

Indapen SR 1,5 mg 30 tabletek

Nasza cena: 4,58 zł

Opis słownikowy

Dawka	1,5 MG
Opakowanie	*30
Postać	Tabletki
Producent	POLPHARMA S.A. STAROGARD GDAŃSKI POLSKA [PL]
Rejestracja	Lek na receptę
Substancja czynna	INDAPAMIDUM

Opis produktu

Opis

Indapen SR 1,5 mg 30 tabletek

Indapen SR 1,5 mg jest to lek o działaniu moczopędnym i obniżającym ciśnienie tętnicze.

Wskazanie:

Nadciśnienie tętnicze pierwotne.

Dawkowanie:

1 tabl./dobę, najlepiej rano. W większych dawkach indapamid nie wykazuje silniejszego działania przeciwnadciśnieniowego, natomiast zwiększone jest działanie saluretyczne. Pacjenci z niewydolnością nerek. W ciężkiej niewydolności nerek (ClCr poniżej 30 ml/min) stosowanie produktu jest przeciwwskazane. Tiazydowe leki moczopędne i inne leki o podobnym działaniu są w pełni skuteczne, kiedy czynność nerek jest prawidłowa lub zaburzona jedynie w niewielkim stopniu. U pacjentów w podeszłym wieku oceniając stężenie kreatyniny w osoczu należy uwzględnić wiek, mc. i płeć pacjenta. U pacjentów w podeszłym wieku można stosować produkt leczniczy kiedy czynność nerek jest prawidłowa lub zaburzona jedynie w niewielkim stopniu. Pacjenci z zaburzeniami czynności wątroby. W przypadku ciężkich zaburzeń czynności wątroby stosowanie produktu jest przeciwwskazane. Ze względu na brak danych dotyczących bezpieczeństwa oraz skuteczności nie zaleca się stosowania leku u dzieci i młodzieży.

Działanie:

Indapamid jest lekiem moczopędnym. Należy do grupy nietiazydowych pochodnych sulfonamidowych i zawiera pierścień indolowy. Ma właściwości farmakologiczne zbliżone do tiazydowych leków moczopędnych. Podobnie jak one działa w części proksymalnej dystalnych kanalików krętych nefronu, gdzie powoduje zwiększenie sekrecji sodu i chlorków, a w mniejszym stopniu potasu i magnezu, zwiększając

w ten sposób objętość wydalanego moczu i obniżając ciśnienie krwi.

Skład:

1 tabletko o przedłużonym uwalnianiu zawiera 1,5 mg indapamidu.

Przeciwwskazania:

Nadwrażliwość na indapamid, inne sulfonamidy lub na którąkolwiek substancję pomocniczą. Ciężka niewydolność nerek. Encefalopatia wątrobowa lub inne ciężkie zaburzenia czynności wątroby. Hipokaliemia.

Ostrzeżenia:

U pacjentów z zaburzeniami czynności wątroby leki moczopędne działające podobnie do leków tiazydowych mogą powodować rozwój encefalopatii wątrobowej, szczególnie w przypadku zaburzeń równowagi elektrolitowej. Stosowanie leków moczopędnych należy natychmiast przerwać w przypadku wystąpienia objawów encefalopatii wątrobowej. Opisywano przypadki nadwrażliwości na światło, związanych ze stosowaniem tiazydowych leków moczopędnych oraz innych leków o podobnym działaniu. Jeżeli reakcja nadwrażliwości na światło wystąpi podczas leczenia, zaleca się odstawienie leku. Jeżeli ponowne zastosowanie leku moczopędnego okaże się konieczne, zaleca się ochronę powierzchni skóry narażonej na działanie promieni słonecznych lub sztucznego promieniowania UVA. Produkt leczniczy zawiera laktozę, nie powinien być stosowany u pacjentów z rzadko występującą dziedziczną nietolerancją galaktozy, niedoborem laktazy (typu Lapp) lub zespołem złego wchłaniania glukozy-galaktozy. Równowaga wodno-elektrolitowa: przed rozpoczęciem leczenia produktem należy ocenić stężenie sodu w osoczu, a następnie regularnie je kontrolować. Każde leczenie moczopędne może powodować hiponatremię, czasem z poważnymi jej konsekwencjami. Zmniejszenie stężenia sodu może być na początku bezobjawowe, dlatego też konieczna jest regularna jego kontrola, częstsza u osób w podeszłym wieku lub u pacjentów z marskością wątroby. Utrata potasu z hipokaliemią jest głównym ryzykiem związanym ze stosowaniem tiazydowych leków moczopędnych i innych leków o podobnym działaniu. Szczególne środki ostrożności należy zachować u pacjentów, u których ryzyko rozwoju hipokaliemii (<3,4 mmol/l) jest największe, np. u osób w podeszłym wieku, niedożywionych, leczonych wieloma lekami, u pacjentów z marskością wątroby z obrzękami i wodobrzuszem, z chorobą wieńcową i niewydolnością serca. W przypadku hipokaliemii zwiększa się ryzyko kardiotoksyczności preparatów naparstnicy i ryzyko zaburzeń rytmu serca. W grupie ryzyka znajdują się także pacjenci z wydłużonym odstępem QT, bez względu na to czy jest to zaburzenie wrodzone, czy jatrogenne. Hipokaliemia, podobnie jak bradykardia, przyczynia się do rozwoju ciężkich zaburzeń rytmu serca, szczególnie do potencjalnie śmiertelnego częstoskurczu typu torsade de pointes. Częstsze oznaczenie stężenia potasu w osoczu jest konieczne we wszystkich przedstawionych powyżej sytuacjach. Pierwsze oznaczenie stężenia potasu w osoczu należy wykonać w 1-szym tyg. leczenia. W przypadku stwierdzenia hipokaliemii konieczne jest uzupełnienie potasu. Tiazydowe leki moczopędne i inne leki o podobnym działaniu mogą zmniejszać wydalanie wapnia z moczem, powodując nieznaczne i przemijające zwiększenie stężenia wapnia w osoczu. Znaczna hiperkalcemia może być skutkiem nierozpoznanej nadczynności przytarczyc. W takim przypadku należy przerwać leczenie i wykonać badania oceniające czynność przytarczyc. Stężenie glukozy we krwi. U pacjentów z cukrzycą, szczególnie u tych, u których współistnieje hipokaliemia, należy monitorować stężenie glukozy we krwi. Kwas moczowy. U pacjentów z hiperurykemią istnieje tendencja do zwiększania częstości napadów dny moczanowej. Czynność nerek a leki moczopędne. Tiazydowe leki moczopędne i inne leki o podobnym działaniu są w pełni skuteczne tylko wtedy, gdy czynność nerek jest prawidłowa lub minimalnie zaburzona (stężenie kreatyniny poniżej 25 mg/l, tj. 220 mmol/l u osób dorosłych). Oceniając czynność nerek na podstawie stężenia kreatyniny należy wziąć pod uwagę wiek, mc. i płeć pacjenta. Hipowolemia, wtórna do utraty wody i sodu, indukowana przez leki moczopędne na początku leczenia, powoduje zmniejszenie przesączania kłębuszkowego. Może to powodować zwiększenie stężenia mocznika we krwi i kreatyniny w osoczu. Ta przemijająca czynnościowa niewydolność nerek nie ma konsekwencji u pacjentów z prawidłową czynnością nerek, natomiast może nasilić już istniejącą niewydolność nerek. Sportowcy. Produkt leczniczy może powodować dodatnie wyniki testów antydopingowych u sportowców.

Działanie niepożądane:

Większość klinicznych i laboratoryjnych objawów niepożądanych zależy od dawki. Zaburzenia krwi i układu chłonnego: (bardzo rzadko) trombocytopenia, leukopenia, agranulocytoza, niedokrwistość aplastyczna, niedokrwistość hemolityczna. Zaburzenia układu nerwowego: (rzadko) zawroty głowy, uczucie zmęczenia, bóle głowy, parestezje; (nieznana) omdlenie. Zaburzenia serca: (bardzo rzadko) zaburzenia rytmu serca, niedociśnienie tętnicze; (nieznana) torsade de pointes (potencjalnie śmiertelne). Zaburzenia żołądka i jelit: (niezbyt często) wymioty; (rzadko) nudności, zaparcia, suchość w jamie ustnej; (bardzo rzadko) zapalenie trzustki. Zaburzenia nerek i dróg moczowych (bardzo rzadko) niewydolność nerek. Zaburzenia wątroby i dróg żółciowych: (bardzo rzadko) zaburzenia czynności wątroby; (nieznana) możliwość rozwoju encefalopatii wątrobowej w przebiegu niewydolności wątroby, zapalenie wątroby. Zaburzenia skóry i tkanki podskórnej: reakcje nadwrażliwości, głównie dotyczące skóry, u pacjentów skłonnych do alergii oraz reakcji

astmatycznych: (często) grudkowo-plamiste wysypki; (niezbyt często) plamica; (bardzo rzadko) obrzęk naczynioruchowy i/lub pokrzywka, martwica toksyczno-rozplywna naskórka, zespół Stevens-Johnsona; (nieznana) możliwość nasilenia objawów współistniejącego toczenia rumieniowatego układowego. Odnotowano przypadki nadwrażliwości na światło. Badania diagnostyczne: (nieznana) wydłużony odstęp QT w elektrokardiogramie; zwiększone stężenie glukozy i kwasu moczowego we krwi podczas leczenia: celowość stosowania tych leków moczopędnych u pacjentów z dną moczanową lub cukrzycą należy szczególnie ostrożnie rozważyć; zwiększona aktywność enzymów wątrobowych. Zaburzenia metabolizmu i odżywiania: w badaniach klinicznych hipokaliemię (stężenie potasu w osoczu $<3,4$ mmol/l) obserwowano u 10% pacjentów, przy czym u 4% pacjentów stężenie potasu wynosiło $<3,2$ mmol/l po 4-6 tyg. leczenia. Po 12 tyg. leczenia średnie zmniejszenie stężenia potasu wynosiło 0,23 mmol/l; (bardzo rzadko) hiperkalcemia; (nieznana) utratę potasu z hipokaliemią szczególnie poważną u pacjentów z grup dużego ryzyka. Hiponatremia z hipowolemią powodująca odwodnienie i hipotonię ortostatyczną. Współistniejąca utrata jonów chlorkowych może prowadzić do wtórnej, kompensacyjnej zasadowicy metabolicznej: częstość i nasilenie tego działania nie jest znaczące.

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.