

ІНСТРУКЦІЯ
для медичного застосування препарату

ЖАСТІНДА
(ZHASTINDA)

Склад:

діючі речовини: 1 таблетка, вкрита плівковою оболонкою, містить етинілестрадіолу 0,03 мг та дієногесту 2 мг;

допоміжні речовини: лактоза, моногідрат, крохмаль кукурудзяний, повідон, магнію стеарат, тальк;

оболонка таблетки: Опаглос 2 очищений, що містить: натрію карбоксиметилцелюлоза, мальтодекстрин, декстроза моногідрат, лецитинова соя, натрію цитрат дигідрат.

Лікарська форма. Таблетки, вкриті плівковою оболонкою.

Фармакотерапевтична група. Гормональні контрацептиви для системного застосування.
Код АТХ G03A A16.

Клінічні характеристики.

Показання.

Контрацепція (запобігання вагітності).

Лікування вугрів звичайних середнього ступеня тяжкості у жінок, які застосовують пероральну контрацепцію для запобігання небажаної вагітності.

Протипоказання.

Препарат Жастінда не слід застосовувати за наявності хоча б одного зі станів або захворювань, зазначених нижче. Якщо будь-який із цих станів або захворювань виникає вперше під час застосування препарату, його приймання слід негайно припинити.

- ☐ Підвищена чутливість до діючих речовин або до будь-якого з компонентів препарату.
- ☐ Венозні або артеріальні тромботичні/тромбоемболічні явища (наприклад тромбоз глибоких вен, емболія легеневої артерії, інфаркт міокарда) або цереброваскулярний розлад нині або в анамнезі.
- ☐ Наявність нині або в анамнезі продромальних симптомів тромбозу (наприклад транзиторне порушення мозкового кровообігу, стенокардія).
- ☐ Наявність тяжких або множинних факторів ризику розвитку артеріального тромбозу:
 - цукровий діабет з ураженням судин;
 - тяжка артеріальна гіпертензія;
 - тяжка гіперліпідемія.
- ☐ Біохімічні показники, які можуть бути характерними при спадковій або набутій схильності до венозних або артеріальних тромбозів та включають резистентність до активованого протейну С (APC), гіпергомоцистеїнемію, дефіцит антитромбіну III, дефіцит протейну С, дефіцит протейну S, антифосфоліпідні антитіла (антикардіоліпінові антитіла).
- ☐ Тяжкі захворювання печінки, поки показники функції печінки не повернуться в межі норми.
- ☐ Наявність нині або в анамнезі пухлин печінки (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.
- ☐ Мігрень з вогнищевими неврологічними симптомами в анамнезі.
- ☐ Панкреатит нині або в анамнезі, якщо він пов'язаний з тяжкою гіпертригліцеридемією.
- ☐ Гостра або хронічна ниркова недостатність.
- ☐ Відома чи підозрювана вагітність.

Спосіб застосування та дози.

При правильному застосуванні комбінованих оральних контрацептивів (КОК) ступінь невдач становить приблизно 1 % на рік. При пропуску прийому таблеток або їх неправильному застосуванні ступінь невдач може зростати.

Таблетки слід приймати щоденно згідно з порядком, зазначеним на блістері, приблизно в один і той самий час, запиваючи невеликою кількістю рідини. Препарат приймають по 1 таблетці на добу протягом 21-го дня поспіль. Застосування таблеток з кожної наступної упаковки слід розпочинати після закінчення 7-денної перерви у прийманні препарату.

Початок застосування препарату Жастінда

□ Гормональні контрацептиви у попередній період (минулий місяць) не застосовувались. Застосування таблеток слід розпочинати у перший день природного циклу (тобто в перший день менструальної кровотечі). Можна почати приймання також з 2-5-го дня, проте в цьому випадку необхідно використовувати додатковий метод контрацепції (наприклад бар'єрний) протягом перших 7 днів застосування препарату.

□ Перехід з іншого КОК, вагінального кільця або трансдермального пластиру. Бажано розпочати застосування таблеток препарату Жастінда наступного дня після прийому останньої гормонівмісної таблетки попереднього КОК, але не пізніше наступного дня після перерви у застосуванні таблеток або після приймання таблеток плацебо попереднього КОК. У випадку застосування контрацептивного вагінального кільця або трансдермального пластиру слід розпочати приймати препарат Жастінда у день видалення засобу, але не пізніше дня, коли необхідне наступне застосування цих препаратів.

□ Перехід з методу, що базується на застосуванні лише прогестогену («міні-пілі», ін'єкції, імпланти) або внутрішньоматкової системи з прогестогеном.

Можна розпочати застосування препарату Жастінда у будь-який день після припинення приймання «міні-пілі» (у випадку імпланту або внутрішньоматкової системи – в день їх видалення, у випадку ін'єкції – замість наступної ін'єкції). Однак у всіх випадках рекомендується додатково використовувати бар'єрний метод контрацепції протягом перших 7 днів приймання препарату.

□ Після абортів у першому триместрі вагітності.

Можна починати приймати препарат Жастінда одразу ж. У такому випадку немає необхідності застосовувати додаткові засоби контрацепції.

□ Після пологів або абортів у II триместрі.

У випадку годування груддю див. розділ «Застосування у період вагітності або годування груддю».

Рекомендується розпочинати приймати препарат Жастінда з 21-28-го дня після пологів або абортів у другому триместрі вагітності. При пізнішому початку застосування таблеток рекомендується додатково використовувати бар'єрний метод контрацепції протягом перших 7 днів приймання таблеток. Проте якщо статевий акт уже відбувся, то перед початком застосування препарату слід виключити можливу вагітність або дочекатися настання першої менструації.

Що робити у випадку пропуску прийому таблетки

Якщо запізнення в прийомі таблетки не перевищує 12 годин, протизаплідна дія препарату не знижується.

Пропущену таблетку потрібно прийняти одразу, як тільки це з'ясувалося. Наступну таблетку з цієї упаковки необхідно приймати у звичний час.

Якщо запізнення з прийомом забутої таблетки перевищує 12 годин, контрацептивний захист може знизитися. У такому разі можна керуватися двома основними правилами:

1. Перерва між прийомами таблеток ніколи не може становити більше ніж 7 днів.

2. Адекватне пригнічення системи гіпоталамус-гіпофіз-яєчники досягається застосуванням таблеток протягом 7 днів поспіль (без перерви).

Відповідно до цього у повсякденному житті слід керуватися нижчезазначеними рекомендаціями.

– 1-й тиждень

Слід прийняти останню пропущену таблетку якомога швидше, навіть якщо доведеться прийняти дві таблетки одночасно. Після цього продовжують приймати таблетки у звичний час. Крім того, протягом наступних 7 днів слід використовувати бар'єрний метод контрацепції, наприклад презерватив. У разі 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 більший ризик вагітності.

– 2-й тиждень

Слід прийняти останню пропущену таблетку якомога швидше, навіть якщо доведеться прийняти дві таблетки одночасно. Після цього продовжують приймати таблетки у звичний час. За умови правильного застосування таблеток протягом 7 днів перед пропуском немає необхідності використовувати додаткові протизаплідні засоби. В іншому разі або при пропуску більше ніж однієї таблетки рекомендується додатково використовувати бар'єрний метод контрацепції протягом 7 днів.

– 3-й тиждень

Ризик зниження надійності зростає при наближенні перерви у прийманні таблеток. Однак при дотриманні схеми застосування таблеток можна уникнути зниження контрацептивного захисту. Якщо дотримуватися одного з нижченаведених варіантів, то не виникне необхідності у використанні додаткових контрацептивних засобів за умови правильного приймання таблеток протягом 7 днів до пропуску. В іншому випадку рекомендується дотримуватися першого з нижченаведених варіантів і використовувати додаткові застережні методи протягом наступних 7 днів.

1. Слід прийняти останню пропущену таблетку якомога швидше, навіть якщо доведеться прийняти дві таблетки одночасно. Після цього продовжують приймати таблетки у звичний час. Таблетки з наступної упаковки слід почати приймати одразу ж після закінчення попередньої, тобто не повинно бути перерви між упаковками. Мало ймовірно, що у жінки почнеться менструальноподібна кровотеча до закінчення застосування таблеток із другої упаковки, хоча під час приймання таблеток може спостерігатися кровомазання або проривна кровотеча.

2. Можна також припинити приймати таблетки з поточної упаковки. В такому разі перерва у застосуванні препарату повинна становити до 7 днів, включаючи дні пропуску таблеток; приймання таблеток слід почати з наступної упаковки.

Якщо після пропуску в застосуванні таблеток відсутня очікувана менструація протягом першої нормальної перерви в прийманні препарату, то ймовірна вагітність. Слід проконсультуватися з лікарем, перш ніж почати застосування таблеток з нової упаковки.

Рекомендації у випадку розладів з боку травного тракту

У випадку тяжких розладів з боку травного тракту можливе неповне всмоктування препарату; у такому разі слід застосовувати додаткові засоби контрацепції. Якщо блювання почалось упродовж 3-4 годин після прийому таблетки Жастінда, ця ситуація схожа на пропуск прийому препарату, тому слід дотримуватись інструкцій як у випадку пропуску прийому таблеток.

Як змінити час настання менструації або як затримати менструацію

Щоб затримати менструацію, слід продовжувати приймати таблетки препарату Жастінда із нової упаковки і не робити перерви у застосуванні препарату. Якщо є бажання, термін приймання можна продовжити аж до закінчення таблеток із другої упаковки. При цьому може спостерігатися проривна кровотеча або кровомазання. Зазвичай застосування препарату Жастінда відновлюють після 7-денної перерви у прийманні таблеток.

Щоб змістити час настання менструації на інший день тижня, рекомендується скоротити перерву в застосуванні таблеток на стільки днів, на скільки бажано. Слід зазначити, що чим коротшою буде перерва, тим частіше спостерігається відсутність менструальноподібної кровотечі та проривна кровотеча або кровомазання протягом приймання таблеток із другої упаковки (як і у випадку затримки настання менструації).

Пацієнти літнього віку

Препарат Жастінда не показаний після настання менопаузи.

Пацієнти з печінковою недостатністю

Препарат Жастінда протипоказаний жінкам із захворюваннями печінки тяжкого ступеня.

Пацієнти з нирковою недостатністю

Застосування препарату Жастінда пацієнтам з порушеннями функції нирок спеціально не вивчено. Наявні дані не свідчать про необхідність зміни способу застосування для цієї групи пацієнтів.

Побічні реакції.

У жінок, які застосовують комбіновані протизаплідні засоби, існує підвищений ризик венозної та артеріальної тромбоемболії (наприклад венозного тромбозу, легеневої емболії, інсульту, інфаркту міокарда). Такі фактори, як наприклад, паління, підвищений артеріальний тиск, порушення згортання крові і ліпідний метаболізм, надмірна маса тіла, варикозне розширення вен, флебіт і тромбоз, можливо, збільшують ризик венозної та артеріальної тромбоемболії.

З боку нервової системи: головний біль, мігрень, запаморочення, судоми нижніх кінцівок, ішемічний інсульт, порушення мозкового кровообігу, дистонія.

Психічні розлади: пригнічений настрій, нервозність, анорексія, підвищення лібідо, зниження лібідо, агресивність, байдужість, депресія, ментальні розлади, безсоння, розлади сну.

З боку органів зору: розлади зору, кон'юнктивіт, непереносимість контактних лінз, сухість слизової оболонки ока, подразнення очей, осцилопсія, порушення зору.

З боку органів слуху: раптова втрата слуху, дзвін у вухах, вертиго, порушення слуху.

З боку серцево-судинної системи: підвищення або зниження артеріального тиску, кардіоваскулярні порушення, тахікардія, тромбофлебії, тромбоз/емболія легеневої артерії, діастолічна гіпертензія, циркуляторні ортостатичні порушення, припливи, варикоз, порушення з боку вен, болючість вен, гематома.

З боку системи крові: анемія.

З боку дихальної системи: синусит, астма, гіпервентиляція.

З боку імунної системи: гіперчутливість

З боку травного тракту: абдомінальний біль, нудота, блювання, діарея, гастрит, ентерит, диспепсія.

З боку шкіри: акне/вугреподібні висипання, хлоазма, алопеція, дерматит алергічний, дерматит atopічний /нейродерміт, екзема, екзантема, псоріаз, гіпергідроз, пігментація/гіперпігментація, себорея, лупа, гірсутизм, захворювання шкіри, мультиформна еритема, свербіж, шкірні реакції, целюліт («апельсинова кірка»), павукоподібний невус, кропив'янка, вузлувата еритема, мультиформна еритема.

Ендокринні порушення: гіпертрихоз, вірильний синдром.

З боку сечовидільної системи: інфекції сечовивідних шляхів.

З боку репродуктивної системи: біль у молочних залозах, аномальні кровотечі (в тому числі менорагія, гіпоменорея, олігоменорея, аменорея), міжменструальні кров'янисті виділення (в тому числі вагінальні кровотечі і метрорагії), дисменорея, набухання молочних залоз, розвиток оваріальних кіст, диспареунія, вагініт/вульвовагініт, зміна вагінального секрету, генітальні/вагінальні виділення, кіста яєчника, тазовий біль, гіпоменорея, мастит, кістозно-фіброзні порушення молочних залоз, виділення з молочних залоз, міома, ендометрит, сальпінгіт, дисплазія шийки матки, кіста придатків матки, болючість придатків матки, кіста молочної залози, галакторея, менструальні порушення.

Інфекції та інвазії: вагінальний кандидоз або інші грибкові вульвовагінальні інфекції, сальпінгоофорит, інфекції сечовивідних шляхів: цистит, мастит, цервіцит, грибкові інфекції, кандидоз, герпес ротової порожнини, грип, бронхіт, синусит, інфекції верхніх дихальних шляхів, вірусні захворювання.

Метаболічні порушення: підвищення апетиту, анорексія.

Кардіальні порушення: кардіоваскулярні порушення тахікардія (включаючи збільшення частоти серцевих скорочень).

З боку кістково-м'язової системи: біль у спині, дискомфорт у м'язах та кістках, міалгія, біль у кінцівках.

Доброякісні, злоякісні новоутворення та новоутворення нез'ясованої етіології: лейоміома матки, ліпома молочної залози.

Лабораторні показники: зміна маси тіла (у тому числі збільшення або зменшення маси тіла, флуктуація), підвищення рівня тригліцеридів у крові, гіперхолестеринемія.

Загальні порушення: припливи, втома, слабкість, нездужання, набряки, алергічні реакції, грипоподібний стан, біль у грудях, пірексія, дратівливість, затримка рідини.

Вроджені, сімейні та генетичні порушення: прояви безсимптомної полімастії.

У жінок при застосуванні КОК можуть виникати такі небажані ефекти:

- венозна/артеріальна тромбоемболія;
- цереброваскулярні порушення;
- артеріальна гіпертензія;
- гіпертригліцеридемія, що може становити ризик розвитку панкреатиту;
- зміни в толерантності до глюкози або вплив на периферичну інсулінорезистентність;
- пухлини печінки (злоякісні і доброякісні);

- розлади функції печінки, зокрема ризик виникнення гепатиту;
- хлоазма;
- у жінок зі спадковою схильністю до ангіоневротичного набряку екзогенні естрогени можуть спричиняти або посилювати симптоми ангіоневротичного набряку;
- захворювання, зв'язок розвитку або загострення яких із прийомом КОК остаточно не з'ясований: жовтяниця або свербіж, пов'язані з холестазом; утворення каменів у жовчному міхурі; порфірія; системний червоний вовчак, гемолітичний уремичний синдром; хорея Сиденхема; герпес вагітних; втрата слуху внаслідок отосклерозу, хвороба Крона, виразковий коліт, рак шийки матки та інші порушення з боку крові.

Серед жінок, які приймають КОК, частота випадків діагностики раку молочної залози дуже незначно підвищена. Оскільки рак молочної залози у жінок віком до 40 років зустрічається рідко, збільшення кількості випадків діагностики раку молочної залози є незначним на тлі рівня ризику раку молочної залози в загальній популяції. Причинний взаємозв'язок із застосуванням КОК не встановлений.

Передозування.

Не було ніяких повідомлень про тяжкі несприятливі ефекти від передозування. При одночасному застосуванні кількох таблеток може спостерігатися нудота, блювання або незначна піхвова кровотеча у молодих дівчат.

Лікування. Терапія симптоматична. Антидотів до препарату не існує.

Застосування у період вагітності або годування груддю.

Препарат протипоказаний до застосування у період вагітності.

У разі виникнення вагітності під час застосування препарату Жастінда його приймання необхідно припинити. Проте результати епідеміологічних досліджень не вказують на підвищення ризику появи вроджених вад у дітей, які народилися у жінок, які приймали КОК до вагітності, так само, як і на існування тератогенної дії при ненавмисному застосуванні КОК у ранні терміни вагітності.

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 в період годування груддю. Діючі речовини, що входять до складу препарату, та/або їх метаболіти у невеликих кількостях можуть проникати в грудне молоко.

Діти.

Препарат показаний для застосування за призначенням лікаря тільки після настання сталих менструацій.

Особливості застосування.

При наявності будь-яких захворювань, наведених нижче, слід зважити користь та можливий ризик для кожної жінки індивідуально перед застосуванням Жастінди. Пацієнтку слід попередити, що у разі погіршення або загострення стану слід негайно звернутися до лікаря. Лікар повинен вирішити питання про подальше застосування або припинення терапії препаратом.

Циркуляторні порушення

На підставі результатів епідеміологічних досліджень припускається існування зв'язку між застосуванням КОК та підвищенням ризику виникнення венозних та артеріальних тромботичних і тромбоемболічних захворювань, таких як інфаркт міокарда, тромбоз глибоких вен, емболія легеневої артерії та цереброваскулярні явища. Наведені стани виникають рідко.

Ризик виникнення венозної тромбоемболії (ВТЕ) найвищий протягом першого року застосування КОК. Такий підвищений ризик існує після початку застосування КОК або відновлення застосування (після 4-тижневої або більшій перерви у прийманні таблеток) того самого або іншого орального контрацептиву. Дані на підставі великого проспективного дослідження свідчать, що цей підвищений ризик зберігається переважно впродовж перших 3 місяців.

Загальний ризик розвитку ВТЕ у жінок, які застосовують низькодозовані контрацептиви (< 50 мкг етинілестрадіолу) у 2-3 рази вищий, ніж у тих, які їх ніколи не застосовували, і залишається нижчим, ніж ризик, асоційований з вагітністю і пологам.

ВТЕ може загрожувати життю або мати летальні наслідки (у 1-2 % випадків ВТЕ).

ВТЕ, що виявляється у вигляді венозного тромбозу та/або емболії легеневої артерії, може виникнути при застосуванні будь-якого КОК.

Надзвичайно рідко повідомлялося про виникнення тромбозу в інших кровоносних судинах, наприклад артеріях і венах печінки, нирок, мезентеріальних судинах, судинах головного мозку або сітківки у жінок, які застосовують КОК.

Симптомами тромбозу глибоких вен можуть бути: однобічний набряк ноги 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 емболії легеневої артерії можуть бути: раптова задишка нез'ясованої етіології або прискорене дихання; раптовий кашель, можливо з кров'ю; раптовий біль у грудях, що може посилюватися при глибокому диханні; тривожний стан; запаморочення; швидке або нерегулярне серцебиття. Деякі з цих симптомів (наприклад задишка, кашель) є неспецифічними або можуть бути неправильно інтерпретовані як більш поширені або менш тяжкі явища (наприклад інфекції дихальних шляхів).

Артеріальне тромбоемболічне явище може включати цереброваскулярний розлад, оклюзію судин або інфаркт міокарда. Симптомами цереброваскулярного розладу можуть бути: раптове оніміння обличчя, руки або ноги, особливо однобічне; раптова сплутаність свідомості, порушення мовлення або розуміння; раптове погіршення зору одного або обох очей; раптове порушення ходьби, запаморочення, втрата рівноваги або координації; раптовий, сильний або тривалий головний біль без визначеної причини; втрата свідомості або зомління із судомами або без них. Інші симптоми оклюзії судин можуть включати: раптовий біль, набряк або легке посиніння кінцівок; «гострий» живіт.

Симптомами інфаркту міокарда можуть бути: біль, дискомфорт, відчуття стиснення, тяжкість, відчуття стиснення або тяжкості у грудях, руці або нижче груднини; дискомфортне відчуття, що віддає у спину, щелепу, горло, руку, шлунок; відчуття переповнення шлунка, нетравлення шлунка або ядуха; посилене потовиділення, нудота, блювання або запаморочення; надзвичайна слабкість, тривожний стан або задишка; швидке або нерегулярне серцебиття.

Артеріальні тромбоемболічні явища можуть загрожувати життю або призводити до летальних наслідків. Фактори, що підвищують ризик виникнення венозних або артеріальних тромботичних/ тромбоемболічних явищ або цереброваскулярного розладу:

- вік;
- ожиріння (індекс маси тіла більше 30 кг/м²);
- ускладнений сімейний анамнез (наприклад випадки венозної або артеріальної тромбоемболії у братів чи сестер або батьків у відносно молодому віці). Якщо існує або підозрюється спадкова схильність, рекомендується звернутися за консультацією до лікаря перед початком застосування будь-якого КОК;
- тривала іммобілізація, радикальні хірургічні втручання, будь-які хірургічні операції на нижніх кінцівках, значні травми. У цих випадках рекомендується припинити застосування КОК (при планових операціях – щонайменше за 4 тижні до її проведення) і не починати їх приймати знову раніше ніж через 2 тижня після повного відновлення рухливості;
- паління (при інтенсивному палінні ризик зростає з віком). *При застосуванні КОК варто припинити паління, особливо якщо вік перевищує 35 років;*
- дисліппротеїнемія;
- артеріальна гіпертензія;
- мігрень;
- вади клапанів серця;
- фібриляція передсердь.

Немає єдиної думки щодо можливої ролі варикозних вен і поверхневого тромбофлебіту у розвитку ВТЕ. Необхідно брати до уваги підвищення ризику розвитку тромбоемболії у післяпологовому періоді.

До інших захворювань, які можуть бути асоційовані з циркуляторними розладами, належать: цукровий діабет, системний червоний вовчак, гемолітичний уремичний синдром, хронічні запальні захворювання кишечника (хвороба Крона або виразковий коліт) та серпоподібноклітинна анемія.

Підвищення частоти випадків виникнення мігрені або її посилення під час застосування КОК (що може бути передвісником порушення мозкового кровообігу) може потребувати термінового припинення застосування КОК.

Біохімічні показники, що можуть бути характерними для спадкової або набутої схильності до венозних або артеріальних тромбозів, включають: резистентність до активованого протейну С (APC), гіпергомоцистеїнемію, дефіцит антитромбіну III, дефіцит протейну С, дефіцит протейну S, антифосфоліпідні антитіла (антикардіоліпінові антитіла), вовчаковий антикоагулянт.

Аналізуючи співвідношення ризик/користь, рекомендується враховувати той факт, що адекватне лікування станів, про які згадувалося вище, може знижувати пов'язаний з ними ризик виникнення тромбозів, а також і те, що ризик виникнення тромбозів, асоційованих з вагітністю, вищий, ніж при застосуванні низькодозованих КОК (< 0,05 мг етинілестрадіолу).

Пухлини

Найважливішим фактором ризику розвитку раку шийки матки є персистенція папіломавірусу. Результати деяких епідеміологічних досліджень вказують на додаткове підвищення ризику розвитку раку шийки матки при довготривалому застосуванні КОК, проте це твердження залишається суперечливим, оскільки остаточно не з'ясовано, наскільки результати досліджень враховують супутні фактори ризику, наприклад скринінг стану шийки матки та статеву поведінку, включаючи використання бар'єрних методів контрацепції.

Метааналіз на підставі епідеміологічних досліджень вказує на незначне підвищення відносного ризику розвитку 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 приймають у даний час або нещодавно застосовували КОК, є незначним щодо загального ризику раку молочної залози. Результати цих досліджень не надають доказів існування причинного взаємозв'язку. Підвищення ризику може бути обумовлене як більш ранньою діагностикою раку молочної залози у жінок, які застосовують КОК, так і біологічною дією КОК або поєднанням обох факторів. Відмічено тенденцію, що рак молочної залози, виявлений у жінок, які коли-небудь приймали КОК, клінічно менш виражений, ніж у тих, хто ніколи не застосовував КОК.

У поодиноких випадках у жінок, які застосовують КОК, спостерігалися доброякісні, а ще рідше – злоякісні пухлини печінки, що в окремих випадках призводили до небезпечної для життя внутрішньочеревної кровотечі. У випадку виникнення скарг на сильний біль в епігастральній ділянці, збільшення печінки або ознаки внутрішньочеревної кровотечі при диференційній діагностиці слід враховувати можливість наявності пухлини печінки при застосуванні КОК.

Інші стани

Жінки з гіпертригліцеридемією або з цим порушенням у сімейному анамнезі становлять групу ризику розвитку панкреатиту при застосуванні КОК.

Хоча повідомлялося про незначне підвищення артеріального тиску у багатьох жінок, які приймають КОК, клінічно значуще підвищення артеріального тиску є рідкісним явищем. Проте якщо тривала клінічно виражена артеріальна гіпертензія виникає під час застосування КОК, то буде слушним відмінити КОК та лікувати артеріальну гіпертензію. Якщо це доцільно, застосування КОК можна відновити після досягнення нормотонії за допомогою антигіпертензивної терапії.

Повідомлялося про виникнення або загострення зазначених нижче захворювань під час вагітності та при застосуванні КОК, але їх взаємозв'язок із застосуванням КОК не є остаточно з'ясованим: жовтяниця та /або свербіж, пов'язаний з холестазом, утворення жовчних каменів, порфірія, системний червоний вовчак, гемолітико-уремічний синдром, хорея Сиденхема, герпес вагітних, втрата слуху, пов'язана з отосклерозом. У жінок зі спадковою схильністю до ангіоневротичного набряку екзогенні естрогени можуть спричиняти або посилювати симптоми ангіоневротичного набряку.

При гострих або хронічних порушеннях функції печінки може виникнути необхідність припинення застосування КОК, доки показники функції печінки не повернуться до нормальних значень. При рецидиві холестатичної жовтяниці, що вперше виникла під час вагітності або попереднього приймання статевих гормонів, застосування КОК слід припинити.

Хоча КОК можуть впливати на периферичну інсулінорезистентність та толерантність до глюкози, немає даних щодо потреби змінювати терапевтичний режим жінкам з діабетом, які приймають низькодозовані КОК (< 0,05 мг етинілестрадіолу). Проте жінки, які страждають на цукровий діабет, повинні ретельно обстежуватися протягом застосування КОК.

Хвороба Крона та виразковий коліт можуть бути пов'язані із застосуванням КОК.

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

Кожна таблетка препарату містить 27 мг лактози. За наявності рідкісних спадкових захворювань непереносимості галактози, дефіциту лактази Лаппа або мальабсорбції глюкози-галактози рекомендується враховувати цю кількість лактози.

Медичне обстеження

Перед початком або відновленням приймання препарату Жастінда рекомендується зібрати повний медичний анамнез та провести повне медичне обстеження. При застосуванні КОК слід проходити періодичні обстеження. Проведення таких періодичних обстежень є важливим, оскільки стани, зазначені в розділі «Протипоказання» (наприклад транзиторна ішемічна атака тощо), або фактори ризику (наприклад у сімейному анамнезі венозний або артеріальний тромбоз) можуть вперше виникнути вже під час застосування КОК.

Частота і характер цих обстежень повинні ґрунтуватися на існуючих нормах медичної практики з урахуванням індивідуальних особливостей кожної жінки, проте загалом включають вимірювання артеріального тиску, обстеження молочних залоз, органів черевної порожнини та таза, включаючи цитологічне дослідження шийки матки.

Жастінда, як і інші комбіновані пероральні контрацептиви, не захищає від зараження ВІЛ-інфекцією (СНІД) чи будь-яким іншим захворюванням, що передається статевим шляхом.

Зниження ефективності

Ефективність комбінованих пероральних контрацептивів може знижуватись у випадку пропуску прийому таблетки, розладів травного тракту або застосування інших лікарських засобів.

Контроль циклу

При застосуванні пероральних контрацептивів можуть спостерігатися міжменструальні кров'яністі виділення (кровомазання або проривні кровотечі), особливо протягом перших кількох місяців. Зважаючи на це, оцінку нерегулярних піхвових кров'янистих виділень можна проводити лише після періоду адаптації організму до препарату (зазвичай після 3 циклів приймання таблеток).

Якщо нерегулярні кров'яністі виділення зберігаються після періоду адаптації або з'являються після періоду регулярних кровотеч, потрібно розглянути негормональні причини кровотеч та відповідні діагностичні заходи, у тому числі обстеження з метою виключення наявності пухлин та вагітності. До діагностичних заходів можна включити кюретаж.

У деяких жінок може не настати менструальноподібна кровотеча під час перерви в застосуванні препарату. У випадку приймання КОК відповідно до вказівок вагітність малоймовірна. Проте якщо прийом контрацептиву відбувався нерегулярно або якщо менструальноподібні кровотечі відсутні протягом двох циклів, то перед продовженням застосування КОК необхідно виключити вагітність.

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

Досліджень з приводу впливу препарату на здатність керувати автомобілем або працювати з іншими механізмами не проводилося. Ефекти КОК на здатність керувати автомобілем або працювати з механізмами не відзначалися.

Взаємодія з іншими лікарськими засобами та інші види взаємодій.

Взаємодія пероральних контрацептивів та інших лікарських засобів (індукторів ферментів, деяких антибіотиків) може призводити до проривної кровотечі та/або втрати ефективності контрацептиву. При лікуванні будь-яким із цих препаратів слід тимчасово застосовувати бар'єрний метод додатково до приймання КОК або обрати інший метод контрацепції. При лікуванні препаратами, що індукують мікосомальні ферменти, бар'єрний метод слід застосовувати протягом усього терміну лікування відповідним препаратом і ще протягом 28 днів після припинення його застосування.

При лікуванні антибіотиком (за винятком рифампіцину і гризеофульвіну) бар'єрний метод слід використовувати ще протягом 7 днів після його відміни. У разі якщо бар'єрний метод все ще застосовується, а таблетки в поточній упаковці вже закінчилися, слід почати застосовувати таблетки з наступної упаковки без перерви в прийманні препарату.

Може спостерігатися взаємодія з лікарськими засобами, що індукують мікросомальні ферменти, збільшуючи кліренс статевих гормонів (наприклад з фенітоїном, барбітуратами, примідоном, карбамазепіном, рифампіцином і, можливо, також окскарбазепіном, топіраматом, фельбаматом, гризеофульвіном та лікарськими засобами, що містять звіробиї).

Також інгібітори ВІЛ-протеази (наприклад ритонавір) і нуклеозидні інгібітори зворотної транскриптази (наприклад невірапін) та їх комбінації потенційно можуть впливати на метаболізм у печінці.

Результати деяких клінічних досліджень дають можливість припустити, що ентерогепатична циркуляція естрогенів може знижуватися при застосуванні певних антибіотиків, що можуть знижувати концентрацію етинілестрадіолу (наприклад антибіотиків пеніцилінового і тетрациклінового ряду).

Дієногест метаболізується за участю цитохрому P450 (CYP) 3A4. Відомо, що інгібітори цитохрому P450 (CYP) 3A4, наприклад протигрибкові засоби азольної групи (зокрема кетоконазол), циметидин, верапаміл, макроліди (зокрема еритроміцин), дилтіазем, антидепресанти та грейпфрутовий сік можуть підвищувати рівень дієногесту у плазмі.

Оральні контрацептиви можуть вплинути на метаболізм інших лікарських засобів. Відповідно, концентрація в плазмі та тканинах може збільшуватися (наприклад циклоспорину) або зменшуватися (наприклад ламотриджину). Однак на підставі даних *in vitro* інгібування ферментів системи цитохрому P450 дієногестом в терапевтичній дозі є мало ймовірним.

Лабораторні аналізи

Застосування контрацептивних стероїдів може впливати на результати певних лабораторних аналізів, у тому числі на біохімічні параметри функції печінки, щитовидної залози, наднирникових залоз та нирок, концентрацію в плазмі білків (носіїв), таких як глобулін, що зв'язує кортикостероїди і фракції ліпідів /ліпопротеїнів, параметри вуглеводного обміну, а також параметри коагуляції і фібринолізу. Зазвичай такі зміни перебувають у межах норми.

Фармакологічні властивості.

Фармакодинаміка.

Контрацептивна дія КОК базується на взаємодії різних факторів, найважливішими з яких є супресія овуляції і зміна цервікальної секреції. Окрім запобігання вагітності, КОК мають ще низку позитивних властивостей, які можна брати до уваги при виборі методу контрацепції. Менструальний цикл стає регулярнішим, менструація зазвичай менш болючою, зменшується крововтрата. Останнє сприяє зниженню частоти залізодефіцитної анемії.

Прогестагенний компонент препарату Жастінда – дієногест – є сильним прогестагеном та вважається єдиним похідним норетистерону з антиандрогенними властивостями. Наявність антиандрогенного ефекту була доведена в ході клінічних досліджень за участю обмеженої кількості пацієнтів, із запальною формою вугрів звичайних. Дієногест позитивно впливає на ліпідний профіль, при цьому підвищується вміст ліпопротеїнів високої щільності.

Існують докази зниження ризику раку ендометрія і раку яєчників. Крім того, було доведено, що при застосуванні високодозованих КОК (50 мкг етинілестрадіолу) знижується ризик виникнення кіст яєчників, запальних захворювань органів таза, доброякісних захворювань молочних залоз і позаматкової вагітності. Необхідно з'ясувати, чи стосується це низькодозованих КОК.

Результати стандартних доклінічних досліджень токсичності при багаторазовому застосуванні, генотоксичності, канцерогенності та репродуктивної токсичності не вказують на існування будь-якого специфічного ризику для людського організму. Проте слід зауважити, що статеві стероїди можуть сприяти росту попередньо існуючих певних гормонозалежних тканин та пухлин.

Фармакокінетика.

Дієногест

Всмоктування.

Після перорального приймання дієногест швидко і повністю всмоктується. Максимальна концентрація у сироватці досягається упродовж 2,5 години після одноразового перорального приймання і становить 51 нг /мл. Біодоступність дієногесту в комбінації з етинілестрадіолом становить приблизно 96 %.

Розподіл.

Дієногест зв'язується із сироватковим альбуміном та не зв'язується з глобуліном, що зв'язує статеві стероїди (ГЗСС), або глобуліном, що зв'язує кортикоїди (ГЗК). Лише 10 % від загальної концентрації дієногесту у сироватці знаходяться у вигляді вільного стероїду, а 90 % неспецифічно зв'язані з альбуміном. Індуковане етинілестрадіолом підвищення рівня ГЗСС не впливає на зв'язування дієногесту з білками сироватки.

Метаболізм.

Дієногест повністю метаболізується переважно шляхом гідроксильовання та кон'югації з утворенням неактивних метаболітів. Ці метаболіти дуже швидко виводяться з плазми у такий спосіб, що в плазмі не спостерігається жодного активного метаболіту, а лише дієногест у незміненому вигляді. Загальний кліренс становить приблизно 3,6 л/год після одноразового застосування.

Виведення з організму.

Рівень дієногесту в сироватці знижується з періодом напіввиведення, що дорівнює 8,5-10,8 години. Лише незначна кількість дієногесту екскретується нирками у незмінному вигляді. Метаболіти виводяться із сечею та жовчю у співвідношенні приблизно 3:1. Період напіввиведення метаболітів становить приблизно 14,4 години.

Стан рівноваги.

Фармакокінетика дієногесту не залежить від рівня ГЗСС. При щоденному прийманні концентрація речовини у сироватці зростає в 1,5 рази, досягаючи рівноважного стану через 4 дні застосування.

Етинілестрадіол

Адсорбція

При пероральному прийманні етинілестрадіол швидко і повністю всмоктується. Максимальна концентрація у сироватці становить приблизно 67 пкг/мл і досягається упродовж 1,5-4 годин.

Розподіл

Етинілестрадіол міцно, проте не специфічно зв'язується із сироватковим альбуміном (приблизно 98 %) та індукує збільшення сироваткових концентрацій ГЗСС.

Метаболізм

Етинілестрадіол метаболізується головним чином шляхом ароматичного гідроксильовання, проте додатково утворюється велика кількість гідроксильованих і метильованих метаболітів, серед яких існують як вільні метаболіти, так і як кон'югати з глюкуронідами і сульфатами. Кліренс становить 2,3-7 мл/хв/кг.

Виведення з організму

Рівень етинілестрадіолу в сироватці знижується двофазно з періодами напіввиведення приблизно 1 годину і 10–20 годин, відповідно. Етинілестрадіол не виводиться з організму у незмінному вигляді, його метаболіти виводяться з сечею і жовчю у співвідношенні 4:6. Період напіввиведення метаболітів становить приблизно один день.

Стан рівноваги

Стан рівноваги досягається протягом другої половини циклу застосування, коли концентрація етинілестрадіолу в сироватці приблизно вдвічі вища порівняно з одноразовим прийманням.

Фармацевтичні характеристики.

Основні фізико-хімічні властивості: білого або майже білого кольору, круглі, двоопуклі, вільні від сторонніх забруднень таблетки, вкриті плівковою оболонкою.

Термін придатності. 3 роки.

Умови зберігання.

Зберігати в оригінальній упаковці при температурі не вище 25 °С.

Зберігати в недоступному для дітей місці.

Упаковка.

По 21 таблетці, вкритій плівковою оболонкою, у блістері з полівінілхлоридної плівки та фольги алюмінієвої. По 1 або 3 блістери у пачці з картону.

Категорія відпуску. За рецептом.

Заявник.

Алвоген ППКо С.ар.л.

Місцезнаходження.

5, Руе Хайєнхафф, L-1736, Зеннінгерберг, Люксембург.

Виробник.

Лабораторіос Леон Фарма С.А.

Місцезнаходження.

С/Ла Валліна с/н, Полігоно Індастріал Наватеджера, Віллаквілаамбре, 24008-Леон, Іспанія.