

ІНСТРУКЦІЯ
для медичного застосування препарату

ВЕЛБУТРИН™SR
(WELLBUTRIN SR)

Склад:

діюча речовина: 1 таблетка містить бупропіону гідрохлориду 150 мг;

допоміжні речовини: целюлоза мікрокристалічна, гіпромелоза, цистеїну гідрохлориду моногідрат, магнію стеарат, концентрат білого барвника (Opadry OY-7300 Білий або Opadry YS-1-18202-A Білий), віск карнаубський, чорна харчова фарба.

Лікарська форма. Таблетки, вкриті оболонкою, пролонгованої дії.

Фармакотерапевтична група. Антидепресанти. Код АТС N06A X12.

Клінічні характеристики.

Показання. Лікування депресивних станів. У випадку позитивної реакції пацієнта на лікування продовжують терапію Велбутрином для попередження рецидивів та запобігання повторенню депресивних епізодів у майбутньому.

Протипоказання.

Велбутрин протипоказаний хворим з гіперчутливістю до бупропіону або будь-якого з компонентів препарату.

Велбутрин протипоказаний пацієнтам із судомами.

Велбутрин протипоказаний пацієнтам, які на даний час раптово припинили вживання алкоголю або седативних препаратів.

Таблетки Велбутрину містять бупропіон, тому їх не можна призначати хворим, які отримують будь-який інший препарат, що містить бупропіон, оскільки частота розвитку судом є дозозалежною.

Велбутрин протипоказаний хворим з існуючою на даний час або в анамнезі нервовою булімією або анорексією, оскільки в цій групі хворих спостерігалася більша частота розвитку судом при призначенні форми бупропіону швидкого вивільнення.

Одночасний прийом Велбутрину та інгібіторів моноаміноксидазы протипоказаний. Між відміною інгібіторів MAO та початком лікування Велбутрином має пройти не менше 14 днів.

Спосіб застосування та дози.

Препарат починає діяти не раніше, ніж через 14 днів після початку терапії. Як і при застосуванні інших антидепресантів, повний ефект препарату спостерігається лише через кілька тижнів лікування.

Таблетки Велбутрину слід ковтати цілими, не розламуючи і не розжовуючи, оскільки як наслідок може збільшитися ризик виникнення побічних дій, включаючи судом.

За даними досліджень можна припустити, що рівень бупропіону може підвищуватись, якщо його приймати разом з їжею.

Дорослі

Максимальна одноразова доза не має перевищувати 150 мг. Таблетки Велбутрину застосовувати за два прийоми з інтервалом не менш ніж 8 годин.

Поширеною побічною дією при прийомі препарату є безсоння, яке часто має минучий характер. Зменшити частоту виникнення цього явища можна, якщо утримуватись від застосування препарату перед сном (за умови дотримання 8-годинного інтервалу між дозами) або зменшити дозу препарату, якщо це клінічно обґрунтовано.

Початкове лікування:

Початкова доза становить 150 мг 1 раз на добу.

Повний антидепресивний ефект Велбутрину, як і інших антидепресантів, може проявитися не раніше,

Інструкцію завантажено з сайту www.dovgolit.com

ніж через кілька тижнів після початку лікування.

Хворі, для яких доза 150 мг на добу є недостатньою, можуть відчувати покращання при збільшенні дози до максимальної – 300 мг на добу (150 мг 2 рази на добу).

Підтримуюча терапія:

Гострі епізоди депресії потребують лікування антидепресантами протягом щонайменше 6 місяців. Встановлено, що Велбутрин у дозі 300 мг на добу ефективний протягом тривалого (до 1 року) періоду лікування.

Застосування хворим літнього віку

Оскільки не можна виключити підвищену чутливість у деяких хворих літнього віку до препарату, може знадобитись зменшення частоти прийому або дози препарату.

Застосування пацієнтам з порушенням функції нирок

Лікування слід розпочинати зменшеними дозами та або з меншою частотою, оскільки бупропіон та його метаболіти у таких пацієнтів акумулюються більшою мірою, ніж звичай.

Застосування пацієнтам з порушенням функції печінки

Пацієнтам з патологією печінки Велбутрин застосовують з обережністю. Зважаючи на підвищену варіабельність фармакокінетики препарату, пацієнтам з легким та помірним ступенем цирозу печінки необхідно робити більші інтервали між дозами.

Пацієнтам з тяжким ступенем цирозу печінки Велбутрин потрібно застосовувати надзвичайно обережно. У таких хворих доза не має перевищувати 150 мг через день.

Побічні реакції.

За результатами клінічного застосування побічна дія систематизована за органами і системами та частотою виникнення. За частотою виникнення розподілена на такі категорії:

дуже часто ≥ 1 на 10, часто ≥ 1 на 100 та < 1 на 10, нечасто ≥ 1 на 1000 та < 1 на 100, рідко ≥ 1 на 10000 та < 1 на 1000, дуже рідко < 1 на 10000.

*Імунна система**

Часто: реакції гіперчутливості, такі як кропив'янка.

Дуже рідко: більш тяжкі реакції гіперчутливості, включаючи ангіоневротичний набряк, задишку/бронхоспазм або анафілактичний шок.

Артралгія, міалгія і гарячка також мають місце у зв'язку з висипаннями та іншими симптомами гіперчутливості уповільненого типу. Ці симптоми можуть нагадувати сироваткову хворобу.

* див. також *Шкіра та підшкірні тканини.*

Метаболізм та розлади травлення

Часто: анорексія.

Нечасто: зменшення маси тіла.

Дуже рідко: порушення рівня глюкози крові.

Психічні порушення

Дуже часто: безсоння.

Часто: збудження, тривожність.

Нечасто: депресія, дезорієнтованість.

Дуже рідко: агресивність, ворожість, дратівливість, неспокій, галюцинації, незвичні сни, деперсоналізація, марення, параноїдальне мислення.

Центральна нервова система

Дуже часто: головний біль.

Часто: тремор, запаморочення, порушення смаку.

Нечасто: розлади концентрації уваги.

Рідко: судоми (див. «Особливості застосування»).

Дуже рідко: дистонія, атаксія, хвороба Паркінсона, розлад координації рухів, порушення пам'яті, парестезії, непритомність.

Очні симптоми

Часто: розлад зору.

Слухові порушення

Часто: дзвін у вухах.

Порушення з боку серця

Нечасто: тахікардія.

Дуже рідко: сильне серцебиття.

Судинні порушення

Часто: підвищення артеріального тиску (у деяких випадках значне), почервоніння.

Дуже рідко: вазодилатація, постуральна гіпотензія.

Порушення з боку травного тракту

Дуже часто: сухість у роті, шлунково-кишкові розлади, що включають нудоту і блювання.

Часто: біль у животі, запори.

Гепатобіліарні порушення

Дуже рідко: підвищення рівня печінкових ферментів, жовтяниця, гепатит.

Шкіра та підшкірні тканини*

Часто: висипання, свербіж, пітливість.

Дуже рідко: поліморфна еритема та синдром Стівенса-Джонсона.

* див. також *Імунна система*

Опорно-руховий апарат та сполучні тканини

Дуже рідко: посмикування м'язів.

Нирки та сечовидільна система

Дуже рідко: збільшення частоти сечовиділення та/або його затримка.

Загальні розлади

Часто: гарячка, біль у грудях, астенія.

Передозування.

Крім ефектів, описаних у розділі «Побічні реакції», передозування спричиняє симптоми, що проявляються сонливістю, втратою свідомості та такими змінами на ЕКГ як порушення провідності (включаючи подовження інтервалу QRS) або аритмії. Є відомості про одноразовий прийом дози, що у 10 разів перевищував максимальну терапевтичну.

Лікування: у разі передозування рекомендується госпіталізація з контролем ЕКГ та показників життєвих функцій. Необхідно переконатися в адекватній прохідності дихальних шляхів, оксигенації та вентиляції. Рекомендується застосування активованого вугілля. Специфічний антидот для бупропіону невідомий. Подальше лікування залежить від клінічного стану пацієнта або рекомендацій спеціалізованого закладу з лікування отруєнь при наявності.

Застосування у період вагітності або годування груддю.

Безпека застосування Велбутрину у період вагітності не встановлена.

Призначення Велбутрину під час вагітності припустимо лише у випадках, коли очікувана користь буде вища за можливий ризик.

За даними ретроспективного дослідження (7006 немовлят), не було відзначено збільшення рівня вроджених (2,3 %) або серцево-судинних (1,1 %) вад розвитку після застосування бупропіону (1213 немовлят) у I триместрі вагітності порівняно із застосуванням інших антидепресантів (4743 немовлят) у I триместрі вагітності (2,3 % і 1,1 % для вроджених та серцево-судинних вад відповідно або при застосуванні бупропіону (1049 немовлят) після I триместру (2,2 % і 1,1 % відповідно).

Оцінка досліджень на тваринах не виявила прямого або непрямого шкідливого впливу на розвиток ембріона і плода, перебіг вагітності, пери- і постнатальний розвиток.

Оскільки бупропіон та його метаболіти екскретуються у грудне молоко, матерям, рекомендовано відмовитися від грудного годування у період прийому Велбутрину.

Діти.

Препарат не призначений для лікування дітей і підлітків віком до 18 років. Ефективність і безпека

застосування препарату для цієї вікової групи не встановлена.

Особливості застосування.

Судоми

Рекомендовану дозу Велбутрину не слід перевищувати, оскільки для бупропіону характерний дозозалежний розвиток судом. У дозах, що не перевищують максимально рекомендовану добову дозу (до 300 мг Велбутрину на добу), частота розвитку судом становить приблизно 0,1 % (1/1000).

Ризик розвитку судом, пов'язаний із застосуванням Велбутрину, тісно корелює з наявністю факторів ризику. Тому Велбутрин з особливою обережністю слід призначати хворим з одним або кількома факторами, що сприяють зниженню порога судомної готовності. Ці фактори включають:

- травму голови в анамнезі;
- пухлини центральної нервової системи;
- судоми в анамнезі;
- одночасне призначення інших препаратів, що знижують судомний поріг.

Крім того, слід бути обережними у клінічних випадках, пов'язаних із підвищеним ризиком судом. Вони включають зловживання алкоголем або седативними препаратами, діабет, для лікування якого застосовуються цукрознижувальні препарати та інсулін, застосування стимуляторів або анорексантів.

Велбутрин слід відмінити і не призначати повторно пацієнтам, у яких спостерігалися судомні напади під час лікування.

Реакції гіперчутливості

Прийом Велбутрину потрібно припинити, якщо у пацієнта у процесі лікування виникли симптоми гіперчутливості (див. розділ «Побічна дія»). Клініцисту також слід мати на увазі, що ці симптоми можуть зберігатись і після відміни препарату, тому потрібно забезпечити хворого необхідним клінічним наглядом та лікуванням.

Печінкова недостатність

Бупропіон інтенсивно метаболізується у печінці до активних метаболітів, які підлягають подальшому метаболізму. Не спостерігалось статистично достовірної різниці у фармакокінетиці бупропіону у пацієнтів з легким та помірним ступенем цирозу печінки порівняно зі здоровими добровольцями, але рівні бупропіону у плазмі окремих пацієнтів були дуже варіабельні. Тому Велбутрин потрібно з обережністю застосовувати пацієнтам з патологією печінки, зменшуючи частоту дозування у хворих із легким та помірним ступенем цирозу печінки.

Велбутрин необхідно вкрай обережно призначати пацієнтам з тяжким цирозом печінки. Цим хворим необхідно зменшити частоту дозування, оскільки пікові концентрації бупропіону в них значно підвищені і значно більшою мірою, ніж зазвичай, відбувається накопичення препарату.

Усіх пацієнтів з патологією печінки необхідно ретельно обстежувати на предмет можливих побічних явищ (наприклад, безсоння, сухість у роті, судоми), які можуть вказувати на високі рівні препарату або його метаболітів.

Хворі з нирковою недостатністю та хворі літнього віку

Бупропіон та його метаболіти виводяться переважно нирками. Тому лікування хворих з ураженнями нирок слід розпочинати зі зменшених доз або частоти прийому, оскільки бупропіон та його метаболіти у таких хворих накопичуються більшою мірою, ніж зазвичай. Необхідний ретельний нагляд за хворим через ризик розвитку можливих побічних ефектів (наприклад, безсоння, сухість у роті, судоми), які можуть вказувати на високі рівні препарату або його метаболітів.

Клінічний досвід застосування бупропіону не виявив будь-яких розбіжностей щодо переносимості у людей літнього віку порівняно з іншими дорослими пацієнтами. Однак не можна виключати наявності більшої чутливості до препарату у деяких літніх осіб, тому слід зменшувати частоту прийому або дозу препарату.

Погіршення клінічного стану та ризик суїцидів, асоційованих із психічними розладами

У пацієнтів, хворих з депресією, може загострюватись симптоматика депресивного стану та/або здатність до сприйняття та формування суїцидальних думок і поведінки (суїцидальність), незалежно від того, приймають вони антидепресивні препарати чи ні. Ризик цього залишається протягом усього

часу до початку істотної ремісії. Оскільки покращання стану може не настати під час перших тижнів (або більше) лікування, пацієнт має бути під пильним наглядом з метою виявлення ознак клінічного погіршення стану (включаючи появу нових симптомів) або суїцидальності, особливо на початку курсу лікування або під час зміни дозування, як збільшення його, так і зменшення. З огляду на загальний клінічний досвід вважається, що при застосуванні всіх антидепресантів існує ризик збільшення суїцидів на ранніх стадіях одужання.

Хворі із суїцидальною поведінкою або намірами в анамнезі, хворі молодого віку та хворі, які виявляють великою мірою здатність до формування та сприйняття суїцидальних ідей до початку лікування, є групою великого ризику стосовно суїцидальних думок та суїцидальних спроб, тому мають бути під пильним контролем під час лікування.

Додатково було проведено мета-аналіз плацебо контрольованих клінічних досліджень із застосуванням антидепресантів для лікування дорослих осіб з великими депресивними розладами та іншими психічними розладами, який показав збільшення ризику появи суїцидальних думок та поведінки, асоційованих із прийомом антидепресантів порівняно з плацебо у пацієнтів віком до 25 років.

Пацієнтів (та осіб, які доглядають за пацієнтами) слід попередити про необхідність пильного контролю за будь-яким погіршенням їхнього стану (включаючи появу нових симптомів) та/або появою суїцидальних думок/поведінки або намірів заподіяти собі шкоду. У разі появи таких симптомів слід одразу звернутися по медичну допомогу. Треба мати на увазі, що поява нейропсихічних симптомів може бути пов'язана як з основною хворобою, так і з прийомом препарату.

Хворі з погіршенням стану (включаючи розвиток нових симптомів) та/або появою суїцидальних думок/поведінки, особливо якщо ці симптоми є тяжкими, виникають раптово або не є частиною існуючих симптомів, потребують вирішення питання про заміну терапевтичного режиму лікування, враховуючи можливість припинення лікування.

Нейропсихічні симптоми, включаючи манію та біполярні розлади

Існують повідомлення про появу нейропсихічних симптомів. Зокрема у пацієнтів, хворих на психічні захворювання, спостерігалася психотична та маніакальна симптоматика. Додатково великий депресивний епізод може бути початковим проявом біполярного розладу. Існує загальноприйнята думка (але не підтверджена клінічними дослідженнями), що лікування таких епізодів антидепресантами самостійно може збільшувати ймовірність посилення змішаних/маніакальних епізодів у хворих з ризиком розвитку біполярних розладів. Обмежені клінічні дані про застосування бупропіону у комбінації зі стабілізаторами настрою у хворих на біполярні розлади в анамнезі дають можливість припустити низький ступінь появи манії. До початку лікування антидепресантами хворим слід пройти адекватну перевірку з метою виявлення у них ризику появи біполярних розладів, така перевірка включає в себе збирання деталізованого психіатричного анамнезу, в тому числі анамнезу у членів сім'ї про наявність суїцидів, біполярних розладів та депресії.

Лікування антидепресантами пов'язане зі збільшеним ризиком виникнення суїцидальних думок та поведінки у дітей і підлітків, хворих на депресивні та інші психічні розлади.

Серцево-судинні захворювання

Клінічний досвід застосування бупропіону для лікування депресії у хворих на серцево-судинні захворювання обмежений. Тому препарат слід застосовувати з обережністю. Однак у клінічних дослідженнях із застосуванням бупропіону для відвикання від куріння у хворих із серцево-судинними хворобами препарат переносився добре.

Артеріальний тиск

У клінічному дослідженні за участю хворих, які не хворіли на депресію (включаючи як пацієнтів, які курили, так і пацієнтів, які не курили) і мали неліковану I стадію артеріальної гіпертензії, застосування бупропіону не призводило до статистично значимого впливу на артеріальний тиск. Однак спостерігалася спонтанні повідомлення про підвищення артеріального тиску (інколи тяжкі, див. розділ «Побічна дія»). Сумісне застосування бупропіону та нікотинної трансдермальної системи може призводити до підвищення артеріального тиску (див. розділ «Взаємодія з іншими лікарськими засобами та інші види взаємодій»).

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

Як і інші препарати, що впливають на ЦНС, бупропіон може впливати на здатність виконувати завдання, що потребують підвищеної уваги та координації рухів. Тому пацієнтам слід бути обережними при керуванні автомобілем та іншими механізмами, доки вони не впевняться, що Велбутрин не порушує їхніх функцій.

Взаємодія з іншими лікарськими засобами та інші види взаємодій.

Бупропіон метаболізується у свій основний активний метаболіт – гідроксибупропіон головним чином за допомогою цитохрому P₄₅₀ 2D6 (CYP2D6). Тому необхідно з обережністю призначати Велбутрин одночасно з препаратами, які впливають на ізофермент CYP2D6 (наприклад, орфенадрин, циклофосамід, іфосфамід, тиклопідин, клопідогрел).

Хоча бупропіон не метаболізується ізоферментом CYP2D6, дослідження *in vitro* P₄₅₀ у людей показали, що бупропіон і гідроксибупропіон є інгібіторами метаболічного шляху CYP2D6. У фармакокінетичних дослідженнях на людях призначення бупропіону підвищувало рівень у плазмі дезіпраміну. Ця дія спостерігалася протягом щонайменше семи днів після останньої дози бупропіону. Одночасне застосування з препаратами, що метаболізуються переважно цим ізоферментом (такими як окремі - блокатори, антиаритміки, селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну, трициклічні антидепресанти, антипсихотичні засоби), має починатися з мінімальних доз супутнього препарату. Якщо Велбутрин включають до плану лікування хворого, що вже отримує препарат, який метаболізується CYP2D6, слід оцінити необхідність зменшення дози цього препарату, особливо для засобів з вузьким терапевтичним індексом.

Хоча циталопрам первинно не метаболізується CYP2D6, за даними одного дослідження бупропіон збільшує C_{max} (максимальну концентрацію) і AUC (площу під кривою «концентрація-час») циталопраму на 30 % і 40 % відповідно.

Оскільки бупропіон інтенсивно метаболізується, одночасне призначення ліків, що посилюють метаболізм (наприклад, карбамазепін, фенобарбітал, фенітоїн, ритонавір, ефавіренц) або пригнічують метаболізм, може змінювати його клінічну активність.

За даними серії клінічних досліджень на здорових добровольцях, ритонавір (100 мг 2 рази на день або 600 мг 2 рази на день) або ритонавір 100 мг та лопінавір 400 мг 2 рази на день дозозалежно зменшували концентрацію бупропіону та його головних метаболітів приблизно на 20-80 %. Таким самим чином ефавіренц 600 мг один раз на добу протягом двох тижнів зменшує концентрацію бупропіонолу приблизно на 55 %. Цей ефект ритонавіру/КАЛЕТРА™ та ефавіренцу пов'язаний з індукцією метаболізму бупропіону. Пацієнтам, які лікуються будь-яким з цих препаратів, що мають у своєму складі бупропіон, можуть знадобитися збільшені дози бупропіону, але не можна перевищувати максимальні рекомендовані дози.

Хоча, за даними клінічних досліджень, не було виявлено фармакокінетичної взаємодії між бупропіоном і алкоголем, однак існують окремі повідомлення про побічну дію з боку ЦНС або зменшення толерантності до алкоголю у пацієнтів, які під час лікування Велбутрином вживають алкоголь. Прийом алкоголю під час лікування Велбутрином слід мінімізувати або уникати прийому повністю.

Обмежені клінічні дані демонструють більшу частоту побічних ефектів з боку ЦНС у хворих, які отримують бупропіон одночасно з леводопою або амантадином. Призначення Велбутрину хворим, які отримують леводопу або амантадин, слід виконувати обережно.

За даними досліджень на 12 пацієнтах, багаторазовий прийом бупропіону не мав статистично значимого впливу на фармакокінетику однієї дози ламотриджину, за винятком невеликого збільшення площі під кривою «концентрація-час» для глюкуроніду ламотриджину.

Одночасне застосування Велбутрину і ніотинової трансдермальної системи (НТС) може спричинити підвищення рівня артеріального тиску.

За даними досліджень можна припустити, що рівень бупропіону підвищується при його застосуванні разом з їжею.

Фармакологічні властивості.

Фармакодинаміка. Бупропіон є селективним інгібітором нейронального захоплення катехоламінів (норадреналіну та дофаміну) з мінімальним впливом на захоплення індоламінів (серотонін) і відсутністю пригнічення моноаміноксидази.

Фармакокінетика.

Абсорбція

Після перорального призначення таблеток бупропіону здоровим добровольцям максимальна концентрація у плазмі крові досягалася через 3 години.

За даними трьох клінічних досліджень можна припустити, що рівень бупропіону може підвищуватись, якщо його приймати разом з їжею. При прийомі разом з їжею пік концентрації бупропіону у плазмі (C_{max}) збільшується на 11 %, 16 % та 35 %, а загальний його рівень (AUC) підвищується на 17 %, 17 % та 19 % у трьох дослідженнях.

Бупропіон та його метаболіти мають лінійну кінетику при тривалому призначенні у дозах від 150 мг до 300 мг на добу.

Розподіл

Бупропіон підлягає широкому розподілу – його об'єм розподілу становить приблизно 2000 л. Бупропіон і його метаболіт гідроксибупропіон помірно зв'язуються з білками плазми (84 % і 77 % відповідно). Ступінь зв'язування з білками метаболіту треогідробупропіону становить приблизно половину того, що спостерігається для бупропіону.

Метаболізм

Бупропіон інтенсивно метаболізується в організмі людини. У плазмі ідентифіковано три фармакологічно активних метаболіти: гідроксибупропіон і його аміноалкогольні ізомери – треогідробупропіон і еритрогідробупропіон.

Елімінація

Приблизно 87 % бупропіону виводиться з сечею (з них менш ніж 10 % – у вигляді активних метаболітів), до 10 % – з випороженнями. У незмінному стані виводиться лише 0,5 % бупропіону. У середньому кліренс після перорального призначення бупропіону становить приблизно 200 л/год, а середній період напіввиведення бупропіону – приблизно 20 годин.

Пацієнти з нирковою недостатністю

Елімінація бупропіону та його головних метаболітів може порушуватися при зниженій функції нирок. У хворих із термінальною стадією ниркової недостатності або з помірним та тяжким ступенем ураження нирок вплив бупропіону та його метаболітів підвищується.

Пацієнти з печінковою недостатністю

Фармакокінетика бупропіону та його активних метаболітів у пацієнтів з легким та помірним ступенем цирозу мало відрізняється від такої у здорових добровольців. У хворих із тяжким цирозом печінки максимальна концентрація бупропіону та площа під кривою «концентрація – час» значно підвищені, середній період напіввиведення також подовжений порівняно зі здоровими особами.

Пацієнти літнього віку.

Фармакокінетичні дослідження осіб літнього віку дають неоднозначні результати. Клінічний досвід не встановив різниці у переносимості препарату літніми та молодими людьми, проте наявності більшої чутливості до нього в осіб літнього віку не можна виключати.

Фармацевтичні характеристики.

Основні фізико-хімічні властивості: двоопуклі таблетки білого кольору, вкриті плівковою оболонкою, з білою серцевиною, з маркуванням чорною фарбою «GX CH7» з одного боку та без маркування з іншого боку таблетки.

Термін придатності. 2 роки.

Умови зберігання. Зберігати при температурі не вище 25 °С в оригінальній упаковці у недоступному

ЗАТВЕРДЖЕНО
для дітей місці.

Сторінка 8 з 8. Видаєник: Державний експертний центр МОЗ України

Упаковка. По 10 таблеток у блістері, по 6 блістерів у картонній коробці.

Категорія відпуску. За рецептом.

Виробники. «ГлаксоСмітКляйн LLC» США/GlaxoSmithKline LLC, USA. «ГлаксоСмітКляйн Фармасьютикалз С.А.», Польща/GlaxoSmithKline Pharmaceuticals S.A. Poland.

Місцезнаходження.

«ГлаксоСмітКляйн LLC», Зебулон, США/GlaxoSmithKline LLC, Zebulon, USA.

«ГлаксоСмітКляйн Фармасьютикалз С.А.», 189, вул.Грюнвальська, Познань 60-322,Польща/
GlaxoSmithKline Pharmaceuticals S.A. , 189, Grunwaldzka Street, 60-322, Poznan, Poland.