

## **Склад**

*діючі речовини:* етинілестрадіол, дроспіренон;

1 таблетка містить: 0,03 мг етинілестрадіолу та 3 мг дроспіренону;

*допоміжні речовини:* лактози моногідрат, крохмаль кукурудзяний, мальтодекстрин, магнію стеарат, Opadry 10A32290 жовтий (гіпромелоза, тальк, титану діоксид (E 171), полісорбат 80, заліза оксид жовтий (E 172).

## **Лікарська форма**

Таблетки, вкриті плівковою оболонкою

*Основні фізико-хімічні властивості:* круглі таблетки вкриті плівковою оболонкою жовтого кольору без дефектів покриття.

## **Фармакотерапевтична група**

Гормони статевих залоз та препарати, які застосовують при патології статевої сфери. Гормональні контрацептиви для системного застосування.

Прогестагени та естрогени, фіксовані комбінації. Дроспіренон та етинілестрадіол. Код АТХ G03A A12.

## **Фармакодинаміка**

Індекс Перля контрацептивних невдач для препарату: 0,09 (верхній двосторонній 95 % довірчий інтервал (ДІ): 0,32).

Загальний індекс Перля (контрацептивні невдачі + помилки з боку пацієнок) для препарату: 0,57 (верхній двосторонній 95 % довірчий інтервал (ДІ): 0,90).

Дроспіфем<sup>®</sup> 30 – комбінований оральний контрацептив, що містить етинілестрадіол і дроспіренон. У терапевтичних дозах дроспіренон виявляє антиандрогенні і помірні антимінералокортикоїдні властивості. Він не має естрогенної, глюкокортикоїдної та антиглюкокортикоїдної активності. Отже, дроспіренон має схожий фармакологічний профіль з природним прогестероном.

Протизаплідна дія препарату базується на взаємодії різних чинників, найважливішими серед яких є пригнічення овуляції і зміни цервікальної секреції.

Згідно з даними клінічних досліджень помірні антимінералокортикоїдні властивості препарату Дроспіфем® 30 призводять до помірного антимінералокортикоїдного впливу.

## **Фармакокінетика**

### Дроспіренон

Всмоктування. При пероральному прийомі дроспіренон швидко і майже повністю всмоктується. Максимальна концентрація у сироватці – 38 нг/мл – досягається приблизно через 1-2 години після одноразового прийому. Біодоступність становить 76-85 %. Одночасне вживання їжі не впливає на біодоступність дроспіренону.

Розподіл. Після перорального прийому сироваткова концентрація дроспіренону знижується з середнім кінцевим періодом напіввиведення близько 31-ї години. Дроспіренон зв'язується із сироватковим альбуміном, при цьому не з'єднуючись із глобуліном, що зв'язує статеві стероїди (ГЗСС), та кортикоїдозв'язуючим глобуліном (КЗГ). Тільки 3-5 % його загальної кількості в сироватці присутні у вільному стані. Спричинене етинілестрадіолом підвищення ГЗСС не впливає на зв'язування дроспіренону з протеїнами сироватки. Середній об'єм розподілу дроспіренону становить  $3,7 \pm 1,2$  л/кг.

Метаболізм. Дроспіренон значною мірою метаболізується після перорального застосування. Головними метаболітами в плазмі крові є кислотна форма дроспіренону, що утворюється внаслідок розкриття лактонового кільця, та 4,5-дигідро-дроспіренон-3-сульфат, який утворюється шляхом гідратації з подальшим сульфатуванням. Дроспіренон також є об'єктом окиснювального метаболізму, що каталізується CYP3A4. *In vitro* дроспіренон може слабко або помірно пригнічувати ферменти цитохрому P<sub>450</sub>: CYP1A1, CYP2C9, CYP2C19 та CYP3A4.

Виведення. Швидкість метаболічного кліренсу дроспіренону із сироватки становить приблизно  $1,5 \pm 0,2$  мл/хв/кг. Лише незначна кількість дроспіренону екскретується у незміненому вигляді. Метаболіти виділяються із сечею та калом у співвідношенні 1,2 : 1,4; період напіввиведення метаболітів становить приблизно 40 годин.

Стан рівноваги. Упродовж циклу застосування максимальна рівноважна концентрація дроспіренону в сироватці (приблизно 70 нг/мл) досягається після 8 днів прийому. Рівні дроспіренону у крові збільшувалися в 3 рази як наслідок співвідношення термінального періоду напіввиведення та інтервалу дозування.

*Окремі категорії пацієнток:*

- із порушенням функції нирок: рівноважна концентрація дроспіренону в сироватці у жінок з нирковою недостатністю легкого ступеня тяжкості (кліренс креатиніну 50-80 мл/хв) була порівнянною із цим показником у жінок із нормальною функцією нирок. Рівень дроспіренону в сироватці був у середньому на 37 % вищим у жінок із нирковою недостатністю середнього ступеня тяжкості (кліренс креатиніну 30-50 мл/хв) порівняно з цим показником у жінок із нормальною функцією нирок. Терапія дроспіреноном добре переносилася жінками із нирковою недостатністю легкого та помірного ступеня. Показано, що приймання дроспіренону не має клінічно значущого ефекту на концентрацію калію в сироватці;

- із порушенням функції печінки: у дослідженні прийому разової дози кліренс дроспіренону при пероральному застосуванні знижувався приблизно на 50 % в осіб із помірною печінковою недостатністю порівняно з добровольцями з нормальною функцією печінки. Виявлене відхилення кліренсу не спричинило жодної різниці в концентраціях калію в крові між двома групами добровольців. Навіть за наявності цукрового діабету та супутньої терапії спіронолактоном (два фактори, що можуть провокувати гіперкаліємію) не спостерігалось зростання концентрації калію у сироватці крові вище верхньої межі норми. Можна зробити висновок, що дроспіренон добре переноситься особами із печінковою недостатністю легкого або середнього ступеня (клас В за класифікацією Чайлд-П'ю).

### Етинілестрадіол

Всмоктування. При пероральному застосуванні етинілестрадіол швидко і повністю всмоктується. Після застосування 30 мкг пікова сироваткова концентрація 100 пкг/мл досягається протягом 1-2 годин. Етинілестрадіол піддається екстенсивному ефекту першого проходження, що залежить від індивідуальних відмінностей.

Абсолютна біодоступність складає близько 45 %.

Розподіл. Очікуваний об'єм розподілу етинілестрадіолу становить приблизно 5 л/кг, а зв'язування з білками плазми крові - близько 98 %. Етинілестрадіол індукуює синтез у печінці ГЗСГ, а також глобулінів, що зв'язують кортикоїдні гормони. При застосуванні 30 мкг етинілестрадіолу плазматична концентрація ГЗСГ збільшується від 70 до близько 350 нмоль/л.

Етинілестрадіол у невеликій кількості виділяється із грудним молоком (0,02 % дози). Метаболізм. Етинілестрадіол значною мірою метаболізується у шлунково-кишковому тракті та при першому проходженні через печінку. Головним чином це відбувається шляхом гідроксилювання ароматичного кільця з утворенням

широкого спектра гідроксильованих та метильованих метаболітів, які присутні у вільному стані та як кон'югати з глюкуронідами та сульфатами. Метаболічний кліренс етинілестрадіолу становить близько 5 мл/хв/кг.

*In vitro* етинілестрадіол є зворотним інгібітором CYP2C19, CYP1A1 та CYP1A2, а також інгібітором CYP3A4/5, CYP2C8 та CYP2J2.

Виведення. Етинілестрадіол практично не виводиться у незмінній формі. Метаболіти етинілестрадіолу виводяться з сечею та жовчю у співвідношенні 4:6. Період напіввиведення метаболітів становить майже 1 добу.

Стан рівноваги. Стан рівноваги досягається у другій половині циклу прийому, коли сироватковий рівень етинілестрадіолу збільшується у 1,4-2,1 раза.

#### *Етнічна приналежність*

Не спостерігалось клінічно значущих відмінностей у фармакокінетиці дроспіренону або етинілестрадіолу у жінок японської національності та представниць європеїдної раси.

#### *Доклінічні дані з безпеки.*

У лабораторних тварин ефекти дроспіренону та етинілестрадіолу були обмежені тими, які асоціювалися з відомою фармакологічною дією. Зокрема, дослідження з виявлення репродуктивної токсичності у тварин показали наявність видоспецифічних ембріотоксичного та фетотоксичного впливів. При експозиції, що перевищує таку у користувачів Дроспіфем<sup>®</sup> 30, у деяких видів тварин спостерігали вплив на статеву диференціацію.

## **Показання**

Оральна контрацепція.

Рішення про призначення Дроспіфем<sup>®</sup> 30 слід приймати з огляду на індивідуальні наявні фактори ризику пацієнтки, зокрема на фактори ризику венозної тромбоемболії (ВТЕ). Також слід порівнювати ризик ВТЕ під час лікування Дроспіфем<sup>®</sup> 30 з таким ризиком під час лікування іншими комбінованими гормональними контрацептивами (КГК) (докладніше див. у розділах «Протипоказання» та «Особливості застосування»).

## **Протипоказання**

КГК не слід застосовувати при наявності хоча б одного із нижчезазначених станів. У разі якщо будь-який із цих станів виникає вперше під час застосування

КГК, прийом препарату слід негайно припинити.

Наявність або ризик розвитку венозної тромбоемболії (ВТЕ):

- венозна тромбоемболія на даний час, зокрема внаслідок терапії антикоагулянтами, або в анамнезі (наприклад тромбоз глибоких вен (ТГВ) або тромбоемболія легеневої артерії (ТЕЛА));
- спадкова або набута схильність до венозної тромбоемболії, зокрема резистентність до активованого протеїну С (у тому числі мутація фактора V Лейдена), дефіцит антитромбіну-III, дефіцит протеїну С, дефіцит протеїну S;
- великі оперативні втручання із тривалою іммобілізацією (див. розділ «Особливості застосування»);
- високий ризик венозної тромбоемболії через наявність численних факторів ризику (див. розділ «Особливості застосування»).

Наявність або ризик розвитку артеріальної тромбоемболії (АТЕ):

- наявність артеріальної тромбоемболії на даний час або в анамнезі (наприклад інфаркт міокарда) або наявність продромальних симптомів (наприклад стенокардія);
  - порушення мозкового кровообігу на даний час або в анамнезі, наявність продромальних симптомів (наприклад транзиторна ішемічна атака (ТІА));
  - спадкова або набута схильність до артеріальної тромбоемболії, зокрема гіпергомоцистеїнемія та антитіла до фосфоліпідів (антитіла до кардіоліпінів, вовчаковий антикоагулянт);
  - мігрень з вогнищевими неврологічними симптомами в анамнезі;
  - високий ризик артеріальної тромбоемболії через наявність численних факторів ризику (див. розділ «Особливості застосування») або через наявність одного серйозного фактора ризику, такого як:
  - цукровий діабет із судинними ускладненнями;
  - тяжка артеріальна гіпертензія;
  - тяжка дисліпопротеїнемія.
- 
- Наявність тяжкого захворювання печінки на даний час або в анамнезі, поки показники функції печінки не повернулися в межі норми.
  - Ниркова недостатність тяжкого ступеня або гостра ниркова недостатність.
  - Наявність пухлин печінки на даний час або в анамнезі (доброякісних або злоякісних).
  - Відомі або підозрювані злоякісні пухлини (наприклад, статевих органів або молочних залоз), що є залежними від статевих гормонів.
  - Вагінальна кровотеча нез'ясованої етіології.

- Одночасне застосування з лікарськими засобами, що містять омбігасвір/паритапревір/ритонавір та дазабувір (див. розділи «Взаємодія з іншими лікарськими засобами та інші види взаємодій» та «Особливості застосування»).
- Підвищена чутливість до діючих речовин або до будь-якого із компонентів препарату.

## **Взаємодія з іншими лікарськими засобами та інші види взаємодій**

У разі наявності будь-яких станів або факторів ризику, зазначених нижче, слід обговорити з пацієнткою доцільність застосування лікарського засобу Дроспіфем<sup>®</sup> 30.

### Вплив інших лікарських засобів на Дроспіфем<sup>®</sup> 30

Взаємодії можливі з лікарськими засобами, що індукують мікросомальні ферменти. Це може призвести до збільшення кліренсу статевих гормонів, що, у свою чергу, може стати причиною настання кровотечі «прориву» та/або втрати ефективності контрацептива.

### Терапія

Індукція ензимів може бути виявлена вже через кілька днів лікування. Максимальна індукція ферментів загалом спостерігається через кілька тижнів. Після відміни лікування індукція ферментів може тривати близько 4 тижнів.

### Короткострокове лікування

Жінки, які приймають лікарські засоби, що індукують ферменти, мають тимчасово використовувати бар'єрний метод або інший метод контрацепції додатково до комбінованого орального контрацептиву (КОК). Бар'єрний метод слід застосовувати протягом усього терміну супутньої терапії і ще протягом 28 днів після її припинення.

Якщо супутня терапія продовжується і після застосування останніх таблеток КОК з упаковки, то таблетки з наступної упаковки КОК слід почати приймати одразу після попередньої без звичної перерви у прийомі таблеток.

### Довгострокове лікування

Жінкам при довгостроковій терапії діючими речовинами, що індукують ферменти печінки, рекомендується застосовувати бар'єрний або інший надійний негормональний метод контрацепції.

Нижчезазначені взаємодії були зафіксовані згідно з опублікованими даними

*Діючі речовини, що збільшують кліренс КОК (зниження ефективності КОК через індукцію ферментів), наприклад:*

барбітурати, бозентан, карбамазепін, фенітоїн, примідон, рифампіцин; лікарські засоби, що застосовуються при ВІЛ-інфекції: ритонавір, невірапін та ефавіренц; також, можливо, фелбамат, гризеофульвін, окскарбазепін, топірамат і рослинні лікарські засоби, що містять екстракт звіробію (*Hypericum perforatum*).

*Діючі речовини із непостійним впливом на кліренс КОК:*

При одночасному застосуванні з КОК велика кількість комбінацій інгібіторів ВІЛ-протеази та нуклеозидних інгібіторів зворотної транскриптази, включаючи комбінації з інгібіторами вірусу гепатиту С (ВГС), можуть підвищувати або знижувати концентрації естрогену або прогестинів у плазмі крові. Сукупний вплив таких змін може бути клінічно значущим у деяких випадках.

Тому для виявлення потенційних взаємодій та будь-яких інших рекомендацій слід ознайомитися з інформацією щодо медичного застосування лікарського засобу для лікування ВІЛ/ВГС, що приймається одночасно. У разі наявності будь-яких сумнівів жінкам додатково слід використовувати бар'єрний метод контрацепції при терапії інгібіторами протеази або нуклеозидними інгібіторами зворотної транскриптази.

*Діючі речовини, що знижують кліренс КОК (інгібітори ферментів)*

Клінічна значущість потенційної взаємодії з інгібіторами ферментів залишається нез'ясованою.

Одночасне застосування сильних інгібіторів СYP3A4 може підвищити плазмові концентрації естрогену або прогестину, або обох компонентів.

У дослідженні багаторазових доз комбінації дроспіренон (3 мг/добу)/етинілестрадіол (0,02 мг/добу) з одночасним застосуванням сильного інгібітора СYP3A4 кетоконазолу протягом 10 днів значення AUC(0-24h) дроспіренону та етинілестрадіолу збільшувалося у 2,7 та 1,4 раза відповідно.

При одночасному прийомі еторикоксибу у дозах від 60 до 120 мг/добу із комбінованим гормональним контрацептивом, що містить 0,035 мг етинілестрадіолу, виявлялося підвищення плазмових концентрацій етинілестрадіолу у 1,4-1,6 раза відповідно.

*Вплив на інші лікарські засоби.* Оральні контрацептиви можуть впливати на метаболізм інших препаратів. Вони можуть змінювати концентрацію діючих речовин у плазмі та тканинах: підвищувати (як, наприклад, циклоспорин) і

знижувати (як, наприклад, ламотриджин).

За даними відомих досліджень інгібування і взаємодії *in vivo*, проведених з участю жінок-добровольців, які приймали омепразол, симвастатин і мідазолам як індикатори-субстрати, вплив дроспіренону в дозі 3 мг на інші лікарські засоби, метаболізм яких відбувається з участю цитохрому P450, мало ймовірний.

Клінічні дані свідчать про те, що етинілестрадіол пригнічує кліренс субстратів CYP1A2, що спричиняє слабке (наприклад, теофілін) або помірне (наприклад, тизанідин) підвищення їх плазмових концентрацій.

*Інші форми взаємодії.* У пацієток з нирковою недостатністю одночасне застосування дроспіренону та інгібіторів АПФ або нестероїдних протизапальних засобів не виявляє істотного впливу на рівень калію в сироватці крові. У цьому випадку необхідне дослідження рівня калію в сироватці крові протягом першого циклу прийому препарату (див. також розділ «Особливості застосування»).

#### *Лабораторні аналізи*

Застосування КОК може впливати на результати деяких лабораторних аналізів, таких як біохімічні показники функції печінки, щитовидної залози, надниркових залоз і нирок, на концентрацію у плазмі транспортних білків, таких як кортикоїдозв'язуючий глобулін, на концентрацію у плазмі фракцій ліпідів/ліпопротеїнів, на показники вуглеводного обміну, коагуляції та фібринолізу. Зазвичай такі зміни перебувають у межах нормальних значень. Дроспіренон збільшує активність реніну та альдостерону в плазмі, що індукується його помірною антимінералокортикоїдною активністю.

#### Фармакодинамічні взаємодії

Одночасне застосування з лікарськими засобами, що містять омбігасвір/паритапревір/ритонавір та дазабувір, з або без рибавіріну, може збільшити ризик підвищення рівня АЛТ (див. розділи «Протипоказання» та «Особливості застосування»). Таким чином, пацієнти, які приймають Дроспіфем<sup>®</sup> 30, повинні перейти на альтернативний спосіб контрацепції (наприклад, прогестаген - тільки контрацепція або негормональні методи контрацепції), перш ніж розпочати лікування цією схемою комбінованих лікарських засобів. Лікування Дроспіфем<sup>®</sup> 30 можна відновити через 2 тижні після закінчення лікування цією схемою комбінованих лікарських засобів.

#### **Особливості застосування**

За наявності будь-якого із зазначених нижче станів/факторів ризику слід ретельно зважувати потенційний ризик та очікувану користь від застосування



КОК у кожному окремому випадку. При загостренні, посиленні або виникненні будь-якого із зазначених нижче станів або факторів ризику рекомендується звернутися до лікаря, який може прийняти рішення про припинення прийому препарату.

У разі підозрюваної або підтвердженої ВТЕ або АТЕ слід припинити застосування препарату. Якщо розпочато антикоагулянтну терапію, слід забезпечити альтернативну адекватну контрацепцію через тератогенний вплив антикоагулянтів (кумарини).

- *Циркуляторні розлади*

Частота венозних та артеріальних тромботичних і тромбоемболічних захворювань у жінок без факторів ризику, які приймали КОК з низькою дозою естрогенів (менше 50 мкг етинілестрадіолу), такі як Дроспіфем<sup>®</sup> 30, становить від 20 до 40 випадків на 100000 жінок на рік, але цей ризик варіює залежно від рівня прогестогену. Для порівняння: у жінок, які не застосовують контрацептиви, частота вказаних захворювань становить від 5 до 10 випадків на 100000.

**Венозна тромбоемболія (ВТЕ)** може розвиватися під час застосування всіх комбінованих гормональних контрацептивів, однак її частота менша, ніж частота, пов'язана з вагітністю (60 випадків на 100000 вагітностей). Лікарські засоби, що містять левоноргестрел, норгестимат або норетистерон, асоціюються з нижчим ризиком ВТЕ. Застосування інших лікарських засобів, таких як Дроспіфем<sup>®</sup> 30, може призводити до підвищення ризику удвічі. Рішення про застосування лікарських засобів, окрім тих, що мають найнижчий ризик розвитку ВТЕ, слід приймати лише після обговорення з жінкою. Необхідно переконатися, що вона усвідомлює ризик розвитку ВТЕ, асоційований із застосуванням лікарського засобу Дроспіфем<sup>®</sup> 30, ступінь впливу наявних у неї факторів ризику та той факт, що ризик ВТЕ є найвищим протягом першого року застосування. За деякими даними ризик ВТЕ може зростати при відновленні застосування КГК після перерви у 4 тижні або довше.

Ризик розвитку венозних тромбоемболічних ускладнень у жінок, які застосовують КГК, може бути значно вищим при наявності додаткових факторів ризику, особливо множинних (див. таблицю).

Дроспіфем<sup>®</sup> 30 протипоказаний жінкам з поєднанням факторів ризику, що створюють дуже високий ризик венозного тромбозу (див. розділ «Протипоказання»). Якщо жінка має більше одного фактора ризику, зростання ризику може бути більшим, ніж сума ризиків, асоційованих із кожним окремим фактором, тому слід брати до уваги загальний ризик розвитку ВТЕ. Якщо

співвідношення користь/ризик вважається негативним, то КГК не слід призначати (див. розділ «Протипоказання»).

Приблизно у 2 із 10000 жінок, які не застосовують КГК та не вагітні, розвивається ВТЕ протягом періоду спостереження в 1 рік. Проте для будь-якої окремої жінки ризик може бути набагато вищим, залежно від факторів ризику (див. нижче).

Встановлено, що з 10000 жінок, які застосовують КГК, що містять дроспіренон, у 9-12 жінок розвинеться ВТЕ протягом одного року. Ці показники отримано на основі всіх даних епідеміологічних досліджень з урахуванням відносних ризиків, пов'язаних із прийомом різних КГК, порівняно із застосуванням КГК, що містять левоноргестрел.

Це порівнюється з показником 6 у жінок, які застосовують КГК, що містять левоноргестрел. У середньому 5-7 випадків на 10000 жінок-років на основі розрахунку відносного ризику застосування КГК, що містять левоноргестрел, порівняно з таким у жінок, які не отримують КГК (близько 2,3-3,6 випадків).

В обох випадках кількість виникнень ВТЕ за рік була меншою, ніж зазвичай очікується протягом періоду вагітності або у післяпологовому періоді.

ВТЕ призводить до летального наслідку у 1-2 % випадків. Додатковий ризик виникнення ВТЕ максимальний протягом першого року застосування комбінованого протизаплідного засобу.

<b>Фактор ризику</b>	<b>Примітка</b>
Ожиріння (індекс маси тіла перевищує 30 кг/м <sup>2</sup> ).	Ризик значно підвищується при збільшенні індексу маси тіла. Особливо потребує уваги за наявності інших факторів ризику.

<p>Тривала іммобілізація, велике оперативне втручання, операція на нижніх кінцівках або органах таза, нейрохірургічні втручання або велика травма.</p> <p>Примітка: тимчасова іммобілізація, у тому числі перельоти &gt; 4 годин, також можуть бути фактором ризику розвитку ВТЕ, особливо у жінок з іншими факторами ризику.</p>	<p>Рекомендується припинити застосування препарату (у разі планового оперативного втручання щонайменше за 4 тижні) та не відновлювати застосування препарату раніше ніж через 2 тижні після повного відновлення функцій та активності. З метою уникнення небажаної вагітності слід застосовувати інші методи контрацепції.</p> <p>Слід розглянути доцільність антитромботичного лікування якщо застосування препарату не було попередньо припинено.</p>
<p>Сімейний анамнез (венозна тромбоемболія у когось із родичів або батьків, особливо у відносно молодому віці, наприклад до 50 років).</p>	<p>У разі наявності спадкової схильності перед застосуванням будь-яких КГК жінкам рекомендується порадитися зі спеціалістом.</p>
<p>Інші стани, пов'язані з ВТЕ.</p>	<p>Рак, системний червоний вовчак, гемолітико-уремічний синдром, хронічне запальне захворювання кишечника (хвороба Крона або виразковий колітис), серпоподібноклітинна анемія.</p>
<p>Вік понад 35 років.</p>	

Немає єдиної думки щодо можливого впливу варикозного розширення вен та поверхневого тромбофлебіту на розвиток та прогресування венозного тромбозу.

Необхідно звернути увагу на підвищений ризик розвитку тромбоемболії у період вагітності, особливо протягом 6 тижнів після пологів (інформацію щодо періоду вагітності або годування груддю див. у розділі «Застосування у період вагітності або годування груддю»).

#### Симптоми ВТЕ (тромбоз глибоких вен та тромбоемболія легеневої артерії)

Жінкам слід рекомендувати у разі появи нижчевказаних симптомів негайно звернутися до лікаря та повідомити про те, що вони застосовують КГК.

Симптомами тромбозу глибоких вен (ТГВ) можуть бути:

- односторонній набряк ноги та/або ступні або ділянки уздовж вени на нозі;

- біль або підвищена чутливість у нозі, що може відчуватися тільки при стоянні або ходьбі;
- відчуття жару в ураженій нозі; почервоніння або зміна кольору шкіри на нозі.

Симптомами тромбоемболії легеневої артерії (ТЕЛА) можуть бути:

- раптова задишка нез'ясованої етіології або прискорене дихання;
- раптовий кашель, який може супроводжуватися кровохарканням;
- різкий біль у грудях;
- тяжке запаморочення або вертиго;
- прискорене або нерегулярне серцебиття.

Деякі з вищенаведених симптомів (наприклад, задишка, кашель) є неспецифічними та можуть бути інтерпретовані невірно як прояви більш розповсюджених та менш тяжких станів (наприклад, як прояви респіраторної інфекції).

Іншими ознаками оклюзії судини можуть бути: раптовий біль у кінцівці, набряк, гострий живіт та незначний ціаноз шкіри кінцівок.

Якщо оклюзія розвивається у венах сітківки, то симптоми можуть варіюватися від безболісного розмивання зору, яке може прогресувати до втрати зору. Інколи втрата зору розвивається майже миттєво.

*Ризик артеріальної тромбоемболії (АТЕ).*

В епідеміологічних дослідженнях встановлено зв'язок між застосуванням КГК та збільшенням ризику артеріальних тромбоемболічних ускладнень (інфаркт міокарда) або ризику порушень мозкового кровообігу (наприклад, транзиторних ішемічних атак, інсульту). Випадки артеріальної тромбоемболії можуть бути летальними.

Фактори ризику АТЕ

Ризик артеріальних тромбоемболічних ускладнень або порушень мозкового кровообігу в разі застосування КГК зростає у жінок з наявними факторами ризику (див. таблицю). Дроспіфем<sup>®</sup> 30 протипоказаний жінкам з одним серйозним або з поєднанням декількох факторів ризику АТЕ, що створюють дуже високий ризик артеріального тромбозу (див. розділ «Пропоказання»). Якщо жінка має більше одного фактора ризику, зростання ризику може бути більшим, ніж сума ризиків, асоційованих із кожним окремим фактором, тому слід брати до уваги загальний ризик. Якщо співвідношення користь/ризик є несприятливим, не слід призначати КГК (див. розділ «Протипоказання»).

## Фактори ризику розвитку АТЕ

<b>Фактор ризику</b>	<b>Примітка</b>
Вік понад 35 років.	
Паління.	Жінкам, які користуються КГК, рекомендується утримуватися від паління. Жінкам віком від 30 років, які продовжують палити, настійно рекомендується застосовувати інший метод контрацепції.
Артеріальна гіпертензія	
Ожиріння (індекс маси тіла перевищує 30 кг/м <sup>2</sup> ).	Ризик значно підвищується при збільшенні індексу маси тіла. Особливо потребує уваги за наявності інших факторів ризику.
Сімейний анамнез (артеріальна тромбоемболія у когось із родичів або батьків, особливо у відносно молодому віці, наприклад до 50 років).	У разі наявності спадкової схильності перед застосуванням будь-яких КГК жінкам рекомендується порадитися зі спеціалістом.
Мігрень.	Зростання частоти виникнення або тяжкості мігрені під час застосування КГК (можливі продромальні стани перед розвитком цереброваскулярних подій) може вимагати невідкладного припинення прийому КГК.
Інші стани, пов'язані із небажаними реакціями з боку судин.	Цукровий діабет, гіпергомоцистеїнемія, вади серця, фібриляція передсердь, дисліпопротеїноз, системний червоний вовчак.

Відомі надзвичайно рідкісні випадки тромбозу інших кровоносних судин, наприклад артерій і вен печінки, нирок, мезентеріальних судин, судин головного мозку або сітківки у жінок, які застосовують комбіновані протизаплідні засоби, але їх зв'язок із застосуванням КОК не доведений.

## **Симптоми АТЕ**

Жінкам слід рекомендувати у разі появи нижчевказаних симптомів негайно звернутися до лікаря та повідомити про те, що вони застосовують КГК.

Симптомами порушення мозкового кровообігу можуть бути:

- раптове оніміння обличчя, слабкість або оніміння кінцівок, особливо одностороннє;
- раптове порушення ходьби, запаморочення, втрата рівноваги або координації;
- раптова сплутаність свідомості, порушення мовлення або розуміння;
- раптове погіршення зору на одне або обидва ока;
- раптовий, сильний або тривалий головний біль без визначеної причини;
- втрата свідомості або непритомність із судомами або без них.

Тимчасовий характер симптомів може свідчити про транзиторну ішемічну атаку (ТІА).

Симптомами інфаркту міокарда (ІМ) можуть бути:

- біль, дискомфорт, відчуття стиснення, важкості, відчуття переповнення у грудях, у руці або за грудиною;
- відчуття дискомфорту, що віддає у спину, щелепу, горло, руку, шлунок;
- відчуття переповнення шлунка, порушення травлення або ядуха;
- посилене потовиділення, нудота, блювання або запаморочення;
- виражена слабкість, тривожний стан або задишка;
- прискорене або нерегулярне серцебиття.

## *Пухлини*

Результати деяких епідеміологічних досліджень вказують на додаткове підвищення ризику розвитку раку шийки матки при тривалому (більше 5 років) застосуванні КОК, проте це твердження все ще суперечливе, оскільки остаточно не з'ясовано, наскільки результати досліджень враховують супутні фактори ризику, наприклад взяття мазка із шийки матки та статеву поведінку, та інші фактори, наприклад, вірус папіломи людини.

Мета-аналіз 54 епідеміологічних досліджень виявив помірне збільшення відносного ризику ( $BP = 1,24$ ) раку молочної залози у жінок, які застосовують КОК. Цей підвищений ризик поступово зникає протягом 10 років після закінчення застосування КОК.

Оскільки рак молочної залози у жінок віком до 40 років зустрічається рідко, збільшення кількості випадків діагностики раку молочної залози у жінок, які застосовують або нещодавно застосовували КОК, є незначним відносно загального ризику раку молочної залози. Результати досліджень не підтверджують причинно-наслідкового зв'язку. Підвищення ризику може бути обумовлене як більш ранньою діагностикою раку молочної залози у жінок, що застосовують КОК, так і біологічною дією КОК або поєднанням обох факторів. Відзначено тенденцію, що рак молочної залози, виявлений у жінок, які коли-небудь приймали КОК, клінічно менш виражений, ніж у тих, хто ніколи не приймав КОК.

У поодиноких випадках у жінок, які застосовують КОК, спостерігалися доброякісні, а ще рідше – злоякісні пухлини печінки. В окремих випадках ці пухлини викликали небезпечну для життя внутрішньочеревну кровотечу. У разі виникнення скарг на сильний біль в епігастральній ділянці, збільшення печінки або появи ознак внутрішньочеревної кровотечі при диференціальній діагностиці слід враховувати можливість наявності пухлини печінки у жінок, які приймають КОК.

При застосуванні КОК у більш високих дозах (50 мкг етинілестрадіолу) ризик раку ендометрію та яєчників знижується. Гіпотеза, що аналогічні тенденції можуть стосуватися і низькодозових КОК, ще потребує підтвердження.

### *Інші стани*

У пацієток з нирковою недостатністю може знижуватися здатність до виведення калію. Відомо, що прийом дроспіренону не впливає на концентрацію калію в сироватці у пацієток з нирковою недостатністю легкого та середнього ступеня тяжкості. Розвиток гіперкаліємії теоретично можливий тільки в тих пацієток з нирковою недостатністю, у яких концентрація калію в сироватці до лікування знаходилася у верхніх межах контрольного діапазону і які додатково приймають калійзберігаючі препарати. У таких пацієток рекомендується перевіряти рівень калію в сироватці крові протягом першого циклу лікування, особливо при одночасному застосуванні калійзберігаючих засобів (додатково див. розділ «Взаємодія з іншими лікарськими засобами та інші види взаємодій»).

Жінки з гіпертригліцеридемією або ті, що мають це порушення в сімейному анамнезі, належать до групи ризику розвитку панкреатиту при застосуванні КОК.

Хоча незначне підвищення артеріального тиску спостерігалось у багатьох жінок, які приймали КОК, клінічно значуще підвищення артеріального тиску відмічалось рідко. Тільки в рідкісних випадках необхідне негайне припинення

прийому КОК. Якщо під час застосування КОК у жінки з наявною раніше артеріальною гіпертензією значення артеріального тиску постійно підвищені або значне підвищення артеріального тиску адекватно не відповідає на гіпотензивну терапію, прийом КОК слід припинити. За необхідності застосування КОК може бути продовжено, якщо за допомогою гіпотензивної терапії досягнуті нормальні значення артеріального тиску.

Повідомляли про виникнення або загострення зазначених нижче захворювань під час вагітності та при застосуванні КОК, але їх зв'язок із застосуванням КОК не є остаточно з'ясованим: жовтяниця та/або свербіж, пов'язаний з холестаазом; утворення каменів у жовчному міхурі; порфірія; системний червоний вовчак; гемолітично-уремічний синдром; хорея Сиденгама; герпес вагітних; втрата слуху, пов'язана з отосклерозом.

У жінок зі спадковим ангіоневротичним набряком екзогенні естрогени можуть спричинити або посилити симптоми ангіоневротичного набряку.

При гострих або хронічних порушеннях функції печінки може виникнути необхідність припинити застосування КОК доти, поки показники функції печінки не повернуться до норми. При рецидиві холестатичної жовтяниці, яка вперше виникла під час вагітності або попереднього застосування статевих гормонів, застосування КОК слід припинити.

Хоча КОК можуть впливати на периферичну інсулінорезистентність і толерантність до глюкози, немає даних щодо необхідності змінювати терапевтичний режим для жінок з діабетом, які приймають низькодозові КОК (що містять  $\leq 0,05$  мг етинілестрадіолу). Проте жінки, які страждають на цукровий діабет, повинні бути під постійним ретельним наглядом протягом усього періоду застосування КОК.

Також повідомлялося про погіршення стану при ендогенній депресії, епілепсії, хворобі Крона та виразковому коліті на тлі застосування КОК.

Погіршення настрою та депресія – добре відомі побічні реакції під час застосування гормональних контрацептивів (див. розділ «Побічні реакції»). Депресія може бути серйозною, і це – відомий фактор ризику суїцидальної поведінки та суїциду. Жінки повинні звернутися до лікаря у випадку змін настрою і появи депресивних симптомів, у тому числі невдовзі після початку лікування.

Іноді може виникати хлоазма, особливо у жінок із хлоазмою вагітних в анамнезі. Жінки, схильні до виникнення хлоазми, повинні уникати тривалого впливу прямих сонячних променів або ультрафіолетового опромінювання під час



приймання КОК.

Дроспіфем<sup>®</sup> 30 містить лактозу. Тому його не слід призначати пацієнтам із рідкісною спадковою непереносимістю галактози, спадковим дефіцитом лактази або синдромом мальабсорбції глюкози-галактози.

### Підвищення АЛТ

Під час клінічних випробувань у пацієнтів, які лікувалися від інфекцій гепатиту С (ВГС) за допомогою лікарських засобів, що містять омбігасвір/паритапревір/ритонавір та дазабувір з або без рибавіріну, значно підвищився рівень трансаміназ (АЛТ), що перевищував верхню межу норми (ВМН) у 5 разів частіше у жінок, які використовували препарати, що містять етинілестрадіол, такі як комбіновані гормональні контрацептиви (КГК) (див. розділи «Протипоказання» та «Взаємодія з іншими лікарськими засобами та інші види взаємодій»).

### Медичне обстеження/консультації

Перед початком або відновленням прийому лікарського засобу Дроспіфем<sup>®</sup> 30 рекомендується зібрати повний медичний анамнез (включаючи сімейний анамнез) та виключити вагітність. Необхідно виміряти артеріальний тиск та провести медичне обстеження, беручи до уваги протипоказання (див. розділ «Протипоказання») та застереження (див. розділ «Особливості застосування»). Слід звернути увагу жінки на інформацію щодо венозного та артеріального тромбозу, у тому числі на ризик, який пов'язаний із застосуванням лікарського засобу Дроспіфем<sup>®</sup> 30, порівняно з таким при застосуванні інших КГК, щодо симптомів ВТЕ та АТЕ, відомих факторів ризику та дій, які необхідно здійснити при підозрі на тромбоз.

Жінці необхідно уважно прочитати інструкцію для пацієнта та дотримуватися наданих рекомендацій. Частота та зміст обстежень повинні базуватися на встановлених практичних рекомендаціях та бути пристосованими до потреб конкретної пацієнтки.

Жінку слід повідомити, що гормональні контрацептиви не захищають від ВІЛ-інфекції (СНІД) та інших інфекцій, що передаються статевим шляхом.

### Зниження ефективності

Ефективність КОК може знижуватись у разі пропуску прийому активних таблеток (див. розділ «Спосіб застосування та дози»), розладів шлунково-кишкового тракту (див. розділ «Спосіб застосування та дози») або при одночасному застосуванні інших лікарських засобів (див. розділ «Взаємодія з

іншими лікарськими засобами та інші види взаємодій»).

### Порушення циклу

При прийомі всіх КОК можуть спостерігатися нерегулярні кровотечі (кровомазання або проривні кровотечі), особливо протягом перших кількох місяців. Тому такі кровотечі можуть розцінюватися як значущі тільки після 3 менструальних циклів адаптаційного періоду.

Якщо нерегулярність кровотеч зберігається або з'являється після періоду регулярних циклів, потрібно розглянути негормональні причини кровотеч та вжити відповідні діагностичні заходи, включаючи обстеження з метою виключення наявності пухлин та вагітності. До діагностичних заходів можна включити кюретаж.

У деяких жінок може не настати кровотеча відміни під час перерви у прийомі лікарського засобу.

У разі прийому КОК відповідно до вказівок розділу «Спосіб застосування та дози» настання вагітності є малоймовірним. Проте якщо прийом КОК відбувався не з дотриманням інструкцій до першого ненастання кровотечі відміни або якщо кровотечі відміни відсутні протягом двох циклів, перед продовженням застосування КОК необхідно виключити вагітність.

### **Здатність впливати на швидкість реакції при керуванні автотранспортом або іншими механізмами**

Не проводили досліджень щодо впливу на здатність керувати автотранспортом або працювати з іншими механізмами. Не відзначалося жодних негативних ефектів комбінованих оральних контрацептивів на здатність керувати автомобілем або іншими механізмами.

### **Застосування у період вагітності або годування груддю**

Застосування у період вагітності протипоказане.

У разі виникнення вагітності під час застосування лікарського засобу Дроспіфем<sup>®</sup> 30 його прийом необхідно припинити негайно. Результати чисельних епідеміологічних досліджень не виявили ні підвищення ризику появи вроджених вад у дітей, матері яких приймали КОК до вагітності, ні тератогенної дії при ненавмисному прийомі КОК протягом періоду вагітності.

Дослідження на тваринах показали наявність небажаних ефектів протягом періоду вагітності або годування груддю. На основі цих досліджень на тваринах

не можна виключати небажані ефекти внаслідок гормональної дії діючих речовин. Однак загальний досвід застосування КОК у період вагітності не свідчить про існуючий небажаний вплив у людини.

Нааявні дані щодо прийому Дроспіфем<sup>®</sup> 30 у період вагітності занадто обмежені для того, щоб зробити висновки стосовно негативного впливу препарату на перебіг вагітності, здоров'я плода та новонародженого. На даний час відсутні відповідні епідеміологічні дані.

При відновленні застосування Дроспіфем<sup>®</sup> 30 слід враховувати підвищення ризику розвитку ВТЕ у післяпологовому періоді (див. розділи «Спосіб застосування та дози» і «Особливості застосування»).

*Період годування груддю.*

КОК можуть впливати на годування груддю, оскільки під їх впливом може зменшуватися кількість грудного молока, а також змінюватися його склад. Зважаючи на це, КОК не рекомендується приймати до повного завершення грудного вигодовування. Невеликі кількості контрацептивних стероїдів та/або їх метаболіти можуть проникати у грудне молоко під час застосування КОК. Ці кількості можуть впливати на дитину.

## **Спосіб застосування та дози**

### Спосіб застосування

Пероральне застосування

### Дозування

Таблетки слід приймати щодня приблизно в один і той же час, при необхідності запиваючи невеликою кількістю рідини, в послідовності, зазначеній на блістерній упаковці. Приймати по 1 таблетці на добу протягом 21 дня поспіль. Кожну наступну упаковку слід починати після 7-денної перерви в прийомі таблеток, протягом якої зазвичай настає менструальноподібна кровотеча. Вона зазвичай починається через 2-3 дні після прийому останньої таблетки і може не закінчитися до початку прийому таблеток із наступної упаковки.

### Як розпочати прийом препарату Дроспіфем<sup>®</sup> 30

*Якщо гормональні контрацептиви в попередній період (минулий місяць) не застосовували.* Прийом таблеток слід починати в перший день менструального циклу (тобто в перший день менструальної кровотечі).

*Перехід з іншого комбінованого гормонального контрацептива (комбінований оральний контрацептив (КОК), вагінальне кільце або трансдермальний пластир).* Бажано прийняти першу таблетку препарату наступного дня після прийому останньої активної таблетки (таблетки, що містить діючу речовину), але не пізніше наступного дня після перерви у прийомі таблеток. У разі застосування вагінального кільця або трансдермального пластиру слід розпочати приймати препарат у день видалення засобу, але не пізніше дня, коли необхідне наступне застосування цих препаратів.

*Перехід з методу, який базується на застосуванні лише прогестагену («міні-пілі», ін'єкції, імплантати) або внутрішньоматкової системи з прогестагеном.* Розпочати прийом препарату можна в будь-який день після припинення прийому «міні-пілі» (у разі застосування імплантату або внутрішньоматкової системи – в день їх видалення, у випадку застосування ін'єкції – замість наступної ін'єкції). Однак у всіх випадках рекомендується додатково використовувати бар'єрний метод контрацепції протягом перших 7 днів прийому.

*Після абортів у I триместрі вагітності.* Застосування препарату слід розпочати одразу в день операції. У такому випадку немає необхідності застосовувати додаткові засоби контрацепції.

*Після пологів або абортів у II триместрі вагітності.*

Необхідно розпочинати прийом препарату з 21-28-го дня після пологів або абортів у другому триместрі вагітності. Якщо прийом розпочато пізніше, слід додатково використовувати бар'єрний метод контрацепції протягом перших 7 днів прийому таблеток. Проте, якщо статевий акт уже відбувся, перед початком застосування необхідно виключити можливу вагітність або дочекатися першої менструації.

Якщо жінка годує груддю – див. розділ «Застосування у період вагітності або годування груддю».

*Пропуск прийому таблетки.*

Якщо запізнення в прийомі таблетки **не перевищує 12 годин**, протизаплідна дія препарату не знижується. Пропущену таблетку треба прийняти одразу, як тільки згадали про це. Наступну таблетку з цієї упаковки слід приймати у звичний час.

Якщо запізнення з прийомом пропущеної таблетки **перевищує 12 годин**, контрацептивний захист може знизитися. В такому випадку необхідно керуватися двома основними правилами:

1. Перерва у прийомі таблеток не може становити більше 7 днів.
2. Адекватне пригнічення системи гіпоталамус-гіпофіз-яєчники досягається безперервним прийомом таблеток протягом 7 днів.

Відповідно до цього слід дотримуватися таких рекомендацій:

#### *Дні 1-7*

Прийняти останню пропущену таблетку якомога швидше, навіть якщо доведеться прийняти дві таблетки одночасно. Після цього продовжувати приймати таблетки у звичний час. Крім того, протягом наступних 7 днів слід використовувати бар'єрний метод контрацепції, наприклад презерватив. Якщо у попередні 7 днів відбувся статевий акт, слід враховувати можливість настання вагітності. Чим більше таблеток пропущено і чим ближче перерва у прийманні препарату, тим вище ризик вагітності.

#### *Дні 8-14*

Прийняти останню пропущену таблетку якомога швидше, навіть якщо доведеться прийняти дві таблетки одночасно. Після цього продовжувати приймати таблетки у звичний час. Якщо жінка правильно приймала таблетки протягом 7 днів перед пропуском, немає необхідності застосовувати додаткові протизаплідні засоби. В іншому разі або при пропуску більш ніж однієї таблетки рекомендується додатково використовувати бар'єрний метод контрацепції протягом наступних 7 днів.

#### *Дні 15-24*

Імовірність зниження контрацептивного ефекту значна через наближення перерви у прийманні препарату. Однак при дотриманні схеми прийому таблеток можна уникнути зниження контрацептивного захисту. Якщо дотримуватися однієї з нижченаведених вказівок, то не виникне необхідності застосовувати додаткові контрацептивні засоби за умови правильного прийому таблеток протягом 7 днів до пропуску. В іншому випадку рекомендується дотримуватися першої із нижченаведених вказівок і використовувати додаткові методи контрацепції протягом наступних 7 днів.

1. Слід прийняти останню пропущену таблетку якомога швидше, навіть якщо доведеться прийняти дві таблетки одночасно. Після цього продовжувати приймати таблетки у звичний час. Таблетки з наступної упаковки слід почати приймати відразу ж після закінчення попередньої, тобто не робити перерви між прийомом таблеток з двох упаковок. Малоімовірно, що у жінки розпочнеться менструальноподібна кровотеча до закінчення прийому таблеток з другої упаковки, хоча можуть спостерігатися кров'янисті

виділення або проривна кровотеча.

2. Припинити прийом активних таблеток з поточної упаковки. Перерва в прийомі препарату повинна становити 7 днів, включаючи дні пропуску таблеток; потім почати прийом таблеток із наступної блістерної упаковки.

Якщо після пропуску в прийомі таблеток відсутня менструальноподібна кровотеча під час першої звичної перерви у прийомі препарату, слід враховувати ймовірну вагітність.

*Рекомендації на випадок порушень з боку шлунково-кишкового тракту.*

У разі тяжких розладів з боку шлунково-кишкового тракту (блювання, діарея) можливе неповне всмоктування препарату. У такому випадку слід застосовувати додаткові засоби контрацепції. Якщо блювання почалось протягом 3-4 годин після прийому таблетки, необхідно якомога швидше прийняти нову (замісну) таблетку. Нову таблетку необхідно прийняти впродовж 12 годин після звичного часу прийому. Якщо пройшло більше 12 годин, слід дотримуватися правил, зазначених у розділі «Пропуск прийому таблетки» вище. Якщо жінка не хоче змінювати свою звичну схему прийому препарату, їй необхідно прийняти додаткову(і) таблетку(и) з іншої упаковки.

*Як змістити настання кровотечі «відміни».* Щоб затримати день початку менструації, жінці слід продовжувати приймати таблетки з нової упаковки без перерви між упаковками. При бажанні термін прийому можна продовжити аж до закінчення другої упаковки. При цьому можуть спостерігатися проривна кровотеча або кровомазання. Звичайний прийом препарату відновлюється після 7-денної перерви у прийомі таблеток.

Щоб змістити час настання менструації на інший день тижня, рекомендується скоротити перерву в прийомі таблеток на бажану кількість днів. Слід зазначити, що чим коротшою буде перерва, тим частіше спостерігається відсутність менструальноподібної кровотечі та вищий ризик виникнення проривної кровотечі або кровомазання протягом прийому таблеток з наступної упаковки (як у випадку затримки настання менструації).

*Пацієнти літнього віку.*

Препарат не призначати після настання менопаузи.

## **Діти**

Препарат Дроспіфем<sup>®</sup> 30 показаний для застосування тільки після настання першої менструації. На основі епідеміологічних даних, зібраних у понад 2000

підлітків віком до 18 років, немає даних, що вказували б на різницю у безпеці та ефективності застосування у цій групі пацієнок порівняно з жінками віком від 18 років.

## Передозування

До цього часу немає жодних даних щодо передозування таблеток лікарського засобу Дроспифем<sup>®</sup> 30. Як свідчить загальний досвід застосування КОК, при передозуванні може спостерігатися нудота, блювання та кровотеча відміни. Кровотеча відміни може спостерігатися у дівчат навіть до настання менархе у випадку ненавмисного/випадкового застосування лікарського засобу. Спеціального антидоту не існує, лікування повинно бути симптоматичним.

## Побічні реакції

Найсерйозніші побічні ефекти, пов'язані із застосуванням КОК, описані в розділі «Особливості застосування».

*При застосуванні препарату спостерігалися такі побічні реакції:*

Класи та системи органів	Часто ( $\geq 1/100$ до $< 1/10$ )	Нечасто ( $\geq 1/1000$ до $< 1/100$ )	Поодинокі ( $\geq 1/10000$ до $< 1/1000$ )
З боку імунної системи			Гіперчутливість
Психічні порушення	Пригнічення настрою	Підвищення лібідо, зниження лібідо	
З боку нервової системи	Головний біль		
З боку органів слуху			Гіпоакузія
З боку судинної системи	Мігрень	Артеріальна гіпертензія, артеріальна гіпотензія	Венозна тромбоз, артеріальна тромбоемболія

З боку травної системи	Нудота	Блювання, діарея	
З боку шкіри та підшкірної клітковини		Акне, екзема, свербіж, алопеція	Вузликоса еритиматозна мультиформна
З боку репродуктивної системи та молочних залоз	Менструальні розлади, міжменструальні кровотечі, болючість молочних залоз, нагрубання молочних залоз, вагінальні виділення, вульвовагінальний кандидоз	Збільшення молочних залоз, вагінальні інфекції	Виділення з молочних залоз
Загальні розлади		Затримка рідини, збільшення маси тіла, зменшення маси тіла	

### Опис окремих побічних реакцій

У жінок, які приймали КГК, спостерігався підвищений ризик розвитку венозних або артеріальних тромботичних та тромбоемболічних явищ, у тому числі інфаркту міокарда, інсульту, транзиторних ішемічних атак, венозного тромбозу та ТЕЛА, які детальніше описані у розділі «Особливості застосування».

Вказані нижче серйозні побічні реакції спостерігалися у жінок, які застосовували КОК (див. також розділ «Особливості застосування»):

- венозні тромбоемболічні розлади;
- артеріальні тромбоемболічні розлади;
- артеріальна гіпертензія;
- пухлини печінки;
- розвиток або загострення захворювань, зв'язок яких із прийомом КОК не з'ясований остаточно: хвороба Крона, неспецифічний виразковий коліт, епілепсія, міома матки, порфірія, системний червоний вовчак, герпес



вагітних, хорея Сиденгама, гемолітико-уремічний синдром, холестатична жовтяниця;

- хлоазма;
- гострі або хронічні розлади функції печінки, що можуть потребувати припинення застосування КОК, доки показники функції печінки не повернуться до норми;
- у жінок зі спадковою схильністю до ангіоневротичного набряку екзогенні естрогени можуть викликати або посилювати симптоми ангіоневротичного набряку.

Частота діагностування раку молочної залози дещо підвищується серед жінок, які застосовують КОК. Оскільки рак молочної залози у жінок віком до 40 років зустрічається рідко, збільшення кількості випадків діагностування раку молочної залози у жінок, які застосовують або нещодавно застосовували КОК, є незначним щодо загального ризику раку молочної залози. Зв'язок із застосуванням КОК невідомий. Див. також розділи «Протипоказання» та «Особливості застосування».

### Взаємодії

Проривні кровотечі та/або зниження контрацептивної дії може виникнути внаслідок взаємодії інших лікарських засобів (індукторів ферментів) із КОК (див. розділ «Взаємодія з іншими лікарськими засобами та інші види взаємодій»).

### Повідомлення про підозрювані побічні реакції

Повідомлення про підозрювані побічні реакції у період постмаркетингового спостереження є дуже важливими. Це дає можливість здійснювати контроль за співвідношенням користь/ризик для лікарських засобів. Фахівцям галузі охорони здоров'я рекомендується повідомляти про будь-які підозрювані побічні реакції, використовуючи національну систему звітності.

### **Термін придатності**

3 роки.

### **Умови зберігання**

Зберігати у недоступному для дітей місці в оригінальній упаковці при температурі не вище 30 °С.

### **Упаковка**

По 21 таблетці у блістері; по 1 блістеру в картонній упаковці.

**Категорія відпуску**

За рецептом.

**Виробник**

Мібе ГмбХ Арцнайміттель.

**Місцезнаходження виробника та його адреса місця провадження діяльності**

Мюнхенерштрассе 15, Брена, Саксонія-Анхальт, 06796, Німеччина.

**Джерело інструкції**

Інструкцію лікарського засобу взято з офіційного джерела — [Державного реєстру лікарських засобів України](#).