

SÚHRN CHARAKTERISTICKÝCH VLASTNOSTÍ LIEKU

1. NÁZOV LIEKU

Escitalopram Viatris 10 mg
filmom obalené tablety

2. KVALITATÍVNE A KVANTITATÍVNE ZLOŽENIE

Escitalopram Viatris 10 mg, filmom obalené tablety: Jedna tableta obsahuje 10 mg escitalopramu (vo forme oxalátu).
(v texte ďalej ako tablety Escitalopram)

Pomocná látka so známym účinkom

Jedna filmom obalená tableta Escitalopramu Viatris 10 mg obsahuje 0,8 mg laktózy (vo forme monohydrátu laktózy).

Úplný zoznam pomocných látok, pozri časť 6.1.

3. LIEKOVÁ FORMA

Filmom obalená tableta.

Escitalopram Viatris 10 mg, filmom obalené tablety: biela, filmom obalená tableta s deliacou ryhou s označením „EC|10“ na jednej strane a „G“ na druhej strane. Tablety sú oválne s rozmermi 9,5 mm x 5,5 mm. Tableta sa môže rozdeliť na rovnaké dávky.

4. KLINICKÉ ÚDAJE

4.1 Terapeutické indikácie

Liečba epizód veľkej depresie.
Liečba panikovej poruchy s agorafóbiou alebo bez agorafóbie.
Liečba sociálnej úzkostnej poruchy (sociálnej fóbie).
Liečba generalizovanej úzkostnej poruchy.
Liečba obsedantno-kompulzívnej poruchy.

4.2 Dávkovanie a spôsob podávania

Dávkovanie

Bezpečnosť denných dávok vyšších ako 20 mg sa nepreukázala.

Epizóda veľkej depresie

Zvyčajné dávkovanie je 10 mg jedenkrát denne. V závislosti od individuálnej odpovede pacienta sa dávka môže zvýšiť na maximálne 20 mg denne.

Na dosiahnutie antidepresívnej odpovede sú zvyčajne potrebné 2 až 4 týždne. Po ústupe symptómov je potrebné pokračovať v liečbe minimálne 6 mesiacov na konsolidáciu odpovede.

Panická porucha s agorafóbiou alebo bez agorafóbie

V prvom týždni liečby sa odporúča začiatočná dávka 5 mg, potom zvýšenie dávky na 10 mg denne. Dávka sa môže ďalej zvyšovať až na maximálne 20 mg denne, v závislosti od individuálnej odpovede pacienta.

Maximálna účinnosť sa dosahuje približne po 3 mesiacoch. Liečba trvá niekoľko mesiacov.

Sociálna úzkostná porucha

Zvyčajné dávkovanie je 10 mg jedenkrát denne. Na dosiahnutie ústupu symptómov sú zvyčajne potrebné 2 až 4 týždne liečby. V závislosti od individuálnej odpovede pacienta sa dávka môže následne znížiť na 5 mg alebo zvýšiť na maximálne 20 mg denne.

Sociálna úzkostná porucha je ochorenie s chronickým priebehom a na konsolidáciu odpovede sa odporúča 12-týždňová liečba. Dlhodobá liečba pacientov, ktorí reagovali na liečbu, sa sledovala počas 6 mesiacov a v individuálnych prípadoch je možné zvažovať jej využitie na prevenciu recidívy; prospech liečby sa má v pravidelných intervaloch prehodnocovať.

Sociálna úzkostná porucha je dobre definovaná diagnostická terminológia špecifickej poruchy, ktorá sa nemá zamieňať s nadmernou hanblivosťou. Farmakoterapia je indikovaná len v prípade, že táto porucha výrazne zasahuje do pracovných a sociálnych činností pacienta.

Pozícia tejto liečby v porovnaní s kognitívno-behaviorálnou terapiou sa nehodnotila. Farmakoterapia je súčasťou celkovej terapeutickej stratégie.

Generalizovaná úzkostná porucha

Začiatkové dávkovanie je 10 mg jedenkrát denne. V závislosti od individuálnej odpovede pacienta sa dávka môže zvýšiť na maximálne 20 mg denne. Dlhodobá liečba pacientov, ktorí reagovali na liečbu, sa sledovala počas 6 mesiacov u pacientov užívajúcich 20 mg/deň. Prospech liečby a dávka sa majú v pravidelných intervaloch prehodnocovať (pozri časť 5.1).

Obsedantno-kompulzívna porucha

Začiatkové dávkovanie je 10 mg jedenkrát denne. V závislosti od individuálnej odpovede pacienta sa dávka môže zvýšiť na maximálne 20 mg denne.

Keďže obsedantno-kompulzívna porucha je chronické ochorenie, pacienti sa majú liečiť dostatočne dlhú dobu, aby sa zabezpečil ústup symptómov. Prospech liečby a dávka sa majú v pravidelných intervaloch prehodnocovať (pozri časť 5.1).

Starší pacienti (> 65 rokov)

Začiatková dávka je 5 mg jedenkrát denne. V závislosti od individuálnej odpovede pacienta sa dávka môže zvýšiť na 10 mg denne (pozri časť 5.2).

Účinnosť escitalopramu pri sociálnej úzkostnej poruche sa neskúmala u starších pacientov.

Pediatrická populácia

Escitalopram sa nemá používať na liečbu detí a dospievajúcich mladších ako 18 rokov (pozri časť 4.4).

Znížená funkcia obličiek

U pacientov s miernou alebo stredne závažnou poruchou funkcie obličiek nie je potrebná úprava dávkovania. U pacientov so závažne zníženou funkciou obličiek (CL_{CR} menej ako 30 ml/min) sa odporúča opatrnosť (pozri časť 5.2).

Znížená funkcia pečene

Počas prvých dvoch týždňov liečby sa u pacientov s miernou alebo stredne závažnou poruchou funkcie pečene odporúča začiatková dávka 5 mg denne. V závislosti od individuálnej odpovede pacienta sa dávka môže zvýšiť na 10 mg denne. U pacientov so závažne zníženou funkciou pečene sa odporúča opatrnosť a mimoriadne starostlivá titrácia dávky (pozri časť 5.2).

Pomalí metabolizéri CYP 2C19

U pacientov, o ktorých je známe, že sú pomalí metabolizéri, čo sa týka CYP2C19, sa počas prvých dvoch týždňov liečby odporúča začiatková dávka 5 mg denne. V závislosti od individuálnej odpovede pacienta sa dávka môže zvýšiť na 10 mg denne (pozri časť 5.2).

Symptómy z vynechania pozorované pri ukončení liečby

Je potrebné vyhnúť sa náhlemu ukončeniu liečby. Pri ukončovaní liečby escitalopramom sa má dávka postupne znižovať v priebehu minimálne jedného až dvoch týždňov, aby sa znížilo riziko symptómov

z vynechania (pozri časti 4.4 a 4.8). Ak sa po znížení dávky alebo po prerušení liečby objavia neznesiteľné symptómy, potom je možné zvážiť obnovenie liečby s pôvodne predpísanou dávkou. Následne môže lekár pokračovať v znižovaní dávky, ale v pozvoľnejšom tempe.

Spôsob podávania

Tablety Escitalopramu Viatris sa podávajú vo forme jednej dávky denne a môžu sa užiť s jedlom alebo bez jedla.

4.3 Kontraindikácie

Precitlivenosť na liečivo alebo na ktorúkoľvek z pomocných látok uvedených v časti 6.1.

Súbežná liečba neselektívnymi, ireverzibilnými inhibítormi monoaminoxidázy (inhibítormi MAO) je kontraindikovaná z dôvodu rizika vzniku sérotonínového syndrómu s agitáciou, tremorom, hypertermiou a pod. (pozri časť 4.5).

Kombinácia escitalopramu s *reverzibilnými* inhibítormi MAO-A (napr. moklobemidom) alebo s *reverzibilným neselektívnym* inhibítorom MAO linezolidom je kontraindikovaná z dôvodu rizika nástupu sérotonínového syndrómu (pozri časť 4.5).

Escitalopram je kontraindikovaný u pacientov so známym predĺžením QT intervalu alebo s vrodeným syndrómom dlhého QT intervalu.

Podávanie escitalopramu je kontraindikované spolu s liekmi, o ktorých je známe, že predlžujú QT interval (pozri časť 4.5).

4.4 Osobitné upozornenia a opatrenia pri používaní

Nasledujúce osobitné upozornenia a opatrenia sa vzťahujú na terapeutickú skupinu SSRI (selektívne inhibítory spätného vychytávania sérotonínu).

Použitie u detí a dospelých vo veku do 18 rokov

Escitalopram sa nemá používať na liečbu detí a dospelých vo veku do 18 rokov. V klinických štúdiách u detí a dospelých liečených antidepresívami bolo v porovnaní s placebom častejšie pozorované správanie súvisiace so samovraždou (pokusy o samovraždu a suicidálne myšlienky) a hostilita (najmä agresivita, protichodné správanie a zlosť). Ak sa na základe klinickej potreby predsa len lekár rozhodne pre liečbu, pacient má byť starostlivo monitorovaný z dôvodu možného výskytu suicidálnych príznakov. Navyše chýbajú dlhodobé údaje o bezpečnosti liečby u detí a dospelých týkajúce sa rastu, dospievania a kognitívneho a behaviorálneho vývoja.

Paradoxná úzkosť

U niektorých pacientov s panickou poruchou sa môžu na začiatku liečby antidepresívami zvýrazniť symptómy úzkosti. Táto paradoxná reakcia zvyčajne vymizne v priebehu dvoch týždňov počas pokračujúcej liečby. Na zníženie pravdepodobnosti výskytu anxiogénneho účinku sa odporúča nízka začiatková dávka (pozri časť 4.2).

Záchvaty

Escitalopram sa má vysadiť, ak sa u pacienta vyskytnú záchvaty prvýkrát, alebo ak sa frekvencia záchvatov zvýši (u pacientov s predchádzajúcou diagnózou epilepsie). U pacientov s nestabilnou epilepsiou sa treba vyhnúť podávaniu SSRI a pacienti s kontrolovanou epilepsiou majú byť starostlivo monitorovaní.

Mánia

SSRI sa majú používať s opatrnosťou u pacientov s mániou/hypomániou v anamnéze. Ak pacient prechádza do manickej fázy, SSRI sa majú vysadiť.

Diabetes

U pacientov s diabetom môže liečba SSRI ovplyvniť glykemickú kontrolu (hypoglykémiu alebo hyperglykémiu). Môže byť potrebné upraviť dávkovanie inzulínu a/alebo perorálnych hypoglykemík.

Samovražda/samovražedné myšlienky alebo klinické zhoršenie

Depresia je spojená so zvýšeným rizikom samovražedných myšlienok, sebaoškodzovania a samovraždou (udalosti súvisiace so samovraždou). Toto riziko pretrváva, pokiaľ dochádza k signifikantnej remisii. Keďže k zlepšeniu nemusí dôjsť počas prvých pár alebo viacerých týždňov liečby, pacientov je potrebné starostlivo monitorovať, až pokiaľ nedôjde k takému zlepšeniu. Na základe všeobecnej klinickej skúsenosti je známe, že riziko samovraždy sa môže zvyšovať v skorých štádiách zotavovania.

Iné psychiatrické stavy, na liečbu ktorých sú tablety escitalopramu predpisované, môžu byť tiež spojené so zvýšeným rizikom suicidálneho správania. Navyše, tieto stavy môžu byť ko-morbidné s veľkou depresívnou poruchou. Rovnaké opatrenia dodržiavané pri liečbe pacientov s veľkou depresívnou poruchou je preto potrebné dodržiavať aj pri liečbe pacientov s inými psychiatrickými poruchami.

Je známe, že pacienti s anamnézou suicidálnych príhod alebo významnými prejavmi samovražedných myšlienok pred začatím liečby, majú väčšie riziko samovražedných myšlienok alebo samovražedných pokusov, preto majú byť starostlivo sledovaní počas liečby.

Meta-analýzy placebom kontrolovaných klinických štúdií antidepresív u dospelých pacientov so psychiatrickými poruchami preukázali u pacientov vo veku do 25 rokov zvýšené riziko suicidálneho správania pri antidepresívach v porovnaní s placebom. Pacientov, obzvlášť s vysokým rizikom suicidálnych myšlienok, je potrebné hlavne na začiatku liečby a po zmene dávkovania starostlivo monitorovať.

Pacienti (a ich opatrovatelia) majú byť upozornení na potrebu sledovať výskyt akéhokoľvek klinického zhoršenia, samovražedného správania alebo myšlienok a nezvyčajných zmien v správaní a vyhľadať lekársku pomoc ihneď, ako sa tieto príznaky objavia.

Akatízia/psychomotorický nepokoj

Používanie SSRI/SNRI bolo spojené s vývojom akatízie, charakterizovanej subjektívne nepríjemným alebo vyčerpávacím nepokojom, a potrebou častého pohybu sprevádzanou neschopnosťou sedieť alebo nehybne stáť. Takýto stav sa s najväčšou pravdepodobnosťou vyskytuje počas prvých pár týždňov liečby. Ak sa u pacientov objavia tieto symptómy, zvyšovanie dávky môže byť škodlivé.

Hyponatriémia

Pri používaní SSRI, pravdepodobne z dôvodu neprimeranej sekrécie antidiuretického hormónu (SIADH), bola zriedkavo hlásená hyponatriémia, ktorá zvyčajne ustúpi po ukončení liečby.

U pacientov vystavených riziku, ako sú starší pacienti, pacienti s cirhózou alebo pacienti súbežne liečení liekmi, o ktorých je známe, že spôsobujú hyponatriémiu, je potrebná opatrnosť.

Hemorágia

Pri podávaní SSRI sa zaznamenalo abnormálne kožné krvácanie, ako sú ekchymózy a purpura.

U pacientov užívajúcich SSRI, predovšetkým pri súbežnom používaní s perorálnymi antikoagulanciami, s liekmi, o ktorých je známe, že ovplyvňujú funkciu trombocytov [napr. atypické antipsychotiká a fenotiazíny, väčšina tricyklických antidepresív, kyselina acetylsalicylová a nesteroidové protizápalové lieky (NSAID), tiklopidín a dipyridamol] a u pacientov so známou náchylnosťou ku krvácaniu, sa odporúča opatrnosť.

Selektívne inhibítory spätného vychytávania sérotonínu (selective serotonin reuptake inhibitors, SSRI)/inhibítory spätného vychytávania sérotonínu a noradrenalínu (serotonin–norepinephrine reuptake inhibitors, SNRI) môžu zvyšovať riziko popôrodného krvácania (pozri časti 4.6, 4.8).

ECT (elektrokonvulzívna liečba)

Keďže klinické skúsenosti so súbežným podávaním SSRI a použitím ECT sú obmedzené, odporúča sa opatrnosť.

Sérotonínový syndróm

Ak sa escitalopram používa súbežne s liekmi so sérotonergnými účinkami, ako je sumatriptán alebo iné triptány, buprenorfin, tramadol a tryptofán, odporúča sa opatrnosť. V zriedkavých prípadoch bol hlásený sérotonínový syndróm u pacientov užívajúcich SSRI súbežne so sérotonergnými liekmi. Kombinácia symptómov, ako je agitácia, tremor, myoklónia a hypertermia môže naznačovať rozvoj tohto ochorenia. Ak sa objavia, liečba s SSRI a sérotonergným liekom sa má okamžite prerušiť a je potrebné pristúpiť k symptomatickej liečbe (pozri časť 4.5).

Lubovník bodkovaný

Súbežné používanie SSRI a rastlinných prípravkov obsahujúcich ľubovník bodkovaný (*Hypericum perforatum*) môže mať za následok zvýšený výskyt nežiaducich reakcií (pozri časť 4.5).

Symptómy z vynechania pozorované pri ukončení liečby

Symptómy z vynechania pri ukončení liečby sú časté, obzvlášť po náhlom vysadení lieku (pozri časť 4.8). Nežiaduce udalosti po prerušení liečby sa v klinických štúdiách pozorovali približne u 25 % pacientov liečených escitalopramom a u 15 % pacientov užívajúcich placebo.

Riziko výskytu symptómov z vynechania závisí od niekoľkých faktorov, vrátane trvania liečby a dávky a rýchlosti znižovania dávky. Závrat, poruchy zmyslového vnímania (vrátane parestézie a pocitov elektrických šokov), poruchy spánku (vrátane insomnie a intenzívnych snov), agitácia alebo úzkosť, nauzea a/alebo vracanie, tremor, zmätenosť, potenie, bolesť hlavy, hnačka, palpitácie, emocionálna nestabilita, podráždenosť a poruchy videnia sú najčastejšie hlásené reakcie. Tieto symptómy sú zvyčajne mierne až stredne závažné; u niektorých pacientov však môžu byť závažnejšie z hľadiska intenzity.

Zvyčajne sa vyskytujú počas prvých niekoľkých dní po ukončení liečby, avšak u pacientov, ktorí neúmyselne vynechali dávku, sa takéto príznaky zaznamenali veľmi zriedkavo.

Tieto príznaky majú zvyčajne obmedzený priebeh a obvykle vymiznú v priebehu 2 týždňov, aj keď u niektorých jednotlivcov môžu pretrvávať dlhšie (2–3 mesiace alebo dlhšie). Preto sa pri ukončovaní liečby odporúča postupne znižovať dávku escitalopramu počas niekoľkých týždňov alebo mesiacov, podľa potrieb pacienta (pozri „Symptómy z vynechania pozorované pri ukončení liečby“, časť 4.2).

Koronárne srdcové ochorenie

Z dôvodu obmedzených klinických skúseností sa u pacientov s koronárnym srdcovým ochorením odporúča opatrnosť (pozri časť 5.3).

Predĺženie QT intervalu

Pri escitaloprame bolo zistené predĺženie QT intervalu v závislosti od dávky. Prípady predĺženia QT intervalu a ventrikulárnej arytmie vrátane *Torsades de Pointes*, boli hlásené počas post-marketingového obdobia, prevažne u pacientov ženského pohlavia s hypokaliémiou alebo s pre-existujúcim predĺžením QT intervalu alebo inými srdcovými chorobami (pozri časti 4.3, 4.5, 4.8, 4.9 a 5.1).

Opatrnosť sa odporúča u pacientov s významnou bradykardiou: alebo u pacientov s nedávnym infaktom myokardu alebo nekompenzovaným zlyhaním srdca.

Poruchy elektrolytov ako hypokaliémia a hypomagneziémia zvyšujú riziko malígnej arytmie a majú byť upravené predtým, ako sa začne liečba escitalopramom.

Ak sú vyšetřovaní pacienti so stabilizovaným srdcovým ochorením, má sa zväžiť EKG kontrola predtým, ako sa začne liečba.

Ak sa prejavy srdcovej arytmie vyskytnú počas liečby escitalopramom, liečba sa má ukončiť a má sa uskutočniť EKG vyšetřenie.

Sexuálna dysfunkcia

Selektívne inhibítory spätného vychytávania sérotonínu (selective serotonin reuptake inhibitors, SSRI)/inhibítory spätného vychytávania sérotonínu a noradrenalínu (serotonin norepinephrine reuptake inhibitors, SNRI) môžu vyvolať príznaky sexuálnej dysfunkcie (pozri časť 4.8). Boli prijaté hlásenia o dlhodobej sexuálnej dysfunkcii, pričom príznaky pokračovali aj napriek ukončeniu liečby SSRI/SNRI.

Glaukóm s uzatvoreným uhlom

SSRI, vrátane escitalopramu, môžu mať vplyv na veľkosť zrenice s následkom mydriázy. Tento mydriatický účinok má potenciál zúžiť očný uhol a tým zvýšiť vnútroočný tlak a spôsobiť glaukóm s uzatvoreným uhlom, najmä u predisponovaných pacientov. Escitalopram sa má preto u pacientov s glaukómom s uzatvoreným uhlom alebo glaukómom v anamnéze užívať s opatnosťou.

Pomocné látky

Tento liek obsahuje laktózu. Pacienti so zriedkavými dedičnými problémami galaktózovej intolerancie, celkovým deficitom laktázy alebo glukózo-galaktózovou malabsorpciou nesmú užívať tento liek.

Tento liek obsahuje menej ako 1 mmol sodíka (23 mg) vo filmom obalenej tablete, t.j. v podstate zanedbateľné množstvo sodíka.

4.5 Liekové a iné interakcie

Kontraindikované kombinácie:

Ireverzibilné neselektívne inhibitory MAO (IMAO)

Boli hlásené prípady závažných reakcií u pacientov užívajúcich SSRI v kombinácii s neselektívnymi, ireverzibilnými inhibítormi monoaminoxidázy (IMAO) a u pacientov, ktorí nedávno ukončili liečbu s SSRI a začali liečbu IMAO (pozri časť 4.3). V niektorých prípadoch sa u pacientov rozvinul sérotonínový syndróm (pozri časť 4.8).

Escitalopram je kontraindikovaný v kombinácii s neselektívnymi, ireverzibilnými IMAO. Escitalopram sa môže začať podávať 14 dní po ukončení liečby ireverzibilným IMAO. Po ukončení liečby escitalopramom má uplynúť minimálne 7 dní pred začatím liečby neselektívnym, ireverzibilným IMAO.

Reverzibilný selektívny inhibitor MAO-A (moklobemid)

Z dôvodu rizika vzniku sérotonínového syndrómu je kombinácia escitalopramu s inhibítorom MAO-A kontraindikovaná (pozri časť 4.3). Ak je takáto kombinácia nevyhnutná, liečba sa má začať najnižšou odporúčanou dávkou a je potrebné posilniť klinické sledovanie pacienta.

Reverzibilný neselektívny inhibitor MAO (linezolid)

Antibiotikum linezolid je reverzibilným neselektívnym inhibítorom MAO a nemá sa podávať pacientom, ktorí sú liečení escitalopramom. Ak je takáto kombinácia nevyhnutná, má sa podávať v minimálnych dávkach a pod starostlivým dohľadom lekára (pozri časť 4.3).

Ireverzibilný selektívny inhibitor MAO-B (selegilín)

V kombinácii so selegilínom (ireverzibilným inhibítorom MAO-B) je potrebná opatnosť z dôvodu rizika vzniku sérotonínového syndrómu. Selegilín v dávkach až do 10 mg/deň sa bezpečne používal súbežne s racemickým citalopramom.

Predĺženie QT intervalu

Farmakokinetické a farmakodynamické interakčné štúdie medzi escitalopramom a inými liekmi, ktoré predlžujú interval QT, sa nevykonali. Aditívny účinok escitalopramu a týchto liekov nie je možné vylúčiť. Preto je súbežné podanie escitalopramu s liekmi, ktoré predlžujú QT interval, ako sú antiarytmiká triedy IA a III, antipsychotiká (napr. deriváty fenotiazínu, pimozid, haloperidol), tricyklické antidepresíva, niektoré antimikrobiálne látky (napr. sparfloxacín, moxifloxacín, erytromycín i.v., pentamidín, a antimalariká, najmä halofantrín), určité antihistaminiká (napr. astemizol, hydroxyzín, mizolastín) kontraindikované.

Kombinácie vyžadujúce opatrnosť pri používaní:

Sérotonergné lieky

Súbežné podávanie so sérotonergnými liekmi napr. buprenorfin, tramadol, sumatriptánom a inými triptánmi môže spôsobiť sérotonínový syndróm (pozri časť 4.4).

Lieky znižujúce prah záchvatov

SSRI môžu znížiť prah záchvatov. Pri súbežnom používaní iných liekov, ktoré sú schopné znižovať prah záchvatov, sa odporúča opatrnosť [napr. antidepresíva (tricyklické, SSRI), neuroleptiká (fenotiazíny, tioxantény a butyrofenóny), meflochín, bupropión a tramadol].

Lítium, tryptofán

Boli hlásené prípady zosilnenia účinkov pri súbežnom podávaní SSRI s lítiom alebo tryptofánom, preto je pri súbežnom používaní SSRI spolu s týmito liekmi potrebná opatrnosť.

Ľubovník bodkovaný

Súbežné používanie SSRI a rastlinných prípravkov s obsahom ľubovníka bodkovaného (*Hypericum perforatum*) môže mať za následok zvýšený výskyt nežiaducich reakcií (pozri časť 4.4).

Krvácanie

Ak sa escitalopram kombinuje s perorálnymi antikoagulanciami, môže dôjsť k ovplyvneniu antikoagulačných účinkov. U pacientov, ktorí sú liečení perorálnymi antikoagulanciami, treba na začiatku liečby alebo pri ukončení liečby escitalopramom starostlivo sledovať koaguláciu (pozri časť 4.4).

Súbežné užívanie nesteroidových antiflogistík (NSAID) môže zvýšiť riziko krvácania (pozri časť 4.4).

Alkohol

Nepredpokladajú sa žiadne farmakodynamické ani farmakokinetické interakcie medzi escitalopramom a alkoholom. Avšak rovnako ako pri iných psychotropných liekoch sa kombinácia s alkoholom neodporúča.

Lieky vyvolávajúce hypokaliémiu/hypomagneziémiu

Pri súbežnom užívaní liekov vyvolávajúcich hypokaliémiu/hypomagneziémiu je opodstatnená opatrnosť, pretože tieto stavy zvyšujú riziko malígnych arytmií (pozri časť 4.4).

Farmakokinetické interakcie

Vplyv iných liekov na farmakokinetiku escitalopramu

Metabolizmus escitalopramu je sprostredkovaný predovšetkým enzýmom CYP 2C19. CYP 3A4 a CYP 2D6 môžu tiež prispievať k metabolizmu, aj keď v menšej miere. Zdá sa, že metabolizmus hlavného metabolitu S-DCT (demetylovaného escitalopramu) je čiastočne katalyzovaný CYP 2D6.

Súbežné podávanie escitalopramu s omeprazolom (inhibítorom CYP 2C19) v dávke 30 mg jedenkrát denne viedlo k miernemu (približne 50 %) zvýšeniu plazmatických koncentrácií escitalopramu.

Súbežné podávanie escitalopramu s cimetidínom (stredne silným všeobecným enzýmovým inhibítorom) v dávke 400 mg dvakrát denne viedlo k miernemu (približne 70 %) zvýšeniu plazmatických koncentrácií escitalopramu. Pri podávaní escitalopramu v kombinácii s cimetidínom sa odporúča opatrnosť. Môže byť potrebná úprava dávky.

Preto je potrebná opatrnosť pri súbežnom používaní s inhibítormi CYP 2C19 (napr. omeprazolom, esomeprazolom, flukonazolom, fluvoxamínom, lansoprazolom, tiklopidínom) alebo cimetidínom. Zníženie dávky escitalopramu môže byť nevyhnutné na základe sledovania vedľajších účinkov počas súbežnej liečby.

Vplyv escitalopramu na farmakokinetiku iných liekov

Escitalopram je inhibítorom enzýmu CYP 2D6. Opatrnosť sa odporúča, keď sa escitalopram podáva súbežne s liekmi, ktoré sú metabolizované predovšetkým týmto enzýmom a ktoré majú úzky terapeutický index, napr. flekainid, propafenón a metoprolol (ak sa používajú pri srdcovom zlyhaní), alebo s niektorými liekmi, ktoré ovplyvňujú CNS a sú metabolizované predovšetkým CYP 2D6, napr. antidepresíva ako dezipramín, klomipramín a nortriptylín alebo antipsychotiká ako risperidón, tioridazín a haloperidol. Môže byť potrebná úprava dávkovania.

Súbežné podávanie s dezipramínom alebo metoprololom malo v oboch prípadoch za následok dvojnásobné zvýšenie plazmatických hladín týchto dvoch substrátov CYP 2D6.

V štúdiách *in vitro* sa preukázalo, že escitalopram môže spôsobiť tiež slabú inhibíciu CYP 2C19. Pri súbežnom používaní liekov, ktoré sú metabolizované CYP 2C19, sa odporúča opatrnosť.

4.6 Fertilita, gravidita a laktácia

Gravidita

K dispozícii sú iba obmedzené klinické údaje týkajúce sa gravidných žien vystavených účinku escitalopramu.

Štúdie na zvieratách preukázali reprodukčnú toxicitu (pozri časť 5.3). Tablety escitalopramu sa nemajú používať počas gravidity, pokiaľ to nie je jednoznačne nevyhnutné a len po dôkladnom zvážení pomeru rizika a prínosu.

Ak matka pokračovala v užívaní escitalopramu v neskorších štádiách gravidity, hlavne v treťom trimestri, je potrebné sledovať novorodenca. Náhlemu prerušeniu sa počas gravidity treba vyhýbať.

U novorodencov matiek, ktoré používali SSRI/SNRI v neskorších štádiách gravidity sa môžu objaviť nasledujúce symptómy: respiračná tieseň, cyanóza, apnoe, záchvaty, nestabilita telesnej teploty, problémy s kŕmením, vracanie, hypoglykémia, hypertónia, hypotónia, hyperreflexia, tremor, nervozita, podráždenosť, letargia, neustály plač, ospalosť a ťažkosti so spánkom. Tieto symptómy môžu byť spôsobené buď sérotonínergnými účinkami alebo sú to symptómy z vynechania. Vo väčšine prípadov sa komplikácie objavia okamžite alebo v krátkom čase (< 24 hodín) po pôrode.

Epidemiologické štúdie naznačujú, že použitie SSRI počas tehotenstva, najmä počas pokročilého tehotenstva, môže zvýšiť riziko vzniku perzistujúcej pľúcnej hypertenzie novorodencov (PPHN). Pozorované riziko bolo približne 5 prípadov na 1 000 tehotenstiev. V bežnej populácii sa vyskytuje 1 až 2 prípady PPHN na 1 000 tehotenstiev.

Údaje z pozorovaní naznačujú zvýšené riziko (menej ako dvojnásobné) popôrodného krvácania po vystavení SSRI/SNRI v priebehu jedného mesiaca pred pôrodom (pozri časti 4.4, 4.8).

Dojčenie

Predpokladá sa, že escitalopram sa vylučuje do materského mlieka. Dojčiace ženy sa nemajú liečiť escitalopramom alebo sa má prerušiť dojčenie.

Fertilita

Údaje zo štúdií u zvierat ukázali, že citalopram môže ovplyvniť kvalitu spermií (pozri časť 5.3). Hlásenia prípadov u ľudí s niektorými SSRI ukázali, že účinok na kvalitu spermií je reverzibilný. Vplyv na fertilitu u ľudí nebol doteraz pozorovaný.

4.7 Ovplyvnenie schopnosti viesť vozidlá a obsluhovať stroje

Hoci sa preukázalo, že escitalopram nemá žiadny vplyv na intelektovú funkciu alebo psychomotorický výkon, každá psychoaktívna látka môže ovplyvniť úsudok alebo schopnosti. Pacienti majú byť poučení o potenciálnom riziku ovplyvnenia ich schopnosti viesť vozidlá a obsluhovať stroje.

4.8 Nežiaduce účinky

Nežiaduce reakcie sa najčastejšie vyskytujú počas prvého alebo druhého týždňa liečby a zvyčajne sa ich intenzita a frekvencia s pokračujúcou liečbou znižuje.

Tabuľkový zoznam nežiaducich reakcií

Nežiaduce liekové reakcie známe pre SSRI a taktiež hlásené pri escitaloprame v placebom kontrolovaných klinických štúdiách alebo ako spontánne postmarketingové hlásenia sú vymenované nižšie podľa tried orgánových systémov a frekvencie výskytu.

Frekvencie sú prevzaté z klinických štúdií; nie sú upravené vzhľadom k placebo. Frekvencie sú definované ako: veľmi časté ($\geq 1/10$), časté ($\geq 1/100$ až $< 1/10$), menej časté ($\geq 1/1\,000$ až $< 1/100$), zriedkavé ($\geq 1/10\,000$ až $< 1/1\,000$), veľmi zriedkavé ($< 1/10\,000$), alebo neznáme (z dostupných údajov).

	Veľmi časté	Časté	Menej časté	Zriedkavé	Veľmi zriedkavé	Neznáme
Poruchy krvi a lymfatického systému						trombocytopénia
Poruchy imunitného systému				anafylaktická reakcia		
Poruchy endokrinného systému						nedostatočná sekrécia ADH, hyperprolaktinémia
Poruchy metabolizmu a výživy		znížená chuť do jedla, zvýšená chuť do jedla, zvýšená telesná hmotnosť	znížená telesná hmotnosť			Hyponatriémia, anorexia ¹
Psychické poruchy		úzkosť, nepokoj, abnormálne sny ženy a muži: pokles libida ženy: anorgazmia	bruxizmus, agitácia, nervozita, panický záchvat, stav zmätenosti	agresivita, depersonalizácia, halucinácie		mánia, samovražedné myšlienky, samovražedné správanie ²
Poruchy nervového systému	Bolesť hlavy	insomnia, somnolencia, závrat, parestézia, tremor	poruchy chuti, poruchy spánku, synkopa	sérotonínový syndróm		dyskinéza, poruchy pohybu, kŕče, kŕče, psychomotorický nepokoj/akatízia ¹
Poruchy oka			mydriáza, poruchy videnia			
Poruchy ucha a labyrintu			tinitus			
Poruchy srdca a srdcovej činnosti			tachykardia	bradykardia		predĺženie QT na elektrokardiograme, ventrikulárna

						arytmia, vrátane <i>torsades de pointes</i>
Poruchy ciev						ortostatická hypotenzia
Poruchy dýchacej sústavy, hrudníka a mediastína		sínusitída, zívanie	krvácanie z nosa			
Poruchy gastrointestinálneho traktu	nauzea	hnačka, zápcha, vracanie, sucho v ústach	gastrointestinálne hemorágie (vrátane rektálnej hemorágie)			
Poruchy pečene a žlčových ciest						hepatitída, nezvyčajné funkčné pečeňové testy
Poruchy kože a podkožného tkaniva		zvýšené potenie	urtikária, alopecia, vyrážka, pruritus			ekchymóza, angioedémy
Poruchy kostrovej a svalovej sústavy a spojivového tkaniva		artralgia, myalgia				
Poruchy obličiek a močových ciest						retencia moču
Poruchy reprodukčného systému a prsníkov		muži: porucha ejakulácie, impotencia	ženy: metrorágia, menorágia			galaktorea, muži: priapizmus popôrodné krvácanie ³
Celkové poruchy a reakcie v mieste podania		únavu, pyrexia	edém			

¹ Tieto udalosti boli hlásené pre terapeutickú skupinu SSRI.

² Prípady samovražedných predstáv a samovražedného správania boli hlásené počas liečby escitalopramom alebo v krátkom čase po ukončení liečby (pozri časť 4.4).

³ Táto udalosť bola hlásená pre terapeutickú skupinu SSRI/SNRI (pozri časti 4.4, 4.6).

Predĺženie QT intervalu

Počas obdobia po uvedení na trh boli hlásené prípady predĺženia QT intervalu a ventrikulárnej arytmie, vrátane *torsades de pointes*, prevažne u pacientov ženského pohlavia, pacientov s hypokaliémiou alebo s už existujúcim predĺžením QT intervalu alebo iným ochorením srdca (pozri časti 4.3, 4.4, 4.5, 4.9 a 5.1).

Skupinové efekty

Epidemiologické štúdie vykonané hlavne s pacientmi vo veku 50 rokov a viac poukázali na zvýšené riziko zlomenín kostí u pacientov, ktorí užívajú SSRI a tricyklické antidepresíva (TCA). Mechanizmus vedúci k zvýšenému riziku nie je známy.

Symptómy z vynechania pozorované pri ukončení liečby

Prerušenie liečby SSRI/SNRI (obzvlášť ak je náhle) často vedie k symptómom z vynechania. Závrat, poruchy zmyslového vnímania (vrátane parestézie a pocitu elektrických šokov), poruchy spánku (vrátane insomnie a intenzívnych snov), agitácia alebo úzkosť, nauzea a/alebo vracanie, tremor, zmätenosť, potenie, bolesť hlavy, hnačka, palpitácie, emocionálna nestabilita, podráždenosť a poruchy videnia sú najčastejšie hlásené reakcie. Tieto udalosti sú zvyčajne mierne až stredne závažné a majú obmedzený priebeh; avšak u niektorých pacientov môžu mať závažný a/alebo dlhodobější priebeh.

Preto, ak už liečba escitalopramom nie je viac potrebná, odporúča sa postupné vysadzovanie lieku postupným znižovaním dávky (pozri časti 4.2 a 4.4).

Hlásenie podozrení na nežiaduce reakcie

Hlásenie podozrení na nežiaduce reakcie po registrácii lieku je dôležité. Umožňuje priebežné monitorovanie pomeru prínosu a rizika lieku. Od zdravotníckych pracovníkov sa vyžaduje, aby hlásili akékoľvek podozrenia na nežiaduce reakcie na **národné centrum hlásenia uvedené v [Prílohe V](#)**.

4.9 Predávkovanie

Toxicita

Klinické údaje o predávkovaní escitalopramom sú obmedzené a v mnohých prípadoch zahŕňajú súbežné predávkovanie inými liekmi. Vo väčšine prípadov neboli hlásené žiadne alebo len mierne symptómy. Zriedkavo boli pri samotnom escitaloprame hlásené fatálne prípady predávkovania escitalopramom; vo väčšine prípadov išlo o predávkovanie súbežne s inými liekmi. Dávky medzi 400 mg a 800 mg samotného escitalopramu boli užité bez akýchkoľvek závažných symptómov.

Symptómy

Symptómy pozorované v hlásených prípadoch predávkovania escitalopramom zahŕňajú hlavne symptómy týkajúce sa centrálneho nervového systému (pohybujúce sa od závratu, tremoru a agitácie po zriedkavé prípady sérotonínového syndrómu, kŕčov a kómy), gastrointestinálneho systému (nauzea/vracanie) a kardiovaskulárneho systému (hypotenzia, tachykardia, predĺženie QT intervalu a arytmia) a poruchy rovnováhy elektrolytov/tekutín (hypokaliémia, hyponatriémia).

Liečba

Neexistuje žiadne špecifické antidotum. Zabezpečte a udržiajte priechodné dýchacie cesty, zaistite adekvátnu oxygenáciu a respiračnú funkciu. Je potrebné zvážiť výplach žalúdka a použitie aktívneho uhlia. Výplach žalúdka sa má uskutočniť čo najskôr po perorálnom užití. Odporúča sa monitorovanie srdcových a vitálnych funkcií súbežne so všeobecnými symptomatickými podpornými opatreniami.

V prípade predávkovania u pacientov s kongestívnym zlyhaním srdca/bradyarytmiami, u pacientov užívajúcimi súbežne lieky, ktoré predlžujú QT interval, alebo u pacientov s pozmeneným metabolizmom, napr. v dôsledku poškodenia pečene, sa odporúča EKG sledovanie.

5. FARMAKOLOGICKÉ VLASTNOSTI

5.1 Farmakodynamické vlastnosti

Farmakoterapeutická skupina: antidepresíva, selektívne inhibítory spätného vychytávania sérotonínu
ATC kód: N06AB10

Mechanizmus účinku

Escitalopram je selektívny inhibítor spätného vychytávania sérotonínu (5-HT) s vysokou afinitou k primárnemu väzbovému miestu. Tiež sa viaže na alosterické miesto na sérotonínovom transportéri, s 1 000-násobne nižšou afinitou.

Escitalopram nemá žiadnu alebo len nízku afinitu voči viacerým receptorom, vrátane 5-HT_{1A}, 5-HT₂, DA D₁ a D₂ receptorov, α_1 -, α_2 -, β -adrenoreceptorov, histamínových H₁, muskarínových cholinergných, benzodiazepínových a opioidných receptorov.

Inhibícia spätného vychytávania 5-HT je jediným pravdepodobným mechanizmom účinku, ktorý vysvetľuje farmakologické a klinické účinky escitalopramu.

Farmakodynamické účinky

V dvojito zaslepanej, placebo kontrolovanej, EKG štúdii so zdravými jedincami sa pozorovala zmena v QTc (úprava podľa Fridericia) oproti východiskovej hodnote 4,3 ms (90 % IS, 2,2 – 6,4) pri

dávke 10 mg/deň a 10,7 ms (90 % IS, 8,6 – 12,8) pri dávke 30 mg/deň (pozri časti 4.3, 4.4, 4.5, 4.8 a 4.9).

Klinická účinnosť

Depresívna epizóda a recidivujúca depresívna porucha

Zistilo sa, že escitalopram je účinný pri akútnej liečbe depresívnej epizódy a recidivujúcej depresívnej poruchy v troch zo štyroch dvojito zaslepených, placebom kontrolovaných, krátkodobých (8-týždňových) štúdiách. V dlhodobej štúdii zameranej na prevenciu relapsu bolo 274 pacientov, ktorí v začiatkovej 8-týždňovej nezaslepenej fáze liečby odpovedali na liečbu escitalopramom v dávkach 10 alebo 20 mg/deň, randomizovaných na pokračovanie v liečbe escitalopramom v rovnakej dávke alebo na placebo počas 36 týždňov. V tejto štúdii sa u pacientov, ktorí naďalej dostávali escitalopram, zaznamenal významne dlhší čas do relapsu počas nasledujúcich 36 týždňov v porovnaní s tými, ktorí dostávali placebo.

Sociálna úzkostná porucha

Escitalopram bol účinný pri sociálnej úzkosti v troch krátkodobých (12 týždňových) štúdiách ako aj v 6 mesačnej štúdii zameranej na prevenciu relapsu u pacientov odpovedajúcich na liečbu. V 24-týždňovej štúdii na stanovenie dávky bola potvrdená účinnosť dávok 5 mg, 10 mg a 20 mg escitalopramu.

Generalizovaná úzkostná porucha

Escitalopram v dávkach 10 a 20 mg/deň bol účinný v štyroch zo štyroch placebom kontrolovaných štúdiách.

V súhrnných údajoch z troch štúdií s podobným dizajnom, ktoré zahŕňali 421 pacientov liečených escitalopramom a 419 pacientov s placebom bolo 47,5 % a 28,9 % pacientov, ktorí odpovedali na liečbu, v uvedenom poradí, a 37,1 % a 20,8 % tých, ktorí neodpovedali na liečbu. Pretrvávajúci účinok sa pozoroval od 1. týždňa.

Udržanie účinnosti escitalopramu v dávke 20 mg/deň sa preukázalo v 24- až 76-týždňovej, randomizovanej štúdii zameranej na udržanie účinnosti u 373 pacientov, ktorí odpovedali na liečbu počas začiatkovej 12-týždňovej nezaslepenej liečby.

Obsedantno-kompulzívna porucha

V randomizovanej, dvojito zaslepenej, klinickej štúdii sa celkové skóre Y-BOCS pri escitaloprame v dávke 20 mg/deň oddelilo od placeba po 12 týždňoch. Po 24 týždňoch boli obe dávky escitalopramu 10 a 20 mg/deň účinnejšie než placebo.

Prevencia relapsu sa preukázala pri dávkach 10 a 20 mg/deň escitalopramu u pacientov, ktorí odpovedali na escitalopram v nezaslepenej 16-týždňovej perióde a ktorí vstúpili do 24-týždňovej randomizovanej, dvojito zaslepenej, placebom kontrolovanej štúdie.

5.2 Farmakokinetické vlastnosti

Absorpcia

Absorpcia je takmer úplná a nezávislá od príjmu potravy. [Priemerný čas do dosiahnutia maximálnej koncentrácie (priemerné T_{max}) je 4 hodiny po opakovaných dávkach]. Podobne ako pri racemickom citaloprame sa predpokladá, že absolútna biologická dostupnosť escitalopramu je približne 80 %.

Distribúcia

Zdanlivý distribučný objem ($V_{d,\beta}/F$) po perorálnom podaní je približne 12 až 26 l/kg. Väzba na plazmatické proteíny je nižšia ako 80 % pre escitalopram a pre jeho hlavné metabolity.

Biotransformácia

Escitalopram sa metabolizuje v pečeni na demetylované a didemetylované metabolity. Obidva sú farmakologicky aktívne. Tiež môže dôjsť k oxidácii dusíka, čím vzniká N-oxid metabolit. Východisková látka aj metabolity sa čiastočne vylučujú vo forme glukuronidov. Po opakovanom

dávkovaní sú priemerné koncentrácie demetylmetabolitu zvyčajne 28 – 31 % a didemetylmetabolitu < 5 % koncentrácie escitalopramu. Biotransformácia escitalopramu na demetylovaný metabolit je sprostredkovaná hlavne enzýmom CYP 2C19. Do určitej miery sa môžu podieľať aj enzýmy CYP 3A4 a CYP 2D6.

Eliminácia

Eliminačný polčas ($t_{1/2\beta}$) po opakovanom dávkovaní je približne 30 hodín a perorálny plazmatický klírens (Cl_{oral}) je približne 0,6 l/min. Hlavné metabolity majú významne dlhší polčas. Predpokladá sa, že escitalopram a hlavné metabolity sa eliminujú tak hepatálnou (metabolickou), ako aj renálnou cestou, pričom väčšia časť dávky sa vylučuje močom vo forme metabolitov.

Linearita

Farmakokinetika je lineárna. Plazmatické hladiny v rovnovážnom stave sa dosahujú približne v priebehu 1 týždňa. Priemerné koncentrácie v rovnovážnom stave 50 nmol/l (rozmedzie 20 až 125 nmol/l) sa dosahujú pri dennej dávke 10 mg.

Starší pacienti (vo veku > 65 rokov)

Zdá sa, že escitalopram sa eliminuje u starších pacientov pomalšie v porovnaní s mladšími pacientmi. Systémová expozícia (AUC) je u starších pacientov približne o 50 % vyššia v porovnaní s mladými zdravými dobrovoľníkmi (pozri časť 4.2).

Znížená funkcia pečene

U pacientov s miernou alebo stredne závažnou poruchou funkcie pečene (kritérium A a B podľa Child-Pugha) je polčas escitalopramu približne dvakrát dlhší a expozícia približne o 60 % vyššia ako u jedincov s normálnou funkciou pečene (pozri časť 4.2).

Znížená funkcia obličiek

U pacientov so zníženou funkciou obličiek (CL_{CR} 10 – 53 ml/min) sa pri racemickom citaloprame pozoroval dlhší polčas a malé zvýšenie expozície. Plazmatické koncentrácie metabolitov sa nesledovali, ale môžu byť zvýšené (pozri časť 4.2).

Polymorfizmus

Pozorovalo sa, že slabí metabolizéri vo vzťahu k CYP 2C19 mali dvojnásobne vyššiu plazmatickú koncentráciu escitalopramu ako silní metabolizéri. U slabých metabolizérov vzhľadom na CYP 2D6 sa nepozorovala žiadna významná zmena v expozícii (pozri časť 4.2).

5.3 Predklinické údaje o bezpečnosti

Vzhľadom na to, že premostujúce toxikokinetické a toxikologické štúdie s escitalopramom a citalopramom prevedené na potkanoch preukázali podobný profil, neuskutočnila sa žiadna kompletná séria obvyklých predklinických štúdií s escitalopramom. Z tohto dôvodu sa môže predpokladať, že všetky informácie o citaloprame sú extrapolované na escitalopram.

V porovnávacích toxikologických štúdiách na potkanoch escitalopram a citalopram spôsobovali srdcovú toxicitu, vrátane kongestívneho srdcového zlyhania, po niekoľkotýždňovej liečbe pri použití dávkovania, ktoré spôsobovalo celkovú toxicitu. Zdá sa, že kardiotoxicita korelovala väčšmi s maximálnou plazmatickou koncentráciou ako so systémovou expozíciou (AUC). Pri maximálnych plazmatických koncentráciách 8-krát vyšších, ako sa dosahujú v klinickej praxi, neboli zaznamenané žiadne účinky, kým AUC pre escitalopram bola len 3- až 4-krát vyššia, ako je expozícia dosiahnutá v klinickej praxi. Hodnoty AUC pre S-enantiomér citalopramu boli 6- až 7-krát vyššie, ako je expozícia dosiahnutá v klinickej praxi. Tieto zistenia pravdepodobne súvisia so zvýšeným vplyvom na biogénne amíny, t.j. so sekundárnymi k primárnym farmakologickým účinkom, ktoré majú za následok hemodynamické účinky (zníženie cievneho toku) a ischemiu. Presný mechanizmus kardiotoxicity u potkanov však nie je známy. Klinické skúsenosti s citalopramom so skúsenosťami z klinickej štúdie s escitalopramom nenaznačujú, že by tieto zistenia mali klinický význam.

Po dlhodobej liečbe escitalopramom a citalopramom u potkanov bol pozorovaný zvýšený obsah fosfolipidov v niektorých tkanivách, napr. v pľúcach, v nadsemenníkoch a v pečeni. Tieto nálezy v nadsemenníkoch a v pečeni boli pozorované pri expozíciách podobných ako u človeka. Tento účinok je reverzibilný po skončení liečby. V súvislosti s mnohými kationickými amfifilickými liekmi sa u zvierat pozorovala kumulácia fosfolipidov (fosfolipidóza). Nie je známe, či má tento jav významný význam pre človeka.

Vo vývojovej toxikologickej štúdii na potkanoch boli pozorované embryotoxické účinky (znížená hmotnosť plodu a reverzibilné oneskorenie osifikácie) pri expozíciách z hľadiska AUC, ktoré boli vyššie ako expozícia dosahovaná počas klinického používania. Nebol zaznamenaný zvýšený výskyt malformácií. V prenatalnej a postnatalnej štúdii sa preukázalo kratšie prežívanie v priebehu obdobia laktácie pri expozícii, ktorá bola z hľadiska AUC vyššia ako expozícia pri použití v klinickej praxi. Potenciálne riziko pre ľudí nie je známe.

Údaje zo štúdií na zvieratách ukázali, že citalopram spôsobuje zníženie indexu fertility a gravidity, pokles počtu zahniezdení vajíčka a nezvyčajné spermie pri expozícii podstatne vyššej ako u ľudí. K dispoziácii nie sú žiadne súvisiace údaje zo štúdií na zvieratách.

6. FARMACEUTICKÉ INFORMÁCIE

6.1 Zoznam pomocných látok

Jadro tablety:

mikrokryštalická celulóza
bezvodý koloidný oxid kremičitý
mastenec
sodná soľ kroskarmelózy
stearát horečnatý

Obal:

monohydrát laktózy
makrogol 4000
oxid titaničitý (E 171)
hypromelóza

6.2 Inkompatibility

Neaplikovateľné.

6.3 Čas použiteľnosti

3 roky.

6.4 Špeciálne upozornenia na uchovávanie

Uchovávať pri teplote do 25 °C.

Blistre: Uchovávať v pôvodnom obale.

Polypropylénový obal na tablety: Obal udržiavajte dôkladne uzatvorený.

6.5 Druh obalu a obsah balenia

Nepriehľadné PVC/PVdC/Alu blistre s vonkajšou škatuľkou po 10, 14, 20, 28, 30, 49, 50, 56, 60, 90, 100, 180, 200 tabliet

Nepriehľadné PVC/PVdC/Alu perforované blistre s jednotlivými dávkami s vonkajšou škatuľkou po 28 x 1, 56 x 1 tableta

Polypropylénový obal na tablety po 28, 49, 100, 200, 250, 500 tabliet

Na trh nemusia byť uvedené všetky veľkosti balenia.

6.6 Špeciálne opatrenia na likvidáciu

Žiadne zvláštne požiadavky.

7. DRŽITEĽ ROZHODNUTIA O REGISTRÁCII

Viatriis Limited
Damastown Industrial Park
Mulhuddart
Dublin 15
DUBLIN
Írsko

8. REGISTRAČNÉ ČÍSLO

30/0554/09-S

9. DÁTUM PRVEJ REGISTRÁCIE/PREDĹŽENIA REGISTRÁCIE

Dátum prvej registrácie: 22. novembra 2009
Dátum predĺženia registrácie: 20. augusta 2014

10. DÁTUM REVÍZIE TEXTU

03/2025