**Dalacin C®**(*Κλινδαομυκίνη, Clindamycin*) (Pharmacia & Upjohn)

**Σύνθεση: DALACIN C- Κάψουλες 300 mg**. Κάθε κάψουλα περιέχει: Clindamycin (Clindamycin hydrochloride) 300 mg, Maize starch, Lactose, Talc, Magneslum stearate, Titanium dioxide.

Erythrosine- Sodium inditinedisulfonate- Gelatin

**DALACIN C  Στείρο Ενέσιμο Διάλυμα 600 mg:**

Κάθε 4 ml περιέχουν: Clindamycin (Clindamycin phosphate 600 mg, Benzyl alcohol, Edetate disodium, Water for injection.

**Μορφές, τρόποι χορήγησης και  συσκευασίες:**

ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΑΠΟ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΤΟΣ: Κάψουλες

Συσκευασία των 16 καψουλών των 300 mg.

ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΑ ΚΑΙ ΕΝΔΟΜΥΙΚΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗ: Στείρο Ενέσιμο Διάλυμα: Συσκευασία 1 φύσιγγος των 4 ml.

**Ιδιότητες:** ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟΓΙΑ: Το δραστικό συστατικό του προϊόντος είναι η κλινδαμυκίνη, ένα ημισυνθετικό αντιβιοτικό που παράγεται από την αντικατάσταση με χλώριο στη θέση 7-(S) της 7 (R)- υδροξυλαμάδος της μητρικής ένωσης λινκομυκίνης. Η κλινδαμυκίνη μπορεί να είναι είτε βακτηριοκτόνος, είτε βακτηριοστατική ανάλογα με την ευαισθησία του

μικροοργανισμού και τη συγκέντρωση του αντιβιοτικού. Έχει αποδειχτεί ότι η Κλινδαμυκίνη έχει δραστικότητα *in vitro* εναντίον των ακολούθων μικροοργανισμών.

1. Αεροβίων gram θετικών κόκκων στους οποίους περιλαμβάνονται:

Staphylococcus aureus, Staphylococcus epidermidis

(στελέχη που παράγουν πενικιλλινάση και στελέχη που δεν παράγουν πενικιλλινάση) Σε δοκιμές in vitro μερικά στελέχη σταφυλοκόκκου, τα οποία αρχικώς

είναι ανθεκτικά στην ερυθρομυκίνη γρήγορα αναπτύσσουν αντοχή στην κλινδαμυκίνη. *Strept ococci* (εκτός του *S. faecalis*) *Pneumococ i.*

2. Αναεροβίων gram αρνητικών βακίλων, στους οποίους περιλαμβάνονται: *Bacteroides spp* (συμπεριλαμβανομένης της ομάδος *B. fragilis* και της ομάδος *B. me laninogenicus*), *Fus obac ter ium spp.*

3. Αναεροβίων gram θετικών μη σπορογόνων βακίλων στους οποίους περιλαμβάνονται:

*Propionibacterium, Eubacterium, Actinomyces spp.*

4. Αναεροβίων ,και μικροαεροφίλων gram θετικών κόκκων, στους οποίους περιλαμβάνονται.

*Peptococcus spp, Peptostreptococcus spp, Microaerophilic spp, streptococci.'*

Τα κλωστρίδια: Τα κλωστρίδια είναι πιο ανθεκτικά από τα περισσότερα αναερόβια στην κλινδαμυκίνη. Τα περισσότερα από τα **Κλωστρίδια *pefringens*** είναι ευαίσθητα, όμως άλλα είδη όπως το *C.*
*sporogenes*
και το
*C.ter*
*tium*
είναι συχνά ανθεκτικά στην κλινδαμυκίνη. Θα πρέπει να γίνεται τεστ ευαισθησίας.

5. Διαφόρων μικροοργανισμών στους οποίους περιλαμβάνονται: *Chlamydia trachomatis Tax op*
*lasma gondii, Plasmodium*
*falciparum*
και
*Pneumocystis*
*carinii*
(σε συνδυασμό με πριμακίνη).

Οι ακόλουθοι μικροοργανισμοί είναι γενικά ανθεκτικοί στην κλινδαμυκίνη: Αερόβιοι gram αρνητικοί βάκιλοι, *Streptococcus faecalis, Nocardia Spp., Neisseria meningitidis.*Στελέχη *St aphy*
*lococcu*
*s aureus*
ανθεκτικού στη μεθικιλλίνη και στελέχη
*Haemaphi*
*lus in*
*fluen*
*zae*

(ανάλογα με τις περιοχές όπου είναι γνωστό ότι υπάρχει αντοχή στο αντιβιοτικό) .

Διασταυρουμένη αντοχή έχει αποδειχτεί μεταξύ λινκομυκίνης και κλινδαμυκίνης. Ανταγωνισμός έχει αποδειχθεί μεταξύ κλινδαμυκίνης και ερυθρομυκίνης. Αν και η υδροχλωρική κλινδαμυκίνη είναι δραστική τόσο in vivo, όσο και in vitro, η φωσφορική κλινδαμυκίνη δεν παρουσιάζει καμία *in vitro* δράση. Εν τούτοις η ανωτέρω ουσία υδρολύεται ταχύτατα *in vivo* στη δραστική ουσία βάση.

**ΦΑΡΜΑΚΟΚΙΝΗΤΙΚΗ**

**Απορρόφηση:**

Η κλινδαμυκίνη λαμβανομένη από το στόμα απορροφάται ταχύτατα και σχεδόν πλήρως (90%). Με από του στόματος χορήγηση σε ενήλικες 150 mg κλινδαμυκίνης , μέγιστες στάθμες στον ορό ύψους 2,5 μg/ml επιτυγχάνονται σε 45 πρώτα λεπτά. Μετά από 3 ώρες η στάθμη στον ορό είναι 1,5μg/ml και μετά από 6 ώρες φθάνει τα 0,7μg/ml. Η απορρόφηση της από του στόματος χορηγουμένης κλινδαμυκίνης δεν επηρεάζεται ποσοτικός σημαντικά από ταυτόχρονη πέψη τροφής. Η απορρόφηση όμως μπορεί κάπως να καθυστερήσει. Μετά από ενδομυϊκή χορήγηση 600mg φωσφορικής κλινδαμυκίνης μέγιστες στάθμες ορού 9 μg/ml επιτυγχάνονται 1-3 ώρες μετά τη χορήγηση. Μετά από ενδοφλέβια έγχυση 300mg σε 10 πρώτα λεπτά ή αντίστοιχα 600mg σε 20 πρώτα λεπτά μέγιστες στάθμες ορού 7μg/ml και 10 μg/ml αντίστοιχα επιτυγχάνονται κατά το της έγχυσης. Ο πίνακας 1 δίνει τις μέσες μέγιστες στάθμες ορού μετά από χορήγηση φωσφορικής κλινδαμυκίνης. Οι στάθμες κλινδαμυκίνης στον ορό μπορούν να διατηρηθούν σε τιμές ανώτερες της *in vitro* ελαχίστης ανασταλτικής πυκνότητας για τους πιο ευαίσθητους μικροοργανισμούς με χορήγηση φωσφορικής κλινδαμυκίνης κάθε 8-12 ώρες στους ενήλικες και κάθε 6-8 ώρες στα παιδιά ή με συνεχή ενδοφλέβια έγχυση. Σταθερή στάθμη επιτυγχάνεται μετά από την τρίτη δόση.

**Πίνακας 1**

| Δόση |
|---|

Ενήλικες (μετά την εξισορρόπηση)

Κλινδαμυκίνη

μg/ml

Φωσφορική κλινδαμυκίνη μg/ml

300 mg ΕΦ σε 10 λεπτά κάθε 8 ώρες

7

15

600 mg ΕΦ σε 20 λεπτά κάθε 8 ώρες

10

23

900 mg Ε Φ σε 30 λεπτά κάθε 12 ώρες"

11

29

1200 mg ΕΦ σε 45 λεπτά κάθε Τ2 ώρες

14

49

300 mg ΕΜ κάθε 8 ώρες

6

3

600 mg ΕΜ κάθε 12 ώρες

9

3

| **Δόση** |
| --- |

παιδιά (πρώτη δόση)(1)

| Κλινδαμυκίνη |
| --- |

| μg/ml |
| --- |

Φωσφορική κλινδαμυκίνη μg/ml

| 5-7mg/kg Ε.Φ. |
| --- |

| 10 |
| --- |

| 3-6 mg/kg Ε.Μ. |
| --- |

| 4 |
| --- |

| 5-7 mg Ε.Μ. |
| --- |

8

(1) Τα στοιχεία σ'αυτή την ομάδα είναι από ασθενείς υπό θεραπεία για λοίμωξη.

Κατανομή: Η σύνδεση με πρωτεΐνες κυμαίνεται από 40 έως 90% της χορηγουμένης δόσεως. Δεν παρατηρείται αθροιστική ικανότητα μετά την από του στόματος χορήγηση. Η κλινδαμυκίνη διεισδύει εύκολα στα περισσότερα υγρά του σώματος και στους ιστούς. Στον οστίτη ιστό συγκεντρώνεται περίπου το 40% (20-75%) της στάθμης στον ορό, στο μητρικό γάλα το 50-100%, στο αρθρικό υγρό το 50%, στα πτύελα το 30-75%, στο περιτοναϊκό υγρό το 50%, στο εμβρυϊκό αίμα το 40%, στο πύον το 30%, στο πλευριτικό υγρό το 50-90%. Αντιθέτως η κλινδαμυκίνη δεν διεισδύει στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό, ακόμη και σε περίπτωση μηνιγγίτιδος.

**Βιομεταμόρφωση:** Η κλινδαμυκίνη έχει χρόνο ημισείας ζωής περίπου 1.5-3.5 ώρες. Ο χρόνος ημισείας ζωής αυξάνεται ελαφρώς σε ασθενείς με εκσεσημασμένη έκπτωση της νεφρικής η ηπατικής λειτουργίας. Το δασολογικό σχήμα δεν χρειάζεται να τροποποιηθεί επί παρουσία ελαφράς ή μέτριας νεφρικής ή ηπατικής νόσου. Η κλινδαμυκίνη μεταβολίζεται σχετικά δύσκολα.

**Απέκκριση:** Η απέκκριση μικροβιολογικώς ενεργού μορφής στα ούρα ποικίλλει από 10-20% και στα κόπρανα είναι περίπου 4%. Το υπόλοιπο απεκκρίνεται υπό μορφή βιολογικώς ανενεργών μεταβολιτών. Η απέκκριση λαμβάνει χώρα κυρίως δια της χολής και των κοπράνων.

**Ενδείξεις:** Σοβαρές λοιμώξεις από gram θετικούς κόκκους (συμπεριλαμβανομένων και σταφυλοκόκκων), διάφορα αναερόβια και ιδίως *Bacteroides fragilis* (λοιμώξεις ενδοπεριτοναϊκές, γυναικολογικές κ.λ.π.)., οστεομυελίτιδα.

Τοξοπλασμική εγκεφαλίτις σε ασθενείς με AIDS. Σε ασθενείς, στους οποίους η συμβατική θεραπεία δεν είναι καλά ανεκτή, η κλινδαμυκίνη σε συνδυασμό με πυριμεθαμίνη έχει αποδειχθεί αποτελεσματική.

Πνευμονία από *Pneumocystis carinii* σε ασθενής με AIDS. Σε ασθενείς, οι οποίοι δεν ανεκτικοί ή δεν ανταποκρίνονται ικανοποιητικά στη συμβατική θεραπεία , η κλινδαμυκίνη μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε συνδυασμό με πριμακίνη. Η χρήση της κλινδαμυκίνης πρέπει να περιορίζεται σε απόλυτες ενδείξεις ή όταν δεν μπορούν να χρησιμοποιηθούν άλλα ασφαλέστερα αντιβιοτικά, εξ' αιτίας σοβαρών ανεπιθύμητων ενεργειών και κυρίως της ψευδομεμβρανώδους κολίτιδας.

**Αντενδείξεις:** Υπερευαισθησία στο φάρμακο, διαρροϊκά σύνδρομα.

**Ανεπιθύμητες ενέργειες:** Εμετοί, διάρροια, που επιβάλλει άμεση διακοπή της θεραπείας, ψευδομεμβρανώδης κολίτις συχνά πολύ επικίνδυνη.

Υψηλές δόσεις κλινδαμυκίνη από τους στόματος μπορεί να προκαλέσουν συχνότερα την επιπλοκή της ψευδομεμβρανώδους κολίτιδος.

**-Πεπτικό σύστημα:** Κοιλιακό άλγος, ναυτία, έμετος και διάρροια (βλ. Ειδικές προειδοποιήσεις) και οισοφαγίτις επί λήψεως σκευασμάτων από του στόματος.

**-Αντιδράσεις υπερευαισθησίας:** Κηλιδοβλατιδώδες εξάνθημα και κνίδωση έχουν παρατηρηθεί κατά τη διάρκεια θεραπείας με το φάρμακο. Οι συνηθέστερα αναφερόμενες αντιδράσεις είναι τα γενικευμένα ήπια έως μέτρια ιλαριοειδή εξανθήματα του δέρματος. Σπάνιες περιπτώσεις πολυμόρφου ερυθήματος, μερικά από τα ποία μοιάζουν με το σύνδρομο Stevens-Johnson, έχουν συσχετισθεί με την κλινδαμυκίνη. Έχουν αναφερθεί ελάχιστες περιπτώσεις αναφυλακτοειδών αντιδράσεων.

**-Ήπαρ:** Ίκτερος και αποκλίσεις στις δοκιμασίες που αφορούν την ηπατική λειτουργία έχουν παρατηρηθεί κατά τη διάρκεια θεραπείας με κλινδαμυκίνη.

**-Νεφροί:** Σπάνια έχουν αναφερθεί διαταραχές της νεφρικής λειτουργίας (η αιτιολογική σχέση της ενδεχόμενης αυτής διαταραχής, δεν έχει διευκρινισθεί).

**-Δέρμα και βλεννογόνοι:** Έχουν αναφερθεί κνησμός, κολπίτις και σπάνιες περιπτώσεις αποφολιδωτικής και φλυκταινοπομφολυγώδους δερματίτιδας.

**-Αιμοποιητικό σύστημα:** Έχουν αναφερθεί περιπτώσεις παροδικής ουδετεροπενίας (λευκοπενία) και ηωσινοφιλίας. Έχουν αναφερθεί περιστατικά με ακοκκιοκυτταραιμία και θρομβοκυτοπενία.

**-Καρδιαγγειακό σύστημα:** Έχουν αναφερθεί σπάνιες περιπτώσεις καρδιοπνευμονικής κάμψης μετά από ταχεία ενδοφλέβια χορήγηση.

**-Τοπικές αντιδράσεις:** Τοπικός ερεθισμός, πόνος, σχηματισμός αποστήματος έχουν παρατηρηθεί σε ενδομυϊκή ένεση. Θρομβοφλεβίτις έχει αναφερθεί σε ενδοφλέβια έγχυση. Αυτές οι αντιδράσεις μπορούν ελαχιστοποιηθούν εάν η ένεση γίνεται βαθιά ενδομυϊκά και εάν αποφεύγεται η παραμονή ενδοφλεβίων καθετήρων.

**Αλληλεπιδράσεις:** Μα αναισθητικά γενικής αναισθησίας ή παράγοντες που προκαλούν νευρομυϊκό αποκλεισμό μπορεί να προκληθεί καταστολή του αναπνευστικού ή και παράλυση (αντιμετωπίζεται με χορήγηση αλάτων ασβεστίου και αντιχολινιστερασικών). Χλωραμφαινικόλη και ερυθρομυκίνη ανταγωνίζονται τη δράση της. Προσροφητικές ουσίες (καολίνης κ.λ.π.) μειώνουν την απορρόφηση της.

**Προσοχή στη χορήγηση.** Σε κύηση γαλουχία. Να αποφεύγεται η ταχεία ενδοφλέβια χορήγηση (κίνδυνος καρδιακής ανακοπής) και η εφάπαξ χορήγηση δόσης μεγαλύτερης των 600mg. Η ενδομυϊκή ένεση να διενεργείται βαθιά ενδομυικώς.

**Ειδικές προειδοποιήσεις:** Η ενέσιμη μορφή αυτού του φαρμακευτικού προϊόντος περιέχει βενζυλική αλκοόλη έχει αναφερθεί ότι σχετίζεται με ένα θανατηφόρο ΄΄Δυσπνοϊκό Σύνδρομο΄΄ (΄΄Gasping Syndrome΄΄) στα πρόωρα νεογνά.

Απαγορεύεται η χορήγηση του Στείρου Ενεσίμου Διαλύματος σε νεογνά. Επίσης δεν πρέπει να χορηγείται κατά τα δυο πρώτα της ζωής, διότι περιέχει ως συντηρητικό βενζυλική αλκοόλη. Η θεραπεία με κλινδαμυκίνη έχει συσχετισθεί με σοβαρή κολίτιδα, η οποία μπορεί

να είναι θανατηφόρος.

Το κλινικό εύρος εκδηλώσεων ποικίλλει από ελαφρά, υδαρή διάρροια έως σοβαρή, επίμονη διάρροια, λευκοκυττάρωση, πυρετό, σοβαρές επώδυνες κοιλιακές μυϊκές συστολές, οι οποίες μπορεί να συσχετίζονται με την παρουσία στο έντερο αίματος και βλέννης, κατάσταση που αν δεν αντιμετωπισθεί, μπορεί να καταλήξει σε περιτονίτιδα, καταπληξία και τοξικό μεγάκολο.

Η διάγνωση της κολίτιδας εξ αντιβιοτικών συνήθως γίνεται από την αναγνώριση των κλινικών συμπτωμάτων. Μπορεί να αποδειχθεί με ενδοσκοπική ανεύρεση ψευδομεμβρανώδους κολίτιδος και να επιβεβαιωθεί περαιτέρω με καλλιέργεια κοπράνων για την ανεύρεση του ***Clostridium difficile*** σε εκλεκτικά υποστρώματα και ανάλυση του δείγματος των κοπράνων για την (τις) τοξίνη (-ες) του
***C.***
***difficile***
.

Έναρξη κολίτιδος εξ αντιβιοτικών έχει συμβεί κατά τη διάρκεια της χορήγησης ή ακόμη και δυο ή τρεις εβδομάδες μετά τη χορήγηση του αντιβιοτικού. Η νόσος είναι πιθανόν να ακολουθήσει πιο σοβαρή πορεία σε περισσότερο ηλικιωμένους ασθενείς οι οποίοι είναι εξασθενημένοι. Σε περίπτωση που παρουσιασθεί ήπια κολίτις εξ αντιβιοτικών, συνιστάται διακοπή χορήγησης της κλινδαμυκίνης. Συνιστάται θεραπεία με ρητίνες χολεστυραμίνης και κολεστιπόλης, διότι αυτά τα προϊόντα έχει αποδειχθεί ότι δεσμεύουν την τοξίνη in vitro. Η συνιστώμενη δόση κολεστιπόλης είναι 5g τρεις φορές την ημέρα και η συνιστώμενη δόση χολεστυραμίνης είναι 4g τρεις φορές την ημέρα.

Εάν παρασυρθεί σοβαρού βαθμού κολίτις εξ αντιβιοτικών, αυτή θα πρέπει να αντιμετωπίζεται με κατάλληλη αναπλήρωση υγρών, ηλεκτρολυτών και πρωτεϊνών. Υπάρχουν επίσης ενδείξεις από μελέτες ότι μια τοξίνη (ή τοξίνες) που παράγονται από (Κλωστρίδια) (ιδιαίτερα το ***C. difficile***) είναι η κυριότερη άμεση αιτία της κολίτιδος εξ αντιβιοτικών. Αυτές οι μελέτες δείχνουν επίσης ότι αυτό το τοξινογόνο Κλωστρίδιο είναι συνήθως ευαίσθητο στ βανκομυκίνη in vitro. Όταν χορηγηθούν 125 έως 500 mg βανκομυκίνη 4 φορές την ημέρα, παρατηρείται ταχεία εξαφάνιση της τοξίνης από τα δείγματα κοπράνων και ταυτόχρονη κλινική ανάταξη της διάρροιας.

Σε σπάνιες περιπτώσεις η κολίτις μπορεί να υποτροπιάσει μετά την παύση της θεραπείας

με βανκομυκίνη. Οι ρητίνες χολεστυραμίνης ή κολεστιπόλης δεσμεύουν την βανκομυκίνη in vitro. Εάν πρόκειται να χορηγηθούν μια ρητίνη και βανκομυκίνη ταυτόχρονα, θα ήταν σκόπιμο το κάθε ένα από αυτά να χορηγείται διαφορετική ώρα. Σαν εναλλακτική θεραπεία θα μπορούσε να δοθεί από του στόματος βακιτρακίνη, 25.000 μονάδες κάθε ημέρα επί 7-10 ημέρες. Θα πρέπει να αποφεύγονται φάρμακα τα οποία προκαλούν εντερική στάση . Ιδιαίτερη προσοχή θα πρέπει να δίνεται κατά τη συνταγογράφηση των δόσεων κλινδαμυκίνης σε ασθενείς με ιστορικό νόσου του γαστρεντερικού συστήματος, ιδιαίτερα κολίτιδος. Η κλινδαμυκίνη δεν θα πρέπει να χρησιμοποιείται για τη θεραπεία της μηνιγγίτιδας, διότι το φάρμακο δεν διαχέεται ικανοποιητικά στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό. Εάν η θεραπεία παραταθεί, θα πρέπει να γίνονται εξετάσεις της λειτουργίας του ήπατος και των νεφρών.

Η χρήση της φωσφορικής κλινδαμυκίνης μπορεί να έχει σαν αποτέλεσμα υπερανάπτυξη μικροοργανισμών, ιδίως μυκήτων. Η φωσφορική κλινδαμυκίνη δεν θα πρέπει να ενίεται ενδοφλεβίως αδιάλυτη εξ' άπαξ, αλλά θα πρέπει να εγχέεται σε χρόνο περισσότερο από 10-60 πρώτα λεπτά τουλάχιστον.

Σε ασθενείς με μετρίου έως σοβαρού βαθμού ηπατική νόσο, έχει βρεθεί επιμήκυνση του χρόνου ημισείας ζωής της κλινδαμυκίνης, αλλά μια φαρμακοκινητική μελέτη έδειξε ότι, όταν δίδεται κάθε οκτώ ώρες, άθροιση της κλινδαμυκίνης συμβαίνει σπάνια. Επομένως δεν θεωρείται αναγκαία η μείωση της δοσολογίας σε ηπατική νόσο.

Δοσολογία

Από το στόμα 300mg/6ωρ. Ενδομυϊκώς ή σε βραδεία ενδοφλέβια έγχυση 600mg έως 2400mg/24ωρο σε 2-4 δόσεις. Παιδιά: 15-40mg/kg/24ωρο σε 3-4 δόσεις. Αραιώνεται με ισότονο διάλυμα χλωριούχου νατρίου ή δεξτρόζης.

## ΤΟΞΟΠΛΑΣΜΙΚΗ ΕΓΚΕΦΑΛΙΤΙΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ AIDS:

Φωσφορική κλινδαμυκίνη Ε.Φ. ή υδροχλωρική κλινδαμυκίνη από του στόματος 600-1200 mg κάθε 6 ώρες επί δυο εβδομάδες και ακολούθως 300-600 mg από του στόματος ημερησίως επί 8 έως 10 εβδομάδες. Με υψηλότερες δόσεις πυριμεθαμίνης θα πρέπει να χορηγείται φολινικό οξύ 10 έως 20 Mg ημερησίως.

**ΠΝΕΥΜΟΝΙΑ ΑΠΌ PNEUMOCYSTIS CARINII ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ AIDS:** Φωσφορική κλινδαμυκίνη Ε.Φ. 600 έως 900 mg κάθε 6 ώρες ή 900 mg Ε.Φ. κάθε 8 ώρες η υδροχλωρική κλινδαμυκίνη 300 έως 450 mg από του στόματος κάθε 6 ώρες επί 21 ημέρες και πριμακίνη από του στόματος σε εφ' άπαξ δόση 10-30 mg ημερησίως επί 21 ημέρες.

**ΣΗΜΑΝΤΙΚΗ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑ:** Δεν χρειάζεται ειδικό εργαλείο κοπής για το άνοιγμα της φύσιγγας. Ο αυχένας της φύσιγγας είναι σημειωμένος στο σημείο κοπής.

ΡΥΘΜΟΣ ΔΙΑΛΥΣΗΣ ΚΑΙ ΕΓΧΥΣΗΣ: Η συγκέντρωση της κλινδαμυκίνης στο διαλυτικό μέσον για έγχυση δεν θα πρέπει να υπερβαίνει τα 18 Mg ανά ml και ο ΡΥΘΜΟΣ ΕΓΧΥΣΗΣ ΔΕ ΘΑ ΠΡΕΠΕΙΝΑ ΥΠΕΡΒΑΊΝΕΙ ΤΑ 30 mg ΝΑ ΠΡΩΤΟ ΛΕΠΤΟ. Ο συνήθης ρυθμός έγχυσης είναι ως ακολούθως:

| Δόση | Διαλυτικό μέσον | Χρόνος |
|---|---|---|
| 300 mg | 50 ml | 10 πρώτα λεπτά |

| |
|---|
| 600 mg |

| |
|---|
| 50 ml |

| |
|---|
| 20 πρώτα λεπτά |

| |
|---|
| 900 mg |

| |
|---|
| 50-100 ml |

| |
|---|
| 30 πρώτα λεπτά |

| |
|---|
| 1200 mg |

| |
|---|
| 100 ml |

| |
|---|
| 40 πρώτα λεπτά |

Χορήγηση περισσοτέρων από 1200mg σε εφ' άπαξ ωριαία έγχυση δε συνιστάται.

**Ασυμβατότητες:** Τα ακόλουθα είναι φυσικώς ασύμβατα με τη φωσφορική κλινδαμυκίνη:

αμπικιλλίνη, νατριούχος φαινυτοίνη, βαρβιτουρικά, αμινοφυλλίνη, γλυκονικό ασβέστιο και θειικό μαγνήσιο.

Είναι γνωστό ότι η φωσφορική κλινδαμυκίνη είναι φυσικώς και χημικώς συμβατή επί 24 ώρες τουλάχιστον σε υδατικό διάλυμα δεξτρόζης 5% και φυσιολογικό ορό, τα οποία περιέχουν τα ακόλουθα αντιβιοτικά στις συνήθως χορηγούμενες συγ >