КРАТКА ХАРАКТЕРИСТИКА НА ПРОДУКТА

ИЗПЪЛНИТЕЛНА АГЕНЦИЯ ПО ЛЕКАРСТВАТА
Кратка характеристика на продукта / Приложение /
200 90326/127128/20110083/84
Към Рег. № .....
Разрешение №
BG/MA/MP - 64475-9 / 25-01-2024
Одобрение № ...../.....

1. ИМЕ НА ЛЕКАРСТВЕНИЯ ПРОДУКТ

Ко-Валсакор 80 mg/12,5 mg филмирани таблетки
Ко-Валсакор 160 mg/12,5 mg филмирани таблетки
Ко-Валсакор 160 mg/25 mg филмирани таблетки
Ко-Валсакор 320 mg/12,5 mg филмирани таблетки
Ко-Валсакор 320 mg/25 mg филмирани таблетки

Co-Valsacor 80 mg/12.5 mg film-coated tablets
Co-Valsacor 160 mg/12.5 mg film-coated tablets
Co-Valsacor 160 mg/25 mg film-coated tablets
Co-Valsacor 320 mg/12.5 mg film-coated tablets
Co-Valsacor 320 mg/25 mg film-coated tablets

2. КАЧЕСТВЕН И КОЛИЧЕСТВЕН СЪСТАВ

Ко-Валсакор 80 mg/12,5 mg филмирани таблетки
Всяка филмирана таблетка съдържа 80 mg валсартан *(valsartan*) и 12,5 mg хидрохлоротиазид *(hydrochlorothiazide).*

Ко-Валсакор 160 mg/12,5 mg филмирани таблетки
Всяка филмирана таблетка съдържа 160 mg валсартан *(valsartan*) и 12,5 mg хидрохлоротиазид *(hydrochlorothiazide).*

Ко-Валсакор 160 mg/25 mg филмирани таблетки
Всяка филмирана таблетка съдържа 160 mg валсартан *(valsartan*) и 25 mg хидрохлоротиазид *(hydrochlorothiazide).*

Ко-Валсакор 320 mg/12,5 mg филмирани таблетки
Всяка филмирана таблетка съдържа 320 mg валсартан *(valsartan)* и 12,5 mg хидрохлоротиазид *(hydrochlorothiazide).*

Ко-Валсакор 320 mg/25 mg филмирани таблетки
Всяка филмирана таблетка съдържа 320 mg валсартан *(valsartan)* и 25 mg хидрохлоротиазид *(hydrochlorothiazide).*

Помощни вещества с известно действие:

	80 mg/12,5 mg филмирани таблетки	160 mg/12,5 mg филмирани таблетки	160 mg/25 mg филмирани таблетки	320 mg/12,5 mg филмирани таблетки	320 mg/25 mg филмирани таблетки
лактоза	16,27 mg	44,41 mg	32,54 mg	100,70 mg	88,83 mg

За пълния списък на помощните вещества, вижте точка 6.1.

3. ЛЕКАРСТВЕНА ФОРМА

Филмирана таблетка

80 mg/12,5 mg: филмираните таблетки са розови, овални, двойноизпъкнали.
160 mg/12,5 mg: филмираните таблетки са червено-кафяви, овални, двойноизпъкнали.
160 mg/25 mg: филмираните таблетки са светло кафяви, овални, двойноизпъкнали.
320 mg/12,5 mg: розови, овални, двойноизпъкнали филмирани таблетки.
320 mg/25 mg: светло жълти, овални, двойноизпъкнали, с делителна черта от едната страна филмирани таблетки.Таблетките могат да се делят на равни дози.

ИЗПЪЛНИТЕЛНА АГЕНЦИЯ ПО ЛЕКАРСТВАТА * КИЛИЙ * РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ

4. КЛИНИЧНИ ДАННИ

4.1 Терапевтични показания

Лечение на артериална хипертония при възрастни.

Ко-Валсакор, комбинация от фиксирани дози, е показан при пациенти, при които артериалното налягане не се контролира адекватно от монотерапия с валсартан или хидрохлоротиазид.

4.2 Дозировка и начин на приложение

Приложение

Препоръчителната доза на Ко-Валсакор 80 mg/12,5 mg е една филмирана таблетка веднъж дневно.
Препоръчителната доза на Ко-Валсакор 160 mg/12,5 mg е една филмирана таблетка веднъж дневно.
Препоръчителната доза на Ко-Валсакор 160 mg/25 mg е една филмирана таблетка веднъж дневно.
Препоръчителната доза Ко-Валсакор 320 mg/12,5 mg е една филмирана таблетка веднъж дневно.
Препоръчителната доза Ко-Валсакор 320 mg/25 mg е една филмирана таблетка веднъж дневно.

Препоръчва се индивидуално титриране на дозата на отделните компоненти.
Във всеки случай, титрирането на отделните компоненти при следващата доза трябва да е последващо, за да се намали рискът от хипотония и други нежелани реакции.
Когато е уместно, от клинична гледна точка, би могло да се обсъди директно преминаване от монотерапия към комбинацията от фиксирани дози при пациенти, чието артериално налягане не се контролира адекватно от монотерапия с валсартан или хидрохлоротиазид, при условие, че препоръчваното титриране на дозата следва последователното титриране на отделните компоненти.

Клиничният отговор към Ко-Валсакор трябва да бъде оценен след започване на лечението, и ако кръвното налягане остава неконтролирано, дозата може да се увеличава с увеличаване на всеки един от компонентите до максимална доза от валсартан/хидрохлоротиазид 320 mg/25 mg.

Антихипертензивният ефект реално настъпва в рамките на 2 седмици.
При повечето пациенти, максимален ефект се наблюдава в рамките на 4 седмици. Въпреки това, при някои пациенти, може да е необходимо 4-8 седмици лечение. Това трябва да се вземе под внимание по време на титриране на дозата.

Ако не се наблюдава значим допълнителен ефект при Ко-Валсакор 320 mg/25 mg след 8 седмици лечение трябва да се обмисли лечение с допълнителни или алтернативни антихипертензивни лекарствени продукти (вж. точка 4.3, 4.4, 4.5 и 5.1).

Начин на приложение
Ко-Валсакор може да се приема със или без храна и трябва да бъде приеман с вода.

Специални популации

Пациенти с бъбречно увреждане
Не се изисква коригиране на дозата за пациенти с леко до умерено бъбречно увреждане (скорост на гломерулна филтрация (GFR) ≥ 30 ml/min). Поради едната съставка,

ИЗПЪЛНИТЕЛНА АГЕНЦИЯ ПО ЛЕКАРСТВАТА * РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ *

хидрохлоротиазид, Ко-Валсакор е противопоказан при пациенти с тежко бъбречно увреждане (GFR < 30 mL/min) и анурия (вж. точки 4.3, 4.4 и 5.2).

Пациенти с чернодробно увреждане
При пациенти с леко до умерено чернодробно увреждане без холестаза дозата на валсартан не трябва да надвишава 80 mg (вж. точка 4.4). Не се изисква коригирана на дозата при пациенти с леко до средно чернодробно увреждане. Поради съдържанието на валсартан, Ко-Валсакор е противопоказан при пациенти с тежко чернодробно увреждане, билиарна цироза или холестаза (вж. точки 4.3, 4.4 и 5.2).

Пациенти в старческа възраст
Не се изисква коригиране на дозата при пациенти в старческа възраст.

Педиатрична популация
Ко-Валсакор не се препоръчва за употреба при деца и юноши на възраст под 18 години поради липсата на данни за безопасност и ефикасност.

4.3 Противопоказания

- Свръхчувствителност към активните вещества, към лекарствени продукти, производни на сулфонамидите или към някое от помощните вещества, изброени в точка 6.1.
- Втори и трети триместър на бременността (точки 4.4 и 4.6).
- Тежко чернодробно увреждане, билиарна цироза и холестаза.
- Тежко бъбречно увреждане (креатининов клирънс <30 ml/min), анурия.
- Рефрактерна хипокалиемия, хипонатриемия, хиперкалциемия и симптоматична хиперурикемия.
- Едновременната употреба на Ко-Валсакор с алискирен-съдържащи продукти е противопоказана при пациенти със захарен диабет или бъбречно увреждане (GFR < 60 ml/min/1,73 m^2) (вж. точки 4.5 и 5.1).

4.4 Специални предупреждения и предпазни мерки при употреба

Промени в нивата на серумните електролити
Валсартан
Едновременна употреба с калиеви добавки, калий-съхраняващи диуретици, заместители на солта, съдържащи калий или други продукти, които могат да повишат нивата на калий (хепарин и т.н.) не се препоръчва. При необходимост да се контролират нивата на калий.

Хидрохлоротиазид
За хипокалиемия е съобщавано при лечение с тиазидни диуретици, включително и с хидрохлоротиазид. Препоръчва се често проследяване на стойностите на серумния калий. Лечението с тиазидни диуретици, включително хидрохлоротиазид, е свързана с хипонатриемия и хипохлоремична алкалоза. Тиазидите, включително хидрохлоротиазид, увеличават отделянето на магнезий в урината, което може да доведе до хипомагнезиемия. Калциевата екскреция намалява от тиазидни диуретици. Това може да доведе до хиперкалциемия. Както при всички пациенти, получаващи диуретично лечение, трябва да се извършва периодично определяне на серумните електролити на подходящи интервали от време.

Пациенти с натриев и/или обемен дефицит
Пациентите, получаващи тиазидни диуретици, включително хидрохлоротиазид, трябва да бъдат наблюдавани за клинични признаци на дисбаланс на течности или електролити.

При пациенти с тежък натриев и/или обемен дефицит напр. такива, получаващи високи дози диуретици, в редки случаи може да се изяви симптоматична хипотония, след започване на лечението с валсартан и хидрохлоротиазид. Натриевият и/или обемен дефицит трябва да бъде коригиран преди започване на лечение с комбинация от валсартан и хидрохлоротиазид.

ИЗПЪЛНИТЕЛНА АГЕНЦИЯ ПО ЛЕКАРСТВАТА * РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ *

Пациентите с тежка хронична сърдечна недостатъчност или други състояния, при които е налице стимулация на системата ренин-ангиотензин-алдостерон
При пациенти, чиято бъбречна функция може да зависи от активността на системата ренин-ангиотензин-алдостерон (напр. пациенти с тежка застойна сърдечна недостатъчност), лечението с инхибитори на ангиотензин конвертиращия ензим се свързва с олигурия и/или прогресивна азотемия и в редки случаи с остра бъбречна недостатъчност и/или смърт. Преценката при пациентите със сърдечна недостатъчност и пост-миокарден инфаркт трябва винаги да включва оценка на бъбречната функция. Използването на комбинация от валсартан и хидрохлоротиазид при пациенти с тежка хронична сърдечна недостатъчност не е проучвано. Следователно не може да се изключи, че поради инхибирането на ренин-ангиотензин-алдостероновата система, прилагането на валсаратн и хидрохлоротиазид, може да бъде свързано с влошаване на бъбречната функция. Ко-Валсакор не трябва да се прилага при тези пациенти.

Стеноза на бъбречна артерия
Ко-Валсакор не трябва да се използва за лечение на хипертония при пациенти с едностранна или двустранна бъбречна артериална стеноза или стеноза на артерия на единствен бъбрек, тъй като кръвната урея и серумния креатинин може да се повишат при такива пациенти.

Първичен хипералдостеронизъм
Пациентите с първичен хипералдостеронизъм не трябва да бъдат лекувани с Ко-Валсакор, тъй като тяхната система ренин-ангиотензин не е активирана.

Аортна и митрална клапна стеноза, хипертрофична обструктивна кардиомиопатия
Както при всички други вазодилататори, специално внимание трябва да се обърне при пациенти, страдащи от аортна или митрална стеноза или обструктивна хипертрофична кардиомиопатия (ОХКМ).

Бъбречна недостатъчност
Не се налага коригиране на дозата при пациенти с бъбречна недостатъчност с креатининов клирънс ≥ 30 ml/min (виж точка 4.2). Когато Ко-Валсакор се използва при пациенти с бъбречно увреждане се препоръчва периодично проследяване на нивата на серумния калий, креатинин и стойностите на пикочната киселина.

Бъбречна трансплантация
До този момент няма натрупат опит относно безопасното използване на Ко-Валсакор при пациенти, които са претърпели наскоро бъбречна трансплантация.

Чернодробно увреждане
При пациенти с леко до умерено чернодробно увреждане без холестаза Ко-Валсакор трябва да се използва с внимание (вж. точки 4.2 и 5.2). Тиазидите трябва да се прилагат с внимание при пациенти с увредена чернодробна функция или с прогресиращо чернодробно заболяване, тъй като малки промени във водно-електролитния баланс могат да ускорят настъпването на чернодробна кома.

Анамнеза за ангиоедем
Ангиоедем, включващ оток на ларинкса и глотиса, причиняващ обструкция на дихателните пътища и/или оток на лицето, устните, фаринкса и/или езика са докладвани при пациенти, лекувани с валсартан; някои от тези пациенти са получавали ангиоедем при лечение с други лекарства, включително АСЕ-инхибитори, Ко-Валсакор трябва да бъде веднага спрян при пациенти, които развият ангиоедем и Ко-Валсакор не трябва да бъде прилаган повторно (вж. точка 4.8).

Системен лупус еритематодес

Има съобщения, че тиазидните диуретици, включително хидрохлоротиазид, могат да обострят или да активират системния лупус еритематодес.

Други метаболитни нарушения
Тиазидните диуретици, включително хидрохлоротиазид, могат да променят глюкозния толеранс и да повишат серумните нива на холестерола, триглицеридите и пикочната киселина. При пациенти с диабет може да се наложи коригиране на дозата на инсулин или пероралните хипогликемични средства.
Тиазидите могат да намалят екскрецията на калций в урината и да причинят интермитентно и леко увеличение на серумния калций при отсъствието на известни нарушения на калциевия метаболизъм. Хиперкалциемията може да бъде признак на скрит хиперпаратиреоидизъм. Тиазидите трябва да бъдат спрени преди провеждането на тестове за паратиреоидната функция.

Фоточувствителност
Случаи на реакции на фоточувствителност са били съобщавани при тиазидните диуретици (вж. точка 4.8). Ако реакция на фоточувствителност възникне по време на лечението, се препоръчва то да се спре. Ако се сметне за необходимо повторното прилагане на диуретик е препоръчително да се предпазят зоните, изложени на слънцето или на изкуствени УВЛ.

Бременност
Ангиотензин II рецепторните антагонисти (AIIRAs) не трябва да се назначават по време на бременност. Освен, ако продължаването на лечение с AIIRAs не се счита за жизнено необходимо, пациентките, планиращи бременност трябва да преминат на алтернативно антихипертензивно лечение, което има установен профил на безопасност при употреба по време на бременност. Когато е диагностицирана бременност, лечението с AIIRAs трябва да бъде преустановено незабавно, и ако е необходимо, трябва да започне алтернативно лечение (вж. точки 4.3 и 4.6).

Общи
Необходимо е внимание при пациенти, които са показали предшестваща свръхчувствителност към други ангиотензин II рецепторните антагонисти. Реакциите на свръхчувствителност към хидрохлоротиазид са по-вероятни при пациентите с алергия и астма.

Хороидален излив, остра миопия и вторична закритоъгълна глаукома
Сулфонамидите или лекарствата, производни на сулфонамидите, могат да предизвикат идиосинкратична реакция, водеща до хороидален излив с дефект на зрителното поле, преходна миопия и остра закритоъгълна глаукома. Симптомите включват в началото остро понижение на зрителната острота или очна болка и обикновено се появяват в рамките на няколко часа до седмици от започване на лечението. Нелекуваната остра закритоъгълна глаукома може да доведе до постоянна загуба на зрението.
Първичното лечение е да се спре приема на лекарствения продукт, колкото е възможно по-скоро. Навременно лечение или хирургична интервенция може да се наложи да се обмислят, ако вътреочното налагане остава неконтролирано. Рисковите фактори за развитие на остра закритоъгълна глаукома може да включват предишно лечение със сулфонамиди или алергия към пеницилин.

Двойно блокиране на ренин-ангиотензин-алдостероновата система (РААС)
Има данни, че едновременната употреба на АСЕ инхибитори, ангиотензин II-рецепторни блокери или алискирен повишава риска от хипотония, хиперкалиемия и намаляване на бъбречната функция (включително остра бъбречна недостатъчност). Поради това не се препоръчва двойно блокиране на РААС чрез комбинираната употреба на АСЕ инхибитори, ангиотензин II-рецепторни блокери или алискирен (вж. точки 4.5 и 5.1).
Ако се прецени, че терапията с двойно блокиране е абсолютно необходима, това трябва да става само под наблюдението на специалист и при често внимателно мониториране на бъбречната функция, електролитите и кръвното налягане.

ИЗПЪЛНИТЕЛНА АГЕНЦИЯ ПО ЛЕКАРСТВАТА
РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ

АСЕ инхибитори и ангиотензин II-рецепторни блокери не трябва да се използват едновременно при пациенти с диабетна нефропатия.

Немеланомен рак на кожата
В две епидемиологични проучвания, основаващи се на датския национален раков регистър, е наблюдаван повишен риск от немеланомен рак на кожата (НМРК) [базалноклетъчен карцином (БКК) и сквамозноклетъчен карцином (СКК)] при нарастваща експозиция на кумулативна доза хидрохлоротиазид (ХХТЗ). Фотосенсибилизиращите ефекти на ХХТЗ могат да действат като вероятен механизъм за развитие на НМРК.
Пациентите, приемащи ХХТЗ, трябва да бъдат информирани за риска от НМРК и съветвани редовно да проверяват кожата си за нови лезии и незабавно да съобщават при поява на подозрителни кожни лезии. На пациентите трябва да се препоръчат възможни превантивни мерки, като ограничено излагане на слънчева светлина и ултравиолетови лъчи, а в случай на експозиция, подходяща защита, за да се сведе до минимум рискът от рак на кожата. Подозрителните кожни лезии трябва да бъдат подложени на незабавно изследване, потенциално включващо хистологични изследвания на биопсични материали. Преразглеждане на употребата на ХХТЗ може да се наложи и при пациенти, които са имали предходен НМРК (вж. също точка 4.8).

Остра респираторна токсичност
След прием на хидрохлоротиазид се съобщават много редки тежки случаи на остра респираторна токсичност, включително остър респираторен дистрес синдром (ОРДС). След прием на хидрохлоротиазид обикновено се развива белодробен оток в рамките на минути до часове. В началото симптомите включват диспнея, повишена температура, влошаване на белодробната функция и хипотония. При съмнение за ОРДС трябва да бъде спрян приемът на Ко-Валсакор и да се приложи подходящо лечение. Хидрохлоротиазид не трябва да се прилага при пациенти, които преди това са получавали ОРДС след прием на хидрохлоротиазид.

Ко-Валсакор съдържа лактоза. Пациенти с редки наследствени проблеми на непоносимост към галактоза, например галактоземия или глюкозо-галактозна малабсорбция, не трябва да приемат това лекарство.
Това лекарство съдържа по-малко от 1 mmol натрий (23 mg) на таблетка, т.е. може да се каже, че практически не съдържа натрий.

4.5 Взаимодействие с други лекарствени продукти и други форми на взаимодействие

Взаимодействия, свързани с валсартан и хидрохлоротиазид

Едновременна употреба не се препоръчва

Литий
Има съобщения за обратимо повишаване на серумните концентрации на литий и токсичност при едновременна употреба на АСЕ инхибитори и тиазиди, включително хидрохлоротиазид. Поради липсата на опит при едновременно използване на валсартан и литий, тази комбинация не се препоръчва. Ако комбинацията се окаже необходима, се препоръчва внимателно проследяване на серумните нива на литий.

Съпътстваща употреба, изискваща внимание

Други антихипертензивни лекарства
Комбинацията валсартан и хидрохлоротиазид може да засили ефектите на други лекарства с антихипертензивни свойства (напр. гванетидин, метилдопа, вазодилататори, АСЕ инхибитори, ангиотензин рецепторни блокери (АРБ), бета-блокери, калциеви антагонисти и директни ренинови инхибитори (ДРИ)).

Пресорни амини (напр. норадреналин, адреналин)

Възможно е намаляване на отговора към пресорните амини. Клиничното значение на този ефект е неустановено и недостатъчно, за да се спре използването им.

Нестероидни противовъзпалителни лекарства (НСПВС), включващи селективни COX-2 инхибитори, ацетилсалицилова киселина > 3 g/ден) и неселективни НСПВС
При едновременно приложение, НСПВС могат да отслабят антихипертензивния ефект на ангиотензин II антагонистите и хидрохлоротиазид. Освен това, едновременната употреба на Ко-Валсакор и НСПВС може да доведе до влошаване на бъбречната функция и повишаване на серумния калий. Ето защо, в началото на лечението се препоръчва проследяване на бъбречната функция, както и адекватна хидратация на пациента.

Взаимодействия свързани с валсартан

Двойно блокиране на системата ренин-ангиотензин-алдостероновата система (RAAS)
Данни от клинични проучвания показват, че двойното блокиране на ренин-ангиотензин-алдостероновата система (РААС) чрез комбинираната употреба на АСЕ инхибитори, ангиотензин II-рецепторни блокери или алискирен се свързва с по-висока честота на нежелани събития, като например хипотония, хиперкалиемия и намаляване на бъбречната функция (включително остра бъбречна недостатъчност), в сравнение с употребата само на едно средство, действащо върху РААС (вж. точки 4.3, 4.4 и 5.1).

Едновременна употреба не се препоръчва

Калий-съхраняващи диуретици, калиеви добавки, заместители на солта, съдържащи калий и други вещества, които могат да повишат нивата на калий
Ако се счита за необходимо даден лекарствен продукт, който повлиява нивата на калий, да се приложи в комбинация с валсартан, се препоръчва наблюдение на плазмените нива на калий.

Транспортери
Ин витро данни показват, че валсартан е субстрат на транспортерите за чернодробно захващане OATP1B1/OATP1B3 и на чернодробния ефлукс транспортер MRP2, Клиничното значение на тази находка не е известно. Едновременното приложение на инхибитори на транспортерите за захващане (напр. рифампин, циклоспорин) или на ефлукс транспортерите (напр. ритонавир) може да повиши системната експозиция на валсартан. Предприемете подходящите грижи при започване или прекратяване на съпътстващо лечение с такива лекарства.

Няма взаимодействие
В проучвания за лекарствени взаимодействия на валсартан, не са установени взаимодействия от клинично значение при валсартан или към някои от следните вещества: циметидин, варфарин, фуроземид, дигоксин, атенолол, индометацин, хидрохлоротиазид, амлодипин, глибенкламид. Дигоксин и индометацин могат да взаимодействат с хидрохлоротиазидната компонент на Ко-Валсакор (виж Взаимодействия, свързани с хидрохлоротиазид).

Взаимодействия свързани с хидрохлоротиазид

Съпътстваща употреба, изискваща внимание
Лекарствени продукти, повлияващи нивото на калий
Хипокалиемичният ефект на хидрохлоротиазида може да се повиши при едновременно приложение на калий-несъхраняващи диуретици, кортикостероиди, лаксативи, АСТН, амфотерицин, карбеноксолон, пеницилин G, салицилова киселина и производните й.
Ако тези лекарствени продукти трябва да се предпишат с комбинацията хидрохлоротиазид-валсартан, се препоръчва проследяване на плазмените нива на калий (вж. точка 4.4).

Лекарствени продукти, които биха могли да предизвикат „torsades de pointes"

ИЗПЪЛНИТЕЛНА АГЕНЦИЯ ПО ЛЕКАРСТВАТА
РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ

Поради риска от хипокалиемия, хидрохлоротиазид следва да бъде прилаган с внимание едновременно с лекарствени продукти, които биха могли да предизвикат „torsades de pointes", най-вече клас Ia и клас III антиаритмици и някои антипсихотици.

Лекарствени продукти, повлияващи на серумното ниво на натрий
Ефектът на хипонатриемия на диуретиците може да се засили при едновременно приложение с лекарства като антидепресанти, антипсихотици, антиепилептици и т.н. Необходимо е внимание при продължително лечение с тези лекарства.

Дигиталисови гликозиди
Тиазид-индуцирана хипокалиемия или хипомагнезиемия могат да се проявят като нежелани реакции, улеснявайки началото на дигиталис-индуцирани сърдечни аритмии (вж точка 4.4).

Калциеви соли и витамин D
Приложението на тиазидни диуретици, включително хидрохлоротиазид, с витамин D или с калциеви соли може да потенцира увеличението на серумния калций. Едновременното приложение на тиазиден тип диуретици с калциеви соли може да доведе до хиперкалциемия при пациенти, предразположени към хиперкалциемия (напр. хиперпаратиреоидизъм, злокачествено заболяване или състояния, опосредствани от витамин D) чрез повишаване на тубулната реабсорбция на калция.

Антидиабетни лекарства (перорални средства и инсулин)
Тиазидите може да променят глюкозния толеранс. Може да се наложи коригиране на дозата на противодиабетните лекарствени продукти.
Метформин трябва да се използва предпазливо поради риск от млечна ацидоза, индуцирана от възможна функционална бъбречна недостатъчност, свързана с хидрохлоротиазид.

Бета-блокери и диазоксид
Едновременната употреба на тиазидни диуретици, включително хидрохлоротиазид, с бета-блокери може да увеличи риска от хипергликемия. Тиазидните диуретици, включително хидрохлоротиазид, могат да подобрят хипергликемичния ефект на диазоксид.

Лекарствени продукти, използвани при лечение на подагра (пробеницид, сулфинпиразон и алопуринол)
Може да се наложи коригиране на дозата на урикозуричните лекарства, тъй като хидрохлоротиазид може да повиши нивото на серумната пикочна киселина.
Може да се наложи увеличаване на дозата на пробеницид или сулфинпиразон.
Едновременното приложение с тиазидни диуретици, включително хидрохлоротиазид, могат да повишат честотата на реакциите на свръхчувствителност към алопуринол.

Антихолинергични средства и други лекарствени продукти, повлияващи стомашния мотилитет
Бионаличността на тиазидните диуретици може да се увеличи от антихолинергичните средства (напр. атропин, бипериден), което очевидно се дължи на отслабване на стомашно-чревния мотилитет и степента на изпразване на стомаха. Обратно, очаква се прокинетичните лекарства, като цизаприд, да понижат бионаличността на тиазидните диуретици.

Амантадин
Тиазидите, включително хидрохлоротиазид, могат да увеличат риска от нежелани реакции, причинени от амантадин.

Йонообменни смоли
Абсорбцията на тиазидните диуретици, включително хидрохлоротиазид, се намалява от холестирамин и холестипол. Това може да доведе до суб-терапевтичен ефект на тиазидните диуретици. Обаче разпределянето на дозата хидрохлоротиазид и смола, така че

ИЗПЪЛНИТЕЛНА АГЕНЦИЯ ПО ЛЕКАРСТВАТА
РЕПУБЛИКА БЪЛ

хидрохлоротиазид да се прилага най-малко 4 часа преди или 4-6 часа след приложението на смоли, може да сведе до минимум взаимодействието им.

Цитотоксични агенти
Тиазидите, включително хидрохлоротиазид, могат да намалят бъбречната екскреция на цитотоксичните агенти (напр. циклофосфамид, метотрексат) и да потенцират техните миелосупресивни ефекти.

Недеполяризиращи скелетно- мускулни релаксанти (напр. тубокурарин)
Тиазидите, включително хидрохлоротиазид, потенцират действието на скелетно-мускулните релаксанти като производните на кураре.

Циклоспорин
Едновременното лечение с циклоспорин може да увеличи риска от хиперурикемия и усложненията на подаграта.

Алкохол, барбитурати или наркотични вещества
Едновременното приложение на тиазидни диуретици със субстанции, които също притежават понижаващ кръвното налягане ефект (напр. чрез намаляване на активността на симпатиковата нервна система или директната вазодилататорна активност) може да потенцира ортостатична хипотония.

Метилдопа
Има изолирани съобщения за хемолитична анемия при пациенти, получаващи съпътстващо лечение с метилдопа и хидрохлоротиазид.

Йод-контрастни средства
В случай на дехидратация, индуцирана от диуретика, съществува повишен риск от остра бъбречна недостатъчност, особено при високи дози на йодни продукт. Пациентите трябва да бъдат рехидратирани преди приложението им.

4.6 Фертилитет, бременност и кърмене

Бременност

Валсартан

Използването на ангиотензин II рецепторни блокери (АРБ) не се препоръчва по време на първия триместър на бременността (вж. точка 4.4). Използването на АРБ е противопоказно по време на втория и третия триместър на бременността (вж. точки 4.3 и 4.4).

Епидемиологичните доказателства по отношение на риска от тератогенност след експозиция на АСЕ инхибитори по време на първия триместър на бременността не са убедителни, но въпреки това слабо увеличение на риска не може да бъде изключено. Докато липсват контролирани епидемиологични данни за риска от лечението с Ангиотензин II рецепторни инхибитори (AIIRAs), сходни рискове могат да съществуват и за този клас лекарства. Освен, ако продължаването на лечението с AIIRAs не е жизнено важно, пациентките, планиращи бременност, трябва да преминат на друго алтернативно антихипертензивно лечение, което има установен профил на безопасност при употреба по време на бременност. Когато е диагностицирана бременност, лечението с AIIRAs трябва да бъде преустановено незабавно, и ако е необходимо, трябва да започне алтернативно лечение.

Известно е, че експозицията на AIIRA инхибитор по време на втория и третия триместър индуцира при човека фетотоксичност (отслабване на бъбречната функция, олигохидрамнион, изоставане на черепната осификация) и неонатална токсичност (бъбречна недостатъчност, хипотония, хиперкалиемия) (виж също 5.3 Предклинични данни за безопасност).

Ако експозицията на AIIRAs е възникнала през втория триместър на бременността, се препоръчва ултразвукова проверка на бъбречната функция и черепа.
Бебета, чиито майки са приемали AIIRAs трябва да бъдат внимателно наблюдавани за хипотония (вж. също точки 4.3 и 4.4).

Хидрохлоротиазид

Съществува ограничен опит за употреба на хидрохлоротиазид по време на бременност, особено през първия триместър. Проучвания при животни са недостатъчни.
Хидрохлоротиазид преминава плацентата. Въз основа на фармакологичния механизъм на действие на хидрохлоротиазид, използването му по време на втория и третия триместър може да компрометира фето-перфузията на плацентата и може да причини фетални и неонатални ефекти като иктер, нарушение на електролитния баланс и тромбоцитопения.

Кърмене
Няма налична информация относно употребата на валсартан по време на кърмене.
Хидрохлоротиазид се екскретира в човешката кърма. Следователно, употребата на Ко-Валсакор по време на кърмене не се препоръчва. За предпочитане е алтернативно лечение с по-добре установен профил на безопасност по време на кърмене, особено при кърмене на новородено или недоносено бебе.

4.7 Ефекти върху способността за шофиране и работа с машини

Не са провеждани проучвания за ефектите на комбинацията валсартан-хидрохлоротиазид върху способността за шофиране и работа с машини. При шофиране или работа с машини трябва да се има предвид, че понякога може да се появи замайване или умора.

4.8 Нежелани лекарствени реакции

Нежелани реакции, съобщени в клинични проучвания и лабораторни находки, възникнали по-често с валсартан плюс хидрохлоротиазид, отколкото с плацебо и отделни пост-маркетингови съобщения са представени по-долу според класификацията по органи и системи. Нежелани реакции, за които е известно, че настъпват при приложението на всеки компонент поотделно, но които не са били наблюдавани в клинични изпитвания могат да възникнат по време на лечение с валсартан/хидрохлоротиазид.

Нежеланите реакции са подредени по честота, най-често на първо място, като се използва следната конвенция: много чести (≥ 1/10); чести (≥ 1/100 до <1/10); нечести (≥ 1/1 000 до <1/100); редки (≥ 1/10 000 до <1/1 000); много редки (<1/10 000); с неизвестна честота (не може да бъде оценена от наличните данни).

При всяко групиране в зависимост от честотата, нежеланите лекарствени реакции се изброяват в низходящ ред по отношение на тежестта.

Таблица 1. Честота на нежеланите реакции с валсартан/хидрохлоротиазид

Нарушения на метаболизма и храненето	
Нечести	Обезводняване
Нарушения на нервната система	
Много редки	Замайване
Нечести	Парестезия
С неизвестна честота	Синкоп
Нарушения на очите	
Нечести	Замъглено зрение
Нарушения на ухото и лабиринта	
Нечести	Шум в ушите

ИЗПЪЛНИТЕЛНА АГЕНЦИЯ ПО ЛЕКАРСТВАТА * РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ *

Съдови нарушения	
Нечести	Хипотония
Респираторни, гръдни и медиастинални нарушения	
Нечести	Кашлица
С неизвестна честота	Некардиогенен белодробен оток
Стомашно-чревни нарушения	
Много редки	Диария
Мускулно-скелетни нарушения и на съединителната тъкан	
Нечести	Миалгия
Много редки	Артралгия
Нарушения на бъбреците и пикочните пътища	
С неизвестна честота	Увреждане на бъбречната функция
Общи нарушения и условия на мястото на приложение	
Нечести	Умора
Изследвания	
С неизвестна честота	Повишаване на серумните нива на пикочната киселина, повишаване на серумния билирубин и серумния креатинин, хипокалиемия, хипонатриемия повишаване в кръвта на урейния азот, неутропения

Допълнителна информация за отделните компоненти

Нежелани реакции, съобщавани преди това за всеки един от отделните компоненти могат да бъдат потенциални нежелани реакции при комбинацията валсартан и хидрохлоротиазид, дори и ако не са наблюдавани в клинични проучвания, или по време на пост-маркетинговия период.

Таблица 2. Честота на нежеланите реакции с валсартан

Нарушения на кръвта и лимфната система	
С неизвестна честота	Намален хемоглобин, Спад в хематокрита, тромбоцитопения
Нарушения на имунната система	
С неизвестна честота	Други реакции на свръхчувствителност/ алергични, включително и серумна болест
Нарушения на метаболизма и храненето	
С неизвестна честота	Увеличение на серумния калий, хипонатриемия
Нарушения на ухото и лабиринта	
Нечесто	Вертиго
Съдови нарушения	
С неизвестна честота	Васкулит
Стомашно-чревни нарушения	
Нечести	Коремна болка
Хепатобилиарни нарушения	
С неизвестна честота	Повишаване на стойностите на чернодробните ензими
Нарушения на кожата и подкожната тъкан	
С неизвестна честота	Ангиоедем, обрив, сърбеж
Нарушения на бъбреците и пикочните пътища	
С неизвестна честота	Бъбречна недостатъчност

Таблица 3. Честота на нежеланите реакции с хидрохлоротиазид

Хидрохлоротиазид е интензивно предписван в продължение на много години, често в по-високи дози от тези, прилагани в Ко-Валсакор. Следните нежелани реакции са съобщавани при пациенти, лекувани като монотерапия с тиазидни диуретици, включително хидрохлоротиазид:

ИЗПЪЛНИТЕЛНА АГЕНЦИЯ ПО ЛЕКАРСТВАТА * РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ *

Неоплазми — доброкачествени, злокачествени и неопределени (вкл. кисти и полипи)	
С неизвестна честота	Немеланомен рак на кожата (базалноклетъчен карцином и сквамозноклетъчен карцином)[1]
Нарушения на кръвта и лимфната система	
Редки	Тромбоцитопения, понякога с пурпура
Много редки	Агранулоцитоза, левкопения, хемолитична анемия, костномозъчна недостатъчност
С неизвестна честота	Апластична анемия
Нарушения на имунната система	
Много редки	Реакции на свръхчувствителност
Психични нарушения	
Редки	Депресия, нарушения на съня
Нарушения на метаболизма и храненето	
Много чести	Хипокалиемия, повишено ниво на липиди в кръвта (основно при високи дози)
Чести	Хипонатриемия, хипомагнезиемия, хиперурикемия
Редки	Хиперкалциемия, хипергликемия, глюкозоурия и влошаване на диабетното метаболитно състояние
Много редки	Хипохлоремична алкалоза
Нарушения на нервната система	
Редки	Главоболие, замайване, парестезия
Нарушения на очите	
Редки	Зрителни увреждания
С неизвестна честота	Остра закритоъгълна глаукома, хороидален излив
Сърдечни нарушения	
Редки	Сърдечни аритмии
Съдови нарушения	
Чести	Ортостатична хипотония
Респираторни, гръдни и медиастинални нарушения	
Много редки	Респираторен дистрес, включително пневмонит и белодробен оток, остър респираторен дистрес синдром (ОРДС) (вж. точка 4.4)
Стомашно-чревни нарушения	
Чести	Загуба на апетит, гадене и повръщане
Редки	Запек, стомашно-чревен дискомфорт, диария
Много рядко	Панкреатит
Хепатобилиарни нарушения	
Редки	Интрахепатална холестаза или жълтеница
Нарушения на бъбреците и пикочните пътища	
С неизвестна честота	Бъбречно заболяване, остра бъбречна недостатъчност
Нарушения на кожата и подкожната тъкан	
Чести	Уртикария и други форми на обрив
Редки	Фоточувствителност
Много редки	Некротизиращ васкулит и токсична епидермална Некролиза, кожни лупус еритематодес-подобни реакции, рецидив на кожен лупус еритематодес
С неизвестна честота	Еритема мултиформе
Общи нарушения е ефекти на мястото на приложение	
С неизвестна честота	Пирексия,астения
Нарушения на мускулно-скелетната система и съединителната тъкан	
С неизвестна честота	Мускулни спазми
Нарушения на репродуктивна система и гърдата	
Чести	Импотентност

ИЗПЪЛНИТЕЛНА АГЕНЦИЯ ПО ЛЕКАРСТВАТА * РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ *

[1] Немеланомен рак на кожата: Въз основа на наличните данни от епидемиологични проучвания е наблюдавана зависима от кумулативната доза връзка между ХХТЗ и НМРК (вж. също точки 4.4 и 5.1).

Съобщаване на подозирани нежелани реакции
Съобщаването на подозирани нежелани реакции след разрешаване за употреба на лекарствения продукт е важно. Това позволява да продължи наблюдението на съотношението полза/риск за лекарствения продукт. От медицинските специалисти се изисква да съобщават всяка подозирана нежелана реакция чрез
Изпълнителна агенция по лекарствата
ул. „Дамян Груев" № 8
1303 София
тел.: +35 928903417
уебсайт: www.bda.bg

4.9 Предозиране

Симптоми
Предозирането с валсартан може да предизвика хипотония, което от своя страна би могло да доведе до замъгляване на съзнанието, циркулаторен колапс и/или шок. В допълнение, следните признаци и симптоми могат да настъпят вследствие на предозиране на хидрохлоротиазид: гадене, сънливост, хиповолемия и електролитни нарушения, свързани със сърдечни аритмии и мускулни спазми.

Лечение
Терапевтичните мерки зависят от времето на приемане, както и вида и тежестта на симптомите, като от първостепенно значение е стабилизиране на кръвообръщението.
Ако се появи хипотония, пациентът трябва да бъде поставен в легнало положение и бързо да му се дадат сол и продукти, увеличаващи обема.
Валсартан не може да се елиминира чрез хемодиализа, поради силното си свързване с плазмените протеини, докато клирънса на хидрохлоротиазид може да се намали чрез диализа.

5. ФАРМАКОЛОГИЧНИ СВОЙСТВА

5.1 Фармакодинамични свойства

Фармакотерапевтична група: ангиотензин II антагонисти и диуретици, АТС код: C09DA03.

Валсартан/хидрохлоротиазид
При едно двойно-сляпо, рандомизирано, активно-контролирано проучване при пациенти, които не са адекватно контролирани с хидрохлоротиазид 12,5 mg, са наблюдавани значително по-големи средно систолно/диастолно BP понижение с комбинацията от валсартан/хидрохлоротиазид 80/12,5 mg (14,9/11,3 mmHg) в сравнение с 12,5 mg хидрохлоротиазид (5,2/2,9 mmHg) и хидрохлоротиазид 25 mg (6,8/5,7 mmHg). В допълнение, значително по-голям процент от пациентите са отговорили (диастолно BP <90 mmHg или понижение ≥ 10 mmHg) с валсартан/хидрохлоротиазид 80/12,5 mg (60%) в сравнение с хидрохлоротиазид 12,5 mg (25%) и хидрохлоротиазид 25 mg (27%).

При едно двойно-сляпо, рандомизирано, активно-контролирано проучване при пациенти, които не са адекватно контролирани с валсартан 80 mg, значително по-голямо средно систолно/диастолно BP понижение е наблюдавано с комбинацията от валсартан/хидрохлоротиазид 80/12,5 mg (9,8/8,2 mmHg) в сравнение валсартан до 80 mg (3,9/5,1 mmHg) и валсартан 160 mg (6,5/6,2 mmHg). В допълнение, значително по-голям процент от пациентите са отговорили (диастолно BP <90 mmHg или понижение ≥ 10 mmHg) с

ИЗПЪЛНИТЕЛНА АГЕНЦИЯ ПО ЛЕКАРСТВАТА
ОДОБРЕНА БЪЛГАРИЯ

валсартан/хидрохлоротиазид 80/12,5 mg (51%) в сравнение с валсартан 80 mg (36%) и валсартан 160 mg (37%).

При едно двойно-сляпо, рандомизирано, плацебо-контролирано проучване, с промишлен дизайн, сравняващо различни дози от комбинацията валсартан/хидрохлоротиазид с отделните им компоненти, значително по-големи понижения на систолно/диастолно BP са наблюдавани с комбинацията от валсартан/хидрохлоротиазид 80/12,5 mg (16,5/11,8 mmHg) в сравнение с плацебо (1,9/4,1 mmHg) и двете съставки -хидрохлоротиазид 12,5 mg (7,3/7,2 mmHg) и валсартан 80 mg (8,8/8,6 mmHg). В допълнение, значително по-голям процент от пациентите са отговорили (диастолно BP <90 mmHg или понижение ≥ 10 mmHg) с валсартан/ хидрохлоротиазид 80/12,5 mg (64%) в сравнение с плацебо (29%) и хидрохлоротиазид (41%).

При едно двойно-сляпо, рандомизирано, активно-контролирано проучване при пациенти, които не са адекватно контролирани с хидрохлоротиазид 12,5 mg, значително по-голямо средно понижение на систолно/диастолно BP понижение са наблюдавани с комбинацията валсартан/ хидрохлоротиазид 160/12,5 mg (12,4/7,5 mmHg) в сравнение с 25 mg хидрохлоротиазид (5,6/2,1 mmHg). В допълнение, значително по-голям процент от пациентите са отговорили (BP <140/90 mmHg или SBP понижение ≥ 20 mmHg или DBP понижение ≥ 10 mmHg) с валсартан/хидрохлоротиазид 160/12,5 mg (50%) в сравнение с хидрохлоротиазид 25 mg (25%).

При едно двойно-сляпо, рандомизирано, активно-контролирано проучване при пациенти, които не са адекватно контролирани с валсартан 160 mg, значително по-голямо средно систолно/диастолно BP понижение е наблюдавано както с комбинация от валсартан/хидрохлоротиазид 160/25 mg (14,6/11,9 mmHg) така и с валсартан/ хидрохлоротиазид 160/12,5 mg (12,4/10,4 mmHg) в сравнение с валсартан 160 mg (8,7/8,8 mmHg). Разликата в понижението на BP при дози между 160/25 mg и 160/12,5 mg също достига статистическа значимост. В допълнение, значително по-голям процент от пациентите са отговорили (диастолното BP <90 mmHg или понижение ≥ 10 mmHg) с валсартан/ хидрохлоротиазид 160/25 mg (68%) и 160/12,5 mg (62%) в сравнение с валсартан 160 mg (49 %).

При едно двойно-сляпо, рандомизирано, плацебо-контролирано проучване, с промишлен дизайн, сравняващо различните дози от комбинации от валсартан/хидрохлоротиазид с отделните им компоненти, значително по-голямо средно систолно/диастолно BP понижение са наблюдавани с комбинацията от валсартан/ хидрохлоротиазид 160/12,5 mg (17,8/13,5 mmHg) и 160/25 mg (22,5/15,3 mmHg) в сравнение с плацебо (1,9/4,1 mmHg) и съответните монотерапии, т.е. 12,5 mg хидрохлоротиазид (7,3/7,2 mmHg), хидрохлоротиазид 25 mg (12,7/9,3 mmHg) и валсартан 160 mg (12,1/9,4 mmHg). В допълнение, значително по-голям процент от пациентите са отговорили (диастолно BP <90 mmHg или понижение ≥ 10 mmHg) с валсартан/хидрохлоротиазид 160/25 mg (81%) и валсартан/хидрохлоротиазид 160/12,5 mg (76%) в сравнение с плацебо (29%), както и съответните монотерапии, т.е. хидрохлоротиазид 12,5 mg (41%), хидрохлоротиазид 25 mg (54%) и валсартан 160 mg (59%).

При едно двойно-сляпо, рандомизирано, активно-контролирано проучване при пациенти, които не са адекватно контролирани с хидрохлоротиазид 12,5 mg, значително по-голяма средна систолно/диастолно BP понижение е наблюдавано с комбинацията от валсартан/хидрохлоротиазид 160/12,5 mg (12,4/7,5 mmHg) в сравнение с 25 mg хидрохлоротиазид (5,6/2,1 mmHg). В допълнение, значително по-голям процент от пациентите са отговорили (BP <140/90 mmHg или SBP понижение ≥ 20 mmHg или DBP намаление ≥ 10 mmHg) с валсартан/хидрохлоротиазид 160/12,5 mg (50%) в сравнение с хидрохлоротиазид 25 mg (25%).

При едно двойно-сляпо, рандомизирано, активно-контролирано проучване при пациенти, които не са адекватно контролирани с валсартан 160 mg, значително по-голямо средно систолно/диастолно BP понижение е наблюдавано от комбинациите от валсартан/хидрохлоротиазид 160/25 mg (14,6/11,9 mmHg) и валсартан/хидрохлоротиазид 160/12,5 mg (12,4/10,4 mmHg) в сравнение с валсартан 160 mg (8,7/8,8 mmHg). Разликата в BP

понижението при дози между 160/25 mg и 160/12,5 mg достига статистическа значимост. В допълнение, значително по-голям процент от пациентите са отговорили (диастолното BP <90 mmHg или понижение ≥ 10 mmHg) с валсартан/хидрохлоротиазид 160/25 mg (68%) и 160/12,5 mg (62%) в сравнение с валсартан 160 mg (49 %).

При едно двойно-слепо, рандомизирано, плацебо-контролирано проучване, с промишлен дизайн, сравняващо дози на различни комбинации от валсартан/хидрохлоротиазид с отделните им компоненти, значително в по-голяма средно систолно/диастолно BP понижение е наблюдавано с комбинацията от валсартан/хидрохлоротиазид 160/12,5 mg (17,8/13,5 mmHg) и 160/25 mg (22,5/15,3 mmHg) в сравнение с плацебо (1,9/4,1 mmHg) и съответните монотерапии, т.е. 12,5 mg хидрохлоротиазид (7,3/7,2 mmHg), хидрохлоротиазид 25 mg (12,7/9,3 mmHg) и валсартан 160 mg (12,1/9,4 mmHg). В допълнение, значително по-голям процент от пациентите са отговорили (диастолно BP <90 mmHg или понижение ≥ 10 mmHg) с валсартан/хидрохлоротиазид 160/25 mg (81%) и валсартан/хидрохлоротиазид 160/12,5 mg (76%) в сравнение с плацебо (29%), както и съответните монотерапии, т.е. хидрохлоротиазид 12,5 mg (41%), хидрохлоротиазид 25 mg (54%) и валсартан 160 mg (59%).

В двойно-сляпо, рандомизирано, активно-контролирано проучване при пациенти, които не се контролират адекватно с валсартан 320 mg, значително по-голям понижение на систолно/диастолното АН са наблюдавани както с комбинация на валсартан/хидрохлоротиазид 320/25 mg (15,4/10,4 mmHg) и валсартан/хидрохлоротиазид 320/12,5 mg (13,6/9,7 mmHg) в сравнение с валсартан 320 mg (6,1/5,8 mmHg).
Разликата в понижаването на систолното BP между дозите 320/25 mg и 320/12,5 mg също достига статистическа значимост. Освен това, значително по-голям процент от пациентите, отговорили (диастолното АН <90 mmHg или намаляване ≥ 10 mmHg) с валсартан/хидрохлоротиазид 320/25 mg (75%) и 320/12,5 mg (69%) в сравнение с валсартан 320 mg (53 %).
В двойно-сляпо, рандомизирано, плацебо-контролирано, с промишлен дизайн проучване са сравнявани различни дозови комбинации на валсартан/хидрохлоротиазид на съответните компоненти, значително по-голям понижения на систолно/диастолното АН са наблюдавани при комбинацията на валсартан/хидрохлоротиазид 320/12,5 mg (21,7/15,0 mmHg) и 320/25 mg (24,7/16,6 mmHg) в сравнение с плацебо (7,0/5,9 mmHg) и съответните монотерапии, т.е. хидрохлоротиазид 12,5 mg (11,1/9,0 mmHg), хидрохлоротиазид 25 mg (14,5/10,8 mmHg) и валсартан 320 mg (13,7/11,3 mmHg). Освен това, значително по-голям процент от пациентите, отговорили (диастолното АН <90 mmHg или намаляване ≥ 10 mmHg) с валсартан/хидрохлоротиазид 320/25 mg (85%) и 320/12,5 mg (83%) в сравнение с плацебо (45%) и съответните монотерапии, т.е. хидрохлоротиазид 12,5 mg (60%), хидрохлоротиазид 25 mg (66%) и валсартан 320 mg (69%).

**В двойно-сляпо, рандомизирано, активно-контролирано проучване при пациенти, които не се контролират адекватно с валсартан 320 mg, значително по-голям понижение на систолно/диастолното АН са наблюдавани както с комбинация на валсартан/хидрохлоротиазид 320/25 mg (15,4/10,4 mmHg) и валсартан/хидрохлоротиазид 320/12,5 mg (13,6/9,7 mmHg) в сравнение с валсартан 320 mg (6,1/5,8 mmHg Разликата в понижаването на систолното BP между дозите 320/25 mg и 320/12,5 mg също достига статистическа значимост. Освен това, значително по-голям процент от пациентите, отговорили (диастолното АН <90 mmHg или намаляване ≥ 10 mmHg) с валсартан/хидрохлоротиазид 320/25 mg (75%) и 320/12,5 mg (69%) в сравнение с валсартан 320 mg (53 %).
В двойно-сляпо, рандомизирано, плацебо-контролирано, с промишлен дизайн проучване са сравнявани различни дозови комбинации на валсартан/хидрохлоротиазид на съответните компоненти, значително по-голям понижения на систолно/диастолното АН са наблюдавани при комбинацията на валсартан/хидрохлоротиазид 320/12,5 mg (21,7/15,0 mmHg) и 320/25 mg (24,7/16,6 mmHg) в сравнение с плацебо (7,0/5,9 mmHg) и съответните монотерапии, т.е. хидрохлоротиазид 12,5 mg (11,1/9,0 mmHg), хидрохлоротиазид 25 mg (14,5/10,8 mmHg) и валсартан 320 mg (13,7/11,3 mmHg). Освен това, значително по-голям процент от пациентите, отговорили (диастолното АН <90 mmHg или намаляване ≥ 10 mmHg) с**

валсартан/хидрохлоротиазид 320/25 mg (85%) и 320/12,5 mg (83%) в сравнение с плацебо (45%) и съответните монотерапии, т.е. хидрохлоротиазид 12,5 mg (60%), хидрохлоротиазид 25 mg (66%) и валсартан 320 mg (69%).

Наблюдавано е дозо-зависимо намаление на серумния калий при контролирани клинични проучвания с валсартан + хидрохлоротиазид. Намаление на серумния калий, се наблюдава по-често при пациенти, получаващи 25 mg хидрохлоротиазид, отколкото при тези, получаващи 12,5 mg хидрохлоротиазид. При контролирани клинични проучвания с валсартан/хидрохлоротиазид калий-понижаващия ефект на хидрохлоротиазид е намален от калий-съхраняващия ефект на валсартан.

Благоприятните ефекти на валсартан в комбинация с хидрохлоротиазид върху сърдечносъдовата смъртност и заболеваемост са неизвестни.
Епидемиологични проучвания показват, че дългосрочното лечение с хидрохлоротиазид намалява риска от сърдечносъдовата смъртност и заболеваемост.

Валсартан
Валсартан е перорално активен и специфичен ангиотензин II (Ang II) рецепторен антагонист. Той действа избирателно върху AT_1 рецепторния подтип, който е отговорен за познатите въздействия на ангиотензин II. Повишените плазмени нива на Ang II в резултат на AT_1 рецепторна блокада с валсартан могат да стимулират неблокираните AT_2 рецептори, което противодейства на ефекта на AT_1 рецептора. Валсаратн проявява частична агонистична активност към AT_1 рецептора и има значително (около 20 000 пъти) по-голям афинитет към AT_1 рецептора, отколкото за AT_2 рецептора. Валсартан не се свързва и не блокира рецептори на други хормони или йонни канали, за които се знае, че имат важна роля в сърдечносъдовата регулация.

Валсартан не инхибира ACE, известен също и като киназа II, който превръща Ang I в Ang II и разгражда брадикинина. Тъй като няма ефект върху ACE и не потенцира брадикинин и субстанция P-свързаните нежелани реакции, малко вероятно е ангиотензин II антагонисти да предизвикват кашлица. В клинични проучвания, където валсартан е сравняван с ACE инхибитор, честотата на суха кашлица е значимо (P <0,05) по-малка при пациентите, лекувани с валсартан, отколкото при тези, лекувани с ACE инхибитор (2,6% срещу 7,9% съответно). При едно клинично проучване на пациенти с анамнеза за суха кашлица по време на ACE инхибитор лечение 19,5% от проучваните лица, приемащи валсартан и 19,0% от тези, получаващи тиазиден диуретик имат кашлица в сравнение с 68,5% от тези, лекувани с ACE инхибитор (P <0,05).
Приложението на валсартан при пациенти с хипертония води до намаляване на кръвното налягане, без това да повлиява пулсовата честотата. При повечето пациенти, след прилагане на единична перорална доза, появата на антихипертензивна активност настъпва в рамките на 2 часа, а пика на намаляване на кръвното налягане се достига в рамките 4/6 часа. Антихипертензивният ефект продължава над 24 часа след приема. При многократен режим на дозиране, максималното понижаване на кръвното налягане с всяка доза, като цяло се постигат в рамките на 2-4 седмици и се поддържа по време на продължително лечение. При комбинация с хидрохлоротиазид се постига значителна редукция на артериалното налягане.

Рязкото спиране на валсартан не е свързано с рибаунд хипертония или други нежелани клинични прояви.
При хипертензивни пациенти с диабет тип 2 и микроалбуминурия, валсартан е показан за намаляване на екскрецията на албумин в урината. MARVAL (Micro Albuminuria Reduction with Valsartan) проучване оценява намалението на екскрецията на албумин в урината (OAE) с валсартан (80-160 mg веднъж дневно) срещу амлодипин (5-10 mg веднъж дневно), при 332 пациенти, диабет тип 2 (средна възраст : 58 години; 265 мъже) с микроалбуминурия (валсартан: 58 µg/мин; амлодипин: 55,4 µg/мин), нормално или високо кръвно налягане и със запазена бъбречна функция (креатининов кръв <120 µmol/L). На 24 седмица, OAE бе намалено (p <0,001) от 42% (-24,2 µg/мин; 95% CI: -40,4 до -19,1) с валсартан и около 3% (-1,7 µg/мин; 95%

CI: -- 5,6 до 14,9) с амлодипин въпреки подобните стойности на намаляване на кръвното налягане и в двете групи. Също така проучване, което изследва ефикасността на валсартан в намаляването на ОАЕ при 391 пациенти с хипертония (BP = 150/88 mmHg) с диабет тип 2, албуминурия (средно = 102 µg/мин; 20-700 µg/мин) и запазена бъбречна функция (серумен креатинин средно = 80 µmol/L). Пациентите са били рандомизирани на една от 3-те дози валсартан (160, 320 и 640 mg/веднъж дневно) и лекувани в продължение на 30 седмици. Целта на проучването е да се определи оптималната доза валсартан за намаляване на ОАЕ при хипертензивни пациенти с диабет тип 2. На 30-та седмица, процентната промяна в ОАЕ е значително намалена с 36% от изходното ниво с валсартан 160 mg (95% доверителен интервал: 22 до 47%), както и от 44% с валсартан 320 mg (95% CI: от 31 до 54%) . Заключението е, че 160-320 mg валсартан води до клинично значими намаления в ОАЕ в хипертензивни пациенти с диабет тип 2.

Две големи рандомизирани контролирани проучвания – ONTARGET (ONgoing Telmisartan Alone and in combination with Ramipril Global Endpoint Trial - текущо глобално изпитване за крайни точки на телмисартан, самостоятелно и в комбинация с рамиприл) и VA NEPHRON-D (Клинично проучване свързано с развитие на нефропатия при диабет, проведено от Министерство по въпросите на ветераните) – проучват употребата на комбинацията от ACE инхибитор и ангиотензин II-рецепторен блокер.
ONTARGET е проучване, проведено при пациенти с анамнеза за сърдечносъдова или мозъчносъдова болест, или захарен диабет тип 2, придружени с данни за увреждане на ефекторни органи. VA NEPHRON-D е проучване при пациенти със захарен диабет тип 2 и диабетна нефропатия.
Тези проучвания не показват значим благоприятен ефект върху бъбречните и/или сърдечносъдовите последици и смъртност, като същевременно са наблюдавани повишен риск от хиперкалиемия, остро увреждане на бъбреците и/или хипотония в сравнение с монотерапията. Като се имат предвид сходните им фармакодинамични свойства, тези резултати са приложими и за други ACE инхибитори и ангиотензин II-рецепторни блокери.
ACE инхибитори и ангиотензин II-рецепторни блокери следователно не трябва да се използват едновременно при пациенти с диабетна нефропатия.
ALTITUDE (Клинично проучване проведено с алискирен при пациенти със захарен диабет тип 2 с използване на сърдечносъдови и бъбречни заболявания като крайни точки) е проучване, предназначено да изследва ползата от добавянето на алискирен към стандартна терапия с ACE инхибитор или ангиотензин II-рецепторен блокер при пациенти със захарен диабет тип 2 и хронично бъбречно заболяване, сърдечносъдово заболяване или и двете. Проучването е прекратено преждевременно поради повишен риск от неблагоприятни последици. Както сърдечносъдовата смърт, така и инсултът са по-чести в групата на алискирен, отколкото в групата на плацебо, а представляващите интерес нежелани събития и сериозни нежелани събития (хиперкалиемия, хипотония и бъбречна дисфункция) се съобщават по-често в групата на алискирен, отколкото в групата на плацебо.

Хидрохлоротиазид
Мястото на действие на тиазидни диуретици е предимно в дисталните извити каналчена в бъбрека. Доказано е, че в бъбречната кора съществува високоафинитетен рецептор, който е основно свързващо място за действието на тиазидните диуретици и за инхибиране на транспорта на NaCl в дисталното извито каналче. Тиазидните производни действат чрез инхибиране на Na^+Cl^- симпортер, вероятно чрез конкуриране на мястото за свързване на Cl^- и по този начин повлияват механизмите на електролитната реабсорбция: директно, повишавайки екскрецията на натрий и хлориди в приблизително еднаква степен и индиректно, чрез диуретичното си действие – намалявайки плазмения обем с последващо покачване на плазмената ренинова активност, алдостероновата секреция и загубата на калий с урината, както и намаляване на нивата на серумен калий. Връзката ренин-алдостерон се медиира от ангиотензин II, така че при едновременното приложение на валсартан, редукцията на серумен калий е по-слабо изразена, отколкото наблюдаваната при монотерапия с хидрохлоротиазид.

Немеланомен рак на кожата: Въз основа на наличните данни от епидемиологични проучвания е наблюдавана зависима от кумулативната доза връзка между ХХТЗ и НМРК. Едно проучване включва популация, състояща се от 71 533 случаи на БКК и 8 629 случаи на СКК, и популация от съответно 1 430 833 и 172 462 подходящи контроли. Високата употреба на ХХТЗ (кумулативно ≥50 000 mg) е свързана с коригиран OR 1,29 (95% ДИ: 1,23-1,35) за БКК и 3,98 (95% ДИ: 3,68-4,31) за СКК. Наблюдавана е ясна връзка кумулативна доза-отговор както за БКК, така и за СКК. Друго проучване показва възможна връзка между рака на устните (СКК) и експозицията на ХХТЗ: за 633 случаи на рак на устните е подбрана популация от 63 067 подходящи контроли, като се използва стратегия за вземане на проби, определена от риска. Демонстрирана е връзка кумулативна доза-отговор с коригиран OR 2,1 (95% ДИ: 1,7-2,6), нарастващ до OR 3,9 (3,0-4,9) за висока употреба (~ 25 000 mg) и OR 7,7 (5,7-10,5) за най-високата кумулативна доза (~ 100 000 mg) (вж. също точка 4.4).

5.2 Фармакокинетични свойства

Валсартан/хидрохлоротиазид
Системната наличност на хидрохлоротиазид се намалява с около 30% при едновременно приложение с валсартан. Кинетиката на валсартан не са повлиява значително от едновременното приложение на хидрохлоротиазид. Това наблюдавано взаимодействие няма влияние върху комбинираната употреба на валсартан и хидрохлоротиазид, тъй като контролираните клинични изпитвания са показали явен, антихипертензивни ефект, по-голям отколкото наблюдавания при всяко от лекарствата по отделно или в сравнение с плацебо.

Валсартан
Абсорбция
След перорално приложение на валсартан самостоятелно, пикови плазмени концентрации на валсартан се достигат за 2-4 часа. Средната абсолютна бионаличност е 23%. Храната намалява експозицията (измерена чрез AUC) на валсартан с около 40% и пиковата плазмена концентрация (C_{max}) с около 50%, въпреки че около 8 часа след приема, плазмените концентрации на валсартан са подобни в групите на прием след хранене и на гладно. Тази редукция на AUC, обаче, не се свързва с клинично значимо намаляване на терапевтичния ефект, затова валсартан може да се дава с или без храна.

Разпределение
Стационарният обем на разпределение на валсартан след интравенозно приложение е около 17 литра, което показва, че валсартан не се разпределя екстензивно в тъканите. Валсартан се свързва във висока степен със серумните протеини (94-97%), основно със серумния албумин.

Биотрансформация
Валсартан не се биотрансформира във висока степен, тъй като само около 20% от дозата се установява като метаболити. Хидрокси метаболит е идентифициран в плазмата в ниски концентрации (по-малко от 10% от валсартан AUC). Този метаболит е фармакологично неактивен.

Елиминиране
Валсартан показва мултиекспоненциална кинетика на разпад (T ½ α <1 час и T ½ ß около 9 ч). Валсартан се елиминира с фекалиите (около 83% от дозата) и урината (около 13% от дозата), основно в непроменен вид. След интравенозно приложение, плазмения клирънс на валсартан е около 2 l/h и бъбречния клирънс е 0,62 l/h (около 30% от общия клирънс). Времето на полуживот на валсартан е 6 часа.

Хидрохлоротиазид

Абсорбция
След перорална доза, абсорбцията на хидрохлоротиазид е бърза (t_{max} около 2 часа), с подобна абсорбционна характеристика и за двете формулировки, суспензия и таблетка. Покачването на

ИЗПЪЛНИТЕЛНА АГЕНЦИЯ ПО ЛЕКАРСТВАТА * РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ

средната AUC е линейно и е пропорционално на дозата в терапевтичния диапазон. Влиянието на храненето върху абсорбията на хидрохлоротиазид , ако има такова, е малко и без клинично значение. Абсолютната бионаличност на хидрохлоротиазид е 70% след перорално приложение.

Разпределение
Привидния обем на разпределение е 4-8 L/kg.
Циркулиращият хидрохлоротиазид е свързан със серумните протеини (40-70%), основно със серумния албумин. Хидрохлоротиазид също така акумулира в еритроцитите около 1,8 пъти повече отколкото в плазмата.

Елиминиране
Хидрохлоротиазид се елиминира основно непроменен. Хидрохлоротиазид се елиминира от плазмата със средно време на полу-живот 6 до 15 часа в крайната фаза на елиминиране. Няма промяна в кинетиката на хидрохлоротиазид при многократно дозиране и натрупването е минимално при прием веднъж дневно. Повече от 95% от абсорбираната доза се екскретира като непроменено вещество в урината. Бъбречният клирънс се състои от пасивна филтрация и активна секреция в бъбречните туболи.

Специални групи пациенти

Старческа възраст
При някои пациенти в старческа възраст е наблюдавано малко по-високо общо разпределение на валсартан в сравнение с млади индивиди. Това обече няма клинична значимост.Ограничени данни предполагат, че системния клирънс на хидрохлоротиазид е намален при пациенти в старческа възраст, здрави или хипертоници, в сравнение с млади доброволци.

Бъбречно увреждане
В препоръчаните дози на фиксирана комбинация от валсартан и хидрохлоротиазид не се налага коригиране на дозата за пациенти със скорост на гломерулна филтрация (GFR) 30-70 ml/min.

При пациенти с тежко бъбречно увреждане (GFR <30 ml/min) и пациенти, подложени на диализа, няма налични данни за фиксирана комбинация от валсартан и хидрохлоротиазид. Валсартан се свързва във висока степен с плазмените протеини и не се отстранява с диализа, докато при диализата се постига клирънс на хидрохлоротиазид.

При наличие на бъбречно увреждане , средният плазмен пик и AUC стойности на хидрохлоротиазид се увеличават и скоростта на отделяне на урина намалява. При пациенти с леко до умерено бъбречно увреждане се наблюдава 3-кратно увеличение на AUC- стойностите на хидрохлоротиазид. При пациенти с тежко бъбречно увреждане се наблюдава 8-кратно увеличение на AUC-стойностите. Хидрохлоротиазид е противопоказан при пациенти с тежко бъбречно увреждане(вж. точка 4.3).

Чернодробно увреждане
В едно фармакокинетично проучване при пациенти с леко (N = 6) до умерено (N = 5) чернодробно увреждане, експозицията на валсартан се повишава приблизително 2 пъти в сравнение със здрави доброволци (вж точка 4.2 и 4.4).
Няма данни за употреба на валсартан при пациенти с тежка чернодробна недостатъчност (вж. точка 4.3). Чернодробно заболяване не засяга значимо фармакокинетиката на хидрохлоротиазида.

5.3 Предклинични данни за безопасност

Потенциалната токсичност на комбинацията валсартан и хидрохлоротиазид след перорално приложение е била изследвана при плъхове и мармозети в проучвания с продължителност до шест месеца. Не са установени данни, които биха могли да изключат приложението на терапевтични дози при хората.

ИЗПЪЛНИТЕЛНА АГЕНЦИЯ ПО ЛЕКАРСТВАТА
РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ

Измененията, получени от комбинацията при проучванията за хронична токсичност най-вероятно са били причинени от компонентата валсартан. Токсикологичният прицелен орган е бъбрека, като реакцията е по-силна при мармозетите, отколкото при плъховете. Комбинацията води до увреждане на бъбреците (нефропатия с тубулна базофилия, повишаване на уреята, креатинина и серумния калий в плазмата, увеличаване на обема на урината и пикочните електролити от 30 mg/kg/g валсартан + 9 mg/kg/g хидрохлоротиазид при плъхове и 10 + 3 mg/kg/ден при мормозетите), вероятно чрез променена бъбречна хемодинамика. Респективно, тези дози при плъхове, представляват 0,9 и 3,5-пъти по-висока от препоръчителната максимална доза на човека (MRHD) от валсартан и хидрохлоротиазид на основата на mg/m^2. Съответно, тези дози при мармозетите, представляват 0,3 и 1,2-пъти по-висока от препоръчителната максимална доза на човека (MRHD) от валсартан и хидрохлоротиазид на основата на mg/m^2. (Изчисленията са на база пероралната доза от 320 mg/ден валсартан в комбинация с 25 mg/ден хидрохлоротиазид при 60- килограмов пациент).

Високи дози на комбинацията валсартан и хидрохлоротиазид причиняват намаляване на еритроцитните показатели (брой на еритроцитите, хемоглобин, хематокрит от 100 + 31 mg/kg/ден при плъхове и 30 + 9 mg/kg/ден при мармозетите). Тези дози при плъхове, респективно, представляват 3,0 и 12 пъти по-висока от препоръчителната максимална доза на човека (MRHD) от валсартан и хидрохлоротиазид на основата на mg/ m^2. Тези дози при мармозетите, съответно, представляват 0,9 и 3,5 пъти над максимално препоръчваната доза на човека (MRHD) от валсартан и хидрохлоротиазид на основата на mg/ m^2. (Изчисленията са на база перорална доза от 320 mg/ден валсартан в комбинация с 25 mg/ден хидрохлоротиазид при 60-килограмов пациент).

При мармозетите се наблюдава увреждане на стомашната лигавица (от 30 + 9 mg/kg/ден). Комбинацията също води до хиперплазия на аферентните артериоли в бъбреците (при 600 + 188 mg/kg/ден при плъхове и от 30 + 9 mg/kg/ден при мармозетите). Тези дози при мармозетите, съответно, представляват 0,9 и 3,5 пъти над максимално препоръчваната доза на човека (MRHD) от валсартан и хидрохлоротиазид на основата на mg/ m^2. Тези дози при плъхове, респективно, представляват 18 и 73 пъти по-висока от препоръчителната максимална доза на човека (MRHD) от валсартан и хидрохлоротиазид на основата на mg/ m^2. (Изчисленията са на база перорална доза от 320 mg/ден валсартан в комбинация с 25 mg/ден хидрохлоротиазид и 60-килограмов пациент).

Посочените ефекти изглежда се дължат на фармакологичните ефекти на високи дози валсартан (блокиране на ангиотензин II-индуцираната инхибиция на отделянето на ренин и стимулация на ренин продуциращите клетки), но също така се срещат при ACE инхибитори. Тези данни вероятно нямат практическо значение по отношение на приложението на терапевтични дози валсартан при хора.

Комбинацията валсартан и хидрохлоротиазид не е била проучвана за мутагенност, хромозомни аномалии или карциногенност, тъй като няма доказателства за взаимодействие между двете вещества. Въпреки това, тези изследвания са били проведени поотделно с валсартан и хидрохлоротиазид и няма доказателства за мутагенност, хромозомни аномалии или карциногенност за валсартан и няма доказателства за мутагенност и хромозомни аномалии за хидрохлоротиазид. Някои експериментални модели съобщават за некатегорични доказателства за канцерогенна активност на хидрохлоротиазид.

При плъхове, прилагането при майките на токсични дози от валсартан (600 mg/kg/ден) по време на последните дни на бременността и при кърмене води до по-ниска преживяемост, по-слабо наддаване на тегло и забавено развитие (pinna detachment и незатваряне на ушния канал) при поколението (вж. точка 4.6). Тези дози при плъхове (600 mg/kg/ден), са около 18 пъти по-високи от препоръчителната максимална доза при хората на основата на mg/m^2 (изчисления са на база перорална доза от 320 mg/ден и 60-кг пациента). Подобни резултати са наблюдавани с валсартан/хидрохлоротиазид при плъхове и зайци. В проучванията за ембрио-феталното развитие (Сегмент II) с валсартан/ хидрохлоротиазид при плъхове и зайци, не е имало

доказателства за тератогенност, но е наблюдавана фетотоксичност, свързана с майчина токсичност.

6. ФАРМАЦЕВТИЧНИ ДАННИ

6.1 Списък на помощните вещества

Ядро на таблетката:
Целулоза микрокристална (E460)
Лактоза монохидрат
Магнезиев стеарат (E470b)
Кроскармелоза натрий
Повидон K-25
Силициев диоксид, колоиден безводен

Филмово покритие:
Хипромелоза
Титанов диоксид (E171)
Макрогол 4000
Железен оксид, червен (E172)- само в 80 mg/12,5 mg, 160 mg/12,5 mg, 160 mg/25 mg и 320 mg/12,5 mg филмирани таблетки
Железен оксид, жълт (E172) – само в 80 mg/12,5 mg, 160 mg/25 mg и 320 mg/25 mg филмирани таблетки

6.2 Несъвместимости

Неприложимо

6.3 Срок на годност

5 години

6.4 Специални условия на съхранение

Да се съхранява под 30°C.
Да се съхранява в оригиналната опаковка, за да се предпази от светлина и влага.

6.5 Вид и съдържание на опаковката

Ко-Валсакор 80 mg/12,5 mg филмирани таблетки
Блистер (PVC/PE/PVDC-фолио, Al-фолио): 14, 28, 30, 56, 60, 84, 90, 98, 280 филмирани таблетки, 56 x1, 98 x1 и 280 x1 филмирана таблетка, в кутия.

Ко-Валсакор 160 mg/12,5 mg филмирани таблетки
Блистер (PVC/PE/PVDC-фолио, Al-фолио): 14, 28, 30, 56, 60, 84, 90, 98, 280 филмирани таблетки, 56 x1, 98 x1, 280 x1 филмирана таблетка, в кутия.

Ко-Валсакор 160 mg/25 mg филмирани таблетки
Блистер (PVC/PE/PVDC-фолио, Al-фолио): 14, 28, 30, 56, 60, 84, 90, 98, 280 филмирани таблетки, 56 x1, 98 x1, 280 x1 филмирана таблетка, в кутия.

Ко-Валсакор 320 mg/12,5 mg филмирани таблетки
Блистер (PVC/PE/PVDC-фолио, Al-фолио): 10, 14, 28, 30, 56, 60, 84, 90, 98, 100, 280 филмирани таблетки, 56 x1, 98 x1 и 280 x1 филмирана таблетка, в кутия.

ИЗПЪЛНИТЕЛНА АГЕНЦИЯ ПО ЛЕКАРСТВАТА * РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ *

Ко-Валсакор 320 mg/25 mg филмирани таблетки
Блистер (PVC/PE/PVDC-фолио, Al-фолио): 10, 14, 28, 30, 56, 60, 84, 90, 98, 100, 280 филмирани таблетки, 56x1, 98x1 и 280x1 филмирана таблетка, в кутия.

Не всички видове опаковки могат да бъдат пуснати на пазара.

6.6 Специални предпазни мерки при изхвърляне

Няма специални изисквания.

7. ПРИТЕЖАТЕЛ НА РАЗРЕШЕНИЕТО ЗА УПОТРЕБА

KRKA, d.d., Novo mesto, Šmarješka cesta 6, 8501 Novo mesto, Словения

8. НОМЕР(А) НА РАЗРЕШЕНИЕТО ЗА УПОТРЕБА

80 mg/12,5 mg:	Рег. № 20090326
160 mg/ 12,5 mg:	Рег. № 20090327
160 mg/25 mg:	Рег. № 20090328
320 mg/12,5 mg:	Рег. № 20110083
320 mg/ 25 mg:	Рег. № 20110084

9. ДАТА НА ПЪРВО РАЗРЕШАВАНЕ/ПОДНОВЯВАНЕ НА РАЗРЕШЕНИЕТО ЗА УПОТРЕБА

Дата на първо разрешаване:
80 mg/12,5 mg, 160 mg/12,5 mg, 160 mg/25 mg филмирани таблетки: 02.07.2009
320 mg/12,5 mg, 320 mg/25 mg филмирани таблетки:31.01.2011
Дата на последно подновяване: 05.08.2015

10. ДАТА НА АКТУАЛИЗИРАНЕ НА ТЕКСТА

19 Декември 2023

Подробна информация за този лекарствен продукт е предоставена на уебсайта на Изпълнителна Агенция по лекарствата (ИАЛ) http://www.bda.bg.

ИЗПЪЛНИТЕЛНА АГЕНЦИЯ ПО ЛЕКАРСТВАТА * РЕПУБЛИКА БЪЛ