

Acenocumarol WZF 4 mg 60 tabletek

Nasza cena: 4,35 zł

Opis słownikowy

Dawka	4MG
Opakowanie	*60
Postać	Tabletki
Producent	POLFA S.A. WARSZAWA POLSKA [PL]
Rejestracja	Lek na receptę
Substancja czynna	ACENOCOUMAROLUM

Opis produktu

Opis

Wskazania - Acenocumarol WZF 4 mg 60 tabletek

Profilaktyka powikłań zakrzepowo-zatorowych i ich leczenie.

Dawkowanie - Acenocumarol WZF 4 mg 60 tabletek

Wrażliwość na działanie leków przeciwzakrzepowych jest różna u poszczególnych pacjentów i może się także zmieniać w trakcie leczenia. Z tego powodu jest konieczne regularne przeprowadzanie oznaczeń czasu protrombinowego PT/INR (znormalizowany współczynnik międzynarodowy) i na ich podstawie ustalanie odpowiedniego dawkowania. W przypadkach gdy nie jest to możliwe, nie wolno stosować leku. Lek powinien być podawany raz/dobę i przyjmowany zawsze o tej samej porze dnia. Schemat dawkowania leku musi być ustalany indywidualnie. Jeśli przed rozpoczęciem leczenia czas protrombinowy PT/INR mieści się w zakresie normy, to zaleca się następujący schemat dawkowania: dla osób z prawidłową mc.: 2-4 mg/dobę 1. dnia leczenia, bez przyjmowania dawki nasycającej. Leczenie można rozpocząć od podania dawki nasycającej - zazwyczaj 6 mg/dobę w 1. dniu i 4 mg/dobę w 2. dniu podawania produktu. Jeśli czas protrombinowy PT/INR, oznaczony przed rozpoczęciem leczenia, jest nieprawidłowy, leczenie należy wprowadzać ostrożnie. Pacjenci w podeszłym wieku, z chorobami wątroby lub ciężką niewydolnością serca i przekrwieniem wątroby oraz pacjenci niedożywieni mogą wymagać zmniejszenia dawek w czasie terapii (dawki początkowej jak i dawek podtrzymujących). Przed rozpoczęciem leczenia i do czasu ustabilizowania się parametrów układu krzepnięcia w optymalnym zakresie terapeutycznym, należy codziennie oznaczać czas protrombinowy PT/INR. Później odstępy czasu pomiędzy kolejnymi badaniami można przedłużać, zależnie od stabilności kolejnych pomiarów PT/INR. Zaleca się, aby próbki krwi do badań laboratoryjnych były zawsze pobierane o tej samej porze dnia. W leczeniu żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej zaleca się włączanie leczenia doustnego antagonistami wit. K równocześnie z heparynami lub fondaparynuksem. Leczenie heparynami lub fondaparynuksem powinno się kontynuować przynajmniej przez 5 dni, do czasu uzyskania wyników INR ≥ 2 przez 2 kolejne dni. Lekarz powinien ocenić, czy pacjent jest w stanie podzielić tabl. 4 mg na 4 równe części. Wielkość dawki podtrzymującej jest różna u poszczególnych pacjentów i musi być ustalana indywidualnie na podstawie wyników regularnie przeprowadzanych badań PT/INR. Odpowiednie ustalenie indywidualnej dawki podtrzymującej jest możliwe do osiągnięcia tylko poprzez staranne monitorowanie wartości PT/INR, prowadzone w regularnych odstępach czasu - przynajmniej raz/m-c, tak aby dawkowanie acenokumarolu pozostawało w zakresie terapeutycznym. Czas protrombinowy (PT), obrazujący aktywność zależnych od witaminy K

czynników krzepnięcia: VII, X, II, zależy od reaktywności tromboplastyny używanej do testów PT. Reaktywność wyżej wymienionej tromboplastyny, porównywana przez WHO do referencyjnych produktów tromboplastyny, obrazowana jest przez właściwy jej współczynnik ISI (International Sensitivity Index). „Międzynarodowy Współczynnik Znormalizowany” (INR) został wprowadzony w celu standaryzacji PT. INR jest stosunkiem czasu protrombinowego osocza pacjenta leczonego lekiem przeciwzakrzepowym, do PT prawidłowego osocza, z uwzględnieniem współczynnika ISI zastosowanej tromboplastyny. Dzięki temu wynik INR dokonany w standardowych warunkach nie zależy od zastosowanych odczynników laboratoryjnych, co umożliwia jednoznaczną jego interpretację. W zależności od pożądanej intensywności antykoagulacji, a także od indywidualnego pacjenta, jego choroby i wskazania klinicznego dawka podtrzymująca mieści się zazwyczaj w przedziale 1-8 mg/dobę. Optymalne działanie przeciwzakrzepowe lub zakres terapeutyczny, do osiągnięcia którego się dąży, zwykle mieści się dla współczynnika INR pomiędzy 2,0-3,5, w zależności od obrazu klinicznego lub wskazania. Jedynie indywidualne przypadki wymagają ustalenia INR na poziomie 4,5. Profilaktyka i leczenie zakrzepicy żyłnej (włączając zatory płucne): zalecane INR 2,0-3,0. Migotanie przedsionków: zalecane INR 2,0-3,0. Stan po zawale mięśnia sercowego (ze zwiększonym ryzykiem powstania zakrzepu): zalecane INR 2,0-3,0. Biologiczne zastawki serca: zalecane INR 2,0-3,0. Sztuczne zastawki serca: zalecane INR 2,0-3,5. Zaprzestanie leczenia preparatem może się odbyć bez potrzeby stopniowego zmniejszania dawki. Stwierdzono jednak, że w krańcowo rzadkich przypadkach, u niektórych pacjentów obciążonych dużym ryzykiem (np. po zawale mięśnia sercowego), może wystąpić „nadkrzepliwość z odbicia”. U takich pacjentów przerwanie leczenia przeciwzakrzepowego powinno być przeprowadzone stopniowo. Działanie przeciwzakrzepowe preparatu utrzymuje się ponad 24 h. W razie pominięcia dawki, produkt powinien być przyjęty tego samego dnia tak szybko jak to możliwe. Nie należy podwajać kolejnej dawki w przypadku pominięcia dawki poprzedniego dnia. Pacjenta należy poinformować, aby w takim przypadku skonsultował się z lekarzem. W sytuacji klinicznej wymagającej szybkiego zmniejszenia krzepliwości krwi, należy podać heparynę, gdyż działanie przeciwzakrzepowe leku występuje z opóźnieniem. Zamiana na preparat może rozpocząć się jednocześnie z podawaniem heparyny bądź może zostać opóźniona, zależnie od sytuacji klinicznej. Dla utrzymania stałego działania przeciwzakrzepowego wskazane jest kontynuowanie terapii pełną dawką heparyny do czasu uzyskania pożądanego, stabilnego działania preparatu, określonego poprzez badanie PT/INR. W tym czasie konieczne jest szczególne monitorowanie parametrów krzepnięcia. Pacjenci przyjmujący lek, poddani zabiegowi chirurgicznemu lub innym inwazyjnym zabiegom, wymagają szczególnego monitorowania parametrów krzepliwości krwi. W szczególnych warunkach, jeśli np. obszar zabiegu jest ograniczony i łatwo dostępny, co pozwala na stosowanie lokalnej hemostazy, mniejsze zabiegi chirurgiczne i stomatologiczne mogą być wykonywane bez konieczności przerywania terapii preparatem i bez nadmiernego ryzyka wystąpienia krwotoku. Decyzja o przerwaniu terapii, nawet na krótki czas, powinna być uważnie rozważona pod względem potencjalnych korzyści i ryzyka. Krótkotrwałe zastąpienie acenokumarolu innym lekiem przeciwzakrzepowym (np. heparyną) powinno być oparte na uważnej ocenie spodziewanego ryzyka wystąpienia zakrzepu z zatorami i krwawienia. Doświadczenie dotyczące stosowania u dzieci doustnych leków przeciwzakrzepowych, włącznie z acenokumarolem, jest ograniczone. Zaleca się zachowanie ostrożności i częstsze monitorowanie PT oraz INR. Pacjenci w podeszłym wieku mogą wymagać zastosowania mniejszej dawki początkowej i mniejszych dawek podtrzymujących. Leczenie przeciwzakrzepowe u osób w podeszłym wieku należy monitorować ze szczególną starannością.

Przeciwwskazania - Acenocumarol WZF 4 mg 60 tabletek

Nadwrażliwość na acenokumarol, związki o podobnej budowie lub którąkolwiek z substancji pomocniczych preparatu. Ciąża. Stosowanie u osób, z którymi ograniczona jest możliwość kontaktu (np. pozbawieni opieki i nadzoru pacjenci w podeszłym wieku, pacjenci z chorobą alkoholową, osoby z zaburzeniami psychicznymi). Przypadki, w których ryzyko wystąpienia krwotoku jest większe od przewidywanej korzyści po zastosowaniu produktu leczniczego: skazy krwotoczne i dyskrazja; na krótko przed zabiegiem lub po zabiegu chirurgicznym OUN, a także operacji oczu i rozległych zabiegach chirurgicznych; choroba wrzodowa żołądka i/lub dwunastnicy lub krwotoki z przewodu pokarmowego, układu moczowo-płciowego lub oddechowego, a także krwotoki mózgowo, ostre zapalenie osierdzia i wysięk osierdziowy, zapalenie wsierdzia wywołane przez czynniki zakaźne; ciężkie nadciśnienie tętnicze, ciężka niewydolność wątroby lub nerek; zwiększona aktywność fibrynolityczna, która zdarza się po operacjach płuc, gruczołu krokowego, macicy itp.

Ostrzeżenia specjalne / Środki ostrożności

Pacjent powinien zostać poinformowany o możliwości wystąpienia krwawień oraz o zakazie przyjmowania innych leków bez uzgodnienia z lekarzem prowadzącym. Szczególną ostrożność należy zachować, gdy u pacjenta występują inne choroby, np. nadczynność tarczycy, nowotwory, zaburzenia czynności nerek, zakażenia i stany zapalne. Podczas stosowania acenokumarolu należy zachować szczególną ostrożność u pacjentów z zaburzeniami czynności wątroby, ponieważ może być upośledzony proces powstawania czynników krzepnięcia lub mogą wystąpić zaburzenia czynności płytek krwi. Zaburzenia wchłaniania w przewodzie pokarmowym mogą zmieniać działanie przeciwzakrzepowe produktu. Zaleca się szczególną ostrożność podczas ustalania schematu dawkowania produktu u osób z ciężką niewydolnością serca, ponieważ zastój krwi w wątrobie może zmniejszać uczynnianie czynników krzepnięcia w procesie γ -karboksylacji. Jednakże w przypadku likwidacji zastoju krwi w wątrobie, może być niezbędne zwiększenie dawek acenokumarolu. Należy zachować ostrożność u pacjentów ze stwierdzonym lub podejrzanym (np. odbiegające od normy krwawienia po urazie) niedoborem białka C lub białka S. U pacjentów w podeszłym wieku, szczególnie z zaawansowaną miażdżycą, dawki produktu powinny być mniejsze, a kontrola laboratoryjna bardzo dokładna. Podczas leczenia przeciwzakrzepowego zdecydowanie powinno się unikać wstrzyknięć domięśniowych, gdyż mogą powodować powstawanie krwiaków. Wykonywanie wstrzyknięć dożylnych i

podskórnych nie zagraża takimi powikłaniami. Należy prowadzić szczególną kontrolę w przypadkach, gdy jest konieczne skrócenie czasu protrombinowego, z powodu przeprowadzania zabiegów diagnostycznych lub leczniczych (np. angiografii, nakłucia łądźwiowego, małego zabiegu chirurgicznego, ekstrakcji zęba, itp.). Podczas stosowania acenokumarolu u pacjentów z zaburzeniami czynności nerek należy zachować ostrożność, ponieważ nie można wykluczyć zaburzeń czynności płytek krwi i zwiększonego ryzyka krwawień. Chorzy przyjmujący acenokumarol powinni spożywać względnie stałe ilości pokarmów zawierających witaminę K1 i unikać ich spożywania w nadmiernej ilości. Ze względu na zawartość laktozy, produkt nie powinien być stosowany u pacjentów z rzadko występującą dziedziczną nietolerancją galaktozy, niedoborem laktazy typu Lapp lub zespołem złego wchłaniania glukozy-galaktozy. Lek nie wpływa na zdolność prowadzenia pojazdów i obsługę maszyn. Należy jednak doradzać pacjentom leczonym ambulatoryjnie, aby nosili przy sobie informację, że są leczeni lekiem przeciwzakrzepowym, mając na uwadze możliwość odniesienia przez nich urazów.

Interakcje

Produkty z grupy pochodnych kumaryny mogą wchodzić w interakcje z wieloma lekami. Mechanizm powstawania tych interakcji obejmuje zaburzenia wchłaniania, działanie hamujące lub indukujące układ enzymów (głównie CYP2C9) i zmniejszenie dostępności witaminy K1, niezbędnej do procesu γ -karboksylacji czynników krzepnięcia. Należy pamiętać, iż niektóre leki mogą działać synergistycznie w kilku różnych mechanizmach. Każdy rodzaj leczenia może być związany z ryzykiem wystąpienia interakcji, chociaż nie wszystkie interakcje będą istotne. W razie wprowadzania pacjentowi nowego produktu podczas stosowania acenokumarolu lub odstawiania produktu stosowanego jednocześnie z acenokumarolem, zaleca się zachowanie ostrożności oraz częste przeprowadzanie badań laboratoryjnych krzepnięcia krwi (np. 2x/tydz.). Działanie przeciwzakrzepowe acenokumarolu nasilają: allopuryinol, steroidy anaboliczne, androgeny, leki przeciwartymiczne (np. amiodaron, chinidyna), antybiotyki o szerokim spektrum działania (np. amoksycylina), antybiotyki makrolidowe, jak erytromycyna, klarytromycyna, chinolony (np. cyprofloksacyna, norfloksacyna, ofloksacyna), tetracykliny, neomycyna, chloramfenikol, fibraty (np. kwas kłofibrowy, jego pochodne i analogi strukturalne np. fenofibrat, gemfibrozil), disulfiram, glukagon, leki działające antagonistycznie na receptor H2 (np. cymetydyna), sulfonamidy włącznie z ko-trimoksazolem (sulfametoksazol i trimetoprym), pochodne imidazolu (np. metronidazol, w tym działający miejscowo mikonazol), paracetamol, doustne leki przeciwcukrzycowe (np. glibenklamid), hormony tarczycy (w tym dekstrotyroksyna), statyny (np. symwastatyna, atorwastatyna, fluwastatyna), SSRI - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny (np. cytalopram, fluoksetyna, sertralina), tramadol, tamoksyfen, 5-FU i jego pochodne, pochodne sulfonilomocznika (takie jak tolbutamid i chlorpropamid), kwas etakrynowy. Kortykosteroidy (np. metyloprednizolon, prednizon) mogą zwiększać lub zmniejszać działanie przeciwzakrzepowe pochodnych kumaryny. Inhibitory enzymu CYP2C9 mogą zwiększać efekt przeciwkrzepliwy acenokumarolu. Leki wpływające na hemostazę mogą nasilać przeciwzakrzepowe działanie acenokumarolu i zwiększać ryzyko krwotoku: heparyna (w tym heparyny drobnocząsteczkowe), leki hamujące agregację płytek krwi (np. dipirydamol, kłopidogrel), kwas salicylowy i jego pochodne, ASA, kwas paraaminosalicylowy, diflunisal, fenylobutazon lub inne pochodne pirazolonu (np. sulfipirazon) oraz inne NLPZ (w tym selektywne inhibitory COX-2), duże dawki metyloprednizolonu w postaci wstrzyknięć. Jeżeli zachodzi konieczność zastosowania tych leków podczas stosowania acenokumarolu, należy przeprowadzać częściej badania laboratoryjne krzepnięcia krwi. Działanie przeciwzakrzepowe acenokumarolu osłabiają: aminoglutetymid, leki przeciwnowotworowe (azatiopryna, 6-merkaptopuryna), barbiturany (fenobarbital), karbamazepina, cholestyramina, gryzeofulwina, doustne środki antykoncepcyjne, ryfampicyna, leki moczopędne o budowie tiazydowej, produkty roślinne zawierające wyciąg z dziurawca zwyczajnego (*Hypericum perforatum*) - ten rodzaj interakcji obserwowano z warfaryną i fenpropionem i może nie zachodzić w przypadku acenokumarolu. Substancje indukujące enzymy CYP2C9, CYP2C19, CYP3A4 mogą zmniejszać działanie przeciwzakrzepowe acenokumarolu. Trudny do przewidzenia efekt (zmniejszenie lub zwiększenie działania przeciwzakrzepowego) może wystąpić podczas jednoczesnego stosowania acenokumarolu i inhibitorów proteazy (np. indynawiru, nelfinawiru, rytonawiru, sakwinawiru). Podczas stosowania acenokumarolu i leków z grupy pochodnych hydantoiny (np. fenytoina), zwiększa się stężenie tych leków w surowicy. Acenokumarol nasila działanie hipoglikemizujące pochodnych sulfonilomocznika, np. glibenklamidu i glimepirydu. Podczas stosowania acenokumarolu (zwłaszcza w przypadku zaburzeń czynności wątroby) należy ograniczyć spożycie alkoholu, gdyż nie można przewidzieć nasilenia działania produktu ani wczesnych objawów interakcji z alkoholem. Chorzy przyjmujący acenokumarol powinni spożywać względnie stałe ilości pokarmów zawierających witaminę K1 i unikać ich spożywania w nadmiernej ilości. Pokarmy bogate w witaminę K1 (np. warzywa kapustne, sałata, szpinak, cykorja, brzoskwinie) osłabiają działanie przeciwzakrzepowe acenokumarolu. Podczas stosowania acenokumarolu nie należy pić soku żurawinowego, ponieważ nasila on działanie przeciwzakrzepowe. Opisywano przypadki ciężkich krwawień u osób pijących sok żurawinowy i przyjmujących acenokumarol. Nie wiadomo czy inne produkty z żurawiną, takie jak kapsułki lub koncentraty, wchodzi w interakcje z lekiem. Dlatego też należy zachować ostrożność podczas stosowania produktów zawierających żurawinę z acenokumarolem.

Ciąża i laktacja

Stosowanie preparatu w okresie ciąży jest przeciwwskazane. Podawanie acenokumarolu jest przeciwwskazane u kobiet ciężarnych i planujących zajście w ciążę, ponieważ przechodzi on przez barierę łożyskową i nawet małe jego dawki, dobrze znoszone przez ciężarną kobietę, mogą spowodować wystąpienie wad rozwojowych oraz krwawienia u płodu. Kobiety, które potencjalnie mogą zajść w ciążę, powinny podczas przyjmowania produktu stosować skuteczne metody antykoncepcji. Acenokumarol przenika do mleka kobiecego w ilościach tak małych, że nie wywiera to wpływu na dziecko karmione piersią. Mimo to, należy zachować ostrożność i w przypadku

stosowania acenokumarolu przez kobietę karmiącą, dziecku należy podawać profilaktycznie 1 mg witaminy K1/tydz. Decyzję o ewentualnym karmieniu piersią lekarz powinien podjąć po starannym rozważeniu korzyści i ryzyka. W razie potrzeby należy wykonać odpowiednie badania laboratoryjne układu krzepnięcia krwi i stężenia witaminy K u dziecka. Kobiety karmiące piersią, leczone preparatem powinny być kontrolowane, aby nie dopuścić do przekroczenia prawidłowych wartości PT/INR.

Działania niepożądane

Zaburzenia krwi i układu chłonnego: (często) krwotok. Jego wystąpienie jest zależne od dawki produktu, wieku pacjenta i rodzaju zasadniczej choroby (ale nie od czasu leczenia). Najpoważniejszym powikłaniem leczenia przeciwzakrzepowego są krwawienia o różnym stopniu nasilenia, jak: niewyjaśnione krwawienia z nosa lub krwawienie z dziąseł, niewyjaśnionego pochodzenia siniaki; obfite krwawienie lub sączenie po skaleczeniu lub z rany; obfite krwawienie miesiączkowe; nieoczekiwane krwawienie z dróg moczopłciowych; krew w moczu; krwiste lub czarne, smoliste stolce; kaszel z odpływaniem krwistej płwociny lub krwiste wymioty; krwawienie do skóry, do mózgu, krwawienie do oczu. Zaburzenia układu immunologicznego: (rzadko) reakcje alergiczne (pokrzywka, wysypka). Zaburzenia naczyniowe: (bardzo rzadko) zapalenie naczyń. Zaburzenia żołądka i jelit: (rzadko) utrata apetytu, nudności, wymioty. Zaburzenia wątroby i dróg żółciowych: (bardzo rzadko) uszkodzenie wątroby. Zaburzenia skóry i tkanki podskórnej: (rzadko) łysienie; (bardzo rzadko) krwotoczna martwica skóry (zazwyczaj skojarzona z wrodzonym niedoborem białka C lub jego kofaktora białka S).

Przedawkowanie

Podczas gdy pojedyncze dawki, nawet bardzo duże, zwykle nie okazują się niebezpieczne, to kliniczne objawy przedawkowania mogą wystąpić w czasie przedłużonego stosowania dawek dobowych większych od niezbędnych do leczenia. Wystąpienie i nasilenie objawów podmiotowych jest zależne od indywidualnej wrażliwości na doustne leki przeciwzakrzepowe, stopnia przedawkowania oraz czasu trwania leczenia. Krwawienie jest głównym objawem przedmiotowym zatrucia doustnymi lekami przeciwzakrzepowymi. Najczęściej są to: krwawienia do skóry (80%), krwimocz (52%), krwiaki, krwawienia z przewodu pokarmowego, wymioty krwawe, krwawienie z macicy, krwawienia z nosa, dziąseł, krwawienia do stawów. Badania laboratoryjne wykazują krańcowo niskie wartości wskaźnika protrombinowego Quicka (lub wysokie wartości INR), znaczne przedłużenie czasu rekalcyfikacji lub czasu trombolastynowego (kaolinowo-kefalinowego), zaburzoną γ -karboksylację czynników II, VII, IX i X. Nie zaleca się stosowania syropu z ipekakuany (wymiotnicy), płukania żołądka w połączeniu z zastosowaniem węgla aktywowanego i cholestyraminy. Jeśli pacjent nie był uprzednio leczony lekami przeciwzakrzepowymi, zgłosił się w ciągu 1 h od spożycia produktu, nie ma zaburzeń świadomości, nie jest w stanie śpiączki i nie ma drgawek oraz nie ma dowodów na istnienie jakiegokolwiek krwawienia - to można spróbować wywołać u niego wymioty syropem z wymiotnicy i wykonać płukanie żołądka przy pomocy sondy o dużej średnicy. Płukanie żołądka może spowodować krwawienie. Po wykonaniu płukania żołądka można podać węgiel aktywowany. Nie wolno wywoływać wymiotów u pacjentów leczonych już lekami przeciwzakrzepowymi. Dokonane przy pomocy wit. K zniesienie działania przeciwzakrzepowego, może być niebezpieczne dla pacjentów wymagających stałego obniżenia krzepnięcia krwi (np. z powodu obecności protezy zastawek sercowych). Cholestyramina może znacznie zwiększyć eliminację leku, poprzez hamowanie jego krążenia wątrobowo-jelitowego. W przypadku nagłego, ciężkiego krwotoku, należy przetoczyć świeżą, pełną krew lub świeże, mrożone osocze lub rekombinowany czynnik VIIa wraz z wit. K1. Wit. K1 może w ciągu 3-5 h znieść hamujący wpływ acenokumarolu na wątrobową γ -karboksylację czynników krzepnięcia zależnych od wit. K. W przypadku klinicznie nieistotnych krwotoków, takich jak krótkotrwałe krwawienie z nosa lub małe pojedyncze krwiaki, często wystarcza okresowe obniżenie dawki produktu. W przypadku umiarkowanych krwotoków, należy podać doustnie 2-5 mg witaminy K1. W przypadku ciężkiego krwotoku, należy podać 5-10 mg witaminy K1 dożylnie, bardzo powoli (z szybkością nieprzekraczającą 1 mg/min.). Dawkę można powtarzać co 4 h do maks. dawki dobowej 40 mg.

Działanie

Acenokumarol należy do doustnych leków przeciwzakrzepowych z grupy antagonistów witaminy K, pochodnych kumaryny. Witamina K1 jest niezbędna do γ -karboksylacji cząsteczek kwasu glutaminowego, które są zlokalizowane w pobliżu terminalnych części czynników krzepnięcia krwi: II (protrombiny), VII, IX i X, jak i białka C i jego kofaktora białka S. Po podaniu acenokumarolu zostaje zaburzona reakcja γ -karboksylacji tych białek przez witaminę K i w osoczu krążą ich nieaktywne postacie. Zasadnicze znaczenie w leczeniu acenokumarolem ma tylko zaburzenie powstawania czynników krzepnięcia. Pełna skuteczność działania produktu występuje po 3-5 dniach leczenia, gdyż przez pewien czas krążą jeszcze w osoczu wcześniej wytworzone aktywne czynniki zespołu protrombiny. Doustne leki przeciwzakrzepowe nie rozpuszczają uformowanego zakrzepu, celem leczenia jest natomiast zapobieganie jego narastaniu oraz groźnym powikłaniom zakrzepowo-zatorowym. W zależności od wielkości dawki początkowej acenokumarol powoduje przedłużenie czasu protrombinowego (PT/INR) w ciągu 36-72 h. Po odstawieniu produktu, czas trombolastynowy osiąga prawidłowe wartości po kilku dniach.

Skład

1 tabl. zawiera 1 mg lub 4 mg acenokumarolu.

Powyższe dane mają charakter informacyjny i nie mogą zastąpić przeczytania ulotki leku ani wizyty u lekarza. Pełny wykaz informacji dotyczących stosowania leku znajduje się na ulotce produktu, dlatego zawsze przed użyciem zapoznaj się z treścią ulotki dołączonej do opakowania bądź skonsultuj się z lekarzem lub farmaceutą, gdyż każdy lek niewłaściwie stosowany zagraża Twojemu życiu lub zdrowiu.