

ინჟესტა

INJESTA

შემაღვენლობა:

მოქმედი ნივთიერება: მიკრონიზირებული პროგესტერონი

1 კაფსულა შეიცავს 200 მგ მიკრონიზირებულ პროგესტერონს.

დამხმარე ნივთიერებები: ლეციტინი, მზესუმზირის ზეთი;

კაფსულის გარსის შემაღვენლობა: ჟელატინი, გლიცერინი, ტიტანის დიოქსიდი (E171).

წამლის ფორმა: რბილი კაფსულები

ძირითადი ფიზიკურ - ქიმიური თვისებები: რბილი ჟელატინის კაფსულები ოვალური ფორმის, ყვითელი ფერის. კაფსულების შემცველობა- ზეთოვანი პასტის მაგვარი ნარევი, პრაქტიკულად თეთრი ფერის.

ფარმაცოლოგიური თვისებები

ფარმაცოდინამიკა.

პრეპარატის ფარმაცოლოგიური თვისებები განპირობებულია პროგესტერონით - ყვითელი სხეულის ერთ-ერთი ჰორმონით, რომელიც ხელს უწყობს ნორმალური სეკრეტორული ენდომეტრიუმის წარმოქმნას ქალებში. იწვევს საშვილოსნოს ლორწოვანი გარსის პროლიფერაციის ფაზიდან სეკრეტორულ ფაზაში გადასვლას, ხოლო განაყოფიერების შემდეგ ხელს უწყობს მის გადასვლას იმ მდგომარეობაში, რომელიც აუცილებელია განაყოფიერებული კვერცხუჯრედის განვითარებისთვის. ამცირებს საშვილოსნოს მილების და საშვილოსნოს მუსკულატურის აღგზნებადობას და კუმშვადობას. არ გააჩნია ანდროგენური აქტივობა. ახდენს ბლოკირებად მოქმედებას ლჰ-ს და ფსჰ-ს განთავისუფლების ჰიპოთალამიური ფაქტორების სეკრეციაზე. თრგუნავს გონადოტროპული ჰორმონების ჰიპოფიზით წარმოქმნას და ოვულაციას.

ფარმაცოკინეტიკა

პერორალური მიღება

პლაზმაში პროგესტერონის ზრდის დონე შეიმჩნევა პრეპარატის საჭმლის მომნელებელ ტრაქტში შეწოვების პირველივე საათიდან. სისხლის პლაზმაში პროგესტერონის ყველაზე მაღალი დონე შეიმჩნევა პრეპარატის მიღებიდან 1-3 საათის შემდეგ (1 საათის შემდეგ - 4,25 ნგ/მლ, 2 საათის შემდეგ - 11,75 ნგ/მლ, 4 საათის შემდეგ - 8.37 ნგ/მლ, 6 საათის შემდეგ - 2 ნგ/მლ და 1,64 ნგ/მლ 8 საათის შემდეგ).

პროგესტერონის ძირითად მეტაბოლიტებს პლაზმაში წარმოადგენს 20 α -ჰიდროქსი, 6 α პრეგნალონონი და 5 α დეჰიდროპროგესტერონი. პრეპარატი გამოიყოფა შარდთან ერთად გლუკურონის მეტაბოლიტების სახით, რომელთაგან ძირითადი არის 3 α , 5 β -პრეგნანდიოლი (პრეგნანდიოლი). ეს მეტაბოლიტები იდენტიურია იმ მეტაბოლიტების, რომლებიც წარმოიქმნება ყვითელი სხეულის ფიზიოლოგიური სეკრეციის დროს.

ინტრავაგინალური გამოყენება

საშოში შეყვანის შემდეგ პროგესტერონი სწრაფად შეიწოვება ლორწოვან გარსში.

პროგესტერონის დონის მომატება პლაზმაში იწყება პირველივე საათიდან. ყველაზე მაღალი დონე სისხლის პლაზმაში მიიღწევა გამოყენებიდან 1-3 საათის შემდეგ.

საშუალო გამოწერილი დოზისას (100 მგ დამე) ინჟესტა იძლევა პლაზმური პროგესტერონის ფიზიოლოგიური და სტაბილური დონის მიღწევისა და შენარჩუნების საშუალებას (საშუალოდ 9.7 ნგ/მლ დონეზე), რომელიც მსგავსია მენსტრუალური ციკლის ლუტეინის ფაზის დროს არსებული დონისა ნორმალური ოვულაციით. ამგვარად, ინჟესტა ახდენს ენდომეტრიუმის ადეკვატური მომწიფების სტიმულირებას, ხელს უწყობს ემბრიონის იმპლანტაციას. უფრო მაღალი დოზის დროს (200 მგ-ზე მეტი დღეადამეში) რომელიც თანმიმდევრულად მატულობს, გამოყენების ვაგინალური მეთოდი საშუალებას იძლევა მიღწეული იყოს პროგესტერონის ისეთი დონე პლაზმაში, რომელიც მსგავსია ორსულობის I ტრიმესტრის დროს არსებული დონისა.

მეტაბოლიზმი. მეტაბოლიტები პლაზმასა და შარდში იდენტიფიცირებულია მეტაბოლიტების, რომლებიც გამოვლენილია საკვრცხის ყვითელი სხეულის ფიზიოლოგიური სეკრეციის დროს: პლაზმაში ძირითადად ვლინდება 20 α -ჰიდროქსი, 6 α პრეგნალონონი და 5 α დეჰიდროპროგესტერონი. ექსკრეცია შარდთან ერთად სრულდება 95%-ით გლუკურონის მეტაბოლიტების ფორმით, რომლის ძირითადი კომპონენტებია 3 α , 5 β -პრეგნანენდიოლი (პრეგნანდიოლი).

კლინიკური მახასიათებლები:

ჩვენებები:

პროგესტერონის დეფიციტთან დაკავშირებული დარღვევები

პერორალური გამოყენება

გინეკოლოგიური:

--- პროგესტერონის დეფიციტთან დაკავშირებული დარღვევები, კერძოდ:

- წინა-სამენსტრუაციო სინდრომი,
- მენსტრუალური ციკლის დარღვევა (დიზოვულაცია, ანოვულაცია),
- ფიბროზულ-კისტოზური მასტოპათია
- კლიმაქსის წინა პერიოდი

--- შენაცვლებითი ჰორმონოთერაპია მენოპაუზის დროს (ესტროგენურ თერაპიასთან შეხამებით)

--- უშვილობა ლუტეინის უკმარისობისას.

სამეანო:

--- ჩვეული მუცლის მოშლის ან მუცლის მოშლის საფრთხის პროფილაქტიკა ლუტეინის უკმარისობის ფონზე;

--- ნაადრევი მშობიარობის საფრთხე;

ინტრავაგინალური გამოყენება

--- განაყოფიერების უნარის დაქვეითება პირველადი ან მეორადი უშვილობის დროს, ლუტეინის სრული ან ნაწილობრივი უკმარისობისას (დიზოვულაცია, ლუტეინის ფაზის ხელშეწყობა ექსტრაკორპორალური განაყოფიერებისთვის მომზადების დროს, კვერცხუჯრედების დონაციის პროგრამა). ჩვეული მუცლის მოშლის ან სპონტანური მუცლის მოშლის პროფილაქტიკა ლუტეინის უკმარისობის დროს.

--- ნაადრევი მშობიარობის პროფილაქტიკა მოკლევადიანი საშვილოსნოს მქონე ქალებში ან ანამნეზში ნაადრევი სპონტანური მშობიარობის მქონე ქალებში.

--- პრეპარატის შიგნით მიღების შეუძლებლობა ან შეზღუდვა.

უკუჩვენება

- მომატებული მგრძნობელობა პრეპარატის კომპონენტების მიმართ,
- ღვიძლის ფუნქციის რთული დარღვევები
- მკერდის ან სასქესო ორგანოების საექჟო ან დადასტურებული ნეოპლაზია.
- არადიაგნოსტირებული ვაგინალური სისხლდენა
- წარუმატებელი ან არასრული აბორტი.
- თრომბოფლებიტი, თრომბოემბოლიური დარღვევები
- სისხლჩაქცევები ტვინში
- პორფირია

ურთიერთქმედება სხვა სამკურნალო საშუალებებთან და ურთიერთქმედების სხვა სახეები

ესტროგენებით მენოპაუზის ჰორმონალური თერაპიის დროს პროგესტერონის დანიშვნა რეკომენდირებულია არაუგვიანეს ციკლის მე-12 დღელამდე.

თუ ნაადრევი მშობიარობის საფრთხის მკურნალობის დროს ინჟესტა კომბინირდება ბეტა-ადრენომიმეტიკებთან, ამ უკანასკნელთა დოზები შეიძლება შემცირდეს.

სხვა პრეპარატების ერთდროულად გამოყენებამ შეიძლება შეცვალოს პროგესტერონის მეტაბოლიზმი პლაზმაში კონცენტრაციის მომატების ან შემცირების გამოწვევით და, შესაბამისად, გამოიწვიოს პრეპარატის მოქმედების ცვლილება.

ღვიძლის ფერმენტების ძლიერი ინდუქტორები, კერძოდ, ბარბიტურატები, ეპილეფსიის საწინააღმდეგო პრეპარატები (ფენიტოინი), რიფამპიცინი, ფენილბუტაზონი, სპირონოლაქტონი, გრიზეოფლვინი იწვევენ მომატებულ მეტაბოლიზმს ღვიძლის დონეზე.

ზოგიერთ ანტიბიოტიკებს (ამპიცილინი, ტეტრაციკლინი) შეუძლიათ გამოიწვიონ ნაწლავის მიკროფლორის ცვლილება, რასაც შედეგად მოჰყვება ღვიძლის სტეროიდული ციკლის ცვლილება.

ცნობილია, რომ პრეპარატების აღნიშნული ურთიერთქმედებები ინდივიდუალურია და შეიძლება მკვეთრად განსხვავდებოდეს პაციენტთა სხვადასხვა ჯგუფში, ამიტომ მსგავსი

ურთიერთქმედების კლინიკური გამოვლინების ერთმნიშვნელოვნად პროგნოზირება შეუძლებელია. ყველა პროგნოსტის შეუძლია შეამცირონ ტოლერანტობა გლუკოზის მიმართ, რამაც შეიძლება საჭირო გახადოს ინსულინის სადღეღამისო და სხვა ანტიდიაბეტური საშუალებების დოზის მომატება შაქრის დიაბეტით დაავადებულ პაციენტებში.

პროგნოსტიკის ბიოხეიმისაწვდომობა შეიძლება შემცირდეს თამბაქოს მოწევის გამო და მოიმატოს ალკოჰოლის მიღების გამო.

გამოყენების განსაკუთრებულობები

რეკომენდირებული დოზებით მკურნალობას არ გააჩნია კონტრაცეპტიული ეფექტი.

თუ მკურნალობის კურსი იწყება ძალიან ადრე- თვიური ციკლის დასაწყისში, განსაკუთრებით, ციკლის მე-15 დღემდე, შეიძლება გამოვლინდეს ციკლის შემცირება ან სისხლდენა.

საშვილოსნოს სისხლდენის შემთხვევაში არ დანიშნოთ პრეპარატი სისხლდენის მიზეზის დაზუსტების გარეშე, კერძოდ ენდომეტრიუმის კვლევისას.

სიფრთხილის დაცვით უნდა იყოს გამოყენებული სითხის შეკავების (მაგ. ჰიპერტონია, გულსისხლძარღვთა სისტემის, თირკმელების დაავადება, ეპილევსიით, შაკიკით, ბრონქიალური ასთმით დაავადებულები), ღებრესიის ანამნეზში, შაქრის დიაბეტის, ღვიძლის ფუნქციის დარღვევის, ფოტომგრძნობელობის მქონე პაციენტებში.

პრეპარატის დანიშვნამდე პაციენტები ზედმიწევნით უნდა იყვნენ გამოკვლეულნი ოჯახურ ანამნეზში ახლად-წარმონაქმნების არსებობაზე, ასევე რეციდიული ქოლესტაზის ან ორსულობის პერიოდში ქავილის მუდმივი შეგრძნების მქონე, ღვიძლის ფუნქციის დარღვევის, გულის ან თირკმლის უკმარისობის, ფიბროციტური მასტოპათიის, ეპილევსიის, ასთმის, ოტოსკლეროზის, შაქრის დიაბეტის, გაფანტული სკლეროზის, სისტემური წითელი მგლურას მქონე პაციენტები.

თრომბოემბოლიური და მეტაბოლური რისკის გამო, რომელიც ვერ იქნება სრულად გამორიცხული, პრეპარატის მიღება უნდა შეწყდეს შემდეგის გამოვლენისას:

- მხედველობის დარღვევისას, როგორიცაა მხედველობის დაკარგვა, გაორება თვალში, ბადურის სისხლძარღვების დაზიანება, პრო-პტოზი, მხედველობითი ნერვის დისკის შეშუპება;
- თრომბოემბოლიური ვენოზური ან თრომბული დარღვევები, დაზიანების არის მიუხედავად;
- ძლიერი თავის ტკივილი, შაკიკი.

მკურნალობის პროცესში ამენორეის გამოვლენისას უნდა დადასტურდეს ან გამოირიცხოს ორსულობა, რომელიც შეიძლება იყოს ამენორეის მიზეზი.

პრეპარატის ვაგინალური გამოყენებისას შესაძლებელია ზეთისმაგვარი გამონადენები, დაკავშირებული პრეპარატის წამლის ფორმასთან.

ადრეული თვითნებური აბორტების ნახევარზე მეტი გამოწვეულია გენეტიკური გართულებებით. გარდა ამისა, ინფექციური გამოვლინებები და მექანიკური დარღვევები შეიძლება იყოს ადრეული აბორტების მიზეზები; მაშინ პროგნოსტიკის დანიშვნის

ერთადერთი საფუძველი იქნებოდა მკვდარი კვერცხუჯრედის განდევნის დაგვიანება. შესაბამისად, პროგესტერონის დანიშვნა ექიმის რეკომენდაციით გათვალისწინებული უნდა იყოს იმ შემთხვევებისთვის, როდესაც პროგესტერონის სეკრეცია არასაკმარისია.

მკურნალობის დაწყებამდე პაციენტმა უნდა გაიაროს ზედმიწევნითი სამედიცინო და ზუსტი გინეკოლოგიური კვლევა, საშოს შიდა და მამოლოგიური კვლევის, პაპანიკოლაუს ნაცხის ჩათვლით, ანამნეზის მონაცემების, უკუჩვენებების და გამოყენების დროს სიფრთხილის ზომების გათვალისწინებით. მკურნალობის დროს რეკომენდებულია ექიმთან რეგულარული შემოწმებების ჩატარება. ქალებმა, რომლებიც იღებენ შენაცვლებით ჰორმონალურ თერაპიას, ზედმიწევნით უნდა შეაფასონ თერაპიასთან დაკავშირებული ყველა რისკი/სარგებელი.

პოსტმენოპაუზის სიმპტომების მქონე პაციენტებში, რომლებიც იღებენ ან იღებდნენ შენაცვლებით ჰორმონალურ თერაპიას, ზომიერად ან სუსტად ატის გაზრდილი სარძევე ჯირკვლის კიბოს დიაგნოსტიკის ალბათობა. ეს შეიძლება დაკავშირებული იყოს პაციენტთა ადრეულ დიაგნოსტიკასთან ან შვტ-ს ფაქტიურ სარგებელთან, ასევე მათ კომბინაციასთან. სარძევე ჯირკვლის კიბოს დიაგნოსტიკის რისკი იზრდება მკურნალობის ხანგრძლივობასთან ერთად და აღდგება პირველად მნიშვნელობამდე ჰმტ მიღების შეწყვეტიდან ხუთი წლის განმავლობაში. სარძევე ჯირკვლის კიბო, რომელიც დიაგნოსტიკდება შვტ -ს ამჟამად ან ადრე მიმღებ პაციენტებში, არის ნაკლებად ინვაზიური, ვიდრე კიბო, წარმოქმნილი შვტ-ს მკურნალობის არ მიმღებ ქალებში. ექიმმა უნდა განიხილოს სარძევე ჯირკვლის კიბოს განვითარების უფრო მაღალი ალბათობა იმ პაციენტებთან, რომლებიც მიიღებენ ხანგრძლივ ჰორმონალურ თერაპიას, შვტ-ს უპირატესობების შეფასებით.

პრეპარატი არ უნდა იყოს მიღებული საკვებთან ერთად, არამედ მიღებული უნდა იყოს ძილის წინ. საკვების ერთდროულად მიღება ზრდის პრეპარატის ბიოხელმისაწვდომობას.

გამოყენება ორსულობის ან ძუძუთი კვების დროს

პრეპარატი ინჟესტა-ს გამოყენება არ არის უკუნაჩვენები ორსულობის დროს, მათ შორის პირველ კვირებში (იხილეთ პარაგრაფი „ჩვენებები“ (სამეანო ჩვენებები“).

პრეპარატის გამოყენების პერიოდში არ იყო შემჩნეული პრეპარატის ნაყოფზე არასასურველი ზემოქმედების არც ერთი შემთხვევა.

ორსულობის II და III ტრიმესტრის დროს პრეპარატის გამოყენებისას საჭიროა ღვიძლის ფუნქციის კონტროლი.

პროგესტერონის რძეში გამოყოფა არ იყო დაწვრილებით შესწავლილი. შესაბამისად, უნდა მოერიდოთ პროგესტერონის დანიშვნას ძუძუთი კვების დროს.

არსებობს მონაცემები ჰიპოსპადიის შესაძლო განვითარების შესახებ პროგესტერონის ორსულობის პერიოდში გამოყენების დროს ჩვეული მუცლის მოშლის ან ლუტეინის უკმარისობის ფონზე მუცლის მოშლის საფრთხის პროფილაქტიკისას, რაზედაც ინფორმირებული უნდა იყოს პაციენტი.

ავტოტრანსპორტის ან სხვა მექანიზმების მართვის დროს სიჩქარეზე ზემოქმედების უნარი

ტრანსპორტის მძღოლებს და მანქანების ოპერატორებს: შესაძლებელია ძილიანობა და თავბრუსხვევა, დაკავშირებული პრეპარატის შიგნით მიღებასთან.

კაფსულების ძილის წინ მიღება დაგეხმარებათ ამ უსიამოვნო შედეგების თავიდან აცილებაში.

ძილიანობის და თავბრუსხვევის შემთხვევები შემჩნეული იყო მხოლოდ პრეპარატის პერორალურად მიღების დროს.

გამოყენების მეთოდი და დოზები

მკურნალობის ხანგრძლივობა დამოკიდებულია დაავადების ხასიათზე.

პერორალური გამოყენება: უმეტესობა შემთხვევაში საშუალო სადღეღამისო დოზა შეადგენს 200-300 მგ-ს 1 ან 2 მიღებისას (200 მგ საღამოს, ძილის წინ, და 100 მგ დილით, საჭიროების შემთხვევაში).

--- ლუტეინის ფაზის უკმარისობისას (წინა-მენსტრუალური სინდრომი, მენსტრუალური ციკლის დარღვევა, მენოპაუზა, ფიბროზულ-კისტოზური მასტოპათია): მიიღება 10 დღის განმავლობაში (ჩვეულებრივ ციკლის მე-17 -დან 26-ე დღეღამის ჩათვლით).

--- მენოპაუზის შენაცვლებითი ჰორმონოთერაპიის დროს - ვინაიდან ცალკე ესტროგენოთერაპია არ არის რეკომენდირებული, პროგესტერონი გამოყენებული უნდა იყოს მისი დამატების სახით ნებისმიერი ერთკვირიანი შენაცვლებითი თერაპიის ყოველი მომდევნო კურსის ბოლო 2 კვირის განმავლობაში, რომლის დროსაც შეიძლება გამოვლინდეს მიღების შეწყვეტით გამოწვეული სისხლდენა.

--- ნაადრევი მშობიარობის საფრთხისას-მიიღება პრეპარატის 400 მგ ყოველი 6-8 საათის შემდეგ სიმპტომების გაქრობამდე. ეფექტურ დოზას და გამოყენების ჯერადობას ირჩევენ ინდივიდუალურად ნაადრევი მშობიარობის საფრთხის კლინიკური გამოვლინებების შესაბამისად. სიმპტომების გაუჩინარების შემდეგ პრეპარატის დოზას თანდათანობით ამცირებენ დამხმარე დოზამდე (მაგ. 200 მგ 3-ჯერ დღეღამეში). ამ დოზით პრეპარატის მიღება შესაძლებელია ორსულობის 36 კვირამდე.

პროგესტერონის მიღება ორსულობის 36 კვირის შემდეგ რეკომენდირებული არ არის.

ინტრავენოზური გამოყენება

კაფსულები ღრმად უნდა იყოს შეყვანილი საშოში ზურგზე მწოლიარე მდგომარეობაში.

პრეპარატის ყოველ გამოყენებამდე ზედმიწევნით უნდა დაიბანოთ ხელები, ისე, რომ ხელზე არ დარჩეს გამწმენდი საშუალება.

საშუალოდ დოზა შეადგენს პროგესტერონის 200 მგ-ს დღეღამეში (1 200 მგ-ანი კაფსულა ან 2 100 მგ-ანი კაფსულა, 2 მიღებით, რომელიც შეჰყავთ ღრმად საშოში, საჭიროების შემთხვევაში აპლიკატორის დახმარებით). დოზის გაზრდა შესაძლებელია პაციენტის რეაქციის შესაბამისად.

--- ლუთენინის ფაზის ნაწილობრივი უკმარისობისას დროს (დიზოვულაცია, მენსტრუალური ციკლის დარღვევა) სადელამისო დოზა შეადგენს 200 მგ-ს 10 დღის განმავლობაში (ჩვეულებრივ ციკლის მე-17 -დან 26-ე დღელამის ჩათვლით).

--- ლუთენინის ფაზის სრული უკმარისობის დროს (პროგესტერონის სრული არარსებობა არაფუნქციონირებადი (არარსებული) კვერცხუჯრედის მქონე ქალებში (კვერცხუჯრედების დონაცია)). პროგესტერონის დოზა შეადგენს 100 მგ-ს გადატანის ციკლის მე-13 და მე-14 დღელამეში. ციკლის მე-15 -დან 25-ე დღელამის ჩათვლით პროგესტერონის დოზა შეადგენს 200 მგ-ს, დაყოფილი ორ მიღებად (დილით და საღამოს). დაწყებული 26-ე დღელამიდან, ორსულობის აღრეული დიაგნოსტიკის შემთხვევაში დოზა იზრდება, თანდათანობით (ყოველ კვირას) პროგესტერონის 100 მგ-ით დღელამეში, პროგესტერონის 600 მგ-მდე დღელამეში, დაყოფილი სამ მიღებად. მოცემული დოზა დაცული უნდა იყოს მე-60 დღემდე.

--- ლუთენინის ფაზის ხელშეწყობა ექსტრაკორპორალური განყოფიერების ჩატარების დროს: მკურნალობა ტარდება, დაწყებული ემბრიონის გადატანის დღის საღამოდან, დღელამეში 600 მგ-ზე გადაანგარიშებით 3 მიღებისას (200 მგ ერთჯერადად ყოველი 8 საათის შემდეგ).

--- ლუთენინის უკმარისობის გამო მუცლის მოშლის საფრთხის შემთხვევაში ან ჩვეული მუცლის მოშლის პროფილაქტიკისთვის: 200-400 მგ დღელამეში (100-200 მგ ერთი მიღებისას ყოველი 12 საათის შემდეგ) ორსულობის 12 კვირამდე.

--- ნაადრევი მშობიარობის პროფილაქტიკა მოკლეყელიანი საშვილოსნოს მქონე ქალებში ან ანამნეზში ნაადრევი სპონტანური მშობიარობის მქონე ქალებში: დოზა შეადგენს 200 მგ-ს დღელამეში და მიიღება საღამოს ძილის წინ, ორსულობის 22-დან 36-ე კვირის ჩათვლით.

ბავშვები

არ არსებობს კლინიკური მონაცემები პრეპარატის ბავშვების მიერ მიღების შესახებ.

დოზის გადაჭარბება

დოზის გადაჭარბების სიმპტომები შეიძლება გამოვლინდეს გვერდითი რეაქციების სიმპტომატიკით, მათ შორის ძილიანობით, თავბრუსხვევით, ეიფორიით, დისმენორეით, ციკლის ხანგრძლივობის შემცირებით, მეტრორაგიით.

ზოგიერთ პაციენტში ჩვეულებრივი დოზა შეიძლება აღმოჩნდეს გადაჭარბებულად პროგესტერონის არასტაბილური ენდოგენური სეკრეციის არსებობის ან მეორადი გამოჩენის, პრეპარატისადმი მომატებული მგრძნობელობის ან სისხლში ესტრადიოლის ძალიან დაბალი თანმხლები დოზის გამო.

ასეთ შემთხვევებში საკმარისია:

--- პროგესტერონის დოზის შემცირება ან პროგესტერონის მიღების დანიშვნა საღამოს, ძილის წინ, ციკლის 10 დღელამის განმავლობაში ძილიანობის ან ხანმოკლე თავბრუსხვევის შემთხვევაში.

--- მკურნალობის დაწყების გადატანა ციკლის უფრო გვიან პერიოდში (მაგ. მე-19 დღელამე მე-17-ეს ნაცვლად) მისი შემოკლების ან სისხლიანი გამონადენების შემთხვევაში.

--- შეამოწმეთ, საკმარისია თუ არა ესტრადიოლის დონე იმ პაციენტში, რომელიც იტარებს შენაცვლებით ჰორმონალურ თერაპიას მენოპაუზის წინ.

გვერდითი რეაქციები

პერორალური მიღებისას შემჩნეული იყო შემდეგი გვერდითი მოვლენები:

ორგანოთა სისტემის კლასი	ხშირი ($>1/100$; $< 1/10$)	არა ხშირი ($1/1000$; $< 1/100$)	იშვიათი ($>1/10\,000$; $< 1/1000$)	ძალიან იშვიათი ($< 1/10\,000$)
რეპროდუქციული სისტემის და სარძევე ჯირკვლების მხრიდან	მენსტრუაციის ცვლილება ამენორეა შენაცვლებითი სისხლდენა	მასტოდინია		
ცენტრალური ნერვული სისტემის მხრიდან	თავის ტკივილი	ძილიანობა თავბრუსხვევის ხანმოკლე შეგრძნება		დეპრესია
საჭმლის მომნელებელი სისტემის მხრიდან		ღებინება ღიარეა კუჭის შეკრულობა	გულისრევა	
ჰეპატობილიარული დარღვევები		ქოლესტაზური სიყვითლე		
იმუნური სისტემის მხრიდან				ჭინჭრის ციებ-ცხელება
კანისა და კანქვეშა უჯრედის მხრიდან		ქავილი აკნე		ქლოაზმა

ასევე შეიძლება შემჩნეული იყოს გვერდითი რეაქციების ისეთი გამოვლინებები, როგორიცაა ლიბიდოს ცვლილება, დისკომფორტი მკერდის არეში, მენსტრუაციის წინა სიმპტომები, ჰიპერთერმია, უძილობა, ალოპეცია, გირსუტიზმი, ვენოზური თრომბოემბოლია, ფილტვის არტერიის ემბოლია, სითხის შეკავება, წონის ცვლილება, კუჭ-ნაწლავური ამლილობა, ანაფილაქსიური რეაქციები.

ძილიანობა და/ან თავბრუსხვევა შეიმჩნევა თანმხლები ჰიპოესტროგენიის შემთხვევაში.

პრეპარატის დოზის შემცირება ან ესტროგენის დოზის მომატება უცებ ამორებს ამ მოვლენებს და არ ამცირებს თერაპიულ ეფექტს.

თუ მკურნალობის კურსი იწყება ძალიან ადრე თვიური ციკლის დასაწყისში, განსაკუთრებით მე-15 დღელამდე, შეიძლება ადგილი ჰქონდეს ციკლის შემოკლებას ან შემთხვევით სისხლდენებს

პრეპარატის ვაგინალური გამოყენების დროს შესაძლებელია ჰიპერმგრძნობელობის რეაქციები, წვის, ქავილის ჩათვლით, ჰიპერემია, ასევე ზეთოვანი გამონადენები.

ვარგისიანობის ვადა: 2 წელი.

არ გამოიყენოთ შეფუთვაზე მითითებული ვარგისიანობის ვადის გასვლის შემდეგ.

შენახვის პირობები

შეინახეთ არაუმეტეს 25°C ტემპერატურაზე.

შეინახეთ ბავშვებისთვის მიუწვდომელ ადგილას.

შეფუთვა

10 კაფსულა ბლისტერში, 2 ბლისტერი კოლოფში.

გამოშვების კატეგორია: რეცეპტით.

მწარმოებელი: FARMAK JSC

მწარმოებლის ადგილმდებარეობა და საქმიანობის განხორციელების ადგილი:

უკრაინა, 04080, ქ. კიევი, კირილოვსკაია-ს ქუჩა 74