

## 1. NÁZEV PŘÍPRAVKU

Rybelsus 1,5 mg tablety  
Rybelsus 4 mg tablety  
Rybelsus 9 mg tablety  
Rybelsus 25 mg tablety  
Rybelsus 50 mg tablety

## 2. KVALITATIVNÍ A KVANTITATIVNÍ SLOŽENÍ

### Rybelsus 1,5 mg tablety

Jedna tableta obsahuje 1,5 mg semaglutidu\*.

### Rybelsus 4 mg tablety

Jedna tableta obsahuje 4 mg semaglutidu\*.

### Rybelsus 9 mg tablety

Jedna tableta obsahuje 9 mg semaglutidu\*.

### Rybelsus 25 mg tablety

Jedna tableta obsahuje 25 mg semaglutidu\*.

### Rybelsus 50 mg tablety

Jedna tableta obsahuje 50 mg semaglutidu\*.

\* Analog lidského glukagonu podobného peptidu-1 (GLP-1) vyrobený v buňkách *Saccharomyces cerevisiae* pomocí technologie rekombinantní DNA.

Úplný seznam pomocných látek viz bod 6.1.

## 3. LÉKOVÁ FORMA

Tableta

### Rybelsus 1,5 mg tablety

Bílá až světle žlutá tableta kulatého tvaru (6,5 mm v průměru) s vyraženým označením „1,5“ na jedné straně a „novo“ na druhé straně.

### Rybelsus 4 mg tablety

Bílá až světle žlutá tableta kulatého tvaru (6,5 mm v průměru) s vyraženým označením „4“ na jedné straně a „novo“ na druhé straně.

### Rybelsus 9 mg tablety

Bílá až světle žlutá tableta kulatého tvaru (6,5 mm v průměru) s vyraženým označením „9“ na jedné straně a „novo“ na druhé straně.

### Rybelsus 25 mg tablety

Bílá až světle žlutá tableta oválného tvaru (6,8 mm x 12 mm) s vyraženým označením „25“ na jedné straně a „novo“ na druhé straně.

### Rybelsus 50 mg tablety

Bílá až světle žlutá tableta oválného tvaru (6,8 mm x 12 mm) s vyraženým označením „50“ na jedné straně a „novo“ na druhé straně.

## **4. KLINICKÉ ÚDAJE**

### **4.1 Terapeutické indikace**

Přípravek Rybelsus je indikován k léčbě dospělých s nedostatečně kontrolovaným diabetem mellitem 2. typu ke zlepšení kontroly glykémie jako doplněk k dietním opatřením a cvičení

- jako monoterapie, pokud je metformin považován za nevhodný
- v kombinaci s jinými léčivými přípravky k léčbě diabetu.

Výsledky studie týkající se kombinací, účinků na kontrolu glykémie a na kardiovaskulární příhody a hodnocené populace viz body 4.4, 4.5 a 5.1.

### **4.2 Dávkování a způsob podání**

#### Dávkování

Počáteční dávka semaglutidu je 1,5 mg jednou denně po dobu jednoho měsíce. Po jednom měsíci se má dávka zvýšit na udržovací dávku 4 mg jednou denně. V případě potřeby lze přechod na další udržovací dávku provést minimálně po jednom měsíci užívání současné dávky. Doporučené jednorázové denní udržovací dávky jsou 4 mg, 9 mg, 25 mg nebo 50 mg.

Maximální doporučená jednorázová dávka semaglutidu je 50 mg. Rybelsus má být vždy užíván jako jedna tableta jednou denně. Nemá se užívat více než jedna tableta jednou denně za účelem dosažení účinku vyšší dávky.

#### *Přechod ze subkutánního na perorální semaglutid*

Účinek přechodu mezi perorálním a subkutánním semaglutidem nelze snadno předvídat, protože perorální semaglutid vykazuje vyšší farmakokinetickou variabilitu v absorpci ve srovnání se subkutánním semaglutidem.

Pacienti léčení subkutánním semaglutidem 0,5 mg jednou týdně mohou být převedeni na perorální semaglutid 4 mg nebo 9 mg jednou denně.

Pacienti léčení subkutánním semaglutidem 1 mg jednou týdně mohou být převedeni na perorální semaglutid 9 mg nebo 25 mg jednou denně.

Pacienti léčení subkutánním semaglutidem 2 mg jednou týdně mohou být převedeni na perorální semaglutid 25 mg nebo 50 mg jednou denně.

Pacienti mohou začít užívat perorální semaglutid (Rybelsus) jeden týden po poslední dávce subkutánního semaglutidu.

V případě, že se semaglutid používá v kombinaci s metforminem a/nebo inhibítorem sodíko-glukózového kotransportéru 2 (SGLT2i) nebo thiazolidindionem, může se pokračovat s aktuální dávkou metforminu a/nebo SGLT2i nebo thiazolidindionu.

V případě, že se semaglutid používá v kombinaci s deriváty sulfonylurey nebo inzulinem, lze zvážit snížení dávky derivátů sulfonylurey nebo inzulinu, aby se zmenšilo riziko hypoglykemie (viz body 4.4 a 4.8).

Selfmonitoring glukózy v krvi pro nastavení dávky semaglutidu není nutný. Selfmonitoring glukózy v krvi je nezbytný k nastavení dávky s deriváty sulfonylurey a inzulinem, zejména při zahájení léčby semaglutidem a při snížení inzulinu. Doporučuje se postupný přístup ke snižování inzulinu.

#### *Vynechaná dávka*

V případě vynechání dávky se má zapomenutá dávka vynechat a další dávka se má užít následující den.

#### *Starší pacienti*

Z důvodu věku není nutná žádná úprava dávky.

#### *Porucha funkce ledvin*

U pacientů s lehkou, středně těžkou či těžkou poruchou funkce ledvin není nutná žádná úprava dávky. Zkušenosti s podáváním semaglutidu u pacientů v konečném stadiu onemocnění ledvin jsou omezené. Při léčbě těchto pacientů perorálním semaglutidem je třeba dbát zvýšené opatrnosti (viz bod 5.2).

#### *Porucha funkce jater*

U pacientů s poruchou funkce jater není nutná žádná úprava dávky. Zkušenosti s podáváním semaglutidu pacientům s těžkou poruchou funkce jater jsou omezené. Při léčbě těchto pacientů semaglutidem je třeba dbát opatrnosti (viz bod 5.2).

#### Pediatrická populace

Bezpečnost a účinnost přípravku Rybelsus u dětí a dospívajících do 18 let nebyla stanovena. Nejsou dostupné žádné údaje.

#### Způsob podání

Rybelsus je tableta k perorálnímu podání jednou denně.

- Tento léčivý přípravek se má užívat na lačný žaludek po doporučené době nalačno alespoň 8 hodin (viz bod 5.2).
- Tableta se má polykat celá a zapít douškem vody (až polovinou sklenice vody odpovídající 120 ml). Tablety se nesmí dělit, drtit ani kousat, protože není známo, zda to má vliv na absorpci semaglutidu.
- Pacienti mají počkat nejméně 30 minut před jídlem, pitím nebo užitím jiných perorálních léčivých přípravků. Čekání kratší než 30 minut snižuje absorpci semaglutidu (viz body 4.5 a 5.2).

### **4.3 Kontraindikace**

Hypersenzitivita na léčivou látku nebo na kteroukoli pomocnou látku uvedenou v bodě 6.1.

### **4.4 Zvláštní upozornění a opatření pro použití**

#### Sledovatelnost

Aby se zlepšila sledovatelnost biologických léčivých přípravků, má se přehledně zaznamenat název podaného přípravku a číslo šarže.

#### Všeobecné

Semaglutid se nesmí používat u pacientů s diabetem mellitem 1. typu nebo k léčbě diabetické ketoacidózy. Diabetická ketoacidóza byla hlášena u pacientů závislých na inzulínu, u nichž došlo k rychlému přerušení léčby nebo ke snížení dávky inzulínu při zahájení léčby agonistou receptoru GLP-1 (viz bod 4.2).

Nejsou žádné zkušenosti s léčbou pacientů s městnavým srdečním selháním třídy IV podle NYHA, a proto se semaglutid u těchto pacientů nedoporučuje.

Zkušenosti s podáváním semaglutidu pacientům s bariatrickou operací nejsou k dispozici.

#### Aspirace ve spojení s celkovou anestezií nebo hlubokou sedací

U pacientů, kterým byly podávány agonisté receptoru GLP-1 a kteří podstoupili celkovou anestezií nebo hlubokou sedací, byly hlášeny případy plicní aspirace. Před provedením zákroků s celkovou anestezií nebo hlubokou sedací je proto zapotřebí zvážit zvýšené riziko reziduálního obsahu žaludku v důsledku opožděného vyprazdňování žaludku (viz bod 4.8).

#### Gastrointestinální účinky a dehydratace

Použití agonistů receptoru GLP-1 může být spojeno s gastrointestinálními nežádoucími účinky. To je potřeba zohlednit při léčbě pacientů s poruchou funkce ledvin, protože nauzea, zvracení a průjem mohou způsobit dehydrataci, což ve vzácných případech může vést ke zhoršení funkce ledvin (viz bod 4.8). Pacienti léčení semaglutidem mají být poučeni o možném riziku dehydratace ve vztahu k vedlejším gastrointestinálním účinkům a mají učinit preventivní opatření, aby nedošlo ke ztrátě tekutin.

#### Akutní pankreatitida

Při použití agonistů receptoru GLP-1 byla pozorována akutní pankreatitida. Pacienty je třeba informovat o charakteristických příznacích akutní pankreatitidy. Je-li podezření na pankreatitidu, je třeba semaglutid vysadit. Pokud je potvrzena, nesmí být léčba semaglutidem znovu zahájena.

#### Hypoglykemie

Pacienti léčení semaglutidem v kombinaci s deriváty sulfonylurey nebo inzulínem mohou mít zvýšené riziko hypoglykemie (viz bod 4.8). Riziko hypoglykemie se může zmenšit snížením dávky derivátů sulfonylurey nebo inzulínu při zahájení léčby semaglutidem (viz bod 4.2).

#### Diabetická retinopatie

U pacientů s diabetickou retinopatií léčených inzulínem a subkutánním semaglutidem bylo pozorováno zvýšené riziko rozvoje komplikací diabetické retinopatie, riziko, které nelze vyloučit u perorálně podávaného semaglutidu (viz bod 4.8). Při používání semaglutidu u pacientů s diabetickou retinopatií je třeba dbát opatrnosti. Tyto pacienty je třeba pečlivě monitorovat a léčit podle klinických doporučení. Rychlé zlepšení kontroly glykemie bylo spojeno s dočasným zhoršením diabetické retinopatie, avšak ani jiné mechanismy nelze vyloučit. Dlouhodobá glykemická kontrola snižuje riziko diabetické retinopatie.

Nejsou žádné zkušenosti s perorálním semaglutidem 25 mg a 50 mg u pacientů s diabetem 2. typu s nekontrolovanou nebo potenciálně nestabilní diabetickou retinopatií.

#### Neareritická přední optická ischemická neuropatie (NAION)

Výsledky epidemiologických studií naznačují zvýšené riziko vzniku neareritické přední optické ischemické neuropatie (NAION) během léčby semaglutidem. Nebyl stanoven časový interval, kdy se NAION po zahájení léčby může rozvinout. Pokud dojde k náhlé ztrátě zraku, je třeba provést

oftalmologické vyšetření a v případě, že je NAION potvrzen, má být léčba semaglutidem ukončena (viz bod 4.8).

### Pacienti s gastroparézou

U pacientů s gastroparézou, kteří jsou léčeni semaglutidem, se mohou vyskytnout závažnější nebo těžší gastrointestinální nežádoucí účinky. Semaglutid má být u těchto pacientů používán s opatrností a v případě těžké gastroparézy se jeho použití nedoporučuje (viz bod 4.8).

### Léčebná odpověď

Pro optimální účinek semaglutidu se doporučuje dodržování dávkovacího režimu. Pokud je léčebná odpověď semaglutidu nižší, než se očekávalo, má ošetřující lékař vědět, že absorpce semaglutidu je vysoce variabilní a může být minimální (2-4 % pacientů nebude mít žádnou expozici), a že absolutní biologická dostupnost semaglutidu je nízká.

### Obsah sodíku

1,5 mg, 4 mg a 9 mg tablety: Tento léčivý přípravek obsahuje méně než 1 mmol sodíku (23 mg) v jedné tabletě, to znamená, že je v podstatě „bez sodíku“.

25 mg a 50 mg tablety: Tento léčivý přípravek obsahuje 23 mg sodíku v jedné tabletě, což odpovídá 1 % doporučeného maximálního denního příjmu sodíku potravou podle WHO pro dospělého, který činí 2 g sodíku.

## **4.5 Interakce s jinými léčivými přípravky a jiné formy interakce**

Semaglutid zpochybňuje vyprazdňování žaludku, což může ovlivnit absorpci jiných perorálních léčivých přípravků.

### Účinky semaglutidu na jiné léčivé přípravky

#### *Thyroxin*

Celková expozice (plocha pod křivkou (AUC)) thyroxinu (po úpravě na endogenní hladiny) byla po podání jednorázové dávky levothyroxinu zvýšena o 33 %. Maximální expozice ( $C_{max}$ ) byla beze změny. Při léčbě pacientů semaglutidem a současně levothyroxinem je třeba zvážit monitorování parametrů štítné žlázy.

#### *Warfarin a další deriváty kumarinu*

Semaglutid neměnil hodnoty AUC ani  $C_{max}$  R- a S-warfarinu po jednorázové dávce warfarinu a farmakodynamické účinky warfarinu měřené podle mezinárodně normalizovaného poměru (international normalised ratio, INR) nebyly ovlivněny v klinicky relevantní míře. Nicméně, při současném užívání acenokumarolu a semaglutidu byly hlášeny případy snížení INR. Po zahájení léčby semaglutidem se však u pacientů užívajících warfarin nebo jiné deriváty kumarinu doporučuje časté monitorování INR.

#### *Rosuvastatin*

AUC rosuvastatinu byla při souběžném podávání se semaglutidem zvýšena o 41 % [90 % CI: 24; 60]. Vzhledem k širokému terapeutickému indexu rosuvastatinu se rozsah změn v expozici nepovažuje za klinicky relevantní.

#### *Digoxin, perorální antikoncepce, metformin, furosemid*

Při souběžném podávání se semaglutidem nebyla pozorována žádná klinicky relevantní změna AUC ani  $C_{max}$  digoxinu, perorální antikoncepce (obsahující ethinylestradiol a levonorgestrel), metforminu, nebo furosemidu.

Interakce s léčivými přípravky s velmi nízkou biologickou dostupností (1 %) nebyly hodnoceny.

## Účinky jiných léčivých přípravků na semaglutid

### *Omeprazol*

Při užívání s omeprazolem nebyla pozorována žádná klinicky relevantní změna AUC ani  $C_{\max}$  semaglutidu.

Ve studii hodnotící farmakokinetiku semaglutidu souběžně podávaného s pěti dalšími tabletami se AUC semaglutidu snížila o 34 % a  $C_{\max}$  o 32 %. Z toho vyplývá, že přítomnost několika tablet v žaludku ovlivňuje absorpci semaglutidu, pokud jsou podány souběžně ve stejnou dobu. Po podání semaglutidu mají pacienti počkat 30 minut před užitím dalších perorálních léčivých přípravků (viz bod 4.2).

## **4.6 Fertilita, těhotenství a kojení**

### Ženy ve fertilním věku

Ženy ve fertilním věku musí během léčby semaglutidem používat účinnou antikoncepci.

### Těhotenství

Studie na zvířatech prokázaly reprodukční toxicitu (viz bod 5.3). Údaje o podávání semaglutidu těhotným ženám jsou omezené. Semaglutid se proto nemá v těhotenství používat. Pokud si pacientka přeje otěhotnět nebo otěhotní, léčba semaglutidem se musí přerušit. Vzhledem k dlouhému poločasu se má léčba semaglutidem přerušit nejméně 2 měsíce před plánovaným těhotenstvím (viz bod 5.2).

### Kojení

V mateřském mléce kojících žen nebyly zjištěny žádné měřitelné koncentrace semaglutidu. Natrium-salkaprozát byl přítomen v mateřském mléce a některé jeho metabolity byly vylučovány do mateřského mléka v nízkých koncentracích. Jelikož riziko pro kojené dítě nelze vyloučit, nemá se přípravek Rybelsus během kojení podávat.

### Fertilita

Účinek semaglutidu na fertilitu u člověka není znám. Semaglutid neovlivnil fertilitu u samců potkanů. U samic potkanů bylo při dávkách, které byly spojeny s úbytkem tělesné hmotnosti u matky, pozorováno prodloužení říje a malý pokles počtu ovulací (viz bod 5.3).

## **4.7 Účinky na schopnost řídit a obsluhovat stroje**

Semaglutid nemá žádný nebo má zanedbatelný vliv na schopnost řídit a obsluhovat stroje. Nicméně, zejména během zvyšování dávky se mohou vyskytnout závratě. Pokud se vyskytnou závratě, je třeba řídit nebo obsluhovat stroje s opatrností.

Při použití v kombinaci s deriváty sulfonylurey nebo inzulinem je třeba pacienty poučit, aby přijali opatření k prevenci hypoglykemie během řízení a obsluhy strojů (viz bod 4.4).

## **4.8 Nežádoucí účinky**

### Souhrn bezpečnostního profilu

V 10 studiích fáze 3a bylo 5 707 pacientů vystaveno semaglutidu samotnému nebo v kombinaci s jinými léčivými přípravky ke snížení hladiny glukózy. Doba trvání léčby byla v rozsahu od 26 týdnů do 78 týdnů. Nejčastěji hlášené nežádoucí účinky v klinických studiích byly gastrointestinální poruchy, včetně nauzey (velmi časté), průjmu (velmi časté) a zvracení (časté).

## Seznam nežádoucích účinků v tabulce

V tabulce 1 jsou uvedeny nežádoucí účinky zjištěné ve studiích fáze 3 (dále popsáno v bodě 5.1) a hlášeních po uvedení přípravku na trh u pacientů s diabetem mellitem 2. typu. Frekvence výskytu nežádoucích účinků (kromě komplikací diabetické retinopatie a dysestezie, viz poznámky pod čarou u tabulky 1) vycházejí ze souboru studií fáze 3a s výjimkou kardiovaskulární studie.

Účinky uvedené níže jsou řazeny podle třídy orgánových systémů a absolutní frekvence výskytu. Frekvence výskytu jsou definovány takto: velmi časté ( $\geq 1/10$ ); časté ( $\geq 1/100$  až  $< 1/10$ ); méně časté ( $\geq 1/1\ 000$  až  $< 1/100$ ); vzácné ( $\geq 1/10\ 000$  až  $< 1/1\ 000$ ); velmi vzácné ( $< 1/10\ 000$ ) a není známo: (z dostupných údajů nelze určit). V každé skupině frekvence výskytu jsou nežádoucí účinky seřazeny v pořadí podle klesající závažnosti.

**Tabulka 1 Frekvence nežádoucích účinků perorálního semaglutidu**

Třída orgánových systémů podle databáze MedDRA	Velmi časté	Časté	Méně časté	Vzácné	Velmi vzácné	Není známo
Poruchy imunitního systému			Hypersenzitivita <sup>c</sup>	Anafylaktická reakce		
Poruchy metabolismu a výživy	Hypoglykemie při použití s inzulínem nebo deriváty sulfonylurey <sup>a</sup>	Hypoglykemie při použití s jinými perorálními antidiabetiky <sup>a</sup> Snížená chuť k jídlu				
Poruchy nervového systému		Závrať <sup>c</sup> Dysestezie <sup>c</sup> Bolest hlavy	Dysgeuzie			
Poruchy oka		Komplikace diabetické retinopatie <sup>b</sup>			Nearteritická přední optická ischemická neuropatie (NAION)	
Srdeční poruchy			Zvýšená srdeční frekvence			
Gastrointestinální poruchy	Nauzea Průjem	Zvracení Bolest břicha Břišní distenze Zácpa Dyspepsie Gastritida Refluxní choroba jícnu Flatulence	Říhání Opožděné vyprazdňování žaludku	Akutní pankreatitida		Intestinální obstrukce
Poruchy jater a žlučových cest			Cholelitiáza			
Celkové poruchy a reakce v místě aplikace		Únava				

<b>Vyšetření</b>		Zvýšené hladiny lipázy Zvýšené hladiny amylázy	Snížená tělesná hmotnost			
------------------	--	---	--------------------------	--	--	--

- a) Hypoglykemie definovaná jako hladina glukózy v krvi < 3,0 mmol/l nebo < 54 mg/dl.
- b) Komplikace diabetické retinopatie se skládají z fotokoagulace sítnice, léčby intravitreálními přípravky, sklivcového krvácení a slepoty spojené s diabetem (méně časté). Frekvence výskytu vychází z kardiovaskulární studie se subkutánním semaglutidem; nelze však vyloučit, že zjištěné riziko komplikací diabetické retinopatie neplatí také pro přípravek Rybelsus.
- c) Skupinový termín, který také zahrnuje nežádoucí účinky související s precitlivělostí, jako je vyrážka a kopřivka.
- d) Z postmarketingových sledování.
- e) Frekvence je založena na výsledcích studie PIONEER PLUS pro 25 mg a 50 mg. Další informace naleznete v podnadrpisu dysestezie níže. Ve studiích fáze 3a nebyly zaznamenány žádné nerovnováhy výskytu případů dysestezie u přípravku Rybelsus 3 mg, 7 mg a 14 mg (bioekvivalentní k 1,5 mg, 4 mg a 9 mg), avšak po uvedení přípravku na trh byly hlášeny případy výskytu.
- f) Seskupený termín zahrnující PT „intestinální obstrukce“, „ileus“ a „obstrukce tenkého střeva“.

## Popis vybraných nežádoucích účinků

### *Hypoglykemie*

Závažná hypoglykemie byla pozorována především, když byl semaglutid používán s deriváty sulfonylurey (< 0,1 % subjektů, < 0,001 příhod/pacientorok) nebo inzulinem (1,1 % subjektů, 0,013 příhod/pacientorok). Bylo pozorováno několik epizod (0,1 % subjektů, 0,001 příhod/pacientorok) při podávání semaglutidu v kombinaci s jinými perorálními antidiabetiky než s deriváty sulfonylurey.

### *Gastrointestinální nežádoucí účinky*

Při léčbě semaglutidem se u 15 % pacientů vyskytla nauzea, u 10 % pacientů průjem a u 7 % pacientů zvracení. Většina příhod byla lehká až středně závažná a měla krátkou dobu trvání. Příhody vedly k přerušení léčby u 4 % subjektů. Příhody byly nejčastěji hlášeny v průběhu prvních měsíců léčby.

Ve studii PIONEER PLUS se při léčbě semaglutidem 25 mg a 50 mg objevila nauzea u 27 % a 27 %, průjem u 13 % a 14 % a zvracení u 17 % a 18 % pacientů, resp. Tyto příhody vedly k přerušení léčby u 6 % a 8 % pacientů, resp.

Většina příhod byla lehká až středně závažná a měla krátkou dobu trvání. Tyto příhody byly nejčastěji hlášeny během zvyšování dávky v prvních měsících léčby.

Pacienti s gastroparézou mohou při léčbě semaglutidem pociťovat závažnější nebo těžší gastrointestinální účinky.

Akutní pankreatitida potvrzená rozhodnutím byla hlášena v klinických studiích fáze 3a, semaglutid (<0,1 %) a komparátor (0,2 %). V kardiovaskulární studii PIONEER 6 byla frekvence výskytu akutní pankreatitidy potvrzené rozhodnutím 0,1 % u semaglutidu a 0,2 % u placeba (viz bod 4.4).

V kardiovaskulární studii fáze 3b SOUL byla frekvence výskytu akutní pankreatitidy potvrzená rozhodnutím 0,4 % u semaglutidu a 0,4 % u placeba.

### *Komplikace diabetické retinopatie*

V 2leté klinické studii se subkutánním semaglutidem bylo hodnoceno 3 297 pacientů s diabetem 2. typu, s vysokým kardiovaskulárním rizikem, dlouhou dobou trvání diabetu a nedostatečně kontrolovanou hladinou glukózy v krvi. V této studii se posuzované příhody komplikací diabetické retinopatie vyskytly u více pacientů léčených subkutánním semaglutidem (3,0 %) v porovnání s placebem (1,8 %). Tyto příhody byly pozorovány u pacientů na inzulinové léčbě se známou diabetickou retinopatií. Léčebný rozdíl se projevil záhy a přetrvával po celou dobu studie. Systematické vyhodnocování komplikací diabetické retinopatie bylo prováděno pouze v kardiovaskulární studii se subkutánním semaglutidem. V klinických studiích s přípravkem Rybelsus, které trvaly až 18 měsíců a zahrnovaly 6 352 pacientů s diabetem 2. typu, byly nežádoucí příhody související s diabetickou retinopatií hlášeny u obdobného podílu subjektů léčených semaglutidem (4,2 %) a komparátory (3,8 %).

### *Neareritická přední optická ischemická neuropatie (NAION)*

Výsledky z několika rozsáhlých epidemiologických studií naznačují, že užívání semaglutidu u dospělých pacientů s diabetem 2. typu je spojeno s přibližně dvojnásobným zvýšením rizika vzniku NAION. To odpovídá přibližně jednomu dalšímu případu na 10 000 pacientoroků léčby.

### *Imunogenita*

V souladu s potenciálními imunogenními vlastnostmi léčivých přípravků obsahujících proteiny nebo peptidy se mohou u pacientů léčených semaglutidem tvořit protilátky. Podíl subjektů s pozitivními výsledky testů na protilátky proti semaglutidu v kterémkoli časovém bodě po zahájení léčby byl nízký (0,5 %) a žádné subjekty neměly na konci studie neutralizační protilátky proti semaglutidu ani protilátky proti semaglutidu s neutralizačním účinkem na endogenní GLP-1.

### *Zvýšená srdeční frekvence*

Při použití agonistů receptoru GLP-1 byla pozorována zvýšená srdeční frekvence. Ve studiích fáze 3a byly u pacientů léčených přípravkem Rybelsus pozorovány průměrné změny o 0 až 4 tepy za minutu oproti výchozím 69 až 76 tepům za minutu.

### *Dysestezie*

Příhody související s klinickým obrazem změněného kožního vnímání, jako je parestézie, bolest kůže, citlivá kůže, dysestezie a pocit pálení kůže, byly hlášeny u 2,1 % a 5,2 % pacientů léčených perorálním semaglutidem 25 mg a 50 mg, resp. Příhody byly lehké až středně závažné a většina pacientů se zotavila během pokračující léčby.

### Hlášení podezření na nežádoucí účinky

Hlášení podezření na nežádoucí účinky po registraci léčivého přípravku je důležité. Umožňuje to pokračovat ve sledování poměru přínosů a rizik léčivého přípravku. Žádáme zdravotnické pracovníky, aby hlásili podezření na nežádoucí účinky prostřednictvím **národního systému hlášení nežádoucích účinků** uvedeného v [Dodatku V](#).

## **4.9 Předávkování**

Účinky předávkování semaglutidem v klinických studiích mohou být spojeny s gastrointestinálními poruchami. V případě předávkování musí být zahájena vhodná podpůrná léčba podle klinických známek a příznaků, které se u pacienta vyskytnou. Může být nutné příznaky sledovat a léčit po delší období s ohledem na dlouhý poločas semaglutidu, který je přibližně 1 týden (viz bod 5.2). Pro předávkování semaglutidem neexistuje žádné specifické antidotum.

## **5. FARMAKOLOGICKÉ VLASTNOSTI**

### **5.1 Farmakodynamické vlastnosti**

Farmakoterapeutická skupina: léčiva k terapii diabetu, analoga GLP-1 (peptidu podobného glukagonu 1), ATC kód: A10BJ06

#### Mechanismus účinku

Semaglutid je analog GLP-1 s 94% sekvenční homologií s lidským GLP-1. Semaglutid působí jako agonista receptoru GLP-1, který se selektivně váže na receptor GLP-1, cíl přirozeného GLP-1, a aktivuje jej.

GLP-1 je fyziologický hormon, který má více úloh v regulaci glukózy a chuti k jídlu a v kardiovaskulárním systému. Účinky na glukózu a chuť k jídlu jsou specificky zprostředkovány receptory GLP-1 v pankreatu a mozku.

Semaglutid snižuje hladinu glukózy v krvi v závislosti na koncentraci glukózy tak, že při vysoké hladině glukózy v krvi stimuluje sekreci inzulínu a snižuje sekreci glukagonu. Mechanismus snižování hladiny glukózy v krvi zahrnuje rovněž mírné zpoždění vyprazdňování žaludku v časně postprandiální fázi. Při hypoglykémii snižuje semaglutid sekreci inzulínu a neovlivňuje sekreci glukagonu. Mechanismus účinku semaglutidu je nezávislý na cestě podání.

Semaglutid snižuje tělesnou hmotnost a množství tělesného tuku prostřednictvím snížení příjmu energie, což zahrnuje celkové snížení chuti k jídlu. Kromě toho semaglutid snižuje preferenci potravin s vysokým obsahem tuku.

Receptory GLP-1 jsou přítomny v srdci, cévách, imunitním systému a ledvinách. Semaglutid má v klinických studiích přínosný účinek na lipidy v plazmě, snižuje systolický krevní tlak a redukuje zánět. Ve studiích na zvířatech semaglutid oslabuje rozvoj aterosklerózy tím, že zabraňuje progresi aortálního plaku a redukuje zánět v plaku.

Mechanismus účinku semaglutidu na snížení kardiovaskulárního rizika je pravděpodobně multifaktoriální, částečně je ovlivněn snížením HbA<sub>1c</sub> a vlivem na známé kardio-renálně-metabolické rizikové faktory, včetně snížení krevního tlaku a tělesné hmotnosti, zlepšení lipidového profilu a funkce ledvin a protizánětlivých účinků, které se projevují snížením hsCRP. Přesný mechanismus snížení kardiovaskulárního rizika nebyl stanoven.

### Farmakodynamické účinky

Níže popsaná farmakodynamická hodnocení byla provedena po 12 týdnech léčby perorálně podávaným semaglutidem.

#### *Hladiny glukózy nalačno a postprandiálně*

Semaglutid snižuje koncentrace glukózy nalačno i postprandiálně. U pacientů s diabetem 2. typu vedla léčba semaglutidem v porovnání s placebem k relativnímu snížení hladiny glukózy o 22 % [13; 30] nalačno a o 29 % [19; 37] postprandiálně.

#### *Sekrece glukagonu*

Semaglutid snižuje postprandiální koncentrace glukagonu. U pacientů s diabetem 2. typu vedl semaglutid k následujícím relativním snížením hladin glukagonu v porovnání s placebem: postprandiální glukagonová odpověď o 29 % [15; 41].

#### *Vyprazdňování žaludku*

Semaglutid způsobuje mírné zpoždění časného postprandiálního vyprazdňování žaludku, s expozicí paracetamolu (AUC<sub>0-1h</sub>) 31 % [13; 46] nižší v první hodině po jídle, čímž se snižuje rychlost, jakou se glukóza postprandiálně dostává do krevního oběhu.

#### *Hladiny lipidů nalačno a postprandiálně*

Semaglutid v porovnání s placebem snižoval koncentrace triglyceridů a VLDL cholesterolu nalačno o 19 % [8; 28] a 20 % [5; 33]. Postprandiální odpověď triglyceridů a VLDL cholesterolu na jídlo s vysokým obsahem tuku byla snížena o 24 % [9; 36] a 21 % [7; 32]. Hladina ApoB48 byla snížena ve stavu nalačno i postprandiálně o 25 % [2; 42] a 30 % [15; 43].

### Klinická účinnost a bezpečnost

Účinnost a bezpečnost přípravku Rybelsus byla hodnocena v osmi globálních randomizovaných kontrolovaných studiích fáze 3a. Studie fáze 3a byly provedeny s tabletami obsahujícími 3 mg, 7 mg a 14 mg semaglutidu, které jsou bioekvivalentní k 1,5 mg, 4 mg a 9 mg semaglutidu. V sedmi studiích bylo primárním cílem hodnocení glykemické účinnosti; v jedné studii (PIONEER 6) bylo primárním cílem hodnocení kardiovaskulárních parametrů.

Studie zahrnovaly 8 842 randomizovaných pacientů s diabetem 2. typu (5 169 léčených semaglutidem), včetně 1 165 pacientů se středně těžkou poruchou funkce ledvin. Průměrný věk

pacientů byl 61 let (rozmezí 18 až 92 let), přičemž 40 % pacientů bylo ve věku  $\geq 65$  let a 8 % pacientů ve věku  $\geq 75$  let. Účinnost semaglutidu byla porovnávána s placebem nebo aktivními kontrolami (sitagliptinem, empagliflozinem a liraglutidem).

Účinnost a bezpečnost semaglutidu 25 mg a 50 mg jednou denně byla hodnocena ve studii fáze 3b (PIONEER PLUS) zahrnující 1 606 randomizovaných pacientů.

U pacientů s diabetem 2. typu a prokázaným kardiovaskulárním onemocněním a/nebo chronickým onemocněním ledvin byla provedena kardiovaskulární studie fáze 3b (SOUL) zahrnující 9 650 pacientů, jejímž cílem bylo prokázat, že perorální semaglutid snižuje riziko závažných nežádoucích kardiovaskulárních příhod (MACE) ve srovnání s placebem, a to jako doplněk ke standardní terapii.

Účinnost semaglutidu nebyla ovlivněna výchozím věkem, pohlavím, rasou, etnickou příslušností, tělesnou hmotností, indexem BMI, dobou trvání diabetu, onemocněním horního gastrointestinálního traktu ani úrovní funkce ledvin.

#### *PIONEER 1 – monoterapie*

Ve 26týdenní dvojitě zaslepené studii bylo 703 pacientů s diabetem 2. typu s nedostatečnou kontrolou pomocí diety a cvičení randomizováno do skupiny se 3 mg semaglutidu, 7 mg semaglutidu, 14 mg semaglutidu nebo placebem jednou denně.

**Tabulka 2 Výsledky 26týdenní studie porovnávající monoterapii semaglutidem s placebem (PIONEER 1)**

	<b>Semaglutid 7 mg<sup>2</sup> (Bioekvivalentní k 4 mg)</b>	<b>Semaglutid 14 mg<sup>2</sup> (Bioekvivalentní k 9 mg)</b>	<b>Placebo</b>
Celý analyzovaný soubor (n)	175	175	178
<b>HbA<sub>1c</sub> (%)</b>			
Výchozí hodnota	8,0	8,0	7,9
Změna oproti výchozí hodnotě <sup>1</sup>	-1,2	-1,4	-0,3
Rozdíl oproti placebu <sup>1</sup> [95% CI]	-0,9 [-1,1; -0,6]*	-1,1 [-1,3; -0,9]*	-
<b>Pacienti (%), kteří dosáhli HbA<sub>1c</sub> &lt; 7,0 %</b>	69 <sup>§</sup>	77 <sup>§</sup>	31
<b>FPG (mmol/l)</b>			
Výchozí hodnota	9,0	8,8	8,9
Změna oproti výchozí hodnotě <sup>1</sup>	-1,5	-1,8	-0,2
Rozdíl oproti placebu <sup>1</sup> [95% CI]	-1,4 [-1,9; -0,8] <sup>§</sup>	-1,6 [-2,1; -1,2] <sup>§</sup>	-
<b>Tělesná hmotnost (kg)</b>			
Výchozí hodnota	89,0	88,1	88,6
Změna oproti výchozí hodnotě <sup>1</sup>	-2,3	-3,7	-1,4
Rozdíl oproti placebu <sup>1</sup> [95% CI]	-0,9 [-1,9; 0,1]	-2,3 [-3,1; -1,5]*	-

<sup>1</sup> Bez ohledu na přerušení léčby nebo zahájení záchranné medikace (model smíšených vzorců za použití mnohonásobné imputace). \*  $p < 0,001$  (neupravená 2stranná hodnota) pro superioritu, kontrolováno z hlediska mnohonásobnosti. <sup>§</sup>  $p < 0,05$ , nekontrolováno z hlediska mnohonásobnosti; u pacientů, kteří dosáhli HbA<sub>1c</sub> < 7,0 %, je hodnota  $p$  pro poměr pravděpodobnosti. <sup>2</sup> Byla potvrzena bioekvivalence mezi dávkami 4 mg a 7 mg, stejně jako mezi dávkami 9 mg a 14 mg, viz bod 5.2 Farmakokinetické vlastnosti.

#### *PIONEER 2 – semaglutid vs. empagliflozin, oba v kombinaci s metforminem*

V 52týdenní otevřené studii bylo 822 pacientů s diabetem 2. typu randomizováno do skupiny se 14 mg semaglutidu jednou denně nebo s 25 mg empagliflozinu jednou denně, vždy v kombinaci s metforminem.

**Tabulka 3 Výsledky 52týdenní studie porovnávající semaglutid s empagliflozinem (PIONEER 2)**

	<b>Semaglutid 14 mg<sup>2</sup> (Bioekvivalentní k 9 mg)</b>	<b>Empagliflozin 25 mg</b>
Celý analyzovaný soubor (n)	411	410

<b>26. týden</b>		
<b>HbA<sub>1c</sub> (%)</b>		
Výchozí hodnota	8,1	8,1
Změna oproti výchozí hodnotě <sup>1</sup>	-1,3	-0,9
Rozdíl oproti empagliflozinu <sup>1</sup> [95% CI]	-0,4 [-0,6; -0,3]*	-
<b>Pacienti (%), kteří dosáhli HbA<sub>1c</sub> &lt; 7,0 %</b>	67 <sup>§</sup>	40
<b>FPG (mmol/l)</b>		
Výchozí hodnota	9,5	9,7
Změna oproti výchozí hodnotě <sup>1</sup>	-2,0	-2,0
Rozdíl oproti empagliflozinu <sup>1</sup> [95% CI]	0,0 [-0,2; 0,3]	-
<b>Tělesná hmotnost (kg)</b>		
Výchozí hodnota	91,9	91,3
Změna oproti výchozí hodnotě <sup>1</sup>	-3,8	-3,7
Rozdíl oproti empagliflozinu <sup>1</sup> [95% CI]	-0,1 [-0,7; 0,5]	-
<b>52. týden</b>		
<b>HbA<sub>1c</sub> (%)</b>		
Změna oproti výchozí hodnotě <sup>1</sup>	-1,3	-0,9
Rozdíl oproti empagliflozinu <sup>1</sup> [95% CI]	-0,4 [-0,5; -0,3] <sup>§</sup>	-
<b>Pacienti (%), kteří dosáhli HbA<sub>1c</sub> &lt; 7,0 %</b>	66 <sup>§</sup>	43
<b>Tělesná hmotnost (kg)</b>		
Změna oproti výchozí hodnotě <sup>1</sup>	-3,8	-3,6
Rozdíl oproti empagliflozinu <sup>1</sup> [95% CI]	-0,2 [-0,9; 0,5]	-

<sup>1</sup> Bez ohledu na přerušeni léčby nebo zahájení záchranné medikace (model smíšených vzorců za použití mnohonásobné imputace). \* p < 0,001 (neupravená 2stranná hodnota) pro superioritu, kontrolováno z hlediska mnohonásobnosti. § p < 0,05, nekontrolováno z hlediska mnohonásobnosti; u pacientů, kteří dosáhli HbA<sub>1c</sub> < 7,0 %, je hodnota p pro poměr pravděpodobnosti. <sup>2</sup> Byla potvrzena bioekvivalence mezi dávkami 9 mg a 14 mg, viz bod 5.2 Farmakokinetické vlastnosti.

#### *PIONEER 3 – semaglutid vs. sitagliptin, vždy v kombinaci s metforminem nebo s metforminem a deriváty sulfonylurey*

V 78týdenní dvojité zaslepené, dvojité maskované studii bylo 1 864 pacientů s diabetem 2. typu randomizováno do skupiny se 3 mg semaglutidu, 7 mg semaglutidu, 14 mg semaglutidu nebo 100 mg sitagliptinu jednou denně, vždy v kombinaci s metforminem samotným nebo s metforminem a deriváty sulfonylurey. Snížení HbA<sub>1c</sub> a tělesné hmotnosti byla udržena po celou dobu trvání studie v délce 78 týdnů.

**Tabulka 4 Výsledky 78týdenní studie porovnávající semaglutid se sitagliptinem (PIONEER 3)**

	<b>Semaglutid 7 mg<sup>2</sup> (Bioekvivalentní k 4 mg)</b>	<b>Semaglutid 14 mg<sup>2</sup> (Bioekvivalentní k 9 mg)</b>	<b>Sitagliptin 100 mg</b>
Celý analyzovaný soubor (n)	465	465	467
<b>26. týden</b>			
<b>HbA<sub>1c</sub> (%)</b>			
Výchozí hodnota	8,4	8,3	8,3
Změna oproti výchozí hodnotě <sup>1</sup>	-1,0	-1,3	-0,8
Rozdíl oproti sitagliptinu <sup>1</sup> [95% CI]	-0,3 [-0,4; -0,1]*	-0,5 [-0,6; -0,4]*	-
<b>Pacienti (%), kteří dosáhli HbA<sub>1c</sub> &lt; 7,0 %</b>	44 <sup>§</sup>	56 <sup>§</sup>	32
<b>FPG (mmol/l)</b>			
Výchozí hodnota	9,4	9,3	9,5
Změna oproti výchozí hodnotě <sup>1</sup>	-1,2	-1,7	-0,9
Rozdíl oproti sitagliptinu <sup>1</sup> [95% CI]	-0,3 [-0,6; 0,0] <sup>§</sup>	-0,8 [-1,1; -0,5] <sup>§</sup>	-
<b>Tělesná hmotnost (kg)</b>			
Výchozí hodnota	91,3	91,2	90,9
Změna oproti výchozí hodnotě <sup>1</sup>	-2,2	-3,1	-0,6
Rozdíl oproti sitagliptinu <sup>1</sup> [95% CI]	-1,6 [-2,0; -1,1]*	-2,5 [-3,0; -2,0]*	-

<b>78. týden</b>			
<b>HbA<sub>1c</sub> (%)</b>			
Změna oproti výchozí hodnotě <sup>1</sup>	-0,8	-1,1	-0,7
Rozdíl oproti sitagliptinu <sup>1</sup> [95% CI]	-0,1 [-0,3; 0,0] <sup>§</sup>	-0,4 [-0,6; -0,3] <sup>§</sup>	-
<b>Pacienti (%), kteří dosáhli HbA<sub>1c</sub> &lt; 7,0 %</b>	39 <sup>§</sup>	45 <sup>§</sup>	29
<b>Tělesná hmotnost (kg)</b>			
Změna oproti výchozí hodnotě <sup>1</sup>	-2,7	-3,2	-1,0
Rozdíl oproti sitagliptinu <sup>1</sup> [95% CI]	-1,7 [-2,3; -1,0] <sup>§</sup>	-2,1 [-2,8; -1,5] <sup>§</sup>	-

<sup>1</sup> Bez ohledu na přerušení léčby nebo zahájení záchranné medikace (model smíšených vzorců za použití mnohonásobné imputace). \* p < 0,001 (neupravená 2stranná hodnota) pro superioritu, kontrolováno z hlediska mnohonásobnosti. § p < 0,05, nekontrolováno z hlediska mnohonásobnosti; u pacientů, kteří dosáhli HbA<sub>1c</sub> < 7,0 %, je hodnota p pro poměr pravděpodobnosti. <sup>2</sup> Byla potvrzena bioekvivalence mezi dávkami 4 mg a 7 mg, stejně jako mezi dávkami 9 mg a 14 mg, viz bod 5.2 Farmakokinetické vlastnosti.

*PIONEER 4 – semaglutid vs. liraglutid a placebo, vždy v kombinaci s metforminem nebo s metforminem a inhibitorem SGLT2*

V 52týdenní dvojité zaslepené, dvojité maskované studii bylo 711 pacientů s diabetem 2. typu randomizováno do skupiny se 14 mg semaglutidu, 1,8 mg liraglutidu podávaného subkutánní injekcí nebo placebem jednou denně, vždy v kombinaci s metforminem nebo s metforminem a inhibitorem SGLT2.

**Tabulka 5 Výsledky 52týdenní studie porovnávající semaglutid s liraglutidem a placebem (PIONEER 4)**

	<b>Semaglutid 14 mg<sup>2</sup> (Bioekvivalentní k 9 mg)</b>	<b>Liraglutid 1,8 mg</b>	<b>Placebo</b>
Celý analyzovaný soubor (n)	285	284	142
<b>26. týden</b>			
<b>HbA<sub>1c</sub> (%)</b>			
Výchozí hodnota	8,0	8,0	7,9
Změna oproti výchozí hodnotě <sup>1</sup>	-1,2	-1,1	-0,2
Rozdíl oproti liraglutidu <sup>1</sup> [95% CI]	-0,1 [-0,3; 0,0]	-	-
Rozdíl oproti placebu <sup>1</sup> [95% CI]	-1,1 [-1,2; -0,9]*	-	-
<b>Pacienti (%), kteří dosáhli HbA<sub>1c</sub> &lt; 7,0 %</b>	68 <sup>§,a</sup>	62	14
<b>FPG (mmol/l)</b>			
Výchozí hodnota	9,3	9,3	9,2
Změna oproti výchozí hodnotě <sup>1</sup>	-2,0	-1,9	-0,4
Rozdíl oproti liraglutidu <sup>1</sup> [95% CI]	-0,1 [-0,4; 0,1]	-	-
Rozdíl oproti placebu <sup>1</sup> [95% CI]	-1,6 [-2,0; -1,3] <sup>§</sup>	-	-
<b>Tělesná hmotnost (kg)</b>			
Výchozí hodnota	92,9	95,5	93,2
Změna oproti výchozí hodnotě <sup>1</sup>	-4,4	-3,1	-0,5
Rozdíl oproti liraglutidu <sup>1</sup> [95% CI]	-1,2 [-1,9; -0,6]*	-	-
Rozdíl oproti placebu <sup>1</sup> [95% CI]	-3,8 [-4,7; -3,0]*	-	-
<b>52. týden</b>			
<b>HbA<sub>1c</sub> (%)</b>			
Změna oproti výchozí hodnotě <sup>1</sup>	-1,2	-0,9	-0,2
Rozdíl oproti liraglutidu <sup>1</sup> [95% CI]	-0,3 [-0,5; -0,1] <sup>§</sup>	-	-
Rozdíl oproti placebu <sup>1</sup> [95% CI]	-1,0 [-1,2; -0,8] <sup>§</sup>	-	-
<b>Pacienti (%), kteří dosáhli HbA<sub>1c</sub> &lt; 7,0 %</b>	61 <sup>§,a</sup>	55	15
<b>Tělesná hmotnost (kg)</b>			
Změna oproti výchozí hodnotě <sup>1</sup>	-4,3	-3,0	-1,0
Rozdíl oproti liraglutidu <sup>1</sup> [95% CI]	-1,3 [-2,1; -0,5] <sup>§</sup>	-	-
Rozdíl oproti placebu <sup>1</sup> [95% CI]	-3,3 [-4,3; -2,4] <sup>§</sup>	-	-

<sup>1</sup> Bez ohledu na přerušení léčby nebo zahájení záchranné medikace (model smíšených vzorců za použití mnohonásobné imputace). \* p < 0,001 (neupravená 2stranná hodnota) pro superioritu, kontrolováno z hlediska mnohonásobnosti. § p < 0,05, nekontrolováno z hlediska mnohonásobnosti; u pacientů, kteří dosáhli HbA<sub>1c</sub> < 7,0 %, je hodnota p pro poměr pravděpodobnosti. <sup>2</sup> Byla potvrzena bioekvivalence mezi dávkami 9 mg a 14 mg, viz bod 5.2 Farmakokinetické vlastnosti.

*PIONEER 5 – semaglutid vs. placebo, vždy v kombinaci s bazálním inzulínem samotným, metformínem a bazálním inzulínem nebo s metformínem a/nebo deriváty sulfonylurey, u pacientů se středně těžkou poruchou funkce ledvin*

Ve 26týdenní dvojité zaslepené studii bylo 324 pacientů s diabetem 2. typu a středně těžkou poruchou funkce ledvin (eGFR 30–59 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>) randomizováno do skupiny se 14 mg semaglutidu nebo placebem jednou denně. Hodnocený přípravek se přidával ke stabilnímu režimu antidiabetické léčby pacienta před studií.

**Tabulka 6 Výsledky 26týdenní studie porovnávající semaglutid s placebem u pacientů s diabetem 2. typu a středně těžkou poruchou funkce ledvin (PIONEER 5)**

	<b>Semaglutid 14 mg<sup>2</sup> (Bioekvivalentní k 9 mg)</b>	<b>Placebo</b>
Celý analyzovaný soubor (n)	163	161
<b>HbA<sub>1c</sub> (%)</b>		
Výchozí hodnota	8,0	7,9
Změna oproti výchozí hodnotě <sup>1</sup>	-1,0	-0,2
Rozdíl oproti placebu <sup>1</sup> [95% CI]	-0,8 [-1,0; -0,6]*	-
<b>Pacienti (%), kteří dosáhli HbA<sub>1c</sub> &lt; 7,0 %</b>	58 <sup>§</sup>	23
<b>FPG (mmol/l)</b>		
Výchozí hodnota	9,1	9,1
Změna oproti výchozí hodnotě <sup>1</sup>	-1,5	-0,4
Rozdíl oproti placebu <sup>1</sup> [95% CI]	-1,2 [-1,7; -0,6] <sup>§</sup>	-
<b>Tělesná hmotnost (kg)</b>		
Výchozí hodnota	91,3	90,4
Změna oproti výchozí hodnotě <sup>1</sup>	-3,4	-0,9
Rozdíl oproti placebu <sup>1</sup> [95% CI]	-2,5 [-3,2; -1,8]*	-

<sup>1</sup> Bez ohledu na přerušení léčby nebo zahájení záchranné medikace (model smíšených vzorců za použití mnohonásobné imputace). \* p < 0,001 (neupravená 2stranná hodnota) pro superioritu, kontrolováno z hlediska mnohonásobnosti. § p < 0,05, nekontrolováno z hlediska mnohonásobnosti; u pacientů, kteří dosáhli HbA<sub>1c</sub> < 7,0 %, je hodnota p pro poměr pravděpodobnosti. <sup>2</sup> Byla potvrzena bioekvivalence mezi dávkami 9 mg a 14 mg, viz bod 5.2 Farmakokinetické vlastnosti.

*PIONEER 7 – semaglutid vs. sitagliptin, vždy v kombinaci s metformínem, inhibitory SGLT2, deriváty sulfonylurey nebo thiazolidindiony. Studie s flexibilní úpravou dávky*

V 52týdenní otevřené studii bylo 504 pacientů s diabetem 2. typu randomizováno do skupiny se semaglutidem (flexibilní úprava dávky 3 mg, 7 mg a 14 mg jednou denně) nebo se 100 mg sitagliptinu jednou denně, vždy v kombinaci s 1–2 perorálními léčivými přípravky snižujícími hladinu glukózy (metformínem, inhibitory SGLT2, deriváty sulfonylurey nebo thiazolidindiony). Dávka semaglutidu se upravovala každých 8 týdnů podle glykemické odpovědi a snášenlivosti pacienta. Dávka 100 mg sitagliptinu byla fixní. Účinnost a bezpečnost semaglutidu byla hodnocena v 52. týdnu.

V 52. týdnu byl podíl pacientů léčených 3 mg, 7 mg a 14 mg semaglutidu přibližně 10 %, respektive 30 % a 60 %.

**Tabulka 7 Výsledky 52týdenní studie s flexibilní úpravou dávky porovnávající semaglutid se sitagliptinem (PIONEER 7)**

	<b>Semaglutid Flexibilní dávka<sup>2</sup></b>	<b>Sitagliptin 100 mg</b>
Celý analyzovaný soubor (n)	253	251
<b>HbA<sub>1c</sub> (%)</b>		
Výchozí hodnota	8,3	8,3
Pacienti (%), kteří dosáhli HbA <sub>1c</sub> < 7,0 % <sup>1</sup>	58*	25

<b>Tělesná hmotnost (kg)</b>		
Výchozí hodnota	88,9	88,4
Změna oproti výchozí hodnotě <sup>1</sup>	-2,6	-0,7
Rozdíl oproti sitagliptinu <sup>1</sup> [95% CI]	-1,9 [-2,6; -1,2]*	-

<sup>1</sup> Bez ohledu na přerušení léčby (16,6 % pacientů s flexibilní dávkou semaglutidu a 9,2 % pacientů se sitagliptinem, přičemž 8,7 %, respektive 4,0 % bylo z důvodu nežádoucích příhod) nebo zahájení záchranné medikace (model smíšených vzorců za použití mnohonásobné imputace). \*  $p < 0,001$  (neupravená 2stranná hodnota) pro superioritu, kontrolováno z hlediska mnohonásobnosti (u pacientů, kteří dosáhli  $HbA_{1c} < 7,0$  %, je hodnota  $p$  pro poměr pravděpodobnosti). <sup>2</sup> Byla potvrzena bioekvivalence mezi dávkami 1,5 mg a 3 mg, mezi 4 mg a 7 mg a mezi dávkami 9 mg a 14 mg, viz bod 5.2 Farmakokinetické vlastnosti.

### *PIONEER 8 – semaglutid vs. placebo, vždy v kombinaci s inzulinem a metforminem nebo bez metforminu*

Ve 52týdenní dvojitě zaslepené studii bylo 731 pacientů s diabetem 2. typu nedostatečně kompenzovaným pomocí inzulinu (bazálního, bazálního/bolusového nebo premixovaného) s metforminem nebo bez metforminu randomizováno do skupiny se 3 mg semaglutidu, 7 mg semaglutidu, 14 mg semaglutidu nebo placebem jednou denně.

**Tabulka 8 Výsledky 52týdenní studie porovnávající semaglutid s placebem v kombinaci s inzulinem (PIONEER 8)**

	<b>Semaglutid 7 mg<sup>2</sup> (Bioekvivalentní k 4 mg)</b>	<b>Semaglutid 14 mg<sup>2</sup> (Bioekvivalentní k 9 mg)</b>	<b>Placebo</b>
Celý analyzovaný soubor (n)	182	181	184
<b>26. týden (dávka inzulinu omezena na maximálně výchozí úroveň)</b>			
<b>HbA<sub>1c</sub> (%)</b>			
Výchozí hodnota	8,2	8,2	8,2
Změna oproti výchozí hodnotě <sup>1</sup>	-0,9	-1,3	-0,1
Rozdíl oproti placebo <sup>1</sup> [95% CI]	-0,9 [-1,1; -0,7]*	-1,2 [-1,4; -1,0]*	-
<b>Pacienti (%), kteří dosáhli HbA<sub>1c</sub> &lt; 7,0 %</b>	43 <sup>§</sup>	58 <sup>§</sup>	7
<b>FPG (mmol/l)</b>			
Výchozí hodnota	8,5	8,3	8,3
Změna oproti výchozí hodnotě <sup>1</sup>	-1,1	-1,3	0,3
Rozdíl oproti placebo <sup>1</sup> [95% CI]	-1,4 [-1,9; -0,8] <sup>§</sup>	-1,6 [-2,2; -1,1] <sup>§</sup>	-
<b>Tělesná hmotnost (kg)</b>			
Výchozí hodnota	87,1	84,6	86,0
Změna oproti výchozí hodnotě <sup>1</sup>	-2,4	-3,7	-0,4
Rozdíl oproti placebo <sup>1</sup> [95% CI]	-2,0 [-3,0; -1,0]*	-3,3 [-4,2; -2,3]*	-
<b>52. týden (dávka inzulinu neomezena)<sup>+</sup></b>			
<b>HbA<sub>1c</sub> (%)</b>			
Změna oproti výchozí hodnotě <sup>1</sup>	-0,8	-1,2	-0,2
Rozdíl oproti placebo <sup>1</sup> [95% CI]	-0,6 [-0,8; -0,4] <sup>§</sup>	-0,9 [-1,1; -0,7] <sup>§</sup>	-
<b>Pacienti (%), kteří dosáhli HbA<sub>1c</sub> &lt; 7,0 %</b>	40 <sup>§</sup>	54 <sup>§</sup>	9
<b>Tělesná hmotnost (kg)</b>			
Změna oproti výchozí hodnotě <sup>1</sup>	-2,0	-3,7	0,5
Rozdíl oproti placebo <sup>1</sup> [95% CI]	-2,5 [-3,6; -1,4] <sup>§</sup>	-4,3 [-5,3; -3,2] <sup>§</sup>	-

<sup>1</sup> Bez ohledu na přerušení léčby nebo zahájení záchranné medikace (model smíšených vzorců za použití mnohonásobné imputace). \*  $p < 0,001$  (neupravená 2stranná hodnota) pro superioritu, kontrolováno z hlediska mnohonásobnosti. <sup>§</sup>  $p < 0,05$ , nekontrolováno z hlediska mnohonásobnosti; u pacientů, kteří dosáhli  $HbA_{1c} < 7,0$  %, je hodnota  $p$  pro poměr pravděpodobnosti. <sup>+</sup> Celková denní dávka inzulinu byla v 52. týdnu statisticky významně nižší u semaglutidu než u placeba.

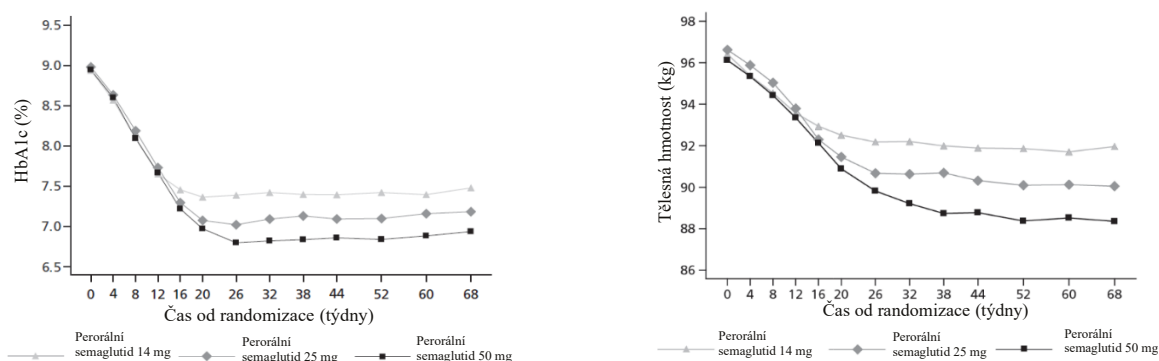
<sup>2</sup> Byla potvrzena bioekvivalence mezi dávkami 4 mg a 7 mg, stejně jako mezi dávkami 9 mg a 14 mg, viz bod 5.2 Farmakokinetické vlastnosti.

*PIONEER PLUS – Účinnost a bezpečnost semaglutidu 25 mg a 50 mg ve srovnání se semaglutidem 14 mg jednou denně u subjektů s diabetem 2. typu*

V 68týdenní dvojité zaslepené klinické studii bylo 1 606 pacientů s diabetem 2. typu na stabilních dávkách 1-3 perorálních antidiabetik (metformin, deriváty sulfonylurey, inhibitory SGLT2 nebo inhibitory DPP-4\*) randomizováno k podávání udržovacích dávek buď semaglutidu 14 mg, semaglutidu 25 mg nebo semaglutidu 50 mg jednou denně.

\*DPP-4 inhibitory měly být přerušeny při randomizaci.

Léčba semaglutidem 25 mg a 50 mg jednou denně byla superiorní ve snížení HbA<sub>1c</sub> a tělesné hmotnosti ve srovnání se semaglutidem 14 mg (viz tabulka 9). Údaje z týdne 68 podporují trvalý účinek perorálního semaglutidu 14 mg, 25 mg a 50 mg na HbA<sub>1c</sub> a tělesnou hmotnost (viz obrázek 1).



**Obrázek 1 Průměrné HbA<sub>1c</sub> a průměrná tělesná hmotnost (kg) od výchozího stavu do 68. týdne**

**Tabulka 9 Výsledky 52týdenní studie porovnávající semaglutid 25 mg a 50 mg se semaglutidem 14 mg (PIONEER PLUS)**

	Semaglutid 14 mg <sup>2</sup> (Bioekvivalentní k 9 mg)	Semaglutid 25 mg	Semaglutid 50 mg
Celý analyzovaný soubor (n)	536	535	535
<b>Týden 52</b>			
<b>HbA<sub>1c</sub> (%)</b>			
Výchozí hodnota	8,9	9,0	8,9
Změna oproti výchozí hodnotě <sup>1</sup>	-1,5	-1,8	-2,0
Rozdíl oproti přípravku Rybelsus 14 mg <sup>1</sup> [95% CI]		-0,27 [-0,42; -0,12]*	-0,53 [-0,68; -0,38]*
<b>Pacienti (%), kteří dosáhli HbA<sub>1c</sub> &lt; 7,0%</b>	39,0 <sup>§</sup>	50,5 <sup>§</sup>	63,0 <sup>§</sup>
<b>Pacienti (%), kteří dosáhli HbA<sub>1c</sub> ≤ 6,5%</b>	25,8 <sup>§</sup>	39,6 <sup>§</sup>	51,2 <sup>§</sup>
<b>FPG (mmol/l)</b>			
Výchozí hodnota	10,8	11,0	10,8
Změna oproti výchozí hodnotě <sup>1</sup>	-2,3	-2,8	-3,2
Rozdíl oproti přípravku Rybelsus 14 mg <sup>1</sup> [95% CI]		-0,46 [-0,79; -0,13] <sup>§</sup>	-0,82 [-1,15; -0,49] <sup>§</sup>
<b>Tělesná hmotnost (kg)</b>			
Výchozí hodnota	96,4	96,6	96,1
Změna oproti výchozí hodnotě <sup>1</sup>	-4,4	-6,7	-8,0
Rozdíl oproti přípravku Rybelsus 14 mg <sup>1</sup> [95% CI]		-2,32 [-3,11; -1,53]*	-3,63 [-4,42; -2,84]*

<sup>1</sup>Bez ohledu na přerušeni léčby nebo zahájení záchranné medikace (model smíšených vzorů za použití mnohonásobné imputace). \* p < 0,001 (neupravená 2stranná hodnota) pro superioritu, kontrolováno z hlediska mnohonásobnosti. <sup>§</sup> p < 0,05, nekontrolováno z hlediska mnohonásobnosti; u pacientů, kteří dosáhli HbA<sub>1c</sub> < 7,0 % je hodnota p pro poměr pravděpodobnosti. <sup>2</sup>Byla potvrzena bioekvivalence mezi dávkami 9 mg a 14 mg, viz bod 5.2 Farmakokinetické vlastnosti.

Kardiovaskulární výsledky

## SOUL: Kardiovaskulární studie u pacientů s diabetem 2. typu

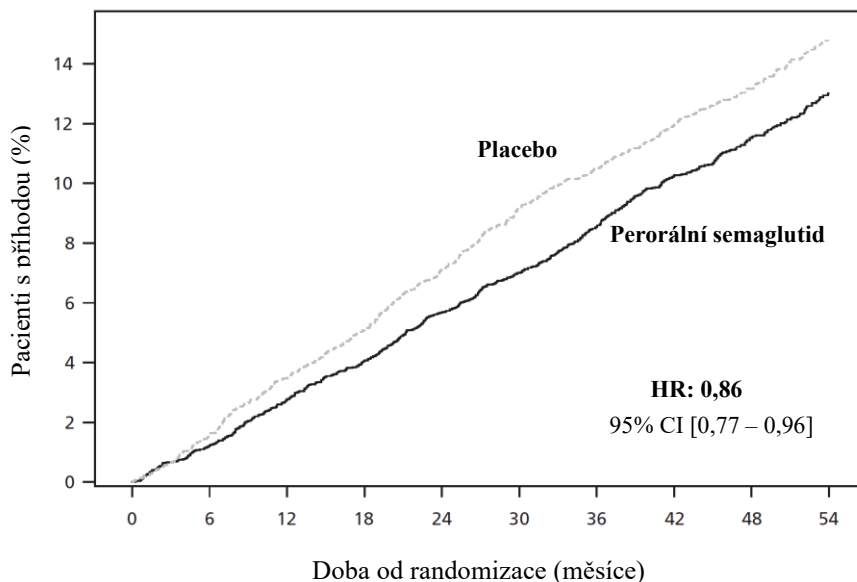
Ve dvojitě zaslepené, placebem kontrolované studii řízené událostmi bylo 9 650 pacientů ve věku 50 let a starších s diabetem 2. typu s vysokým kardiovaskulárním rizikem, definovaným jako prokázané kardiovaskulární onemocnění a/nebo chronické onemocnění ledvin, randomizováno buď k léčbě semaglutidem 14 mg (bioekvivalentní k semaglutidu 9 mg) jednou denně, nebo placebem jednou denně navíc ke standardní terapii.

Celkem 5 468 pacientů (56,7 %) mělo prokázané kardiovaskulární onemocnění bez chronického onemocnění ledvin, 1 241 (12,9 %) mělo pouze chronické onemocnění ledvin a 2 620 (27,2 %) mělo kardiovaskulární onemocnění a onemocnění ledvin. Průměrný věk na počátku studie byl 66,1 let a 71,1 % pacientů byli muži. Průměrná doba trvání diabetu byla 15,4 roku, průměrná hodnota HbA<sub>1c</sub> byla 8,0 %, průměrné BMI bylo 31,1 kg/m<sup>2</sup> a průměrná hodnota eGFR byla 73,8 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>. Anamnéza zahrnovala cévní mozkovou příhodu (15,4 %), infarkt myokardu (40,0 %) a onemocnění periferních tepen (15,7 %). Na počátku studie bylo 26,9 % pacientů léčeno inhibitory sodíko-glukózového kotransportéru 2 (SGLT2).

Primární cílový parametr byl čas od randomizace do prvního výskytu závažné nežádoucí kardiovaskulární příhody (MACE): úmrtí z kardiovaskulárních příčin, nefatální infarkt myokardu nebo nefatální cévní mozková příhoda. Primární cílový parametr, čas do první příhody MACE, se vyskytl u 1 247 z 9 650 zařazených pacientů, 579 prvních příhod MACE (12,0 %) bylo zaznamenáno u 4 825 pacientů léčených semaglutidem v porovnání s 668 prvními příhodami MACE (13,8 %) u 4 825 pacientů léčených placebem.

Superiorita semaglutidu oproti placebu v případě MACE byla potvrzena s poměrem rizik 0,86 [0,77; 0,96] [95% CI], což odpovídá relativnímu snížení rizika MACE o 14 % (viz obrázek 2). Snížení MACE u semaglutidu bylo konzistentní napříč podskupinami podle věku, pohlaví, rasy, etnického původu, BMI na počátku studie nebo stupně poškození funkce ledvin.

Analýza první kompozitní renální události (první potvrzující sekundární cílový parametr) vedla k poměru rizik 0,91 [0,80; 1,05] [95% CI].



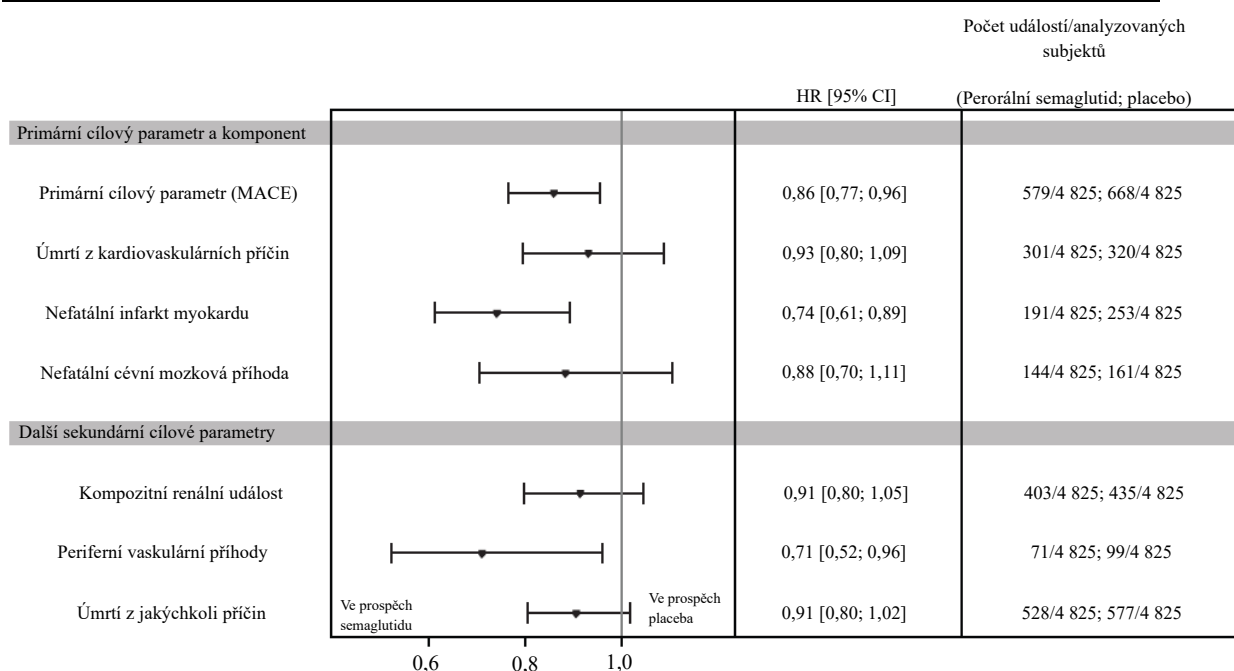
### Počet pacientů s rizikem

Perorální semaglutid	4825	4743	4635	4542	4438	4346	4239	3831	2555	1346
Placebo	4825	4718	4583	4455	4322	4194	4101	3727	2517	1346

Data z období během studie a na základě úplného souboru analýzy. Odhady kumulativní incidence jsou založeny na době od randomizace do první příhody MACE potvrzeného EAC, přičemž úmrtí jiné než KV je modelováno jako konkurenční riziko pomocí Aalenova-Johansenova odhadu. Subjekty bez zajímavých příhod byly cenzorovány na konci jejich sledovaného období ve studii. Doba od randomizace do prvního MACE byla analyzována pomocí Coxova modelu proporcionálních rizik s léčbou jako kategorickým fixním faktorem. Poměr rizik a interval spolehlivosti jsou upraveny pro skupinový sekvenční design pomocí uspořádání poměru pravděpodobnosti.

KV: kardiovaskulární, EAC: výbor pro posuzování událostí, MACE: závažné nežádoucí kardiovaskulární příhody.

## Obrázek 2: Graf funkce kumulativní incidence čas od randomizace do první příhody MACE



Data z období během studie a na základě úplného souboru analýzy. Doba od randomizace do každého cílového parametru byla analyzována pomocí Coxova modelu proporcionálních rizik s léčbou jako kategoriálním fixním faktorem. Subjekty bez zajímavých příhod, byly cenzorovány na konci jejich období ve studii. Pro primární cílový parametr byly HR a CI upraveny pro skupinový sekvenční design pomocí uspořádání poměru pravděpodobnosti. Úmrtí z kardiovaskulárních příčin zahrnuje jak kardiovaskulární úmrtí, tak úmrtí z jakýchkoli příčin. HR: poměr rizik CI: interval spolehlivosti KV: kardiovaskulární, MI: infarkt myokardu.

Kompozitní renální událost: cílový parametr sestávající z kardiovaskulárního úmrtí, úmrtí z renálních příčin, nástupu trvalého  $\geq 50\%$  snížení odhadované glomerulární filtrace (CKD-EPI) ve srovnání s výchozím stavem, nástupu trvalé eGFR (CKD-EPI)  $< 15$  ml/min/1,73 m<sup>2</sup> nebo zahájení chronické terapie náhradou funkce ledvin (dialýza nebo transplantace ledviny).

MALE: periferní vaskulární příhody; složený cílový parametr sestávající se z hospitalizace pro akutní nebo chronickou končetinovou ischemii.

## Obrázek 3: Účinek léčby pro primární cílový parametr, jeho složky a další sekundární cílové parametry (SOUL)

### PIONEER 6: Kardiovaskulární studie u pacientů s diabetem 2. typu

Ve dvojitě zaslepené studii (PIONEER 6) bylo 3 183 pacientů, 50 let nebo starších s diabetem 2. typu s vysokým kardiovaskulárním rizikem randomizováno do skupiny se semaglutidem 14 mg (bioekvivalentní k semaglutidu 9 mg) jednou denně nebo s placebem navíc ke standardní terapii. Medián doby sledování byl 16 měsíců. Studie PIONEER 6 byla kardiovaskulární studie (CVOT) provedená před schválením registrace, jejímž cílem bylo stanovit kardiovaskulární bezpečnost.

Primární cílový parametr byl čas od randomizace do prvního výskytu závažné nežádoucí kardiovaskulární příhody (MACE): úmrtí z kardiovaskulárních příčin, nefatální infarkt myokardu nebo nefatální cévní mozková příhoda.

Celkový počet prvních příhod MACE byl 137: 61 (3,8 %) u semaglutidu a 76 (4,8 %) u placeba. Analýza času do první příhody MACE měla za výsledek HR 0,79 [0,57; 1,11]<sub>95% CI</sub>.

### Tělesná hmotnost

Na konci léčby semaglutidem dosáhlo 27–65,7 % pacientů váhového úbytku  $\geq 5$  % a 6–34,7 % pacientů dosáhlo váhového úbytku  $\geq 10$  %, ve srovnání s 12–39 % respektive 2–8 % s aktivními komparátory.

V kardiovaskulární studii SOUL bylo pozorováno snížení tělesné hmotnosti od výchozího stavu do 104. týdne u semaglutidu oproti placebo, a to navíc ke standardní terapii (-4,22 kg oproti -1,27 kg).

### Krevní tlak

Léčba semaglutidem snížila systolický krevní tlak o 2–7 mmHg.

### Pediatrická populace

Evropská agentura pro léčivé přípravky udělila odklad povinnosti předložit výsledky studií s přípravkem Rybelsus u jedné nebo více podskupin pediatrické populace s diabetem 2. typu (informace o použití u dětí viz bod 4.2).

## **5.2 Farmakokinetické vlastnosti**

Existují dvě lékové formy tablet se semaglutidem:

- 1,5 mg, 4 mg a 9 mg (kulaté tablety)
- 3 mg, 7 mg a 14 mg (oválné tablety)

U obou lékových forem lze očekávat podobnou účinnost a bezpečnost. Bioekvivalentní dávky obou lékových forem jsou uvedeny v tabulce níže.

**Tabulka 10 Stejná účinnost u obou perorálních lékových forem**

Dávka	Jedna kulatá tableta		Jedna oválná tableta
Počáteční dávka	1,5 mg	Stejná účinnost jako	3 mg
Udržovací dávky	4 mg	Stejná účinnost jako	7 mg
	9 mg	Stejná účinnost jako	14 mg

### Absorpce

Perorálně podávaný semaglutid má nízkou absolutní biologickou dostupnost a variabilní absorpci. Denní podávání podle doporučeného dávkování v kombinaci s dlouhým poločasem snižuje každodenní fluktuaci expozice.

Farmakokinetika semaglutidu byla rozsáhle popsána u zdravých subjektů a u pacientů s diabetem 2. typu. Po perorálním podání semaglutidu bylo dosaženo maximální plazmatické koncentrace přibližně za 1 hodinu po podání dávky. Expozice v ustáleném stavu bylo dosaženo po 4–5 týdnech při podávání jednou denně. U pacientů s diabetem 2. typu byly průměrné koncentrace v ustáleném stavu přibližně, jak je uvedeno níže:

4 mg (bioekvivalentní k 7 mg): Průměrná koncentrace byla 7 nmol/l, přičemž 90 % subjektů léčených semaglutidem 7 mg mělo průměrnou koncentraci mezi 2 a 22 nmol/l.

9 mg (bioekvivalentní ke 14 mg): Průměrná koncentrace byla 15 nmol/l, přičemž 90 % subjektů léčených semaglutidem 14 mg mělo průměrnou koncentraci mezi 4 a 45 nmol/l.

25 mg: Průměrná koncentrace byla 47 nmol/l, přičemž 90 % subjektů léčených semaglutidem 25 mg mělo průměrnou koncentraci mezi 11 a 142 nmol/l.

50 mg: Průměrná koncentrace byla 92 nmol/l, přičemž 90 % subjektů léčených semaglutidem 50 mg mělo průměrnou koncentraci mezi 23 a 279 nmol/l.

Systémová expozice semaglutidu se zvyšovala úměrně dávce.

Podle údajů získaných *in vitro* přispívá natrium-salkaprozát k absorpci semaglutidu. K absorpci semaglutidu dochází převážně v žaludku.

Odhadovaná biologická dostupnost semaglutidu po perorálním podání je přibližně 1-2 %. Variabilita absorpce mezi subjekty byla vysoká (variační koeficient byl přibližně 100 %). Odhad variability biologické dostupnosti u subjektů nebyl spolehlivý.

Absorpce semaglutidu se snižuje, pokud se užívá s jídlem nebo s velkým množstvím vody. Byly zkoumány různé režimy dávkování semaglutidu. Studie ukazují, že delší období nalačno před a po podání dávky vede k vyšší absorpci (viz bod 4.2).

### Distribuce

Odhadovaný absolutní distribuční objem u subjektů s diabetem 2. typu je přibližně 8 l. Semaglutid se ve značné míře váže na plazmatické proteiny (> 99 %).

### Biotransformace

Semaglutid je metabolizován cestou proteolytického štěpení hlavního peptidového řetězce a sekvenční beta-oxidací postranního řetězce mastné kyseliny. Předpokládá se, že na metabolizaci semaglutidu se podílí enzym-neutrální endopeptidáza (NEP).

### Eliminace

Primárními cestami exkrece materiálu souvisejícího se semaglutidem je moč a stolice. Přibližně 3 % absorbované dávky se vylučuje v moči ve formě intaktního semaglutidu.

S poločasem eliminace přibližně 1 týden bude semaglutid přítomen v krevním oběhu asi 5 týdnů po poslední dávce. Clearance semaglutidu u pacientů s diabetem 2. typu je přibližně 0,04 l/h.

### Zvláštní populace

#### *Starší pacienti*

Podle údajů z klinických studií, které zahrnovaly pacienty ve věku až 92 let, neměl věk žádný vliv na farmakokinetiku semaglutidu.

#### *Pohlaví*

Pohlaví nemělo žádný klinicky významný vliv na farmakokinetiku semaglutidu.

#### *Rasa a etnická příslušnost*

Rasa (bílá, černá nebo afroamerická, asijská) ani etnická příslušnost (hispanická či latinskoamerická, jiná než hispanická či latinskoamerická) neměly žádný klinicky významný vliv na farmakokinetiku semaglutidu.

#### *Tělesná hmotnost*

Tělesná hmotnost měla vliv na expozici semaglutidu. Vyšší tělesná hmotnost byla spojena s nižší expozicí. Semaglutid poskytoval adekvátní systémovou expozici při tělesné hmotnosti v rozsahu 40–212 kg hodnoceném v klinických studiích.

#### *Porucha funkce ledvin*

Porucha funkce ledvin neovlivnila farmakokinetiku semaglutidu v klinicky relevantní míře. Farmakokinetika semaglutidu byla hodnocena ve studii s 10 po sobě následujícími dny podávání semaglutidu jednou denně u pacientů s lehkou, středně těžkou nebo těžkou poruchou funkce ledvin a u pacientů v konečném stadiu onemocnění ledvin na dialýze v porovnání se subjekty s normální funkcí ledvin. To bylo na základě údajů ze studií fáze 3a prokázáno také u subjektů s diabetem 2. typu a poruchou funkce ledvin.

#### *Porucha funkce jater*

Porucha funkce jater neovlivnila farmakokinetiku semaglutidu v klinicky relevantní míře. Farmakokinetika semaglutidu byla hodnocena ve studii s 10 po sobě následujícími dny podávání semaglutidu jednou denně u pacientů s lehkou, středně těžkou nebo těžkou poruchou funkce jater v porovnání se subjekty s normální funkcí jater.

### *Onemocnění horního gastrointestinálního traktu*

Onemocnění horního gastrointestinálního traktu (chronická gastritida a/nebo refluxní choroba jícnu) neovlivnila farmakokinetiku semaglutidu v klinicky relevantní míře. Farmakokinetika byla hodnocena u pacientů s diabetem 2. typu s onemocněním horního gastrointestinálního traktu nebo bez něj, kterým byl podáván semaglutid jednou denně po dobu 10 po sobě následujících dní. To bylo na základě údajů ze studií fáze 3a prokázáno také u subjektů s diabetem 2. typu a onemocněním horního gastrointestinálního traktu.

### Pediatrická populace

Semaglutid nebyl u pediatrických pacientů hodnocen.

## **5.3 Předklinické údaje vztahující se k bezpečnosti**

Neklinické údaje získané na základě konvenčních farmakologických studií bezpečnosti, toxicity po opakovaném podávání nebo genotoxicity neodhalily žádné zvláštní riziko pro člověka.

Nonletální tumory C-buněk štítné žlázy pozorované u hlodavců jsou skupinovým účinkem agonistů receptoru GLP-1. Ve 2letých studiích kancerogenity na potkaních a myších způsoboval semaglutid při klinicky relevantních expozicích tumory C-buněk štítné žlázy. Žádné jiné tumory spojené s léčbou nebyly pozorovány. Tumory C-buněk u hlodavců jsou způsobeny nongenotoxickým, specifickým receptorem GLP-1 zprostředkovaným mechanismem, na který jsou hlodavci zvláště citliví. Význam pro člověka je považován za nízký, ale nemůže být zcela vyloučen.

Ve studiích fertility u potkanů neovlivnil semaglutid páření ani samčí fertilitu. U potkaních samic bylo při dávkách, které byly spojeny s úbytkem tělesné hmotnosti matky, pozorováno prodloužení estrálního cyklu a malý pokles žlutých tělísek (ovulací).

Ve studiích embryofetálního vývoje u potkanů způsoboval semaglutid embryotoxicitu při nižších než klinicky významných expozicích. Semaglutid způsoboval značnou snížení tělesné hmotnosti matek a snižoval přežívání a růst embryí. U plodů byly pozorovány závažné kosterní a viscerální malformace, včetně účinků na dlouhé kosti, žebra, obratle, ocas, krevní cévy a mozkové komory. Hodnocení mechanismu naznačují, že na embryotoxicitě se podílela receptorem GLP-1 zprostředkovaná porucha nutričního zásobování embrya přes žloutkový váček potkanů. Vzhledem k druhovým rozdílům v anatomii a funkci žloutkového váčku a vzhledem k nedostatečné expresi receptoru GLP-1 v žloutkovém váčku nehumánních primátů se má za to, že tento mechanismus pravděpodobně není pro člověka relevantní. Přímý účinek semaglutidu na plod však nelze vyloučit.

Ve studiích vývojové toxicity u králíků a makaků jávských byla při klinicky relevantních expozicích pozorována zvýšená ztráta březosti a mírně zvýšená incidence fetálních abnormalit. Tato zjištění jsou ve shodě se značným úbytkem tělesné hmotnosti matek až o 16 %. Zda mají tyto účinky souvislost se sníženým příjmem potravy u matek v důsledku přímého účinku GLP-1, není známo.

Postnatální růst a vývoj byly hodnoceny u makaků jávských. Mláďata byla při porodu trochu menší, ale během období kojení se zotavila.

U juvenilních potkanů semaglutid způsoboval opožděné pohlavní dospívání u samců i u samic. Toto opoždění nemělo žádný dopad na fertilitu a reprodukční schopnost žádného z pohlaví ani na schopnost samic donosit plod.

## **6. FARMACEUTICKÉ ÚDAJE**

### **6.1 Seznam pomocných látek**

Natrium-salkaprozát  
Magnesium-stearát

## **6.2 Inkompatibility**

Neuplatňuje se.

## **6.3 Doba použitelnosti**

3 roky

## **6.4 Zvláštní opatření pro uchovávání**

Uchovávejte v původním blistrovém obalu, aby byl přípravek chráněn před světlem a vlhkostí. Tento léčivý přípravek nevyžaduje žádné zvláštní teplotní podmínky uchovávání.

## **6.5 Druh obalu a obsah balení**

Al/Al blistry.

Velikosti balení: 10, 30, 60, 90 a 100 tablet.

Na trhu nemusí být všechny velikosti balení.

## **6.6 Zvláštní opatření pro likvidaci přípravku**

Veškerý nepoužitý léčivý přípravek nebo odpad musí být zlikvidován v souladu s místními požadavky.

## **7. DRŽITEL ROZHODNUTÍ O REGISTRACI**

Novo Nordisk A/S  
Novo Allé  
DK-2880 Bagsværd  
Dánsko

## **8. REGISTRAČNÍ ČÍSLA**

EU/1/20/1430/016  
EU/1/20/1430/017  
EU/1/20/1430/018  
EU/1/20/1430/019  
EU/1/20/1430/020  
EU/1/20/1430/021  
EU/1/20/1430/022  
EU/1/20/1430/023  
EU/1/20/1430/024  
EU/1/20/1430/025  
EU/1/20/1430/026  
EU/1/20/1430/027  
EU/1/20/1430/028  
EU/1/20/1430/029  
EU/1/20/1430/030  
EU/1/20/1430/031  
EU/1/20/1430/032  
EU/1/20/1430/033  
EU/1/20/1430/034  
EU/1/20/1430/035  
EU/1/20/1430/036

EU/1/20/1430/037  
EU/1/20/1430/038  
EU/1/20/1430/039  
EU/1/20/1430/040

## **9. DATUM PRVNÍ REGISTRACE/PRODLOUŽENÍ REGISTRACE**

Datum první registrace: 03. dubna 2020

Datum posledního prodloužení registrace: 22. listopadu 2024

## **10. DATUM REVIZE TEXTU**

11/2025

Podrobné informace o tomto léčivém přípravku jsou k dispozici na webových stránkách Evropské agentury pro léčivé přípravky <https://www.ema.europa.eu>