

Elin (Norgestimat, Ethinyloestradiolum). **Skład i postać:** Każda tabletki zawiera 250 mikrogramów norgestymatu oraz 35 mikrogramów etynyloestradiolu. Substancja pomocnicza o znanym działaniu: laktoza. Każda tabletki niepowlekana zawiera 89,357 mg laktozy. Niebieskie, okrągłe, niepowlekane tabletki o ściętych brzegach i średnicy 6,4 mm, z wytłoczonym numerem „146” na jednej stronie i gładkie po drugiej. **Wskazania:** Doustny środek antykoncepcyjny. Podejmując decyzję o przepisaniu kobiecie produktu leczniczego Elin należy wziąć pod uwagę aktualnie występujące u danej kobiety czynniki ryzyka, szczególnie czynniki ryzyka rozwoju żylnej choroby zakrzepowatozatorowej (ŻChZZ), a także to, jak ryzyko ŻChZZ związane ze stosowaniem produktu leczniczego Elin przedstawia się na tle ryzyka związanego ze stosowaniem innych złożonych hormonalnych środków antykoncepcyjnych. **Dawkowanie i sposób podawania:** Podanie doustne. Dawkowanie. Dzieci i młodzież. Produkt jest przeciwwskazany do stosowania u dziewcząt, które nie osiągnęły wieku dojrzałości płciowej, nie rozpoczęły miesiączkowania. Pacjentki dorosłe. Należy przyjmować codziennie jedną tabletkę, o stałej porze (najlepiej wieczorem) przez ciągły okres 21 dni, po którym następuje 7-dniowa przerwa w przyjmowaniu tabletek. Kolejne opakowanie należy rozpocząć po upływie 7-dniowej przerwy. W tym okresie nie trzeba stosować dodatkowych środków antykoncepcyjnych. W czasie przerwy w przyjmowaniu tabletek można spodziewać się krwawienia występującego zazwyczaj na początku 2. do 4. dnia po przyjęciu ostatniej tabletki. Pacjentki w podeszłym wieku. Ten produkt leczniczy nie jest wskazany do stosowania u kobiet po menopauzie. Sposób podawania. Rozpoczęcie przyjmowania. Przyjmowanie tabletek rozpoczyna się 1. dnia naturalnego cyklu miesięczkowego pacjentki, czyli pierwszego dnia krwawienia. Przejście z innego środka antykoncepcyjnego. Przejście ze złożonego, hormonalnego środka antykoncepcyjnego (złożone, doustne środki antykoncepcyjne, krążek dopochwowy albo system transdermalny). Przyjmowanie produktu najlepiej rozpocząć w dniu po przyjęciu ostatniej tabletki aktywnej (zawierającej substancję czynną) uprzednio stosowanego złożonego, doustnego środka antykoncepcyjnego, ale najpóźniej w dniu po zakończeniu zwykłej przerwy w przyjmowaniu poprzednich tabletek lub po przyjęciu ostatniej tabletki zawierającej placebo uprzednio stosowanego złożonego, doustnego środka antykoncepcyjnego. W przypadku uprzedniego stosowania krążka dopochwowego lub systemu transdermalnego przyjmowanie produktu najlepiej rozpocząć w dniu ich usunięcia, ale najpóźniej w dniu, na który przypadająby ich ponowne zaaplikowanie. Przejście z metody zawierającej wyłącznie progestagen (minipigułka, wstrzyknięcie, implant lub wewnątrzmaciczny system antykoncepcyjny wydzielający progestagen). Kobieta może każdego dnia przejść z minipigułki na produkt (z implantu lub systemu wewnątrzmacicznego w dniu ich usunięcia, z leku podawanego w postaci iniekcji – w dniu przypadającym na kolejne podanie), jednak we wszystkich przypadkach przez pierwszych 7 dni przyjmowania tabletek powinno się zalecać stosowanie dodatkowej antykoncepcyjnej metody barierowej. Podawanie produktu po porodzie. Po porodzie drogami natury podawanie doustnych środków antykoncepcyjnych niekarmiącym matkom można rozpocząć 21 dni po porodzie, o ile pacjentka w pełni się porusza i nie wystąpiły u niej powikłania poporodowe. Nie ma też konieczności stosowania dodatkowych środków antykoncepcyjnych. Jeżeli podawanie produktu rozpocznie się później niż 21 dni po porodzie, przez pierwszych 7 dni przyjmowania tabletek konieczne jest stosowanie dodatkowych środków antykoncepcyjnych. Jeżeli po porodzie doszło do stosunku płciowego, należy się z wstrzymać z przyjmowaniem doustnych środków antykoncepcyjnych do pierwszego dnia pierwszego krwawienia miesięczkowego. Stosowanie produktu po usunięciu ciąży lub poronieniu. Po usunięciu ciąży w pierwszym trymestrze. Stosowanie produktu można rozpocząć natychmiast. W takim przypadku nie ma konieczności stosowania dodatkowych środków antykoncepcyjnych. Po porodzie lub usunięciu ciąży w drugim trymestrze ciąży. Należy zalecać rozpoczęcie przyjmowania produktu w dniu 21. do 28. po porodzie lub usunięciu ciąży w drugim trymestrze. W przypadku późniejszego rozpoczęcia przez pierwszych 7 dni należy zalecać stosowanie dodatkowej metody barierowej. Jeżeli jednak kobieta odbyła już stosunek płciowy, to przed rozpoczęciem stosowania złożonego, doustnego środka antykoncepcyjnego należy wykluczyć ciążę albo poczekać do momentu wystąpienia pierwszego krwawienia miesięczkowego. Informacje dotyczące pacjentek karmiących piersią. Opóźnienie miesiączki. Aby opóźnić wystąpienie miesiączki, kobieta powinna rozpocząć nowe opakowanie produktu w dniu po zakończeniu aktualnego opakowania, bez robienia przerwy w stosowaniu tabletek. Przyjmowanie tabletek należy kontynuować w zwyczajny sposób. Podczas przyjmowania tabletek z drugiego opakowania u pacjentki może wystąpić niewielkie plamienie lub krwawienie międzymiesiączkowe, co nie zmniejsza jednak ochrony antykoncepcyjnej, o ile nie pominięto przyjęcia żadnych tabletek. Kolejne opakowanie produktu należy rozpocząć po zwyczajnej, 7-dniowej przerwie w przyjmowaniu tabletek, nawet jeśli miesiączka nadal występuje. Ograniczona skuteczność. Jeżeli produkt przyjmowany jest zgodnie z instrukcją stosowania, zajście w ciążę jest wysoce nieprawdopodobne. Jednakże skuteczność doustnych środków antykoncepcyjnych może się zmniejszyć w przypadku poniższych okoliczności: postępowanie w przypadku pominięcia tabletek. Jeżeli opóźnienie w przyjęciu tabletki nie przekroczy 12 godzin, stopień ochrony przed ciążą pozostanie niezmienny. Kobieta powinna wtedy przyjąć tabletkę możliwie jak najszybciej, a kolejne dawki powinna przyjąć o zwykłej porze. Jeżeli opóźnienie w przyjęciu tabletki przekroczy 12 godzin, stopień ochrony przed ciążą może się zmniejszyć. W przypadku pominięcia przyjęcia tabletek należy kierować się następującymi, podstawowymi zasadami: 1. Nigdy nie wolno przerywać przyjmowania tabletek na dłużej niż 4 dni. 2. Należyte zahamowanie osi podwzgórzowo-przysadkowo-jajnikowej wymaga nieprzerwanego przyjmowania tabletek przez 7 dni. W związku z tym należy zalecać następujące postępowanie: dni 1.-7. Pacjentka powinna przyjąć ostatnio pominiętą tabletkę możliwie jak najszybciej, nawet jeśli oznacza to przyjęcie dwóch tabletek jednocześnie. Następnie powinna kontynuować przyjmowanie tabletek o zwykłej porze. Dodatkowo przez kolejnych 7 dni powinna stosować metodę barierową, np. prezerwatywę. Jeżeli w tygodniu poprzedzającym pominięcie przyjęcia tabletki doszło do stosunku płciowego, należy wziąć pod uwagę możliwość zajścia w ciążę. Im więcej pominiętych tabletek, i im krótszy odstęp czasu do okresu przerwy w stosowaniu tabletek, tym większe ryzyko zajścia w ciążę. Dni 8.-14. Pacjentka powinna przyjąć ostatnio pominiętą tabletkę możliwie jak najszybciej, nawet jeśli oznacza to przyjęcie dwóch tabletek jednocześnie. Następnie powinna kontynuować przyjmowanie tabletek o zwykłej porze. O ile kobieta przyjmowała tabletki prawidłowo przez okres 7 dni poprzedzających pierwsze pominięcie tabletki, nie ma konieczności stosowania dodatkowych zabezpieczeń antykoncepcyjnych. Jeśli jednak kobieta pominęła więcej niż 1 tabletkę, powinno zalecać się stosowanie dodatkowych zabezpieczeń przez 7 dni. Dni 15.-21. Ryzyko zmniejszonej skuteczności jest nieuchronne z powodu zbliżającej się 7-dniowej przerwy w przyjmowaniu tabletek. Jednakże zmniejszeniu ochrony antykoncepcyjnej można zapobiec dostosowując schemat przyjmowania tabletek. Jeśli kobieta zastosuje się do jednego z dwóch zaleceń, nie ma konieczności stosowania dodatkowych zabezpieczeń antykoncepcyjnych, o ile przyjmowała tabletki prawidłowo przez okres 7 dni poprzedzający pierwsze pominięcie tabletki. W innym przypadku pacjentka powinna postępować według pierwszej z dwóch możliwości, a dodatkowo przez okres kolejnych 7 dni powinna stosować dodatkowe zabezpieczenia antykoncepcyjne. 1. Pacjentka powinna przyjąć ostatnio pominiętą tabletkę możliwie jak najszybciej, nawet jeśli oznacza to przyjęcie dwóch tabletek jednocześnie. Następnie powinna kontynuować przyjmowanie tabletek o zwykłej porze. Kolejne opakowanie należy rozpocząć zaraz po zakończeniu przyjmowania tabletek z ostatniego opakowania, to znaczy bez okresu przerwy w przyjmowaniu tabletek. W takim przypadku wystąpienie krwawienia z odstawienia jest mało prawdopodobne aż do zakończenia drugiego opakowania, jednak w czasie przyjmowania tabletek może pojawić się plamienie lub krwawienie międzymiesiączkowe. 2. Można także przerwać przyjmowanie tabletek z obecnego opakowania. Wtedy kobieta powinna rozpocząć 7-dniową przerwę w przyjmowaniu tabletek, obejmującą dni, w których przyjęcie tabletek zostało pominięte, a następnie powinna rozpocząć przyjmowanie tabletek z kolejnego opakowania. Jeżeli kobieta pominie przyjęcie kilku tabletek i w następstwie nie wystąpi krwawienie z odstawienia podczas pierwszej, zwykłej przerwy w przyjmowaniu tabletek, należy rozważyć możliwość zajścia w ciążę. W przypadku ciężkich zaburzeń żołądkowo-

jelitowych (np. wymioty lub biegunka), substancje czynne mogą nie wchłoniąć się w całości, w związku z czym należy zastosować dodatkowe środki antykoncepcyjne. Jeżeli wymioty lub ciężka biegunka wystąpią w ciągu 3-4 godzin po przyjęciu tabletki, należy natychmiast przyjąć nową tabletkę (zapasową). Nową tabletkę, jeśli to możliwe, należy przyjąć nie później niż w ciągu 12 godzin od zwykłej pory ich przyjmowania. Po upływie ponad 12 godzin należy zastosować się do zalecenia dotyczącego postępowania w przypadku pominiętych tabletek, zawartego w punkcie - Postępowanie w przypadku pominięcia tabletek. Jeżeli kobieta nie chce zmienić zwykłego schematu przyjmowania tabletek, musi przyjąć dodatkową tabletkę(-i) z innego opakowania. **Przeciwwskazania:** Nadwrażliwość na substancje czynne lub na którąkolwiek substancję pomocniczą. Obecność lub ryzyko wystąpienia żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej (ŻChZZ). Żyłna choroba zakrzepowo-zatorowa, czynna ŻChZZ (podczas leczenia lekami przeciwzakrzepowymi) bądź przebyta (np. zakrzepica żył głębokich lub zatorowość płucna). Stwierdzona dziedziczna lub nabyta predyspozycja do żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej, np. oporność na APC (w tym obecność czynnika V Leiden), niedobór antytrombiny III, niedobór białka C, niedobór białka S. Przebycie dużego zabiegu chirurgicznego połączonego z długotrwałym unieruchomieniem. Duże ryzyko wystąpienia żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej z powodu współwystępowania kilku czynników ryzyka. Obecność lub ryzyko wystąpienia tętniczej choroby zakrzepowo-zatorowej. Tętnicza choroba zakrzepowo-zatorowa, czynna tętnicza choroba zakrzepowo-zatorowa, przebyta tętnicza choroba zakrzepowo-zatorowa (np. zawał mięśnia sercowego) lub schorzenia zwiastujące wystąpienie tętniczej choroby zakrzepowo-zatorowej (np. dławica piersiowa). Choroba naczyń mózgowych, aktualny udar mózgu, przebyty udar mózgu lub schorzenia zwiastujące wystąpienie udaru mózgu [np. przemijający napad niedokrwienia mózgu (TIA, ang. transient ischaemic attack)]. Stwierdzona dziedziczna lub nabyta predyspozycja do tętniczej choroby zakrzepowo-zatorowej, np. hiperhomocysteinemia i obecność przeciwciał antyfosfolipidowych (przeciwciał antykardiolipinowych, antykoagulantu toczniowego). Dodatni wywiad w kierunku migreny z ogniskowymi objawami neurologicznymi. Duże ryzyko wystąpienia tętniczej choroby zakrzepowo-zatorowej z powodu współwystępowania kilku czynników ryzyka lub występowania jednego poważnego czynnika ryzyka, takiego jak: cukrzyca z objawami naczyniowymi, ciężkie nadciśnienie, ciężka dyslipoproteinemia. Matki karmiące piersią w okresie krótszym niż 6 tygodni po porodzie. Rak endometrium lub inny, rozpoznany estrogenozależny nowotwór. Krwawienie z narządu rodno o niewyjaśnionej etiologii. Palenie 15 lub więcej papierosów na dobę u pacjentek w wieku powyżej 35 lat. Ostra lub przewlekła choroba wątroby taka, jak zapalenie wątroby (wirusowe lub niewirusowe) lub ciężka postać marskości wątroby, lub występowanie tych chorób w wywiadzie przez okres przynajmniej 3 miesięcy po powrocie nieprawidłowych wartości prób czynnościowych wątroby do wartości prawidłowych; gruczolaki wątroby lub nowotwory wątroby. Rozpoznany lub podejrzewany rak piersi. Zapalenie trzustki, także w wywiadzie, jeśli ma związek z ciężką hipertriglicerydemią. Produkt jest przeciwwskazany do stosowania u dziewcząt, które nie osiągnęły wieku dojrzałości płciowej, nie rozpoczęły miesiączkowania. Produkt leczniczy Elin jest przeciwwskazany do jednoczesnego stosowania z produktami leczniczymi zawierającymi ombitaswir z parytapwirem i rytonawirem, dazabuwir, z produktami leczniczymi zawierającymi glekaprewir z pibrentaswirem oraz sofosbuwir z welpataswirem i woksylaprewirem. W przypadku pierwszego wystąpienia powyższych stanów podczas stosowania produktu leczniczego Elin wówczas jego stosowanie należy natychmiast przerwać. **Ostrzeżenia i zalecane środki ostrożności:** Jeśli u pacjentki występuje którykolwiek stan lub czynnik ryzyka, wówczas należy z nią omówić kwestię tego, czy stosowanie u niej produktu leczniczego Elin jest odpowiednie. W przypadku nasilenia lub pojawienia się po raz pierwszy któregokolwiek z wymienionych schorzeń lub czynników ryzyka pacjentka powinna skontaktować się z lekarzem, który ustali, czy istnieje konieczność przerwania stosowania produktu leczniczego Elin. Ryzyko rozwoju żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej (ŻChZZ). Stosowanie jakichkolwiek złożonych hormonalnych środków antykoncepcyjnych niesie ze sobą zwiększone ryzyko wystąpienia żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej (ŻChZZ) w porównaniu z kobietami nie stosującymi tych preparatów. Stosowanie produktów zawierających lewonorgestrel, norgestymat (w tym Elin) lub noretysteron wiąże się z niższym ryzykiem rozwoju ŻChZZ. Decyzja o zastosowaniu produktu leczniczego Elin powinna zostać podjęta po przedyskutowaniu tej kwestii z pacjentką w celu upewnienia się, że pacjentka rozumie, na czym polega ryzyko ŻChZZ związane ze stosowaniem produktu leczniczego Elin, w jaki sposób aktualnie występujące u niej czynniki ryzyka wpływają na ryzyko wystąpienia ŻChZZ, oraz to, że ryzyko wystąpienia ŻChZZ jest większe w pierwszym roku stosowania omawianego produktu. Istnieją ponadto pewne dowody na to, że ryzyko to jest zwiększone, kiedy stosowanie złożonego hormonalnego środka antykoncepcyjnego jest wznawiane po przerwie wynoszącej co najmniej 4 tygodnie. Wśród kobiet nie stosujących złożonych hormonalnych środków antykoncepcyjnych i niebędących w ciąży u około 2 na 10 000 dochodzi do rozwoju ŻChZZ w ciągu jednego roku. Jednak u danej kobiety ryzyko to może być dużo wyższe, gdyż zależy ono również od istniejących u niej czynników ryzyka. Szacuje się, że u około 6 na 10 000 kobiet stosujących złożony hormonalny środek antykoncepcyjny zawierający lewonorgestrel dochodzi do rozwoju ŻChZZ w ciągu jednego roku. Z aktualnie dostępnych danych wynika, że ryzyko rozwoju ŻChZZ w przypadku stosowania złożonych hormonalnych środków antykoncepcyjnych zawierających norgestymat jest podobne do ryzyka związanego ze stosowaniem złożonych hormonalnych środków antykoncepcyjnych zawierających lewonorgestrel. Liczba przypadków ŻChZZ na rok jest mniejsza niż liczba przypadków ŻChZZ, jakiej należałoby się spodziewać u kobiet w ciąży lub kobiet w okresie połogu. ŻChZZ może prowadzić do zgonu w 1-2% przypadków. U pacjentek stosujących złożone hormonalne środki antykoncepcyjne niezwykle rzadko opisuje się przypadki zakrzepicy w innych łóżyskach naczyniowych, np. w obrębie naczyń żylnych i tętniczych wątroby, krezki, nerek, mózgu czy siatkówki. Czynniki ryzyka ŻChZZ. Ryzyko powikłań zakrzepowo-zatorowych w krążeniu żylnym u kobiet używających złożone hormonalne środki antykoncepcyjne może ulegać znacznemu zwiększeniu w przypadku istnienia dodatkowych czynników ryzyka, szczególnie zaś w przypadku ich współwystępowania. Stosowanie produktu leczniczego Elin jest przeciwwskazane u kobiet, u których współwystępuje kilka czynników ryzyka narażających je na zwiększone ryzyko zakrzepicy żyłnej. Jeśli u kobiety występuje więcej niż jeden czynnik ryzyka, możliwe jest że wypadkowe ryzyko jest większe aniżeli wynikałoby to z prostego zsumowania poszczególnych czynników ryzyka w tym wypadku należy dokonać oceny całkowitego ryzyka ŻChZZ. Jeśli bilans korzyści i zagrożeń zostanie uznany za ujemny, wówczas złożonego hormonalnego środka antykoncepcyjnego nie należy przepisywać. Czynniki ryzyka ŻChZZ. Otyłość (wskaźnik masy ciała powyżej 30 kg/m²). W miarę wzrostu BMI ryzyko znacznie wzrasta. Kwestia ta jest szczególnie istotna, jeśli z czynnikiem tym współwystępują inne czynniki ryzyka. Długotrwałe unieruchomienie (w tym lot samolotem trwający dłużej niż 4 godziny), przebycie dużego zabiegu chirurgicznego, przebycie jakiegokolwiek zabiegu chirurgicznego w obrębie kończyn dolnych lub miednicy, przebycie zabiegu neurochirurgicznego bądź doznanie jakiegokolwiek dużego urazu. W tych sytuacjach zaleca się przerwanie stosowania plastrów/tabletek/pierścieni antykoncepcyjnych (co najmniej cztery tygodnie przed zabiegiem w przypadku zabiegów planowych). Stosowanie wymienionych środków antykoncepcyjnych można wznowić najwcześniej dwa tygodnie po całkowitym uruchomieniu pacjentki. W celu uniknięcia niezamierzonej ciąży należy stosować inną metodę antykoncepcji. Jeśli pacjentka z odpowiednio dużym wyprzedzeniem nie odstawiła produktu leczniczego Elin, wówczas można rozważyć włączenie leczenia antytrombotycznego. Uwaga! Tymczasowe unieruchomienie, w tym lot samolotem trwający dłużej niż 4 godziny, może również stanowić czynnik ryzyka rozwoju ŻChZZ, szczególnie u kobiet ze współwystępującymi innymi czynnikami ryzyka. Obciążenie rodzinne (żylna choroba zakrzepowo-zatorowa u brata, siostry lub rodzica, szczególnie we względnie młodym wieku (np. przed ukończeniem 50 lat). W przypadku podejrzenia predyspozycji dziedzicznych pacjentkę powinno się skierować do specjalisty w celu uzyskania porady przed podjęciem decyzji o rozpoczęciu stosowania jakiegokolwiek złożonego hormonalnego środka antykoncepcyjnego. Inne schorzenia związane z ŻChZZ. Nowotwory złośliwe, toczeń

rumieniowaty układowy, zespół hemolityczno-mocznicy, przewlekłe choroby zapalne jelit (choroba Leśniowskiego - Crohna i wrzodziejące zapalenie jelita grubego) oraz niedokrwistość sierpowatokrwinkowa. Wiek (zwłaszcza wiek powyżej 35 lat). Zdania są podzielone co do ewentualnej roli żyłaków kończyn dolnych i zakrzepowego zapalenia żył powierzchownych w przyczynianiu się do rozwoju lub progresji zakrzepicy naczyń żylnych. Należy brać pod uwagę zwiększone ryzyko powikłań zakrzepowo-zatorowych w okresie ciąży i w 6-tygodniowym okresie połogu. Objawy ŻChZZ (zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej). W przypadku wystąpienia objawów kobieta powinna pilnie uzyskać pomoc lekarską i powiadomić lekarza, iż przyjmuje złożone hormonalne środki antykoncepcyjne. Objawy zakrzepicy żył głębokich mogą być następujące: jednostronny obrzęk kończyny dolnej lub stopy bądź obrzęk na przebiegu żyły w obrębie kończyny dolnej, ból lub bolesność uciskowa w obrębie kończyny dolnej, przy czym objawy te mogą się ujawniać tylko podczas przebywania w pozycji stojącej bądź podczas chodzenia, zwiększona temperatura kończyny dolnej, zaczerwienienie lub przebarwienie skóry w obrębie kończyny dolnej. Objawy zatorowości płucnej mogą być następujące: nagłe pojawienie się duszności o niewyjaśnionej przyczynie bądź przyspieszonego oddechu, nagłe pojawienie się kaszlu, któremu może towarzyszyć krwiopłucie, ostry ból w klatce piersiowej, nasilone uczucie zbliżające się omdlenia lub nasilone zawroty głowy, przyspieszona lub nieregularna akcja serca. Niektóre z wymienionych objawów (np. duszność czy kaszel) są nieswoiste i mogą być błędnie zinterpretowane jako objawy częściej występujących lub lżejszych schorzeń (np. zakażenia układu oddechowego). Inne objawy niedrożności naczyń mogą obejmować: nagły ból, obrzęk i nieznaczne zsinienie kończyny. Jeśli niedrożność dotyczy naczyń w gałce ocznej, wówczas objawy mogą wahać się od bezbolesnego nieostrego widzenia do postępującej utraty wzroku. Czasem do utraty wzroku może dochodzić prawie natychmiast. Ryzyko rozwoju tętniczej choroby zakrzepowo-zatorowej. W badaniach epidemiologicznych wykazano związek pomiędzy stosowaniem złożonych hormonalnych środków antykoncepcyjnych a zwiększonym ryzykiem tętniczej choroby zakrzepowo-zatorowej (zawału mięśnia sercowego) lub zwiększonym ryzykiem zdarzeń mózgowo-naczyniowych (przemijającego napadu niedokrwienia mózgu, udaru mózgu). Tętnicze zdarzenia zakrzepowo-zatorowe mogą kończyć się zgonem. Stosowanie produktu leczniczego Elin jest przeciwwskazane u kobiet, u których występuje jeden poważny czynnik ryzyka lub u których współwystępuje kilka czynników ryzyka tętniczej choroby zakrzepowo-zatorowej narażających je na zwiększone ryzyko zakrzepicy tętniczej. Jeśli u kobiety występuje więcej niż jeden czynnik ryzyka, możliwe jest że wypadkowe ryzyko jest większe aniżeli wynikałoby to z prostego zsumowania poszczególnych czynników ryzyka w tym wypadku należy dokonać oceny całkowitego ryzyka tętniczej choroby zakrzepowo-zatorowej. Jeśli bilans korzyści i zagrożeń zostanie uznany za ujemny, wówczas złożonego hormonalnego środka antykoncepcyjnego nie należy przepisywać. Czynniki ryzyka tętniczej choroby zakrzepowo-zatorowej. Zaawansowany wiek (zwłaszcza wiek powyżej 35 lat). Palenie tytoniu. Kobiетom należy zdecydowanie odradzać palenie tytoniu, jeśli noszą się one z zamiarem stosowania złożonego hormonalnego środka antykoncepcyjnego. Kobiетom w wieku powyżej 35 lat, które nie wyrażają chęci przerwania palenia, należy zdecydowanie zalecić stosowanie innej metody antykoncepcji. Nadciśnienie tętnicze. Otyłość (wskaznik masy ciała powyżej 30 kg/m²). W miarę wzrostu BMI ryzyko znacznie wzrasta (szczególnie istotne u kobiet, u których występują dodatkowe czynniki ryzyka). Obciążenie rodzinne (tętnicza choroba zakrzepowo-zatorowa u brata, siostry lub rodzica, szczególnie we względnie młodym wieku, np. przed ukończeniem 50 lat). W przypadku podejrzenia predyspozycji dziedzicznych pacjentkę powinno się skierować do specjalisty w celu uzyskania porady przed podjęciem decyzji o rozpoczęciu stosowania jakiegokolwiek złożonego hormonalnego środka antykoncepcyjnego. Migrena. Zwiększenie częstości występowania lub nasilenia migreny podczas stosowania złożonych hormonalnych środków antykoncepcyjnych (które może zwiastować wystąpienie zdarzenia mózgowo-naczyniowego) może stanowić powód natychmiastowego odstawienia produktu. Inne choroby związane z naczyniowymi zdarzeniami niepożądanymi: cukrzyca, hiperhomocysteinemia, wady zastawkowe serca i migotanie przedsionków, dyslipoproteinemia i toczeń rumieniowaty układowy. Objawy tętniczej choroby zakrzepowo-zatorowej W przypadku wystąpienia objawów kobieta powinna pilnie uzyskać pomoc lekarską i powiadomić lekarza, iż przyjmuje złożone hormonalne środki antykoncepcyjne. Objawy zdarzenia mózgowo-naczyniowego mogą być następujące: nagłe zdrętwienie lub osłabienie siły mięśniowej w obrębie twarzy, kończyny górnej lub kończyny dolnej, szczególnie jeśli jednostronne, nagłe zaburzenia chodu, zawroty głowy, zaburzenia równowagi lub koordynacji ruchowej, nagła dezorientacja, zaburzenia mowy lub zaburzenia rozumienia pisma lub mowy, nagłe zaburzenia widzenia w jednym lub obu oczach, nagły nasilony lub długotrwały ból głowy bez wyraźnej przyczyny, utrata przytomności lub omdlenie z towarzyszącym napadem lub bez towarzyszącego napadu. Przemijający charakter objawów podczas opisanego zdarzenia sugeruje rozpoznanie przemijającego napadu niedokrwienia mózgu (TIA, ang. transient ischaemic attack). Objawy zawału mięśnia sercowego mogą być następujące: ból, dyskomfort, uczucie nacisku, ciężkości, uczucie ściskania lub wypełnienia w klatce piersiowej, w obrębie kończyny górnej lub poniżej mostka, dyskomfort promieniujący do pleców, żuchwy, gardła, kończyny górnej, żołądka, uczucie przepelnienia, niestrawności lub dławienia się, poty, nudności, wymioty lub zawroty głowy, nasilone uczucie osłabienia, lęk lub duszność, przyspieszona lub nieregularna akcja serca. Nowotwory. Wyniki niektórych badań epidemiologicznych wskazały, że długotrwałe stosowanie doustnych środków antykoncepcyjnych (powyżej 5 lat) jest związane ze zwiększeniem ryzyka wystąpienia nowotworu szyjki macicy, jednak nadal nie osiągnięto konsensusu, w jakim stopniu ma to związek ze skutkami zachowań seksualnych i innych czynników, takich jak ludzki wirus brodawczaka (HPV). Metaanaliza danych z 54 badań epidemiologicznych wskazuje na to, że u kobiet, które obecnie przyjmują złożone, doustne środki antykoncepcyjne występuje nieco większe ryzyko (RR=1,24) zachorowania na raka piersi. To podwyższone ryzyko stopniowo zanika w ciągu 10 lat po zakończeniu stosowania złożonych, doustnych środków antykoncepcyjnych. Z racji tego, iż rak piersi występuje rzadko u kobiet w wieku poniżej 40 lat, zwiększona liczba zachorowań na raka piersi obecnych i byłych użytkowniczek złożonych, doustnych środków antykoncepcyjnych jest niewielka w porównaniu do ogólnego ryzyka zachorowania na raka piersi. Badania te nie dostarczają dowodów dotyczących związków przyczynowych. Przypadki raka piersi rozpoznane u pacjentek, które kiedykolwiek stosowały złożone, doustne środki antykoncepcyjne, były raczej mniej zaawansowane klinicznie niż u kobiet, które nigdy nie stosowały tych środków. Zaobserwowany schemat zwiększonego ryzyka może wynikać z wcześniejszego rozpoznawania raka piersi u pacjentek, które stosowały złożone, doustne środki antykoncepcyjne, działania biologicznego tych środków czy połączenia obu czynników. U pacjentek przyjmujących złożone, doustne środki antykoncepcyjne stwierdzano w rzadkich przypadkach łagodne nowotwory wątroby, a jeszcze rzadziej złośliwe nowotwory wątroby. W pojedynczych przypadkach nowotwory te prowadziły do zagrażających życiu krwotoków do jamy brzusznej. Z tego względu, jeśli u pacjentki stosującej doustny środek antykoncepcyjny wystąpi silny ból w nadbrzuszu, powiększenie wątroby lub objawy krwotoku do jamy brzusznej, podczas diagnozy różnicowej należy wziąć pod uwagę nowotwór wątroby. Stosowanie złożonych, doustnych środków antykoncepcyjnych z większą dawką substancji czynnej (50 µg etynyloestradiolu) wiąże się z mniejszym ryzykiem zachorowania na raka endometrium i raka jajników. U pacjentek, których masa ciała jest równa lub większa od 90 kg, skuteczność antykoncepcyjna środka może być zmniejszona. Pacjentki z hipertriglicerydemią lub wywiadem rodzinnym w tym kierunku mogą być narażone na podwyższone ryzyko zapalenia trzustki, jeżeli stosują złożone, hormonalne środki antykoncepcyjne. Mimo iż u wielu kobiet przyjmujących hormonalne środki antykoncepcyjne stwierdzano nieznaczny wzrost ciśnienia tętniczego krwi, to przypadki istotne klinicznie występowały rzadko. Zaprzestanie stosowania złożonych, doustnych środków antykoncepcyjnych jest uzasadnione jedynie w tych rzadkich przypadkach. Jeżeli podczas stosowania złożonego, hormonalnego środka antykoncepcyjnego u pacjentek z wcześniejszym nadciśnieniem, ciągle podwyższone wartości ciśnienia krwi lub istotnie podwyższone ciśnienie krwi nie obniżą się odpowiednio w wyniku zastosowania terapii przeciwnadciśnieniowej, złożony,

hormonalny środek antykoncepcyjny należy odstawić. Jeśli terapia przeciwnadciśnieniowa przywróci prawidłowe ciśnienie krwi, można wznowić stosowanie środka. Podczas ciąży i stosowania złożonych, doustnych środków antykoncepcyjnych stwierdzano pojawienie się lub zaostrzenie istniejących stanów w wymienionych, jednak dowody na związek ze stosowaniem złożonych, doustnych środków antykoncepcyjnych nie są jednoznaczne: żółtaczką i (lub) świąd związany z zastojem żółci, kamienie żółciowe, porfirię, tocząc rumieniowatą układową, zespół hemolityczno-mocznicowy, płasawica Sydenhama, opryszczka ciężarnych, utrata słuchu związana z otosklerozą. U kobiet z wrodzonym obrzękiem naczynioruchowym estrogeny pochodzenia zewnętrznego mogą wywoływać lub zaostrzać objawy obrzęku naczynioruchowego. Ostre lub przewlekłe zaburzenia czynności wątroby mogą być przyczyną przerwania stosowania złożonych, hormonalnych środków antykoncepcyjnych do czasu, gdy wskaźniki wątrobowe powrócą do normy. Nawrót świądu spowodowanego zastojem żółci, który wystąpił podczas ostatniej ciąży lub wcześniejszego stosowania hormonów płciowych, stwarza konieczność przerwania stosowania złożonych, hormonalnych środków antykoncepcyjnych. Mimo iż złożone, hormonalne środki antykoncepcyjne mogą wpływać na tkankową oporność na insulinę i tolerancję glukozy, to nie ma dowodów na konieczność modyfikowania schematu terapeutycznego u kobiet z cukrzycą stosujących złożone, doustne środki antykoncepcyjne w małej dawce (zawierające <0,05 mg etynyloestradiolu). Mimo to pacjentki z cukrzycą należy uważnie obserwować, szczególnie w początkowym okresie stosowania złożonych, doustnych środków antykoncepcyjnych. Obniżony nastrój i depresja to dobrze znane działania niepożądane stosowania hormonalnych środków antykoncepcyjnych. Depresja może mieć ciężki przebieg i jest dobrze znanym czynnikiem ryzyka zachowań samobójczych i samobójstw. Jeśli u pacjentki wystąpią zmiany nastroju lub objawy depresji, również krótko po rozpoczęciu leczenia, zaleca się, aby skonsultowała się z lekarzem. Podczas stosowania złożonych, doustnych środków antykoncepcyjnych zgłaszano nasilenie depresji endogennej, padaczki, choroby Leśniowskiego - Crohna oraz wrzodziejącego zapalenia jelita grubego. Sporadycznie może wystąpić ostuda, szczególnie u pacjentek, u których w wywiadzie występowała ostuda podczas ciąży. Kobiety ze skłonnością do ostudy podczas przyjmowania złożonych, doustnych środków antykoncepcyjnych powinny unikać ekspozycji na słońce lub promieniowanie ultrafioletowe. Ostuda często nie ustępuje. Przed rozpoczęciem lub wznowieniem stosowania produktu leczniczego Elin należy przeprowadzić szczegółowy wywiad chorobowy (z wywiadem rodzinnym) oraz wykluczyć ciążę. Należy zmierzyć ciśnienie tętnicze i przeprowadzić badanie fizykalne pod kątem obecności przeciwwskazań i ostrzeżeń. Należy zwrócić uwagę kobiety na informacje dotyczące zakrzepicy żyłnej i tętniczej, w tym na informacje dotyczące ryzyka związanego ze stosowaniem produktu leczniczego Elin na tle innych złożonych hormonalnych środków antykoncepcyjnych, informacje dotyczące objawów ŻChZZ i tętniczej choroby zakrzepowo-zatorowej, a także informacje dotyczące znanych czynników ryzyka i sposobu postępowania w przypadku podejrzenia zakrzepicy. Należy poinstruować kobiety, aby dokładnie przeczytała ulotkę dla pacjenta i stosowała się do zaleceń. Częstość i rodzaj badań lekarskich należy określić na podstawie obowiązujących wytycznych i dostosować indywidualnie do pacjentki. Należy również poinformować kobietę, że hormonalne środki antykoncepcyjne nie chronią przed zakażeniem HIV (AIDS) ani przed innymi chorobami przenoszonymi drogą płciową. Skuteczność złożonych, doustnych środków antykoncepcyjnych może być zmniejszona w przypadku pominięcia tabletek z substancją czynną zaburzeń żołądkowo-jelitowych podczas przyjmowania tabletek z substancją czynną lub jednoczesnego stosowania innych leków. U kobiet przyjmujących złożone, hormonalne środki antykoncepcyjne, zwłaszcza w początkowych miesiącach ich stosowania, mogą wystąpić nieregularne krwawienia (plamienia lub krwawienia międzymiesiączkowe). Z uwagi na to opinia lekarska na temat nieregularnych krwawień będzie miała znaczenie dopiero po okresie adaptacji, trwającym około 3 cykle. Jeśli nieregularne krwawienia międzymiesiączkowe utrzymują się lub pojawiły się po wcześniejszych, regularnych cyklach, a złożony, doustny środek antykoncepcyjny jest przyjmowany zgodnie z zaleconym schematem, należy rozważyć inną przyczynę niż ta wynikająca ze stosowania złożonych, doustnych środków antykoncepcyjnych. Należy przeanalizować przyczyny niehormonalne, a w razie konieczności przeprowadzić odpowiednią diagnostykę celem wykluczenia choroby organicznej lub ciąży. Badania diagnostyczne mogą obejmować wyłyżeczkowanie jamy macicy. U niektórych kobiet może nie występować krwawienie z odstawienia podczas przerwy w stosowaniu tabletek. Jeżeli złożony, doustny środek antykoncepcyjny był stosowany zgodnie z zaleceniami opisanymi w punkcie, ciąża jest mało prawdopodobna. Jeśli jednak złożony, doustny środek antykoncepcyjny nie był stosowany zgodnie z tymi zaleceniami przed pierwszym brakiem krwawienia z odstawienia albo jeśli u kobiety nie wystąpią dwa kolejne krwawienia z odstawienia, to przed kontynuowaniem stosowania złożonych, doustnych środków antykoncepcyjnych należy wykluczyć ciążę. U niektórych pacjentek po odstawieniu antykoncepcji hormonalnej może wystąpić brak lub skąpe miesiączki, szczególnie gdy dotyczyło ich to wcześniej. Podczas przyjmowania norgestymatu z etynyloestradiolem nie należy stosować preparatów ziołowych zawierających ziele dziurawca (*Hypericum perforatum*). Tabletki zawierają laktozę. Produkt nie powinien być stosowany u pacjentek z rzadko występującą dziedziczną nietolerancją galaktozy, niedoborem laktazy (typu Lapp) lub zespołem złego wchłaniania glukozy-galaktozy. Produkt zawiera mniej niż 1 mmol (23 mg) sodu na tabletkę, to znaczy produkt uznaje się za „wolny od sodu”. **Działania niepożądane:** U kobiet używających złożonych hormonalnych środków antykoncepcyjnych występuje zwiększone ryzyko występowania zdarzeń zakrzepowych i zakrzepowo-zatorowych w krążeniu żylnym i tętniczym, w tym zawału mięśnia sercowego, udaru mózgu, przemijających napadów niedokrwienia mózgu, zakrzepicy żyłnej i zatorowości płucnej. Pewne niepożądane działania produktu, które przypisuje się stosowaniu doustnych środków antykoncepcyjnych wymagają natychmiastowej konsultacji lekarskiej i (lub) zaprzestania przyjmowania takich środków. Do tego rodzaju niepożądanych działań należą: zawał mięśnia sercowego, zakrzepica żył głębokich, zatorowość płucna, incydenty mózgowo-naczyniowe, zakrzepica żył siatkówki, nowy przypadek migrenowego bólu głowy, rak piersi, gruczolaki wątroby, nowotwory wątroby, wysokie ciśnienie tętnicze, obrzęk naczynioruchowy, pokrzywka oraz nadwrażliwość. Podczas badań diagnostycznych oraz leczenia należy stosować inne środki antykoncepcji niehormonalnej. Według danych zbiorczych dotyczących bezpieczeństwa stosowania z 5 badań klinicznych najczęściej zgłaszanym (□10% częstości występowania) działaniem niepożądanym był ból głowy (27,9%). Najczęściej zgłaszanym (□10% częstości występowania) działaniem niepożądanym określonym podczas badań po wprowadzeniu produktu do obrotu była biegunka (11,8%). Najczęściej zgłaszanymi (□10%) działaniami niepożądanymi w trakcie pierwszego cyklu badań klinicznych były: zaburzenia miesiączkowania (40,4%), nudności (29,1%), krwawienie z dróg rodnych (26,3%), zaburzenia żołądkowo-jelitowe [zgłaszane jako nudności lub wymioty] (24,6%) oraz nieprawidłowe krwawienie z odstawienia (16,9%). Częstość powyższych działań niepożądanych była największa w cyklu 1. i z kolejnymi cyklami zmniejszała się, za wyjątkiem częstości występowania zaburzeń miesiączkowania. Częstość zgłaszania wymiotów była największa w cyklu 12 (11,8%). Bezpieczeństwo norgestymatu + etynyloestradiolu badano w pięciu badaniach klinicznych (2 randomizowane badania z aktywną kontrolą oraz 3 otwarte badania bez grupy kontrolnej) z udziałem 1891 zdrowych kobiet w wieku rozrodczym. W 3 badaniach pacjentki obserwowano do 24 cykli, a w pozostałych 2 badaniach do 12 cykli. Dodatkowe badanie bez grupy kontrolnej (n=8 331) służyło zgłaszaniu działań niepożądanych według cyklu terapii, do 24 cykli. Z uwagi na to, że częstość występowania działań niepożądanych różni się w zależności od cyklu terapii, podczas przypisywania działań niepożądanych do kategorii częstości posługiwano się danymi z cykli o największej liczbie zdarzeń. W poniższej tabeli występują wszystkie zdarzenia niepożądane zgłoszone podczas stosowania norgestymatu z etynyloestradiolem w trakcie badań klinicznych lub pochodzące z danych dotyczących stosowania tabletek norgestymatu i etynyloestradiolu, które uzyskano po wprowadzeniu produktu do obrotu. Przedstawione kategorie częstości opracowano zgodnie z następującą konwencją: Bardzo często (≥1/10), często (≥1/100 do <1/10), niezbyt często (≥1/1000 do <1/100), rzadko (≥1/10 000 do <1/1000), bardzo rzadko (<1/10 000), częstość nieznana (nie

może być określona na podstawie dostępnych danych). Zakażenia i zarażenia pasożytnicze. Często: zakażenie dróg moczowych, zakażenia pochwy. Nowotwory łagodne, złośliwe i nieokreślone (w tym torbiele i polipy). Niezbyt często: dysplazja szyjki macicy. Rzadko torbiele piersi. Nieznana częstość występowania: gruczolaki wątroby, rak piersi, łagodny nowotwór piersi, ogniskowy rozrost guzkowy wątroby, gruczolakowłókniak piersi. Zaburzenia układu immunologicznego. Często nadwrażliwość. Zaburzenia metabolizmu i odżywiania. Często zatrzymanie płynów w organizmie. Niezbyt często: zmniejszone lub zwiększone łaknienie, zmiany masy ciała. Rzadko zaburzenia apetytu. Nieznana częstość występowania - dyslipidemia. Zaburzenia psychiczne. Często: zmiany nastroju, depresja, nerwowość, bezsenność. Niezbyt często: lęk, zaburzenia popędu płciowego. Rzadko: utrata popędu płciowego. Zaburzenia układu nerwowego. Bardzo często bóle głowy. Często: migrena, zawroty głowy. Niezbyt często: omdlenie, parestezje. Nieznana częstość występowania: incydent naczyniowo-mózgowy, drgawki. Zaburzenia oka. Niezbyt często: zaburzenia widzenia, suchość oczu. Nieznana częstość występowania: nietolerancja szkielek kontaktowych, zakrzepica żył siatkówki[*]. Zaburzenia ucha i błędnika. Rzadko: zawroty głowy. Zaburzenia serca. Niezbyt często kołatanie serca. Rzadko tachykardia. Nieznana częstość występowania - zawał mięśnia sercowego. Zaburzenia naczyniowe. Niezbyt często: zakrzepica, nadciśnienie tętnicze, uderzenia gorąca. Rzadko: żylna zdarzenia zakrzepowe lub tętnicze zdarzenia zakrzepowe. Nieznana częstość występowania- zakrzepica żył głębokich[*]. Zaburzenia układu oddechowego, klatki piersiowej i śródpiersia. Niezbyt często duszność. Nieznana częstość występowania- zatorowość płucna[*]. Zaburzenia żołądka i jelit. Bardzo często: zaburzenia żołądkowo- jelitowe, wymioty, biegunka, nudności. Często: bóle żołądkowo - jelitowe, bóle brzucha, wzdęcia, zaparcia, wiatry. Rzadko zapalenie trzustki. Zaburzenia wątroby i dróg żółciowych. Rzadko zapalenie wątroby. Zaburzenia skóry i tkanki podskórnej. Często: trądzik, wysypka. Niezbyt często: łysienie, hirsutyzm, pokrzywka, świąd, rumień, przebarwienia skóry. Rzadko: nasilone pocenie, nadwrażliwość na światło. Nieznana częstość występowania: obrzęk naczynioruchowy, rumień guzowaty, nocne poty. Zaburzenia mięśniowo-szkieletowe i tkanki łącznej. Często: bolesne skurcze mięśni, ból kończyn, ból pleców. Niezbyt często ból mięśni. Zaburzenia układu rozrodczego i piersi. Bardzo często: zaburzenia miesiączkowania, krwotok maciczny, nieprawidłowe krwawienie z odstawienia. Często: brak miesiączki, upławy, ból piersi. Niezbyt często: wydzielina z piersi, powiększenie piersi, torbiel jajnika, suchość sromu i pochwy. Rzadko upławy. Nieznana częstość występowania zahamowanie laktacji. Zaburzenia ogólne i stany w miejscu podania. Często: ból w klatce piersiowej, obrzęki, osłabienie. Badania diagnostyczne. Często zwiększenie masy ciała. Niezbyt często zmniejszenie masy ciała. [*]Nie stwierdzono w badaniach klinicznych, co uniemożliwia określenie częstości. Po dopuszczeniu produktu leczniczego do obrotu istotne jest zgłaszanie podejrzewanych działań niepożądanych. Umożliwia to nieprzerwane monitorowanie stosunku korzyści do ryzyka stosowania produktu leczniczego. Osoby należące do fachowego personelu medycznego powinny zgłaszać wszelkie podejrzewane działania niepożądane za pośrednictwem Departamentu Monitorowania Niepożądanych Działań Produktów Leczniczych Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych; Al. Jerozolimskie 181C; 02-222 Warszawa; tel.: +48 22 49 21 301; faks: +48 22 49 21 309. Strona internetowa: <https://smz.ezdrowie.gov.pl>. Działania niepożądane można zgłaszać również podmiotowi odpowiedzialnemu. **Podmiot odpowiedzialny:** Zakłady Farmaceutyczne Polpharma S.A. Pozwolenie na dopuszczenie do obrotu nr 21205 wydane przez MZ. Lek wydawany na podstawie recepty. ChPL: 2023.03.24