком ішемічного інсульту (відношення ризиків 0,80; 95 % довірчий інтервал [ДІ] 0,67–0,96), внутрішньочерепного крововиливу (відношення ризиків 0,34; ДІ 0,26–0,46) та смертності (відношення ризиків 0,86; ДІ 0,77–0,96), а також підвищеним ризиком шлунково-кишкової кровотечі (відношення ризиків 1,28; ДІ 1,14–1,44) порівняно з варфарином. При порівнянні показників ризику масивної кровотечі різниці не було (відношення ризиків 0,97; ДІ 0,88–1,07).

Пацієнти, які перенесли черезшкірну коронарну ангіопластику (ЧКА) зі стентуванням

Проспективне рандомізоване відкрите дослідження (фаза IIIb) з маскуванням кінцевих точок (PROBE), метою якого була оцінка подвійної терапії з використанням дабігатрану етексилату (в дозі 110 мг або 150 мг два рази на добу) плюс клопідогрель або тикагрелор (антагоніст P2Y12) в порівнянні з потрійною терапією варфарином (з коригуванням до МНВ 2,0–3,0) плюс клопідогрель чи тикагрелор та аспірин, було проведено за участю 2725 пацієнтів з неклапанною фібриляцією передсердь, які перенесли ЧКА зі стентуванням (RE-DUAL PCI). Пацієнти були рандомізовані до групи подвійної терапії із застосуванням дабігатрану етексилату в дозі 110 мг два рази на добу, групи подвійної терапії із застосуванням дабігатрану етексилату в дозі 150 мг два рази на добу або потрійної терапії варфарином. Пацієнти літнього віку за межами Сполучених Штатів (віком від 80 років для всіх країн та від 70 років для Японії) були рандомізовані для отримання подвійної терапії із

застосуванням дабігатрану етексилату в дозі 110 мг або терапії варфарином. Первинною кінцевою точкою була комбінована кінцева точка великих кровотеч на основі визначення ISTH (Міжнародного товариства тромбозу та гемостазу) або клінічно значущих невеликих кровотеч.

Частота досягнення первинної кінцевої точки становила 15,4 % (151 пацієнт) в групі подвійної терапії із застосуванням дабігатрану етексилату в дозі 110 мг порівняно з 26,9 % (264 пацієнти) в групі потрійної терапії варфарином (ВР 0,52; 95% ДІ 0,42, 0,63; $P < 0,0001$ для не меншої ефективності та $P < 0,0001$ для вищої ефективності) та 20,2 % (154 пацієнти) в групі подвійної терапії із застосуванням дабігатрану етексилату в дозі 150 мг порівняно з 25,7 % (196 пацієнтів) у відповідній групі потрійної терапії варфарином (ВР 0,72; 95% ДІ 0,58, 0,88; $P < 0,0001$ для не меншої ефективності та $P = 0,002$ для вищої ефективності). За результатами описового аналізу частота великих кровотеч за шкалою ТІМІ (тромболізис при інфаркті міокарда) була нижчою в обох групах подвійної терапії із застосуванням дабігатрану етексилату, ніж в групі потрійної терапії варфарином: 14 явищ (1,4%) в групі подвійної терапії із застосуванням дабігатрану етексилату в дозі 110 мг порівняно з 37 явищами (3,8%) в групі потрійної терапії варфарином (ВР 0,37; 95% ДІ 0,20, 0,68; $P = 0,002$) та 16 явищ (2,1%) в групі подвійної терапії із застосуванням дабігатрану етексилату в дозі 150 мг порівняно з 30 явищами (3,9%) у відповідній групі потрійної терапії варфарином (ВР 0,51; 95% ДІ 0,28, 0,93; $P = 0,03$). В обох групах подвійної терапії із застосуванням дабігатрану етексилату було відзначено нижчу частоту внутрішньочерепного крововиливу, ніж у відповідній групі потрійної терапії варфарином: 3 явища (0,3%) в групі подвійної терапії із застосуванням дабігатрану етексилату в дозі 110 мг порівняно з 10 явищами (1,0%) в групі потрійної терапії варфарином (ВР 0,30; 95% ДІ 0,08, 1,07; $P = 0,06$) та 1 явище (0,1%) в групі подвійної терапії із застосуванням дабігатрану етексилату в дозі 150 мг порівняно з 8 явищами (1,0%) у відповідній групі потрійної терапії варфарином (ВР 0,12; 95% ДІ 0,02, 0,98; $P = 0,047$). За частотою досягнення комбінованої кінцевої точки ефективності за випадками смерті, тромбоемболічних явищ (інфаркту міокарда, інсульту і системної емболії) або непланової реваскуляризації обидві групи подвійної терапії із застосуванням дабігатрану етексилату сукупно не поступались групі потрійної терапії варфарином (13,7% проти 13,4% відповідно; ВР 1,04; 95% ДІ 0,84, 1,29; $P = 0,0047$ для не меншої ефективності). Не було відзначено статистичних відмінностей в окремих компонентах кінцевих точок ефективності між будь-якою з груп подвійної терапії з використанням дабігатрану етексилату та групою потрійної терапії варфарином.

Клінічні дослідження щодо запобігання тромбоемболії у пацієнтів з механічним клапаном серця

У ході клінічних досліджень у пацієнтів, які нещодавно перенесли операції по заміні механічного клапана серця (наприклад, під час стаціонарного лікування), та пацієнтів, які перенесли операцію по заміні механічного клапана серця більше ніж 3 місяці тому, було виявлено збільшення тромбоемболічних ускладнень (головним чином інсульту та тромбози штучного клапана з клінічними проявами та/або безсимптомні) та більше випадків кровотеч при лікуванні дабігатрану етексилатом у порівнянні з варфарином. У пацієнтів в ранній післяопераційний період масивні кровотечі проявляються в основному у вигляді геморагічного ексудату в порожнині перикарда, особливо у пацієнтів, які починали застосування дабігатрану етексилату (наприклад, на 3 день) після операції по заміні клапана серця (див. розділ «Протипоказання»).

Фармакокінетика.

Після перорального застосування дабігатрану етексилат швидко та повністю перетворюється на дабігатран, який є активною формою в плазмі. Перетворення пролікарського засобу дабігатрану етексилату шляхом каталізованого естеразою гідролізу на активну речовину дабігатран є домінантною метаболічною реакцією. Абсолютна біодоступність дабігатрану після перорального прийому дабігатрану етексилату становила приблизно 6,5 %.

Після перорального застосування дабігатрану етексилату фармакокінетичний профіль дабігатрану в плазмі характеризується швидким збільшенням концентрації з досягненням $C_{\max}$ через 0,5–2 години після застосування.

Всмоктування. Оцінене в ході дослідження постопераційне всмоктування дабігатрану етексилату через 1–3 години після хірургічної операції було відносно низьким порівняно з абсорбцією у здорових добровольців і показало рівний профіль AUC без високих пікових концентрацій у плазмі. Максимальна концентрація у плазмі досягається через 6 годин після застосування у післяопераційний період внаслідок супутніх факторів, таких як анестезія, шлунково-кишковий парез та хірургічне втручання, незалежно від пероральної форми лікарського засобу. Додаткове дослідження показало, що повільне та відтерміноване всмоктування зазвичай спостерігається тільки в день хірургічної операції. У наступні дні всмоктування дабігатрану є швидким, з піковою концентрацією в плазмі, що досягається через 2 години після застосування препарату.

Їжа не впливає на біодоступність дабігатрану етексилату, але затримує час досягнення максимальної концентрації у плазмі на 2 години.

$C_{\max}$ та AUC були пропорційні дозі.

Біодоступність при пероральному застосуванні може бути збільшена на 75 % після застосування однієї дози та на 37 % при стабільному стані порівняно з такою при застосуванні лікарської форми у вигляді капсул, коли пелети застосовувались без гідроксипропілметилцелюлози (ГПМЦ) у складі оболонки капсули. Тому слід завжди зберігати цілісність ГПМЦ-капсул при клінічному застосуванні для запобігання ненавмисному підвищенню біодоступності дабігатрану етексилату (див. розділ «Спосіб застосування та дози»).

Розподіл. Спостерігалось низьке (34–35 %), незалежне від концентрації зв'язування дабігатрану з білками плазми людини. Об'єм розподілу дабігатрану 60–70 л перевищував об'єм загальної рідини організму, вказуючи на помірний розподіл дабігатрану в тканинах.

Біотрансформація. Метаболізм та виведення дабігатрану вивчали після введення одноразової внутрішньовенної дози радіоміченого дабігатрану здоровим добровольцям чоловічої статі. Після внутрішньовенного введення радіоактивний дабігатран головним чином виводився із сечею (85 %). Виведення з фекаліями становило 6 % уведеної дози. Відновлення вихідної радіоактивності до рівня 88–94 % відбувалося через 168 годин після прийому дабігатрану. Дабігатран кон'югується, формуючи фармакологічно активні ацилглюкуроніди. Існують чотири позиційні ізомери, 1-О, 2-О, 3-О, 4-О-ацилглюкуроніди, кожний становить менше 10 % загального дабігатрану в плазмі. Сліди інших метаболітів можна було виявити тільки за допомогою високочутливих аналітичних методів. Дабігатран головним чином виводиться у незмінену вигляді із сечею зі швидкістю приблизно 100 мл/хв, що відповідає швидкості клубочкової фільтрації.

Виведення

Концентрація дабігатрану в плазмі крові знижується біекспоненціально із середнім кінцевим періодом напіввиведення 11 годин у здорових добровольців літнього віку. Після багаторазових доз термінальний період напіввиведення становив близько 12–14 годин. Період напіввиведення не залежав від дози. Період напіввиведення подовжується при зниженні ниркової функції (див. таблицю 1).

Особливі групи пацієнтів.

Ниркова недостатність. У фазі I досліджень розподіл (AUC) дабігатрану після перорального застосування був приблизно у 2,7 раза вищим у добровольців з помірною нирковою недостатністю (кліренс креатиніну (CrCl) 30–50 мл/хв) порівняно з такими у добровольців без ниркової недостатності. У невеликої кількості добровольців з тяжкою нирковою недостатністю (кліренс креатиніну (CrCl) 10–30 мл/хв) розподіл (AUC) дабігатрану був приблизно у 6 разів вищий і період напіввиведення приблизно у 2 рази довшим порівняно з таким у добровольців без ниркової недостатності (див. розділи «Спосіб застосування та дози», «Протипоказання» та «Особливості застосування»).

Таблиця 1

Період напіввиведення дабігатрану залежно від ниркової функції

Рівень гломерулярної фільтрації (кліренс креатиніну), мл/хв	Період напіввиведення, години (gCV %; інтервал)
≥ 80	13,4 (25,7 %; 11,0–21,6)
≥ 50–< 80	15,3 (42,7 %; 11,7–34,1)
≥ 30–< 50	18,4 (18,5 %; 13,3–23,0)
< 30	27,2 (15,3 %; 21,6–35,0)

Крім того, експозиція дабігатрану (в точці мінімуму та піка) оцінювалася у проспективному відкритому рандомізованому фармакокінетичному дослідженні за участю пацієнтів з неклапанною фібриляцією передсердь з тяжким порушенням функції нирок (кліренс креатиніну (CrCl) 15–30 мл/хв), які отримували дабігатрану етексилат 75 мг двічі на день.

У результаті цього режиму застосування середня геометрична концентрація в точці мінімуму, виміряна безпосередньо перед прийомом наступної дози, становила 155 нг/мл (гКВ 76,9%), а середня геометрична пікова концентрація, виміряна через дві години після прийому останньої дози, дорівнювала 202 нг/мл (гКВ 70,6 %).

Кліренс дабігатрану при гемодіалізі досліджувався за участю 7 пацієнтів із термінальною стадією хвороби нирок (ТСХН) без фібриляції передсердь. Діаліз проводився зі швидкістю діалізату 700 мл/хв протягом 4 годин та зі швидкістю кровотоку або 200 мл/хв, або 350–390 мл/хв. Це призводило до зниження концентрації дабігатрану на 50 % та до 60 % відповідно. Кількість речовини, що виводиться за допомогою діалізу, є пропорційною до швидкості кровотоку 300 мл/хв. Антикоагулянтна активність дабігатрану знижується зі зниженням концентрації в плазмі крові. Процедура не впливала на взаємовідношення фармакодинаміка/фармакокінетика.

Пацієнти літнього віку. У фазі I спеціального фармакокінетичного дослідження у пацієнтів літнього віку спостерігалось збільшення AUC з 40 % до 60 % та C_{max} більше ніж на 25 % порівняно з таким у молодих пацієнтів. Вплив віку на розподіл дабігатрану підтверджений у ході RE-LY дослідження: приблизно на 31 % вища концентрація у пацієнтів ≥ 75 років та приблизно на 22 % нижча у пацієнтів < 65 років порівняно з такими показниками у пацієнтів віком від 65 до 75 років (див. розділи «Спосіб застосування та дози» та «Особливості застосування»).

Печінкова недостатність. Не спостерігалось змін у розподілі дабігатрану у 12 пацієнтів з помірною печінковою недостатністю (класифікація Чайлда – П'ю, клас В) порівняно з 12 контрольними пацієнтами (див. розділи «Спосіб застосування та дози» та «Особливості застосування»).

Маса тіла. Концентрація дабігатрану була приблизно на 20 % нижчою у пацієнтів з масою тіла > 100 кг порівняно з такою у пацієнтів з масою тіла 50–100 кг. Більшість (80,8 %) добровольців були у категорії ≥ 50 кг та < 100 кг без виявлення чіткої різниці у концентрації дабігатрану (див. розділи «Спосіб застосування та дози» та «Особливості застосування»). Обмежені дані щодо категорії пацієнтів з масою тіла < 50 кг.

Стать. Розподіл активної речовини у ході досліджень щодо запобігання венозним тромбоемболічним ускладненням був на 40 %–50 % вищим у пацієнтів жіночої статі; корекція дози не рекомендується. Пацієнти жіночої статі з фібриляцією передсердь мали в середньому на 30 % вищі концентрації під час та після застосування. Корекція дози не рекомендується (див. розділ «Спосіб застосування та дози»).

Расова приналежність. У фармакокінетиці та фармакодинаміці дабігатрану немає клінічно значущої міжетнічної різниці у пацієнтів європеїдної, негроїдної рас, латиноамериканського, японського або китайського походження.

Фармакокінетичні взаємодії. Дослідження взаємодії *in vitro* не показали пригнічення або індукування головних ізоензимів цитохрому P450. Це було підтверджено дослідженнями *in vitro* за участю здорових добровольців, у яких не спостерігалось жодних взаємодій між дабігатраном та такими активними субстанціями, як аторвастатин (CYP3A4), дигоксин (взаємодія P-гр транспортера) та диклофенак (CYP2C9).

Клінічні характеристики.

Показання.

Первинне запобігання венозним тромбоемболічним ускладненням у пацієнтів, які перенесли обширну ортопедичну операцію із заміни тазостегнового суглоба або колінного суглоба.

Запобігання інсульту та системній емболії у дорослих пацієнтів з неклапанною фібриляцією передсердь (НФП) з одним або більше факторів ризику, таких як: перенесений інсульт або транзиторна ішемічна атака (ТІА), вік ≥ 75 років, серцева недостатність (Нью-Йоркська Асоціація Кардіологів (НАК), клас $\geq II$), цукровий діабет або артеріальна гіпертензія.

Лікування тромбозу глибоких вен (ТГВ) і легеневої емболії (ЛЕ) та запобігання рецидивуючому ТГВ і ЛЕ у дорослих.

Протипоказання.

- Відома підвищена чутливість до дабігатрану або дабігатрану етексилату, або до будь-якого з інгредієнтів препарату.
- Тяжкі порушення функції нирок (кліренс креатиніну < 30 мл/хв).
- Активні клінічно значущі кровотечі.
- Пошкодження або стан, який розглядається як істотний фактор ризику значних кровотеч, зокрема поточна або нещодавня шлунково-кишкова виразка, наявність злоякісних пухлин з високим ризиком кровотечі, нещодавнє пошкодження головного або спинного мозку, хірургічна операція на спинному мозку або офтальмологічна хірургічна операція, нещодавня внутрішньомозкова кровотеча, відоме або підозрюване езофагеальне варикозне розширення судин, артеріовенозні мальформації, судинні аневризми або значні інтраспінальні або інтрацеребральні судинні патології.
- Одночасне застосування будь-якого антикоагулянтного лікарського засобу, такого як нефракціонований гепарин (НФГ), низькомолекулярні гепарини (еноксапарин, дальтепарин та ін.), похідні гепарину (фондапаринукс та ін.), пероральні антикоагулянти (варфарин, ривароксабан, апіксабан та ін.), за винятком специфічних умов, зокрема випадків переходу із або на антикоагулянтну терапію (див. розділ «Спосіб застосування та дози»), коли НФГ застосовують у дозах, необхідних для підтримання відкритого центрального венозного або артеріального катетера, або коли НФГ застосовують протягом катетерної абляції при фібриляції передсердь (див. розділ «Взаємодія з іншими лікарськими засобами та інші види взаємодій»).
- Порушення функції печінки або захворювання печінки, що може вплинути на виживання.
- Одночасне лікування з такими сильними інгібіторами P-гр: системний кетоконазол, циклоспорин, ітраконазол, дронедарон та комбінація з фіксованою дозою глекапревір/пібрентасвір (див. розділ «Взаємодія з іншими лікарськими засобами та інші види взаємодій»).
- Штучний клапан серця, що потребує антикоагулянтної терапії.

Взаємодія з іншими лікарськими засобами та інші види взаємодій.

Взаємодії транспортера.

Дабігатрану етексилат є субстратом для транспортера P-гр. Одночасне застосування інгібіторів P-гр (див. таблицю 2) очікувано призведе до підвищення концентрації дабігатрану в плазмі крові. Якщо не вказано інше, рекомендовано ретельне клінічне спостереження (щодо ознак кровотечі чи анемії) при одночасному застосуванні дабігатрану та сильних інгібіторів P-гр. Можливе зменшення дози дабігатрану при застосуванні в комбінації з деякими інгібіторами P-гр (див. розділи «Спосіб застосування та дози», «Протипоказання», «Особливості застосування» та «Фармакодинаміка»).

Таблиця 2

Взаємодії транспортера

Інгібітори P-гр

<i>Одночасне застосування протипоказане (див. розділ «Протипоказання»)</i>	
Кетоконазол	Кетоконазол підвищує загальне значення $AUC_{0-\infty}$ та C_{max} дабігатрану у 2,38 раза та 2,35 раза відповідно після перорального прийому дози 400 мг і у 2,53 раза та 2,49 раза відповідно після багаторазового перорального прийому 400 мг кетоконазолу 1 раз на добу.
Дронедарон	При одночасному застосуванні дабігатрану етексилату та дронедарону загальні значення $AUC_{0-\infty}$ та C_{max} дабігатрану підвищувалися приблизно у 2,4 раза та у 2,3 раза відповідно після багаторазових доз 400 мг дронедарону двічі на добу та приблизно у 2,1 раза та у 1,9 раза відповідно після разової дози 400 мг.
Ітраконазол та циклоспорин	З огляду на результати <i>in vitro</i> може очікуватися ефект, подібний такому при застосуванні кетоконазолу.
Глекапревір/пібрентасвір	Одночасне застосування дабігатрану етексилату з комбінацією фіксованої дози інгібіторів Р-гр глекапревіру/пібрентасвіру збільшує вплив дабігатрану і може підвищити ризик кровотечі.
<i>Одночасне застосування не рекомендується</i>	
Такролімус	З'ясовано <i>in vitro</i> , що такролімус має такий же рівень інгібуючого ефекту на Р-гр, як і ітраконазол та циклоспорин. Не було клінічно досліджено застосування дабігатрану етексилату з такролімусом. Проте обмежені клінічні дані щодо застосування з іншим Р-гр субстратом (еверолімус) дають змогу припустити, що інгібування Р-гр такролімусом слабше, ніж сильними інгібіторами Р-гр.
<i>Необхідна обережність при одночасному застосуванні (див. розділи «Спосіб застосування та дози» та «Особливості застосування»)</i>	
Верапаміл	При одночасному застосуванні дабігатрану етексилату (150 мг) і верапамілу для перорального застосування C_{max} і AUC дабігатрану збільшувалися залежно від часу прийому та лікарської форми верапамілу (див. розділи «Спосіб застосування та дози» та «Особливості застосування»). Найсильніша дія дабігатрану спостерігалася при прийомі першої дози верапамілу з негайним вивільненням, що застосовувалася за одну годину до прийому дабігатрану етексилату (збільшення C_{max} приблизно у 2,8 раза і AUC приблизно 2,5 раза). Ефект поступово зменшувався при прийомі верапамілу з тривалим вивільненням (збільшення C_{max} приблизно у 1,9 раза і AUC – приблизно у 1,7 раза) або введенні багаторазових доз верапамілу (збільшення C_{max} приблизно у 1,6 раза і AUC приблизно у 1,5 раза). Значущої взаємодії не спостерігалось при прийомі верапамілу через 2 години після прийому дабігатрану етексилату (збільшення C_{max} приблизно у 1,1 раза і AUC приблизно у 1,2 раза). Це пояснюється повним всмоктуванням дабігатрану через 2 години.
Аміодарон	При одночасному застосуванні дабігатрану етексилату з разовою дозою аміодарону 600 мг об'єм та швидкість всмоктування аміодарону та його активного метаболіту діетаноламіну (DEA) не змінювались суттєво. Площа під кривою «концентрація-час» (AUC) та C_{max} збільшилися приблизно у 1,6 раза та 1,5 раза відповідно. З огляду на тривалий період напіввиведення аміодарону можливість взаємодії може існувати декілька тижнів після припинення застосування аміодарону (див. розділи «Спосіб застосування та дози» та «Особливості застосування»).
Хінідин	Хінідин застосовували в дозі 200 мг кожні 2 години до загальної дози 1000 мг. Дабігатрану етексилат застосовували 2 рази на день протягом 3 днів, на 3-й день – з або без хінідину. $AUC_{t,ss}$ та $C_{max,ss}$ дабігатрану

	збільшилися в цілому у 1,53 раза та 1,56 раза відповідно при одночасному застосуванні хінідину (див. розділи «Спосіб застосування та дози» та «Особливості застосування»).
Кларитроміцин	При одночасному застосуванні кларитроміцину (500 мг 2 рази на день) з дабігатрану етексилатом здоровими добровольцями спостерігалось збільшення AUC приблизно у 1,19 раза і C_{max} приблизно у 1,15 раза.
Тикагрелор	При одночасному застосуванні однієї дози дабігатрану етексилату 75 мг з найвищою початковою дозою тикагрелору 180 мг AUC та C_{max} дабігатрану підвищувалися в 1,73 раза та 1,95 раза відповідно. Після багаторазової дози тикагрелору (90 мг двічі на день) експозиція дабігатрану підвищувалась в 1,56 раза і 1,46 раза для AUC та C_{max} відповідно. Супутнє застосування найвищої початкової дози тикагрелору 180 мг та дабігатрану етексилату 110 мг (в рівноважній концентрації) збільшує AUC та C_{max} дабігатрану в 1,49 раза та 1,65 раза відповідно порівняно з такими у разі застосування тільки дабігатрану етексилату. Коли найвищу початкову дозу 180 мг тикагрелору застосовували через 2 години після застосування 110 мг дабігатрану етексилату (в рівноважній концентрації), підвищення AUC_{τ,ss} та $C_{max,ss}$ дабігатрану було зменшено до 1,27 раза та 1,23 раза відповідно порівняно з такими у разі застосування тільки дабігатрану етексилату. Таке змішане застосування рекомендується для початку застосування тикагрелору у найвищій початковій дозі. Супутнє застосування 90 мг тикагрелору два рази на добу (підтримуюча доза) з 110 мг дабігатрану етексилату збільшує AUC_{τ,ss} та $C_{max,ss}$ дабігатрану в 1,26 раза та 1,29 раза відповідно порівняно з такими у разі застосування лише дабігатрану.
Посаконазол	Посаконазол також інгібує P-гр до певної міри, але не був клінічно досліджений. Слід проявляти обережність, коли ПРАДАКСУ приймають спільно з посаконазолом.
<i>Індуктори P-гр</i>	
<i>Слід уникати одночасного застосування</i>	
Рифампіцин, екстракт звіробоя (звіробій продірявлений), карбамазепін або фенітоїн	При одночасному застосуванні можливе зниження концентрацій дабігатрану. Передозування рифампіцину дозою 600 мг 1 раз на добу протягом 7 днів знижує загальну C_{max} дабігатрану та загальний розподіл на 65,5 і 67 % відповідно. Індукуючий вплив знизився, що призвело до розподілу дабігатрану, близького до стандартного, на 7 день після припинення терапії рифампіцином. Подальшого збільшення біодоступності не спостерігалось після наступних 7 днів.
<i>Інгібітори протеази, такі як ритонавір</i>	
<i>Одночасне застосування не рекомендується</i>	
Ритонавір та його комбінації з іншими інгібіторами протеази	Впливають на P-гр (і як інгібітори, і як індуктори). Вони не досліджувалися і тому не рекомендуються для одночасного застосування з ПРАДАКСОЮ.
<i>P-гр субстрат</i>	
Дигоксин	У ході дослідження, проведеного за участю 24 здорових добровольців, при одночасному застосуванні ПРАДАКСИ та дигоксину не спостерігалось жодних змін показників дигоксину та клінічно значущих змін у розподілі дабігатрану.

Антикоагулянти та лікарські засоби, що протидіють агрегації тромбоцитів.

Лікарські засоби, терапія якими не досліджувалась або досвід застосування яких обмежений і які можуть підвищити ризик кровотеч при одночасному застосуванні з препаратом ПРАДАКСА: антикоагулянти, такі як нефракціонований гепарин (НФГ), низькомолекулярні гепарини (НМГ) та похідні гепарину (фондапаринукс, дезирудин), тромболітики та антагоністи вітаміну К, ривароксабан та інші пероральні антикоагулянти (див. розділ «Протипоказання»), лікарські засоби, що протидіють агрегації тромбоцитів, такі як антагоністи рецепторів GРІІb/ІІа, тиклопідин, празугрель, тикагрелор, декстран та сульфінпіразон (див. розділ «Особливості застосування»).

Згідно з обмеженими даними дослідження RE-LY у пацієнтів з фібриляцією передсердь одночасне застосування інших пероральних або парентеральних антикоагулянтів з дабігатрану етексилатом і з варфарином підвищує кількість випадків значних кровотеч приблизно у 2,5 раза, головним чином при переході з одного антикоагулянту на інший (див. розділ «Протипоказання»).

НФГ можна застосовувати в дозах, необхідних для підтримання відкритого центрального венозного або артеріального катетера або протягом катетерної абляції при фібриляції передсердь (див. розділ «Протипоказання»).

Таблиця 3

Взаємодія з антикоагулянтами та лікарськими засобами, що протидіють агрегації тромбоцитів

Нестероїдні протизапальні препарати (НПЗП)	Застосування НПЗП протягом короткого часу для періопераційної аналгезії не було пов'язано з підвищенням ризику кровотечі при одночасному застосуванні з дабігатрану етексилатом. При тривалому застосуванні у ході дослідження НПЗП з дабігатрану етексилатом і варфарином підвищується ризик кровотечі приблизно на 50 %.
Клопідогрель	У молодих здорових добровольців чоловічої статі одночасне застосування дабігатрану етексилату та клопідогрелю не спричиняло пролонгації часу капілярної кровотечі порівняно з таким при монотерапії клопідогрелем. До того ж $AUC_{\tau,ss}$ та $C_{max,ss}$ дабігатрану та вплив дабігатрану на пригнічення агрегації тромбоцитів залишаються незмінними порівняно з такими при комбінованій терапії та відповідній монотерапії. При застосуванні 300 мг або 600 мг клопідогрелю $AUC_{\tau,ss}$ та $C_{max,ss}$ дабігатрану збільшувалися приблизно на 30–40 % (див. розділ «Особливості застосування»).
Ацетилсаліцилова кислота	Дані досліджень свідчать, що одночасне застосування ацетилсаліцилової кислоти (АСК) з дабігатрану етексилатом у дозі 150 мг 2 рази на добу може підвищити ризик масивних кровотеч з 12 % до 18 % або 24 % (у дозі АСК 81 мг або 325 мг відповідно) (див. розділ «Особливості застосування»).
Низькомолекулярні гепарини	Одночасне застосування низькомолекулярних гепаринів, таких як еноксапарин, та дабігатрану етексилату не досліджувалося. Після переходу з 3-денної терапії еноксапарином 40 мг 1 раз на добу через 24 години після прийому останньої дози еноксапарину розподіл дабігатрану був трохи нижчий, ніж після застосування лише дабігатрану етексилату (разова доза 220 мг). Вища анти-FXa/FIIa активність спостерігалась після застосування дабігатрану етексилату з претерапією еноксапарином порівняно з такою при лікуванні лише дабігатрану етексилатом. Це відбувається внаслідок залишку ефекту лікування еноксапарином та не є клінічно значущим. Претерапія еноксапарином не впливала на інші антикоагулянтні тести дабігатрану.

Інші взаємодії

<i>Одночасне застосування селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну (СІЗЗС) або селективних інгібіторів зворотного захоплення норепінефрину (СІЗЗН).</i>	
СІЗЗС та СІЗЗН	СІЗЗС та СІЗЗН підвищують ризик кровотечі під час дослідження в усіх групах лікування.
Речовини, що впливають на шлунковий рН	
Пантопразол	При одночасному застосуванні ПРАДАКСИ в комбінації з пантопразолом спостерігалось зменшення АУС дабігатрану приблизно на 30 %. У ході клінічних випробувань пантопразол та інші інгібітори протонної помпи (ІПП) приймали супутньо з ПРАДАКСОЮ. Одночасне застосування ІПП не знижувало ефективності препарату ПРАДАКСА.
Ранітидин	Одночасне застосування ранітидину і ПРАДАКСИ не мало клінічно важливого впливу на об'єм всмоктування дабігатрану.

Взаємодії, пов'язані з метаболічним профілем дабігатрану етексилату та дабігатрану.

Дабігатрану етексилат та дабігатран не метаболізуються системою цитохрому Р450 та не мають *in vitro* жодного впливу на ферменти цитохрому Р450. Тому не очікується взаємодії дабігатрану етексилату чи дабігатрану з відповідними лікарськими засобами.

Особливості застосування.

Ризик кровотечі. Препарат ПРАДАКСА слід з обережністю застосовувати при станах з високим ризиком кровотечі або у разі одночасного застосування лікарських засобів, що впливають на гемостаз шляхом пригнічення агрегації тромбоцитів. Кровотеча може виникнути у будь-якому місці під час лікування препаратом ПРАДАКСА. При зниженні рівня гемоглобіну з нез'ясованих причин та/або гематокриту або зниженні артеріального тиску потрібно дослідити наявність кровотеч.

При виникненні загрози для життя чи при неконтрольованій кровотечі, коли необхідне швидке припинення антикоагулянтного ефекту, специфічний препарат зворотної дії ПРАКСБАЙНД (ідаруцизумаб) доступний для призначення.

У ході клінічних досліджень застосування ПРАДАКСИ асоціювалося з високими рівнями масивних шлунково-кишкових кровотеч. Підвищений ризик спостерігався у пацієнтів літнього віку (≥ 75 років) при застосуванні препарату 150 мг 2 рази на добу. Додаткові фактори ризику (див. також таблицю 5) включають супутнє застосування з інгібіторами агрегації тромбоцитів, такими як клопідогрель та ацетилсаліцилова кислота (АСК), або з нестероїдними протизапальними лікарськими засобами (НПЗЛЗ), як і присутність езофагіту, гастриту або гастроезофагеального рефлюксу.

Фактори ризику

Таблиця 5

Фактори, які можуть підвищити ризик кровотечі

Фармакодинамічні і кінетичні фактори	Вік ≥ 75 років
Фактори підвищення рівня дабігатрану у плазмі крові	<u>Значні</u> - Помірна ниркова недостатність (кліренс креатиніну 30–50 мл/хв). - Сильні інгібітори Р-gp (див. розділи «Протипоказання» та «Взаємодія з іншими лікарськими засобами та інші види взаємодій»). - Одночасне застосування від легких до помірних

	інгібіторів Р-гр (таких як аміодарон, верапаміл, хінідин та тикагрелор, див. розділ «Взаємодія з іншими лікарськими засобами та інші види взаємодій»).
	<u>Незначні</u> Низька маса тіла (< 50 кг).
Фармакодинамічні взаємодії (див. розділ «Взаємодія з іншими лікарськими засобами та інші види взаємодій»)	- Ацетилсаліцилова кислота та інші інгібітори агрегації тромбоцитів, такі як клопідогрель. - Нестероїдні протизапальні препарати (НПЗП). - СІЗЗС або СІЗЗН. - Інші лікарські засоби, які можуть погіршувати гемостаз.
Захворювання/процедури з ризиком кровотеч	- Вроджені або набуті розлади згортання крові. - Тромбоцитопенія або функціональні дефекти тромбоцитів. - Нещодавня біопсія або масивна травма. - Бактеріальний ендокардит. - Езофагіт, гастрит або гастроєзофагеальний рефлюкс.

Дані щодо категорії пацієнтів з масою тіла < 50 кг обмежені (див. розділ «Фармакокінетика»).

Попереджувальні заходи та управління ризиками кровотеч

Щодо попередження розвитку геморагічних ускладнень див. розділ «Передозування».

Оцінка переваг та ризиків

Пошкодження, стани, процедури та/або фармакологічна терапія (наприклад НПЗП, антиагрегаційними препаратами, СІЗЗС та СІЗЗН, див. розділи «Протипоказання» та «Взаємодія з іншими лікарськими засобами та інші види взаємодій»), що значно підвищують ризик значних кровотеч, потребують ретельної оцінки переваг та ризиків. ПРАДАКСУ слід застосовувати лише у разі, коли переваги переважають ризики кровотеч.

Ретельне спостереження

Рекомендовано ретельне клінічне спостереження щодо виникнення ознак кровотечі чи анемії протягом лікування, особливо при поєднанні факторів ризику (див. таблицю 5 вище).

Слід проявляти обережність при одночасному застосуванні з верапамілом, аміодароном, хінідином або кларитроміцином (інгібітори Р-гр) та у разі появи кровотечі, зокрема в пацієнтів із середньою та помірною нирковою недостатністю (див. розділ «Взаємодія з іншими лікарськими засобами та інші види взаємодій»).

Рекомендовано ретельне клінічне спостереження щодо виникнення ознак кровотечі при одночасному лікуванні нестероїдними протизапальними препаратами (НПЗП) (див. розділ «Взаємодія з іншими лікарськими засобами та інші види взаємодій»).

Припинення застосування препарату ПРАДАКСА

Пацієнти, у яких розвинулась гостра ниркова недостатність, повинні припинити застосування ПРАДАКСИ (див. розділ «Протипоказання»).

При виникненні тяжкої кровотечі слід припинити лікування, дослідити джерело кровотечі та розглянути можливість використання специфічного препарату зворотної дії ПРАКСБАЙНД (ідаруцизумаб) (див. розділ «Передозування»: Управління геморагічними ускладненнями).

Зниження дози

Слід розглянути або рекомендувати зниження дози, як зазначено в розділі «Спосіб застосування та дози».

Застосування інгібіторів протонної помпи (ІПП)

Для запобігання шлунково-кишковим кровотечам можна розглянути доцільність застосування інгібіторів протонної помпи (ІПП).

Лабораторні параметри коагуляції

Хоча ПРАДАКСА в цілому не потребує антикоагулянтного моніторингу, визначення антикоагулянтного впливу, пов'язаного з дабігатраном, може бути корисним для виявлення надмірно високого розподілу дабігатрану за наявності додаткових факторів ризику.

Розведений тромбіновий час (рТЧ), час згортання крові (ЧЗК) та активований частковий тромбoplastиновий час (АЧТЧ) можуть надати корисну інформацію, але результати слід інтерпретувати з обережністю з причини міжтестових коливань (див. розділ «Фармакодинаміка»). У таблиці 6 наведено порогові нижні значення коагуляційного тесту, що можуть бути пов'язані з підвищеним ризиком кровотеч (див. розділ «Фармакодинаміка»). Тест МНВ (міжнародне нормалізоване відношення) є недостовірним у пацієнтів, які застосовують ПРАДАКСУ: спостерігалися хибнопозитивні підвищення МНВ. Тому тест МНВ не слід проводити.

Таблиця 6

Порогові значення коагуляційного тесту, що можуть бути пов'язані з підвищеним ризиком кровотеч

Тест	Показання	
	первинне запобігання ВТЕ в ортопедичній хірургії	запобігання ІНФП, ТГВ/ЛЕ
рТЧ [нг/мл]	> 67	> 200
ЧЗК [х-кратна верхня межа норми]	дані відсутні	> 3
АЧТЧ [х-кратна верхня межа норми]	> 1,3	> 2
МНВ	не потрібно проводити	не потрібно проводити

Застосування фібринолітичних препаратів для лікування гострого ішемічного інсульту

Застосування фібринолітичних засобів для лікування гострого ішемічного інсульту може бути розглянуто, якщо результати аналізу рТЧ, ЕСТ або АЧТЧ не перевищують верхню межу норми (ВМН) відповідно до місцевих референтних значень.

Хірургічне та оперативне втручання. Пацієнти, які застосовують ПРАДАКСУ та проходять хірургічні або інвазивні процедури, мають підвищений ризик кровотечі. Тому хірургічне втручання може потребувати тимчасового припинення застосування ПРАДАКСИ.

Пацієнти можуть застосовувати препарат ПРАДАКСА при кардіоверсії. Дані про застосування препарату ПРАДАКСА 110 мг 2 рази на добу пацієнтам з фібриляцією передсердь при катетерній абляції відсутні (див. розділ «Спосіб застосування та дози»).

Слід виявляти увагу при тимчасовому припиненні лікування для хірургічного втручання та забезпечити моніторинг антикоагуляції. Кліренс дабігатрану у пацієнтів з нирковою недостатністю може тривати довше (див. розділ «Фармакокінетика»). Слід дотримуватися обережності при будь-яких процедурах. У таких випадках тест на коагуляцію (див. розділи «Протипоказання» та «Фармакодинаміка») може допомогти визначити, чи є порушення гемостазу.

Невідкладна хірургія або термінові процедури. Застосування ПРАДАКСИ потрібно тимчасово припинити. Коли необхідне швидке припинення антикоагулянтного ефекту, специфічний препарат зворотної дії ПРАКСБАЙНД (ідаруцизумаб) доступний для призначення.

Зворотна дія до терапії дабігатраном спричиняє тромботичний ризик у пацієнтів. Застосування ПРАДАКСИ можна відновити через 24 години після введення ПРАКСБАЙНДУ (ідаруцизумабу), якщо пацієнт є клінічно стабільним і було досягнуто адекватного гемостазу.

Хірургічне та оперативне втручання при підгострих станах. Застосування ПРАДАКСИ потрібно тимчасово припинити. Хірургічне або оперативне втручання потрібно відкласти щонайменше на 12 годин після останнього прийому дабігатрану, якщо це можливо. Якщо

хірургічне втручання не можна відкласти, ризик кровотечі може бути збільшений. Потрібно зважити ризик кровотечі та терміновість втручання перед застосуванням.

Планова операція. Якщо можливо, застосування ПРАДАКСИ потрібно припинити щонайменше за 24 години до інвазивних або хірургічних процедур. Для пацієнтів з підвищеним ризиком кровотечі або у разі серйозної операції, коли може бути потрібне проведення гемостазу, необхідно розглянути можливість припинення застосування ПРАДАКСИ за 2–4 дні до операції.

Таблиця 7

Правила припинення лікування перед інвазивними або хірургічними процедурами

Ниркова функція (кліренс креатиніну, мл/хв)	Передбачуваний період напіввиведення (години)	Застосування ПРАДАКСИ слід припинити до планового хірургічного втручання	
		Високий ризик кровотечі або значного оперативного втручання	Стандартний ризик
≥ 80	~ 13	за 2 доби	за 24 години
$\geq 50 - < 80$	~ 15	за 2–3 доби	за 1–2 доби
$\geq 30 - < 50$	~ 18	за 4 доби	за 2–3 доби (> 48 годин)

Спинномозкова анестезія/епідуральна анестезія/люмбальна пункція.

Процедури, такі як спинномозкова анестезія, можуть потребувати повної гемостатичної функції. Ризик появи спинномозкової чи епідуральної гематоми може підвищитись у разі травматичної чи повторної пункції та подовженого післяопераційного застосування епідуральних катетерів. Після вилучення катетера слід зачекати щонайменше 2 години до прийому першої дози ПРАДАКСИ. Такі пацієнти потребують ретельного спостереження щодо неврологічних симптомів та симптомів спинномозкової або епідуральної гематоми.

Післяопераційна фаза.

Застосування ПРАДАКСИ слід відновити після інвазивних процедур або хірургічного втручання, як тільки дозволить клінічна ситуація та буде досягнуто достатнього рівня гемостазу.

Пацієнтам з ризиком кровотечі або пацієнтам з ризиком надмірного впливу, особливо з помірною нирковою недостатністю (кліренс креатиніну 30–50 мл/хв), слід проводити терапію з обережністю (див. розділи «Протипоказання» та «Фармакодинаміка»).

Пацієнти з високим ризиком смертності у разі оперативного втручання та спадковими факторами ризику тромбоемболічних ускладнень.

Дані щодо ефективності та безпеки застосування ПРАДАКСИ для цієї групи пацієнтів обмежені, тому терапію слід проводити з обережністю.

Хірургічне втручання щодо перелому кісток тазостегнового суглоба.

Немає даних щодо застосування препарату ПРАДАКСА пацієнтам, які перенесли обширну ортопедичну операцію щодо перелому кісток тазостегнового суглоба, тому лікування не рекомендується.

Порушення функції печінки.

Пацієнти з підвищеним рівнем ферментів печінки, що більше ніж у 2 рази перевищував ВМН, були виключені з досліджень. Через відсутність досвіду застосування препарат ПРАДАКСА не рекомендований для цієї групи пацієнтів.

Взаємодія з індукторами P-гр.

Одночасне застосування індукторів P-гр очікувано призведе до зниження рівня дабігатрану в плазмі крові, тому слід уникати одночасного застосування із зазначеною групою лікарських засобів (див. розділи «Взаємодія з іншими лікарськими засобами та інші види взаємодій» та «Фармакокінетика»).

Пацієнти з антифосфоліпідним синдромом

Прямі оральні антикоагулянти (ПОАК), включаючи дабігатрану етексилат, не рекомендовані пацієнтам з тромбозом в анамнезі, у яких діагностований антифосфоліпідний синдром. Зокрема, у пацієнтів з потрійною позитивною реакцією (на вовчаковий антикоагулянт, антитіла до антикардіоліпіну та антитіла до анти-бета-2-глікопротеїну І) лікування ПОАК може бути пов'язане зі збільшенням частоти рецидивуючих тромботичних явищ порівняно з терапією антагоністами вітаміну К.

Інфаркт міокарда (ІМ).

Згідно з даними клінічного дослідження RE-LY (ІНФП, див. розділ «Фармакодинаміка») (дабігатрану етексилат – 110 мг 2 рази на добу, дабігатрану етексилат 150 мг – 2 рази на добу та варфарин) найвищий абсолютний ризик ІМ спостерігався у таких підгрупах із подібним відносним ризиком: пацієнти з інфарктом міокарда в анамнезі, пацієнти віком ≥ 65 років з цукровим діабетом або захворюванням коронарної артерії, пацієнти з фракцією викиду лівого шлуночка $< 40\%$ та пацієнти з помірною нирковою недостатністю. Крім того, підвищений ризик інфаркту міокарда спостерігався у пацієнтів, які одночасно застосовували ацетилсаліцилову кислоту з клопідогрелем або тільки клопідогрель.

Згідно з даними досліджень *ТГВ/ЛЕ*, вищий показник частоти випадків інфаркту міокарда спостерігався у пацієнтів, які отримували дабігатрану етексилат, ніж у тих, хто отримував варфарин: 0,4 % та 0,2 % відповідно в короткотривалих дослідженнях та 0,8% і 0,1 % у довготривалих дослідженнях.

Згідно з даними іншого дослідження, у якому порівнювали дабігатрану етексилат та плацебо, показник частоти випадків інфаркту міокарда був 0,1% у пацієнтів, які отримували дабігатрану етексилат, та 0,2 % для пацієнтів, які отримували плацебо.

Хворі на рак (ТГВ/ЛЕ)

Ефективність та безпека застосування ПРАДАКСИ для цієї групи пацієнтів не досліджувалися.

Особливі застереження щодо застосування. Виймаючи капсули ПРАДАКСА з блістера слід дотримуватися таких правил: відділити один окремих блістер від іншого блістера уздовж перфорованої лінії; діставати тверду капсулу з блістера безпосередньо перед прийомом; зняти фольгу з блістера, не продавляючи фольгу капсулою.

Застосування у період вагітності або годування груддю.

Жінки репродуктивного віку. Жінкам репродуктивного віку слід уникати вагітності протягом лікування ПРАДАКСОЮ.

Вагітність. Немає відповідних даних щодо застосування препарату ПРАДАКСА вагітним жінкам. Дослідження на тваринах показали репродуктивну токсичність. Вагітним не слід застосовувати дабігатрану етексилат, окрім випадку, коли очікувана користь для жінки буде перевищувати потенційний ризик для плода.

Годування груддю. Немає клінічних даних щодо впливу дабігатрану на немовлят, яких годують груддю. Як застереження слід припинити годування груддю.

Фертильність. Немає даних щодо впливу на фертильність.

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

ПРАДАКСА не має або має незначний вплив на швидкість реакції при керуванні автотранспортом та роботі з іншими механізмами.

Спосіб застосування та дози.

Первинне запобігання венозному тромбоемболізму в ортопедичній хірургії.

Рекомендовані дози препарату ПРАДАКСА та тривалість лікування для первинного запобігання венозному тромбоемболізму в ортопедичній хірургії наведені в таблиці 8

Рекомендовані дози та тривалість лікування для первинного запобігання венозному тромбоемболізму в ортопедичній хірургії

Групи пацієнтів	Початок лікування в день операції, 1–4 години після завершення операції	Підтримуюча доза, починаючи з першого дня після операції	Тривалість застосування підтримуючої дози
Пацієнти після хірургічної операції із заміни колінного суглоба	по 1 капсулі (по 110 мг) препарату ПРАДАКСА	220 мг препарату ПРАДАКСА 1 раз на добу: 2 капсули по 110 мг	10 днів
Пацієнти після хірургічної операції із заміни тазостегнового суглоба			28–35 днів
Рекомендоване зменшення дози			
Пацієнти з помірними порушеннями функції нирок (кліренс креатиніну CrCL 30–50 мл/хв)	по 1 капсулі по 75 мг препарату ПРАДАКСА	150 мг препарату ПРАДАКСА 1 раз на добу: 2 капсули по 75 мг	10 днів (операції із заміни колінного суглоба) або 28–35 днів (операції із заміни тазостегнового суглоба)
Пацієнти, які одночасно застосовують верапаміл*, аміодарон, хінідин			
Пацієнти віком від 75 років			

*Для пацієнтів з помірними порушеннями функції нирок, які одночасно застосовують верапаміл, див. *Особливі групи пацієнтів*.

Для обох хірургічних операцій: якщо не відбувся гемостаз у ділянці поверхні рани, то початок лікування слід відкласти. Якщо лікування не розпочалося в день операції, тоді слід розпочати з 2 капсул на день.

Оцінка функції нирок до та протягом лікування препаратом ПРАДАКСА

Для всіх пацієнтів та особливо хворих літнього віку (>75 років), оскільки порушеннями функції нирок можуть бути часті в цій віковій групі:

- Перед початком терапії препаратом ПРАДАКСА функцію нирок слід оцінити шляхом розрахунку кліренсу креатиніну для виключення пацієнтів із тяжкою нирковою недостатністю (CrCL < 30 мл/хв) (див. розділи «Протипоказання», «Особливості застосування» та «Фармакокінетика»).
- Слід оцінювати функцію нирок, якщо є підозра на погіршення функції нирок під час терапії (наприклад, при гіповолемії, дегідратії та сумісному застосуванні з певними лікарськими засобами).

Метод, що використовується для оцінки функції нирок (CrCL в мл/хв), – це метод Кокрофта – Голта.

Пропущена доза

Рекомендується продовжити застосування добової дози препарату ПРАДАКСА у той самий час на наступний день.

Не слід застосовувати подвійну дозу для компенсації пропущеної дози.

Припинення прийому ПРАДАКСА

Лікування ПРАДАКСОЮ не можна припиняти без консультації з лікарем. Пацієнти повинні бути попереджені про необхідність зв'язку з лікарем у разі виникнення шлунково-кишкових симптомів, таких як диспепсія (див. розділ «Побічні реакції»).

Перехід з прийому препарату ПРАДАКСА на прийом парентерального антикоагулянту

Перед переходом з прийому дабігатрану етексилату на парентеральний антикоагулянт рекомендується зачекати 24 години після прийому останньої дози (див. розділ «Взаємодія з іншими лікарськими засобами та інші види взаємодій»).

Перехід з лікування парентеральними антикоагулянтами на прийом ПРАДАКСИ

Припиняють прийом парентерального антикоагулянту та приймають дабігатрану етексилат за 0–2 години до часу ймовірного застосування альтернативної терапії або у момент припинення лікування, якщо потрібне продовження терапії (наприклад, внутрішньовенний нефракціонований гепарин (див. розділ «Взаємодія з іншими лікарськими засобами та інші види взаємодій»)).

Особливі групи пацієнтів.

Пацієнти з порушеннями функції нирок.

Пацієнтам із тяжкими порушеннями функції нирок (кліренс креатиніну < 30 мл/хв) лікування препаратом ПРАДАКСА протипоказане (див. розділ «Протипоказання»).

Пацієнтам із помірними порушеннями функції нирок (кліренс креатиніну 30–50 мл/хв) рекомендується зменшення дози (див. таблицю 8 вище та розділи «Особливості застосування» та «Фармакодинаміка»).

Однчасне застосування препарату ПРАДАКСА з інгібіторами Р-глікопротеїну від легких до помірних, наприклад з аміодароном, хінідином або верапамілом

Дозу необхідно зменшити, як зазначено в таблиці 8 (див. також розділи «Особливості застосування» та «Взаємодія з іншими лікарськими засобами та інші види взаємодій»). У цьому випадку препарат ПРАДАКСА та зазначені лікарські засоби слід застосовувати в один і той же час.

Пацієнтам із помірною нирковою недостатністю, які застосовують верапаміл, слід знизити дозу препарату ПРАДАКСА до 75 мг на добу (див. розділи «Особливості застосування» та «Взаємодія з лікарськими засобами та інші види взаємодій»).

Пацієнти літнього віку.

Пацієнтам літнього віку (> 75 років) дозу рекомендується зменшити (див. таблицю 8 вище та розділи «Особливості застосування» та «Фармакодинаміка»).

Маса тіла

Клінічний досвід застосування пацієнтам з масою тіла < 50 кг або > 110 кг при рекомендованому режимі дозування обмежений. З огляду на наявні клінічні та кінетичні дані корекція дози не потрібна (див. розділ «Фармакокінетика»), але рекомендовано ретельний клінічний контроль (див. розділ «Особливості застосування»).

Стать.

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

Запобігання інсульту та системній емболії у дорослих пацієнтів з неклапанною фібриляцією передсердь з одним або кількома факторами ризику (запобігання ІНФП).

Лікування тромбозу глибоких вен (ТГВ) і легеневої емболії (ЛЕ) та запобігання рецидивуючому ТГВ і ЛЕ у дорослих.

Таблиця 9

Рекомендовані дози при ІНФП, ТГВ та ЛЕ

Рекомендована доза	
Запобігання інсульту та системній емболії у дорослих пацієнтів з неклапанною	Рекомендована доза препарату ПРАДАКСА становить 300 мг: по 1 капсулі 150 мг 2 рази

фібриляцією передсердь з одним або кількома факторами ризику (запобігання ІНФП)	на добу
Лікування тромбозу глибоких вен (ТГВ) і легеневої емболії (ЛЕ) та запобігання рецидивуючому ТГВ і ЛЕ у дорослих	Рекомендована доза препарату ПРАДАКСА становить 300 мг: по 1 капсулі 150 мг 2 рази на добу після п'ятиденної терапії парентеральним антикоагулянтом
Рекомендоване зменшення дози	
Пацієнти віком від 80 років	Добова доза ПРАДАКСИ становить 220 мг: по 1 капсулі 110 мг 2 рази на добу
Пацієнти, які одночасно застосовують верапаміл	
Розглянути зменшення дози	
Пацієнти віком 75–80 років	Добову дозу ПРАДАКСИ 300 мг або 220 мг визначають на основі індивідуальної оцінки тромбоемболічного ризику та ризику кровотечі
Пацієнти з помірною нирковою недостатністю (CrCL 30-50 мл/хв)	
Пацієнти з гастритом, езофагітом або гастроєзофагеальним рефлюксом	
Інші пацієнти з підвищеним ризиком кровотечі	

У разі ТГВ/ЛЕ рекомендовано застосовувати 220 мг ПРАДАКСИ: по 1 капсулі 110 мг 2 рази на добу. Дана доза базується на фармакокінетичному та фармакодинамічному аналізі та не досліджувалася в клінічних умовах.

Див. інформацію, наведену нижче, та розділи «Особливості застосування», «Взаємодія з іншими лікарськими засобами та інші види взаємодій», «Фармакодинаміка» та «Фармакокінетика».

У разі непереносимості дабігатрану пацієнти повинні бути проінструктовані про необхідність негайної консультації з лікарем щодо переходу на альтернативну прийнятну терапію для попередження інсульту та системної емболії, пов'язаної з фібриляцією передсердь, та для лікування тромбозу глибоких вен та легеневої емболії.

Оцінка функції нирок до та протягом лікування ПРАДАКСОЮ

У всіх пацієнтів і особливо у літніх людей (> 75 років), так як ниркова недостатність може бути часто у пацієнтів цієї вікової групи:

- Перед початком терапії препаратом ПРАДАКСА функцію нирок слід оцінити шляхом розрахунку кліренсу креатиніну для виключення тяжкої ниркової недостатності (CrCL < 30 мл/хв) (див. розділи «Протипоказання», «Особливості застосування» та «Фармакокінетика»).
- Слід оцінювати функцію нирок, якщо є підозра на погіршення функції нирок під час терапії (наприклад, при гіповолемії, дегідратації та сумісному застосуванні з певними лікарськими засобами).

Додаткові вимоги щодо пацієнтів з легкою та помірною нирковою недостатністю та пацієнтів віком від 75 років:

- Під час терапії препаратом ПРАДАКСА слід оцінювати ниркову функцію щонайменше 1 раз на рік або частіше за потреби у певних клінічних ситуаціях, якщо очікується, що ниркова функція може знижуватися або погіршуватися (наприклад, при гіповолемії, дегідратації, сумісному застосуванні з певними лікарськими засобами тощо).

Метод, що використовувався для оцінки функції нирок (CrCL в мл/хв), – це метод Кокрофта – Голта.

Тривалість лікування при ІНФП, ТГВ та ЛЕ

Показання	Тривалість лікування
ІНФП	Застосування препарату повинно бути довготривалим
ТГВ та ЛЕ	Тривалість лікування визначають індивідуально після ретельної оцінки користі лікування та ризику кровотечі (див. розділ «Особливості застосування»). Короткотривале лікування (не менше 3 місяців) повинно базуватися на тимчасових факторах ризику (таких як нещодавня операція, травма, іммобілізація), а довготривале лікування повинно базуватися на постійних факторах ризику або ідіопатичному ТГВ або ЛЕ.

Пропущену дозу дабігатрану етексилату можна прийняти за 6 годин до встановленого часу застосування наступної дози. Якщо до застосування наступної дози менше 6 годин, пропущену дозу приймати не слід.

Не слід приймати подвійну дозу, щоб компенсувати пропущені індивідуальні дози.

Припинення прийому препарату ПРАДАКСА

Лікування ПРАДАКСОЮ не можна припиняти без медичної консультації. Пацієнтів потрібно попередити, що в разі виникнення шлунково-кишкових симптомів, таких як диспепсія, вони мають зв'язатися з лікарем (див. розділ «Побічні реакції»).

Перехід із застосування препарату ПРАДАКСА на парентеральний антикоагулянт.

Перед переходом із застосування дабігатрану етексилату на парентеральний антикоагулянт рекомендується зачекати 12 годин після прийому останньої дози (див. розділ «Взаємодія з іншими лікарськими засобами та інші види взаємодій»).

Перехід із застосування парентеральних антикоагулянтів на препарат ПРАДАКСА.

Після припинення застосування парентерального антикоагулянту дабігатрану етексилат починають приймати за 0–2 години до часу ймовірного застосування наступної дози парентерального антикоагулянту або у момент припинення лікування парентеральним антикоагулянтом під час безперервного лікування (наприклад, внутрішньовенний нефракціонований гепарин (див. розділ «Взаємодія з іншими лікарськими засобами та інші види взаємодій»)).

Перехід із застосування препарату ПРАДАКСА на антагоністи вітаміну К (АВК).

Умови переходу на застосування АВК на основі CrCl (кліренсу креатиніну):

- CrCl $\geq$ 50 мл/хв, початок застосування АВК – за 3 дні до припинення застосування ПРАДАКСИ;
- CrCl $\geq$ 30 – <50 мл/хв, початок застосування АВК – за 2 дні до припинення застосування ПРАДАКСИ.

Оскільки ПРАДАКСА може підвищити міжнародне нормалізоване відношення (МНВ), то МНВ буде краще відображати ефект АВК лише через 2 дні після припинення застосування ПРАДАКСИ. До цього часу показник МНВ слід розглядати із застереженням.

Перехід із застосування антагоністів вітаміну К (АВК) на препарат ПРАДАКСА.

Застосування антагоністів вітаміну К слід припинити. ПРАДАКСУ можна застосовувати, як тільки міжнародне нормалізоване відношення (МНВ) становить < 2,0.

Кардіоверсія.

Пацієнти можуть застосовувати ПРАДАКСУ при кардіоверсії.

Катетерна абляція при фібриляції передсердь (запобігання ІНФП).

Дані про застосування препарату ПРАДАКСА 110 мг 2 рази на добу пацієнтам з катетерною абляцією відсутні.

Чрезшкірна коронарна ангіопластика (ЧКА) зі стентуванням (ІНФП)

Пацієнтів з неклапанною фібриляцією передсердь, які перенесли ЧКА зі стентуванням, можна лікувати за допомогою ПРАДАКСИ в комбінації з антитромбоцитарними засобами після досягнення гемостазу (див. розділ «Фармакодинаміка»).

Особливі групи пацієнтів

Пацієнти літнього віку.

Щодо особливостей підбору дози для цієї категорії пацієнтів див. таблицю 9 вище.

Пацієнти з ризиком кровотечі.

Пацієнтів з підвищеним ризиком кровотечі (див. розділи «Особливості застосування», «Взаємодія з іншими лікарськими засобами та інші види взаємодій», «Фармакологічні властивості») слід ретельно контролювати клінічно (щодо ознак кровотечі або анемії). Індивідуальна корекція дози можлива за рішенням лікаря після оцінки потенційних переваг і ризиків для кожного пацієнта (див. таблицю 9 вище). Тест на коагуляцію (див. розділ «Особливості застосування») може допомогти виявити пацієнтів з підвищеним ризиком кровотечі, спричиненої надмірною експозицією дабігатрану. Якщо виявлено надмірну експозицію дабігатрану в пацієнтів із високим ризиком кровотечі, рекомендується зменшена доза 220 мг: по 1 капсулі 110 мг 2 рази на добу. У разі клінічно значущої кровотечі лікування слід припинити.

Пацієнтам із гастритом, езофагітом або гастроєзофагеальною рефлюксною хворобою можна розглянути зменшення дози через підвищений ризик масивних шлунково-кишкових кровотеч (див. таблицю 9 вище та розділ «Особливості застосування»).

Порушення функції нирок

Лікування пацієнтів із тяжким порушенням функції нирок (кліренс креатиніну < 30 мл/хв) препаратом ПРАДАКСА протипоказане (див. розділ «Протипоказання»).

Пацієнтам з легкими порушеннями функції нирок (кліренс креатиніну 50–≤ 80 мл/хв) корекція дози не потрібна. Для пацієнтів із помірними порушеннями функції нирок (кліренс креатиніну 30–50 мл/хв) рекомендована доза становить 300 мг – по 1 капсулі 150 мг 2 рази на добу. Однак для пацієнтів з високим ризиком кровотеч можливе зниження дози ПРАДАКСИ до 220 мг: по 1 капсулі 110 мг 2 рази на добу (див. розділи «Особливості застосування» та «Фармакокінетика»). Для пацієнтів із порушенням функції нирок рекомендовано ретельне клінічне спостереження.

Одночасне застосування препарату ПРАДАКСА з інгібіторами P-глікопротеїну від легких до помірних, наприклад з аміодароном, хінідином або верапамілом.

Не потрібно коригувати дозу при одночасному застосуванні з аміодароном або хінідином (див. розділи «Особливості застосування», «Взаємодія з іншими лікарськими засобами та інші види взаємодій», «Фармакокінетика»).

Пацієнтам, які застосовують одночасно верапаміл, слід знизити дозу (див. таблицю 9 вище та розділи «Особливості застосування» та «Взаємодія з іншими лікарськими засобами та інші види взаємодій»). У цьому випадку ПРАДАКСУ та верапаміл слід застосовувати в один і той же час.

Маса тіла

Корекція дози не потрібна (див. розділ «Фармакокінетика»), але пацієнтам з масою тіла < 50 кг рекомендовано ретельний клінічний контроль (див. розділ «Особливості застосування»).

Стать

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

Спосіб застосування.

Капсулу можна приймати незалежно від вживання їжі. Капсулу слід ковтати цілою, запиваючи склянкою води для полегшення потрапляння в шлунок. Пацієнтів слід попередити про те, що не можна відкривати капсулу, оскільки це може підвищити ризик кровотечі (див. розділ «Фармакокінетика»).

Діти.

Немає обґрунтування застосування препарату ПРАДАКСА дітям за показаннями:

- запобігання венозним тромбоемболічним ускладненням у пацієнтів, які перенесли обширну ортопедичну операцію із заміни тазостегнового суглоба або колінного суглоба;
- запобігання інсульту та системній емболії у пацієнтів з неклапанною фібриляцією передсердь;
- лікування тромбозу глибоких вен (ТГВ) та легеневої емболії (ЛЕ).

Передозування.

Дози ПРАДАКСИ, що перевищують рекомендовані, призводять до підвищення ризику кровотечі.

У разі підозри на передозування тест на коагуляцію може допомогти визначити ризик кровотечі (див. розділи «Особливості застосування» та «Фармакологічні властивості»). Калібрований кількісний рТЧ тест або повторне вимірювання рТЧ дає можливість передбачити, коли визначені рівні дабігатрану будуть досягнуті (див. розділ «Фармакологічні властивості»), також як додатковий захід можна розпочати діаліз.

Надмірна протидія згортанню може потребувати припинення лікування препаратом ПРАДАКСА. Оскільки дабігатран виводиться головним чином нирками, то слід підтримувати адекватний діурез.

Оскільки зв'язування з білками плазми низьке, дабігатран може виводитися за допомогою діалізу; клінічний досвід застосування діалізу обмежений (див. розділ «Фармакокінетика»).

Управління геморагічними ускладненнями

У разі геморагічних ускладнень лікування ПРАДАКСОЮ слід припинити та з'ясувати джерело кровотечі. Слід розглянути необхідність проведення відповідного лікування залежно від клінічної ситуації, наприклад хірургічного гемостазу чи відновлення об'єму циркулюючої крові.

При виникненні загрози для життя чи при неконтрольованій кровотечі, коли необхідне швидке припинення антикоагулянтного ефекту, специфічний препарат зворотної дії ПРАКСБАЙНД (ідаруцизумаб) з антагоністичним ефектом на фармакодинамічний вплив ПРАДАКСИ доступний для призначення.

Можна розглянути доцільність застосування концентратів коагуляційних факторів (активованих або неактивованих). Існують деякі експериментальні дані щодо ролі зазначених агентів у реверсуванні антикоагулянтного ефекту дабігатрану, але дані щодо їхньої користі в клінічних проявах, а також можливого ризику відновлення симптомів тромбоемболії дуже обмежені. Коагуляційні тести можуть стати недостовірними після застосування запропонованих концентратів коагуляційних факторів. Слід виявляти обережність при тлумаченні цих тестів. Також слід виявляти обережність при застосуванні концентратів тромбоцитів у випадках, коли присутня тромбоцитопенія або застосовувалися антитромбоцитарні лікарські засоби пролонгованої дії. Симптоматичне лікування проводять за рекомендаціями лікаря.

Консультація експерта з коагуляції може бути розглянута у разі значної кровотечі (при наявності даного експерта).

Побічні реакції.

Безпека препарату ПРАДАКСА була оцінена в десяти клінічних дослідженнях, у III фазі, за участю 23 393 пацієнтів, які приймали ПРАДАКСУ (див. таблицю 11).

Таблиця 11

Кількість досліджених пацієнтів, які приймали максимальну дозу ПРАДАКСИ у фазі III досліджень

Показання	Кількість пацієнтів, які	Максимальна добова доза
-----------	--------------------------	-------------------------

	лікувалися препаратом ПРАДАКСА	
Первинне запобігання венозному тромбоемболізму в ортопедичній хірургії	6684	220 мг
Запобігання інсульту та системній емболії у пацієнтів з фібриляцією передсердь	6059 5983	300 мг 220 мг
Лікування тромбозу глибоких вен (ТГВ) і легеневої емболії (ЛЕ) (RE-COVER, RE-COVER II)	2553	300 мг
Попередження тромбозу глибоких вен (ТГВ) і легеневої емболії (ЛЕ) (RE-MEDY, RE-SONATE)	2114	300 мг

Загалом у 9 % пацієнтів, які перенесли обширну ортопедичну операцію із заміни тазостегнового або колінного суглоба (короткотермінове лікування до 42 днів), 22 % пацієнтів з фібриляцією передсердь, які лікувалися для запобігання інсульту та системній емболії (довготривале лікування більше 3 років), 14 % пацієнтів, які лікували ТГВ/ЛЕ, та 15 % пацієнтів, які лікувалися для запобігання ТГВ та ЛЕ, спостерігалися побічні реакції.

Найчастішою побічною реакцією була кровотеча, що спостерігалася приблизно у 14 % пацієнтів з короткотривалим лікуванням з приводу заміни тазостегнового або колінного суглоба, у 16,6 % пацієнтів з фібриляцією передсердь, які тривалий час лікувалися для запобігання інсульту та системній емболії, та у 14,4 % пацієнтів, які лікували ТГВ/ЛЕ.

Оскільки групи пацієнтів, які лікувалися за трьома показаннями не є зіставними і випадки кровотеч розподілені за системами органів, коротка характеристика масивних і будь-яких кровотеч розділена за показаннями і наведена у таблицях 13–16.

Хоча у ході клінічних досліджень частота була низькою, масивні або тяжкі кровотечі можуть виникати і, залежно від локалізації, спричиняти втрату працездатності, загрожувати життю або навіть призводити до летального наслідку.

У таблиці 12 наведено побічні реакції, виявлені під час досліджень та постмаркетингових даних за показаннями первинного запобігання венозній тромбоемболії після обширної ортопедичної операції із заміни тазостегнового або колінного суглоба, запобігання інсульту та системній емболії у пацієнтів з фібриляцією передсердь та лікування та запобігання тромбозу глибоких вен та легеневої емболії, за системою органів і частотою. Частота визначається як: дуже часто ($\geq 1/10$), часто ($\geq 1/100$ – $< 1/10$), нечасто ($\geq 1/1000$ – $< 1/100$), рідко ($\geq 1/10000$ – $< 1/1000$), дуже рідко ($< 1/10000$), невідомо (не можна встановити за наявними даними).

Таблиця 12

Побічні реакції

Клас систем органів / Побічна реакція	Показання / Частота		
	Первинне запобігання ВТЕ після обширної ортопедичної операції із заміни тазостегнового або колінного суглоба	Запобігання інсульту та системній емболії у пацієнтів з фібриляцією передсердь	Лікування та запобігання тромбозу глибоких вен/ легеневої емболії

<i>З боку системи крові та лімфатичної системи</i>			
анемія	нечасто	часто	нечасто
зниження рівня гемоглобіну	часто	нечасто	невідомо
тромбоцитопенія	рідко	нечасто	рідко
зниження гематокриту	нечасто	рідко	невідомо
нейтропенія	невідомо	невідомо	невідомо
агранулоцитоз	невідомо	невідомо	невідомо
<i>З боку імунної системи</i>			
гіперчутливість	нечасто	нечасто	нечасто
висипання	рідко	нечасто	нечасто
свербіж	рідко	нечасто	нечасто
анафілактичні реакції	рідко	рідко	рідко
ангіоневротичний набряк	рідко	рідко	рідко
кропив'янка	рідко	рідко	рідко
бронхоспазм	невідомо	невідомо	невідомо
<i>З боку нервової системи</i>			
внутрішньочерепний крововилив	рідко	нечасто	рідко
<i>З боку судинної системи</i>			
гематома	нечасто	нечасто	нечасто
крововилив	рідко	нечасто	нечасто
кровотеча з рани	нечасто	-	-
<i>З боку дихальної системи, органів грудної клітки та середостіння</i>			
носова кровотеча	нечасто	часто	часто
відхаркування кров'ю	рідко	нечасто	нечасто
<i>З боку травної системи</i>			
шлунково-кишкова кровотеча	нечасто	часто	часто
абдомінальний біль	рідко	часто	нечасто
діарея	нечасто	часто	нечасто
диспепсія	рідко	часто	часто
нудота	нечасто	часто	нечасто
ректальна кровотеча	нечасто	нечасто	часто
геморойдальна кровотеча	нечасто	нечасто	нечасто
шлунково-кишкова виразка, включаючи виразку стравоходу	рідко	нечасто	нечасто
гастроезофагіт	рідко	нечасто	нечасто
гастроезофагеальна рефлюксна хвороба	рідко	нечасто	нечасто
блювання	нечасто	нечасто	нечасто
дисфагія	рідко	нечасто	рідко
<i>Гепатобіліарні порушення</i>			
порушення функції печінки/відхилення від норми тесту функції печінки	часто	нечасто	нечасто
підвищення рівня аланінамінотрансферази	нечасто	нечасто	нечасто
підвищення рівня аспартатамінотрансферази	нечасто	нечасто	нечасто

підвищення рівня печінкових ферментів	нечасто	рідко	нечасто
гіпербілірубінемія	нечасто	рідко	невідомо
<i>З боку шкіри та підшкірної клітковини</i>			
крововилив на шкірі	нечасто	часто	часто
алопеція	невідомо	невідомо	невідомо
<i>З боку опорно-рухової системи та сполучної тканини</i>			
гемартроз	нечасто	рідко	нечасто
<i>З боку сечовидільної системи</i>			
сечостатева кровотеча, включаючи гематурію	нечасто	часто	часто
<i>Загальні розлади</i>			
крововилив у місці ін'єкції	рідко	рідко	рідко
крововилив у місці введення катетера	рідко	рідко	рідко
кров'янисті виділення	рідко	-	
<i>Ушкодження та ускладнення при проведенні процедур</i>			
травматичний крововилив	нечасто	рідко	нечасто
крововилив у місці розрізу	рідко	рідко	рідко
постпроцедурна гематома	нечасто	-	
постпроцедурний крововилив	нечасто	-	
постопераційна анемія	рідко	-	
постпроцедурні виділення	нечасто	-	
виділення в рані	нечасто	-	
<i>Хірургічні та медичні процедури</i>			
дренаж рани	рідко	-	
постпроцедурний дренаж рани	рідко	-	

Опис окремих побічних реакцій

Кровотечі

Згідно з фармакологічним режимом дії, застосування ПРАДАКСИ може бути асоційоване з підвищеним ризиком прихованої або явної кровотечі, яка може виникнути у будь-яких тканинах або органах. Симптоми та тяжкість (включаючи летальний наслідок) залежать від локалізації та ступеня або поширення кровотечі та/або анемії. В ході клінічних досліджень кровотечі слизових оболонок (наприклад шлунково-кишкові, сечостатевої) спостерігалися частіше при більш тривалому лікуванні ПРАДАКСОЮ в порівнянні з лікуванням АВК (антагоністи вітаміну К). Таким чином, на додаток до достатнього клінічного спостереження, лабораторні перевірки показань гемоглобіну/гематокриту є важливими для виявлення прихованих кровотеч. Ризик кровотеч може зростати у певних груп пацієнтів, наприклад у пацієнтів з помірними порушеннями функції нирок та/або у пацієнтів із супутньою терапією, яка впливає на гемостаз, або сильними інгібіторами P-гр (див. розділ «Особливості застосування»: Ризик кровотечі). На геморагічні ускладнення можуть вказувати слабкість, блідість, запаморочення, головний біль або набряки з нез'ясованої причини, задишка та шок з нез'ясованої причини.

Повідомлялося про ускладнення внаслідок кровотеч, такі як компартмент-синдром та гостра ниркова недостатність через гіпоперфузію, при застосуванні ПРАДАКСИ. Тому вірогідність кровотечі слід враховувати при оцінці стану у будь-якого пацієнта, який отримує антикоагулянтну терапію. Специфічний препарат зворотної дії для дабігатрану – ідаруцизумаб – можна застосовувати у разі виникнення неконтрольованої кровотечі (див. розділ «Передозування»).

Первинне запобігання венозній тромбоемболії в ортопедичній хірургії.

У таблиці 13 наведено дані щодо кількості (%) пацієнтів, які брали участь у двох основних дослідженнях запобігання системній емболії.

Таблиця 13

Лікарський засіб	ПРАДАКСА, 150 мг N (%)	ПРАДАКСА, 220 мг N (%)	Еноксапарин N (%)
Кількість пацієнтів	1866 (100,0)	1825 (100,0)	1848 (100,0)
Масивна кровотеча	24 (1,3)	33 (1,8)	27 (1,5)
Будь-яка кровотеча	258 (13,8)	251 (13,8)	247 (13,4)

Запобігання інсульту та системній емболії у пацієнтів з фібриляцією передсердь з одним або кількома факторами ризику.

У таблиці 14 наведено дані щодо випадків кровотеч від масивних до будь-яких кровотеч, які спостерігалися у ході провітальних досліджень запобігання інсульту та системній емболії у пацієнтів з фібриляцією передсердь.

Таблиця 14

Лікарський засіб	ПРАДАКСА, 110 мг 2 рази на день	ПРАДАКСА, 150 мг 2 рази на день	Варфарин
Кількість рандомізованих пацієнтів	6015	6076	6022
Масивна кровотеча	347 (2,92 %)	409 (3,40 %)	426 (3,61 %)
внутрішньочерепна кровотеча	27 (0,23 %)	39 (0,32 %)	91 (0,77 %)
шлунково-кишкова кровотеча	134 (1,13 %)	192 (1,60 %)	128 (1,09 %)
летальна кровотеча	26 (0,22 %)	30 (0,25 %)	42 (0,36 %)
Незначна кровотеча	1566 (13,16 %)	1787 (14,85 %)	1931 (16,37 %)
Будь-яка кровотеча	1759 (14,78 %)	1997 (16,60 %)	2169 (18,39 %)

Клінічні переваги дабігатрану стосовно запобігання інсульту та системній емболії та знижений ризик внутрішньомозкової кровотечі порівняно з такими при застосуванні варфарину зафіксовані в індивідуальних субгрупах, наприклад, за нирковою недостатністю, віком, одночасним застосуванням інших лікарських засобів, таких як антитромбоцитарні засоби або інгібітори P-гр. Тоді як певна субгрупа пацієнтів має підвищений ризик масивної кровотечі при застосуванні антикоагулянтів, надмірний ризик кровотечі для дабігатрану можливий внаслідок шлунково-кишкової кровотечі, типової протягом 3–6 місяців після початку терапії ПРАДАКСОЮ.

Лікування тромбозу глибоких вен (ТГВ) і легеневої емболії (ЛЕ) та запобігання рецидивуючому ТГВ і ЛЕ у дорослих (лікування ТГВ/ЛЕ).

У таблиці 15 наведено дані щодо випадків кровотеч, які спостерігалися у ході об'єднаних основних досліджень лікування ТГВ/ЛЕ. В об'єднаних дослідженнях початкові кінцеві точки безпеки масивних кровотеч, масивних або клінічно значущих кровотеч та будь-яких кровотеч були значущо нижчими порівняно з такими при застосуванні варфарину при номінальному рівні альфа 5 %.

Таблиця 15

Дані досліджень	ПРАДАКСА, 150 мг 2 рази на день	Варфарин	Відношення ризиків порівняно із застосуванням варфарину (95 % довірчого інтервалу)
Кількість пацієнтів, включених в аналіз безпеки	2456	2462	

Масивні кровотечі	24 (1,0 %)	40 (1,6 %)	0,60 (0,36; 0,99)
внутрішньочерепна кровотеча	2 (0,1 %)	4 (0,2 %)	0,50 (0,09; 2,74)
масивна шлунково-кишкова кровотеча	10 (0,4 %)	12 (0,5 %)	0,83 (0,36; 1,93)
кровотеча, небезпечна для життя	4 (0,2 %)	6 (0,2 %)	0,66 (0,19; 2,36)
Масивна кровотеча/ клінічно залежна кровотеча	109 (4,4 %)	189 (7,7 %)	0,56 (0,45; 0,71)
Будь-яка кровотеча	354 (14,4 %)	503 (20,4 %)	0,67 (0,59; 0,77)
Будь-яка шлунково-кишкова кровотеча	70 (2,9 %)	55 (2,2 %)	1,27 (0,90; 1,82)

Кровотечі для обох методів лікування були оцінені після першого застосування ПРАДАКСИ або варфарину після закінчення парентеральної терапії (тільки період перорального лікування). Включає всі випадки кровотеч, які спостерігалися протягом застосування ПРАДАКСИ. Для варфарину було включено всі випадки кровотеч, за винятком тих, які спостерігалися протягом перехідного періоду з парентеральної терапії на варфарин.

У таблиці 16 наведено дані щодо випадків кровотеч, які спостерігалися у ході об'єднаних основних досліджень профілактики ТГВ/ЛЕ. Деякі кровотечі були значущо нижчими порівняно з такими при застосуванні варфарину при номінальному рівні альфа 5 %.

Таблиця 16

Дані досліджень	ПРАДАКСА, 150 мг 2 рази на день	Варфарин	Відношення ризику порівняно із застосуванням варфарину (95 % довірчого інтервалу)
Кількість пацієнтів, включених в аналіз безпеки	1430	1426	
Масивні кровотечі	13 (0,9 %)	25 (1,8 %)	0,54 (0,25; 1,16)
внутрішньочерепна кровотеча	2 (0,1 %)	4 (0,3 %)	Не розраховано*
масивна шлунково-кишкова кровотеча	4 (0,3 %)	8 (0,5 %)	Не розраховано*
кровотеча, небезпечна для життя	1 (0,1 %)	3 (0,2 %)	Не розраховано*
Масивна кровотеча/ клінічно значуща кровотеча	80 (5,6 %)	145 (10,2 %)	0,55 (0,41; 0,72)
Будь-яка кровотеча	278 (19,4 %)	373 (26,2 %)	0,71 (0,61; 0,83)
Будь-яка шлунково-кишкова кровотеча	45 (3,1 %)	32 (2,2 %)	1,39 (0,87; 2,20)

* Відношення ризику не оцінювали, оскільки не виявлено випадків ні в одній з груп пацієнтів.

У таблиці 17 наведено дані щодо випадків кровотеч, які спостерігалися у ході основного дослідження з профілактики ТГВ/ЛЕ. Рівень комбінації масивних кровотеч/ клінічно значущих кровотеч та рівень будь-яких кровотеч були значущо нижчими при номінальному рівні альфа 5 % порівняно з такими у пацієнтів, які отримували плацебо, та пацієнтів, які отримували ПРАДАКСУ.

Таблиця 17

Випадки кровотеч у дослідженні RE-SONATE, яке було направлено на попередження тромбозу глибоких вен (ТГВ) та легеневої емболії (ЛЕ)

Дані досліджень	ПРАДАКСА, 150 мг 2 рази на день	Плацебо	Відношення ризику порівняно із застосуванням варфарину (95 % довірчого інтервалу)
Кількість пацієнтів, включених в аналіз безпеки	684	659	
Масивні кровотечі	2 (0,3 %)	0	Не розраховано*
внутрішньочерепна кровотеча	0	0	Не розраховано*
масивна шлунково-кишкова кровотеча	2 (0,3 %)	0	Не розраховано*
кровотеча, небезпечна для життя	0	0	Не розраховано*
Масивна кровотеча/клінічно значуща кровотеча	36 (5,3 %)	13 (2,0 %)	2,69 (1,43; 5,07)
Будь-яка кровотеча	72 (10,5 %)	40 (6,1 %)	1,77 (1,20; 2,61)
Будь-яка шлунково-кишкова кровотеча	5 (0,7 %)	2 (0,3 %)	2,38 (0,46; 12,27)

* Відношення ризику не оцінювали, оскільки не виявлено випадків ні в одній з груп пацієнтів.

Агранулоцитоз і нейтропенія

Дуже рідко повідомлялося про агранулоцитоз та нейтропенію під час застосування лікарського засобу ПРАДАКСА. Оскільки про побічні реакції повідомлялося протягом постмаркетингового дослідження населення невідомої чисельності, достовірно визначити частоту їх виникнення неможливо. Коефіцієнт звітності оцінювали як 7 явищ на 1 мільйон пацієнто-років щодо агранулоцитозу та як 5 явищ на 1 мільйон пацієнто-років щодо нейтропенії.

Повідомлення про підозрювані побічні реакції

Повідомлення про підозрювані побічні реакції після реєстрації лікарського засобу є важливими. Це дає змогу продовжувати моніторинг співвідношення користь/ризик застосування лікарського засобу. Працівники закладів охорони здоров'я зобов'язані повідомляти про будь-які підозрювані побічні реакції відповідно до діючого законодавства.

Термін придатності.

3 роки.

Умови зберігання.

Зберігати в оригінальній упаковці для захисту від вологи при температурі не вище 25 °С.
Зберігати в недоступному для дітей місці!

Упаковка.

По 10 капсул у блістері; по 6 блістерів у картонній коробці.

Категорія відпуску.

За рецептом.

Виробник.

Берінгер Інгельхайм Фарма ГмбХ і Ко. КГ, Німеччина/
Boehringer Ingelheim Pharma GmbH & Co. KG, Germany.

Місцезнаходження виробника та його адреса місця провадження діяльності.

Бінгер Штрассе 173, 55216 Інгельхайм на Рейні, Німеччина/
Binger Strasse 173, 55216 Ingelheim am Rhein, Germany.