

# ПРЕМ'ЄРА В 3D

РЕКОМЕНДОВАНО ДЛЯ СІМЕЙНОГО ПЕРЕГЛЯДУ

## ДІЄВИЙ

ЦЕФАЛОСПОРИН 3-ГО ПОКОЛІННЯ

## ДОРЕЧНИЙ

ПРИ БІЛЬШОСТІ ІНФЕКЦІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ  
ДИХАЛЬНИХ ШЛЯХІВ\*

## ДОСТУПНИЙ

ДЛЯ ПАЦІЄНТІВ В УКРАЇНІ\*\*



**3-ДІНІР (cefдинір);** 1 капсула містить: цефдинір у перерахунку на суху речовину – 300 мг. Лікарська форма. Капсули.  
**Фармакотерапевтична група.** Антибактеріальні засоби для системного застосування. Інші бета-лактамі антибактеріальні засоби. Цефалоспорины третього покоління. Цефдинір. Код АТХ J01D D15. **Показання.** Для лікування інфекцій легкого та середнього ступеня, спричинених чутливими до цефдиніру штамми мікроорганізмів, таких як: негоспітальна пневмонія, загострення хронічного бронхіту, гострий гайморит, фарингіт/тонзиліт, неускладнені інфекції шкіри і м'яких тканин. **Загальна добова доза** для всіх інфекцій становить **600 мг. Дозування 1 раз на добу протягом 10 днів** настільки ж ефективно, як і дозування **2 рази на добу. Протипоказання.** Підвищена чутливість до цефдиніру або до будь-якого іншого антибіотика цефалоспоринового ряду. 3-Дінір у формі капсул не призначений для лікування дітей віком до 13 років. **Побічні реакції.** сухість слизової рота, стоматит, метеоризм, біль у животі, нудота, діарея, відчуття задухи, гостра дихальна недостатність, головний біль, безсоння, сонливість, запаморочення, гранулоцитопенія, нейтропенія, печінкова недостатність, гострий гепатит, порушення функції нирок, токсична нефропатія, висипання, свербіж шкіри, анафілактичні реакції, кон'юнктивіт, гарячка, підвищення АСТ, амілази у крові, псевдопозитивний тест на вміст глюкози в сечі, вагінальний кандидоз, вагініт, схильність до кровотеч, кровотечі та крововиливи, біль у грудях, артеріальна гіпертензія, астенія. Виробник: АТ «Київмедпрепарат», Україна, 01032, м. Київ, вул. Саксаганського, 139. **Категорія відпуску. За рецептом. РП UA/17823/01/01 від 17.12.2019 до 17.12.2024**

**3-ДІНІР (cefдинір);** 5 мл суспензії містять цефдиніру 250 мг; Лікарська форма. Порошок для оральної суспензії **Фармакотерапевтична група.** Антибактеріальний засіб для системного застосування. Цефалоспорины III покоління. Код АТХ J01D D15. **Показання.** Для лікування інфекцій легкого та середнього ступеня, спричинених чутливими до цефдиніру штамми мікроорганізмів, таких як: негоспітальна пневмонія, загострення хронічного бронхіту, гострий гайморит, фарингіт/тонзиліт, неускладнені інфекції шкіри і м'яких тканин, гострий бактеріальний середній отит. Для всіх пацієнтів віком від 6 місяців до 12 років разова доза препарату становить 7 мг/кг маси тіла, або 0,14 мл суспензії на 1 кг маси тіла., максимальна добова доза – 600 мг на добу. **Протипоказання.** Препарат протипоказаний пацієнтам з відомою алергією на антибіотики цефалоспоринового ряду. **Побічні реакції.** Діарея, висип, блювання, кандидоз м'яких тканин, біль в епігастральній ділянці, лейкопенія, вагінальний кандидоз, вагініт, атипіві випорожнення, диспепсія, гіперкінезія (підвищена м'язова активність), підвищення рівнів АСТ, макулопапульозний висип, нудота. **Заявник.** ТОВ «АРТЕРІУМ ЛТД». Україна, 01032, м. Київ, вул. Саксаганського, 139. **Виробник.** Сенс Лабораторіс Пвт. Лтд. VI/51В, п/с № 2, Кожуванал, Пала, Коттаям – 686 573, Керала, Індія. **Категорія відпуску. За рецептом. РП UA/17849/01/01 від 27.12.2019 до 27.12.2024**

Інформацію наведено в скороченому вигляді, повна інформація викладена в інструкціях для медичного застосування лікарських засобів. Інформація призначена виключно для розміщення в виданнях, призначених для медичних та фармацевтичних працівників, а також у матеріалах, що розповсюджуються на спеціалізованих семінарах, конференціях, симпозиумах з медичної тематики. Дата останнього перегляду інформаційного матеріалу: 04.11.2021 р.

\* Інструкція для медичного застосування лікарського засобу 3-ДІНІР.

\*\* Перший зареєстрований в Україні лікарський засіб з діючою речовиною цефдинір, що з'явився для продажу в Україні <http://www.drlez.com.ua/>

До складу Корпорації «Артеріум» входять АТ «Київмедпрепарат» та АТ «Галичфарм»

«Артеріум» Фармацевтична Корпорація  
[www.arterium.ua](http://www.arterium.ua)

Ближче до людей



# Питання вибору сучасної антибактеріальної терапії фаринготонзиліту, асоційованого з бета-гемолітичним стрептококом типу А

**Бета-гемолітичний стрептокок групи А (БГСА) – найпоширеніший етіологічний чинник бактеріального фарингіту в дітей і підлітків, що є причиною 35–40% випадків захворювань (Wald E.R. et al., 2021). У дорослих БГСА є причиною 5–15% випадків гострих фарингітів (The Sanford Guide to Antimicrobial Therapy, 2021). Своєчасна і раціональна ерадикація БГСА має важливе значення для запобігання розвитку гнійних ускладнень фарингіту, гострої ревматичної лихоманки (ГРЛ) і зменшення поширення інфекції, а також скорочення тривалості й вираженості симптомів захворювання (Wald E.R. et al., 2021). Тривалий час пеніциліни вважали препаратами вибору для лікування фарингіту, асоційованого з БГСА. Однак останнім часом зростає кількість повідомлень про клінічну неефективність пеніцилінів при лікуванні фаринготонзилітів (Brook I., 2017). У статті наведені можливі причини клінічної неефективності пеніцилінів, а також розповідається про потенційні переваги застосування цефалоспоринов, зокрема цефдініру, при інфекціях, асоційованих із БГСА.**

**Ключові слова:** бета-гемолітичний стрептокок, БГСА, фарингіт, фаринготонзиліт, пеніциліни, цефалоспоринов, цефдінір.

## Фаринготонзиліт: актуальність проблеми

Гострі інфекції верхніх дихальних шляхів належать до найпоширеніших інфекційних захворювань людини. 2017 року загальна захворюваність на гострі респіраторні інфекції (ГРІ) становила 21 738 випадків на 100 тис осіб, що на 0,2% більше проти даних за 2016 рік. При цьому 73,1% усіх зареєстрованих випадків ГРІ були пов'язані з педіатричною популяцією віком до 17 років (Плоскірева А., 2018). Згідно з даними 2021 року, лише в США на гострий фарингіт на етапі амбулаторної допомоги припадає приблизно 12 млн консультацій, тобто 1–2% від усіх відвідувань щорічно (Anthony W. Chow et al., 2021).

Одним із основних клінічних проявів ГРІ є розвиток запального процесу в тканинах глотки і мигдаликів, що позначається відповідними термінами – гострий фарингіт і тонзиліт відповідно. Спільність етіології та клінічних проявів гострих фарингіту і тонзиліту дала підставу об'єднати ці терміни в один із найчастіше використовуваних сьогодні в медичній спільноті – гострий фаринготонзиліт (ФТ) (Bartlett A., 2015).

Причини ФТ можуть бути як інфекційні (звичай вірусні або бактеріальні), так і неінфекційні. Дві найпоширеніші інфекційні – респіраторні віруси і БГСА (Anthony W. Chow et al., 2021).

БГСА, також відомий як *Streptococcus pyogenes*, спричинює бактеріальний фарингіт у дітей і підлітків – від 35–40% випадків захворювань (Wald E.R. et al., 2021). У дорослих БГСА є причиною 5–15% випадків гострих фарингітів (The Sanford Guide to Antimicrobial Therapy, 2021). БГСА найчастіше виявляється в учнів початкових класів, але може виділятися і в дітей молодшого віку, особливо якщо вони контактують зі старшими дітьми. У метааналізі сумарна поширеність БГСА в дітей, які зверталися до амбулаторії або відділення невідкладної допомоги з болем у горлі, становила 37% (95% ДІ 32–43). Поширеність у дітей віком <5 років становила 24% (Wald E.R. et al., 2021).

За даними Е.М. Pichichero (2021), до ускладнень ФТ належать ГРЛ, постстрептококовий реактивний артрит, скарлатина, синдром стрептококового токсичного шоку, гострий гломерулонефрит і дитячий аутоімунний нейропсихіатричний розлад, пов'язаний зі стрептококами групи А. Ерадикація БГСА як основної причини ФТ має важливе значення для запобігання

розвитку гнійних ускладнень фарингіту, ГРЛ і зменшення поширення інфекції, а також для скорочення тривалості та вираженості симптомів захворювання (Wald E.R. et al., 2021). Показанням до антибіотикотерапії (АБТ) при ФТ є наявність лабораторно підтвердженої бактеріальної етіології захворювання. Якщо немає можливості провести лабораторну діагностику, але наявні клінічні ознаки бактеріального процесу, початок емпіричної АБТ також є виправданим (The Sanford Guide to Antimicrobial Therapy, 2021). У пацієнтів із ФТ, асоційованим із БГСА, ранній початок АБТ помітно зменшує тривалість симптомів захворювання (Drutz J.E., 2021).

## Причини відсутності відповіді на пеніциліни при лікуванні ФТ

Останнім часом зростає кількість повідомлень про невдачу ерадикацію БГСА на тлі застосування в пацієнтів із ФТ пеніцилінів, незважаючи на їхню ефективність *in vitro*. Дослідження продемонстрували, що застосування рекомендованих доз не забезпечувало ерадикацію БГСА в 35% пацієнтів із гострим фарингітом, які отримували пероральний пеніцилін V, і в 37% пацієнтів, яким пеніцилін був призначений внутрішньовенно. Є декілька можливих пояснень клінічної неефективності пеніцилінів: недотримання рекомендованого 10-денного курсу терапії, хронічне носійство БГСА, повторне зараження від іншої особи чи предмета, толерантність до пеніцилінів, а також погане проникнення пеніциліну в тканини мигдаликів, що дає можливість внутрішньоклітинним БГСА вижити. Також є припущення, що клінічна невдача лікування може бути пов'язана з міжбактеріальною взаємодією БГСА та іншими представниками мікрофлори ротоглотки. Таким механізмом, зокрема, може бути взаємодія між БГСА і бета-лактамазопродукувальними бактеріями (БЛПБ). Іншими механізмами є коагрегація між *Moraxella*

*catarrhalis* і БГСА, що посилює колонізацію останніми, а також відсутність «конкурентів» – представників корисної мікрофлори ротоглотки, які б запобігали росту патогенів (Brook I., 2017).

Появі вищезгаданих механізмів сприяють повторювані введення пеніцилінів, що призводить до зміни складу мікрофлори ротової порожнини і превалювання БЛПБ, *Haemophilus* spp., *Moraxella catarrhalis*, *Fusobacterium* spp., пігментованих *Prevotella* і *Porphyromonas* spp., а також *Bacteroides* spp. (Brook I., 2017).

**Дослідження *in vitro* та *in vivo* продемонстрували, що штами БГСА можуть вижити в епітеліальних клітинах мигдаликів і «інтерналізуватися» в них. Феномен інтерналізації полягає в тому, що БГСА, які по суті є позаклітинними патогенами, можуть проникати всередину епітеліальних клітин слизової оболонки (Белов Б.С., 2015) і таким чином отримувати захист від дії деяких антибіотиків. Ген prtF1/sfbI, асоційований з інтерналізацією, частіше виявляється в пацієнтів із невдалою ерадикацією БГСА, ніж у пацієнтів з успішною ерадикацією інфекції (Brook I., 2017).**

У дослідженні А. Podbielski та співавт. (2006) із рецидивним тонзилітом внутрішньоклітинний БГСА було виявлено в 10% учасників, тоді як *Staphylococcus aureus* – у 45% відповідно. Оскільки пеніцилін погано проникає в клітини мигдаликів, внутрішньоклітинне розміщення БГСА, імовірно, підтримує інфекційний процес, незважаючи на АБТ (Brook I., 2017). Ця гіпотеза підтверджується дослідженнями, які ілюструють здатність штамів БГСА вижити впродовж 4–7 днів у культивованих епітеліальних клітинах (Maouni M. et al., 2004). Отже, інтерналізація і внутрішньоклітинне розміщення БГСА є новим поясненням його здатності протистояти АБТ пеніцилінами.

## Значення нормальної мікрофлори в запобіганні розвитку ФТ, асоційованого з БГСА

Нормальна мікрофлора відіграє важливу роль у запобіганні розвитку бактеріальних інфекцій носоглотки. Для цього вона використовує декілька механізмів, які запобігають колонізації та подальшому зараженню потенційними патогенами.

**Ідеться про конкуренцію за поживні речовини і утворення антибіотикоподібних субстанцій – так званих бактеріоцинів, які знищують інші патогенні бактерії. Лише в третини пацієнтів із рецидивною інфекцією, спричиною БГСА, були виявлені представники цих «захисних» бактерій.**

Водночас у 85% осіб без БГСА-асоційованого ФТ є «захисні» бактерії. До останніх належать гамма- і альфа-гемолітичні стрептококи, а також *Peptostreptococcus* spp. і *Prevotella* spp. Нормальна мікрофлора ротоглотки відіграє гомеостатичну роль, яка полягає в колонізації фаринготонзиллярної ділянки й запобіганні колонізації та подальшому інфікуванню БГСА (Brook I., 2017).

Збереження «захисних» мікроорганізмів має важливе значення в профілактиці розвитку патогенних бактерій. Оскільки введення антимікробних засобів може вплинути на склад назофарингеальної флори, зокрема зменшення кількості «захисних» бактерій, раціональне застосування антибіотиків необхідне для збереження її нормального складу. «Захисні» бактерії зазвичай чутливі до пеніцилінів і відносно стійкі до цефалоспоринов II і III поколінь (Brook I., 2017).

## Місце цефалоспоринов нового покоління з широким спектром дії, зокрема цефдініру

У дослідженні І. Brook і А. Gober (2009) порівнювали вплив амоксициліну-клавуланату і цефдініру на мікрофлору носоглотки в дітей із гострим середнім отитом (ГСО). І хоча обидва протимікробні препарати є ефективними проти потенційних збудників ГСО (*Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* та *Moraxella catarrhalis*), вони мають різну активність проти представників нормальної мікрофлори носоглотки.

Продовження на стор. 4.

Таблиця 1. Активність *in vitro* пероральних цефалоспоринов II-III поколінь (Березняков І.Г., 2020)

Цефалоспорин	<i>Streptococcus pyogenes</i> (БГСА)	<i>Streptococcus pneumoniae</i> (PSSP)	<i>Staphylococcus aureus</i> (MSSA)	<i>Haemophilus influenzae</i>	<i>Moraxella catarrhalis</i>
Цефдінір	0,015/0,03	0,06/0,12	0,25/0,5	0,12/0,5	0,06/0,25
Цефіксим	0,06/0,25	0,25/1	16/>32	0,015/0,12	0,03/0,5
Цефподоксим	0,06/0,12	0,015/0,06	2/4	0,015/0,12	1/2
Цефуросим	0,12/0,12	0,12/0,25	1/2	1/2	0,5/2

Примітки: PSSP – чутливі до пеніциліну *Streptococcus pneumoniae*; MSSA – чутливі до метициліну *Staphylococcus aureus*; через косу риску наведені величини максимального споживання кисню для інгібування росту 50 і 90% штамів [мкг/мл].

# Питання вибору сучасної антибактеріальної терапії фаринготонзиліту, асоційованого з бета-гемолітичним стрептококом типу А

Продовження. Початок на стор. 3.

Зниження кількості «захисних» аеробів і анаеробів більшою мірою зазначали в дітей, які приймали амоксицилін-клавуланат, ніж у дітей, яким був призначений цефдинір. Відмінності між двома групами, що зберігалися щонайменше впродовж 2 міс, корелювали зі швидшим відновленням росту потенційних бактеріальних збудників, що відбувалося на тлі терапії амоксициліном-клавуланатом.

Наведене дослідження ілюструє потенційний сприятливий ефект використання протимікробного засобу широкого спектра дії, зокрема цефдиніру.

Цефдинір – пероральний цефалоспори́н III покоління (до останньої групи також належать такі цефалоспори́ни, як цефподоксиму проксетил, цефіксим, цефдиторен півоксил і цефтибутен). Цефдинір активний щодо таких грам-позитивних бактерій: *Staphylococcus aureus* (у тому числі штами, що продукують бета-лактамази), *Streptococcus pneumoniae* (лише пеніциліночутливі штами) і БГСА (*Streptococcus pyogenes*). Спектр дії цефдиніру охоплює також *Haemophilus influenzae* (у тому числі штами, що продукують бета-лактамази) і *Moraxella catarrhalis*. Порівняння активності *in vitro* різних представників цефалоспори́нів II-III поколінь наведено в таблиці 1 (Березняков І.Г., 2020).

Як видно з таблиці, цефдинір можна порівняти з цефподоксимом за активністю щодо пневмококів, але цефдинір ефективніший щодо БГСА. Мікробіологічна активність цефдиніру перевершує таку цефуроксиму аксетилу щодо *Staphylococcus aureus* (чутливих до метициліну), БГСА, *Haemophilus influenzae*, *Moraxella catarrhalis* і зіставна щодо пневмококів (чутливих до пеніциліну) (Березняков І.Г., 2020).

Ключова відмінність між цефалоспори́нами перших трьох поколінь полягає в тому, що кожне нове покоління перевершує попереднє за спектром і активністю щодо грамнегативних бактерій, проте іноді – ціною зниження активності щодо грам-позитивних мікроорганізмів. Як свідчать наведені дані, цефдинір активніший за свого «попередника» – цефуроксиму аксетилу – проти не лише грамнегативних збудників інфекцій (гемофільних паличок і мораксел), але й грам-позитивних бактерій (золотистих стафілококів, чутливих до метициліну, і БГСА) (Березняков І.Г., 2020).

Основні фармакокінетичні показники пероральних цефалоспори́нів II-III поколінь наведені в таблиці 2 (Березняков І.Г., 2020).

Цефдинір – пероральний антибіотик. Очевидними перевагами перорального застосування антибактеріальних препаратів є зручність, простота й відсутність ризиків, пов'язаних із парентеральним введенням лікарських засобів, що збільшує комплаєнс і найбільше відповідає вимогам сьогодення. Цефдинір, запатентований 1979 року і схвалений до клінічного застосування в 1991 р., уже понад 30 років успішно застосовують для лікування легких і помірнотяжких інфекцій, спричинених БГСА, *Staphylococcus aureus*, *Haemophilus influenzae/parainfluenzae* (у тому числі зі штамами, що продукують β-лактамази), *Streptococcus pneumoniae* (пеніцилінчутливі штами) та *Moraxella catarrhalis* (у тому числі зі штамами, що продукують β-лактамази). Потрапивши в системний кровообіг дорослих або дітей, він на 60-73% зв'язується з білками плазми, при цьому це зв'язування не залежить від концентрації. Розподіл відбувається по різних ділянках – у тому числі легенях, рідині середнього вуха, синусах, шкірі й мигдаликах. Цефдинір не зазнає суттєвого метаболізму, його активність переважно зумовлена початковою формою препарату. Виведення відбувається головним чином через нирковий екскреції із середнім періодом напіввиведення приблизно 1,5-1,7 години.

Окремої уваги заслуговує питання безпеки й ефективності застосування в педіатричній практиці цефалоспори́нів, зокрема цефдиніру. Дослідження Adriano Arguedas та співавт. (2006) було присвячене вивченню ефективності й безпеки застосування високих доз цефдиніру в дітей, хворих на ГСО, із високим ризиком розвитку стійкої або рецидивної інфекції. У дослідженні діти віком від 6 міс до 4 років отримували пероральну суспензію цефдиніру в дозі 25 мг/кг 1 раз на добу впродовж 10 днів. Стан дітей оцінювали перед початком лікування (1-й день), під час лікування (4-6-й день), наприкінці терапії (12-14-й день) і на 25-28-й день. Усім дітям на початку лікування був проведений тимпаноцентез. У дітей із позитивними результатами культурологічного дослідження тимпаноцентез повторювали через 3-5 днів (на 4-6-й день), якщо не було задокументовано відсутності випоту в середньому вусі. Згідно з результатами дослідження ерадикація *Streptococcus pneumoniae*, підтверджена результатами повторного тимпаноцентезу на 4-6-й день, була досягнута в 74%

Тип інфекції	Схема лікування
ГСО	7 мг/кг 1 раз на 12 год упродовж 5-10 діб або 14 мг/кг 1 р./добу впродовж 10 діб
Гострий бактеріальний синусит	7 мг/кг 1 раз на 12 год упродовж 10 діб або 14 мг/кг 1 р./добу впродовж 10 діб
Фарингіт/Тонзиліт	7 мг/кг 1 раз на 12 год упродовж 5-10 діб або 14 мг/кг 1 р./добу впродовж 10 діб
Неускладнені інфекції шкіри і м'яких тканин	7 мг/кг 1 раз на 12 год упродовж 10 діб

(170 із 230) дітей. Ліквідацію чутливого до пеніциліну, помірночутливого і стійкого *Streptococcus pneumoniae* спостерігали в 91% (50 із 55), 67% (18 із 27) і 43% (10 із 23) дітей відповідно (p<0,001); ерадикація *Haemophilus influenzae* – у 72% (90 із 125). Загальну клінічну відповідь на 12-14-й день зазначали у 83% дітей (76 і 82% у дітей зі *Streptococcus pneumoniae* і *Haemophilus influenzae* відповідно). Стійку клінічну відповідь на 25-28-й день спостерігали у 85%. Автори дослідження дійшли висновку, що велика доза цефдиніру забезпечила загальну успішну клінічну відповідь на кінець лікування у 83% дітей і була ефективною проти пеніцилінчутливого *Streptococcus pneumoniae*.

**На сьогодні цефдинір у формі суспензії успішно застосовують у педіатричній практиці в дітей віком від 6 місяців.**

### 3-Дінір: якісний і доступний препарат цефдиніру від корпорації «Артеріум»

На фармацевтичному ринку України цефдинір представлений у вигляді препарату 3-Дінір від корпорації «Артеріум» (Україна). Препарат доступний у формі капсул, які містять 300 мг цефдиніру, і призначений для застосування в дітей віком від 13 років і дорослих, і порошок для оральної суспензії 250 мг/5 мл (1 флакон із порошком для приготування 60 мл суспензії). Форма суспензії призначена для застосування в дітей віком від 6 міс до 12 років. Ключова особливість суспензії 3-Дінір – її привабливі органолептичні властивості. У 6 рандомізованих сліпих перехресних дослідженнях ці властивості порівнювали з амоксициліном/клавуланатом, цефпрозілом і азитроміцином. Виявлялося, що діти сприймали смак і запах цефдиніру краще за інші антибіотики. Відомо, що кращий смак антибіотиків корелює з вищим комплаєнсом.

Показаннями до застосування препарату 3-Дінір є інфекції легкого і середнього ступеня тяжкості, спричинені чутливими до цефдиніру штамами мікроорганізмів, зокрема:

- **Негоспітальна пневмонія**, зумовлена *Haemophilus influenzae* (у тому числі штами, що продукують β-лактамазу), *Haemophilus parainfluenzae* (у тому числі штами, що продукують β-лактамазу), *Streptococcus pneumoniae* (пеніцилінчутливі штами) і *Moraxella catarrhalis* (у тому числі штами, що продукують β-лактамазу).
- **Загострення хронічного бронхіту**, зумовлене *Haemophilus influenzae* (у тому числі штами, що продукують β-лактамазу), *Haemophilus parainfluenzae* (у тому числі штами, що продукують β-лактамази), *Streptococcus pneumoniae* (пеніцилінчутливі штами) і *Moraxella catarrhalis* (у тому числі штами, що продукують β-лактамази).
- **Гострий гайморит**, зумовлений *Haemophilus influenzae* (у тому числі штами, що продукують β-лактамази), *Streptococcus pneumoniae* (пеніцилінчутливі штами) і *Moraxella catarrhalis* (у тому числі штами, що продукують β-лактамази).
- **Фарингіт/тонзиліт**, спричинений БГСА (*Streptococcus pyogenes*).
- **Неускладнені інфекції шкіри і м'яких тканин**, зумовлені *Staphylococcus aureus* (у тому числі штами, що продукують β-лактамази) і *Streptococcus pyogenes*.
- **Гострий бактеріальний середній отит**, спричинений *Haemophilus influenzae* (у тому числі штами, що продукують β-лактамази), *Streptococcus pneumoniae* (пеніцилінчутливі штами) і *Moraxella catarrhalis* (у тому числі штами, що продукують β-лактамази).

Загальна добова доза для всіх інфекцій при застосуванні у дорослих та підлітків становить 600 мг. Препарат можна застосовувати незалежно від вживання їжі.

У педіатричній практиці «3-Дінір» застосовують у вигляді суспензії, рекомендовані дози і тривалість лікування наведені в таблиці 3.

3-Дінір – високоякісний препарат цефдиніру, що має оптимальну форму випуску й доступну ціну. Широкий спектр антибактеріальної активності, високі смакові властивості педіатричної лікарської форми, зручність застосування (1 або 2 рази на добу незалежно від прийому їжі), сприятливий профіль безпеки та економічна доступність є ключовими перевагами антибактеріального препарату, віднедавна представленого на фармацевтичному ринку України.

Підготувала **Анастасія Козловська**



Таблиця 2. Фармакокінетика пероральних цефалоспори́нів II-III поколінь (Березняков І.Г., 2020)

	Цефдинір	Цефіксим	Цефподоксиму проксетил	Цефуроксиму аксетил
Доза в дорослих	300 мг 2 р./добу; 600 мг 1 р./добу	200 мг 2 р./добу 400 мг 1 р./добу	200 мг 2 р./добу	250-500 мг 2 р./добу
Пікова концентрація в плазмі, мкг/мл	2,9	2,8 (200 мг)	2,2	4,6 (250 мг)
Період напіввиведення, год	1,5-1,7	3-4	2,2-2,7	1,2
Зв'язування з білками плазми, %	60-73	65-70	18-40	33-50
Шлях виведення	Нирки (18%)	Нирки (50%), печінка (5%)	Нирки (29-33%)	Нирки (66-100%)
Біодоступність	25%	40-50%	50-80%, залежить від часу прийому їжі	52-68%, залежить від часу прийому їжі