

Результаты и обсуждение. В послеоперационном периоде ни у одного из пациентов не развилась клиника тромбоэмболии легочной артерии, у всех 4 больных, поступивших в отделение с клиникой ТЭЛА, достигнуто значительное улучшение состояния. Осложнений в раннем послеоперационном периоде не было.

Отдаленные результаты прослежены у всех пациентов на протяжении 1-6 месяцев. Эпизодов тромбоэмболии не было. Клиника хронической венозной недостаточности выявлена у 5 оперированных больных (35,7 %). Всем больным были рекомендованы прием варфарина в течение не менее 6 месяцев, регулярные курсы микроионизированного диосмина 2-3 раза в год, постоянное использование компрессионного трикотажа.

Заключение. Прямая тромбэктомия из общей бедренной и подколенной вены при их эмболоопасных венозных тромбозах является эффективной и безопасной методикой, позволяющей значительно снизить риск тромбоэмболии легочной артерии у этой категории пациентов.

**РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО
ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ
С ЭМБОЛООПАСНЫМИ ТРОМБОЗАМИ
ГЛУБОКИХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ**
А. П. ПОПОВ, О. В. БУЛДА, Р. В. ШНЮКОВ

Ключевые слова: эмболоопасный венозный тромбоз, тромбоэмболия легочной артерии, хирургическое лечение

Литература

1. Савельев, В.С. Флебология: руководство для врачей / В.С. Савельев, В.А. Гологорский, А.И. Кириенко. – М., 2001. – 664 с.
2. Cohen, A.T. Prophylaxis of venous thromboembolism in medical patients / A.T. Cohen, R. Alikhan // Curr. Opin. Pulm. Med. – 2001. – Vol.7 – P. 332-337.
3. Nordstrom, M. A prospective study of the incidence of deep-vein thrombosis within a defined urban population / M. Nordstrom, B. Lindblad, D. Bergqvist, T. Kjellstrom // J. Intern. Med. – 1992. – Vol.232. – P. 155-160.
4. Reekers, J. Mechanical thrombectomy and vena cava filters / J. Reekers // Cardiovasc. Intervent. Radiol. – 2000. – Vol.23. – P. 54-55.
5. Stein, P.D. Prevalence of acute pulmonary embolism among patients in a general hospital and at autopsy / P.D. Stein, J.W. Henry // Chest. – 1995. Vol.108. – P. 978-981.
6. Streiff, M.B. Vena caval filters: a comprehensive review / M.B. Streiff // Blood. – 2000. – Vol.95. – P.3669-3677.
7. White, R.H. The epidemiology of venous thromboembolism / R.H. White // Circulation. – 2003. Vol.107. – P. 14-18.

**RESULTS OF SURGICAL TREATMENT
OF THE PATIENTS
WITH DEEP VENOUS THROMBOSIS
OF LOWER EXTREMITIES**

POPOV A. P., BULDA O. V., SHNYUKOV R. V.

Key words: venous thrombosis, surgical treatment, pulmonary embolism

© Коллектив авторов, 2011
УДК 618. 14-018:615. 33

ОЦЕНКА КОНЦЕНТРАЦИИ АЗИТРОМИЦИНА В ТКАНИ МАТКИ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ИНФУЗИОННОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ФОРМЫ АНТИБИОТИКА

В. А. Батурин, Е. В. Дзанаева, В. В. Чеботарев
Ставропольская государственная медицинская академия

Результативность антибактериальной терапии в значительной мере определяется содержанием противомикробного средства в «органе – мишени». При этом принципиально важно, чтобы содержание антибиотика в тканях многократно превышало значения минимальных подавляющих концентраций для патогенных микроорганизмов [2]. В связи с этим при разработке

схемы дозирования антибактериальных средств принципиально важным является изучение фармакокинетики новых препаратов.

Цель исследования – оценка фармакокинетических показателей новой инъекционной формы азитромицина.

Материал и методы. Внутриклеточную концентрацию азитромицина определяли во фрагментах нормальной ткани матки, получаемых в ходе оперативного вмешательства по поводу фибромиомы матки у 39 женщин с воспалительными заболеваниями органов малого таза. Все пациентки были разделены на 2 группы. В первой (27 больных) азитромицин вводился парентерально (Сумамед® – инфузионная форма – «Плива», Хорватия) с целью переоперационной профилактики однократно 500 мг (продолжительность инфузии 1 час). При этом концентрация антибиотика в миометрии определялась у 20 больных через 26–30 часов после введения препарата. У 7 пациенток тканевое содержание азитромицина оценивали через 75–76 часов после проведения инфузии препарата.

Во второй группе (12 женщин) азитромицин вводился два раза в дозе 500 мг с интервалом между ин-

Батурин Владимир Александрович, доктор медицинских наук, профессор, проректор по научной и инновационной работе, заведующий кафедрой клинической фармакологии, бактериологии, аллергологии и иммунологии ИПДО Ставропольской государственной медицинской академии, тел.: (8652)352524; e-mail: v_baturin@mail.ru

Дзанаева Елена Викторовна, соискатель кафедры дерматовенерологии и косметологии Ставропольской государственной медицинской академии, врач-дерматовенеролог Ставропольского краевого клинического кожно-венерологического диспансера, тел.: 89620133474; e-mail: antonenko@mail.ru

Чеботарев Вячеслав Владимирович, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой дерматовенерологии и косметологии Ставропольской государственной медицинской академии, тел.: 89624475355; e-mail: sgmakvd@mail.ru

фузиями 24 часа. Тканевой уровень антибиотика оценивали через 26-30 часов после окончания последнего внутривенного введения.

Внутриклеточную концентрацию азитромицина определяли микробиологическим методом [2] в модификации, разработанной в отделении клинической фармакологии антибиотиков Центра клинической фармакологии и фармакотерапии (Ставрополь).

Результаты и обсуждение. У больных женщин первой группы через сутки после инфузионного введения азитромицина в дозе 500 мг внутриклеточная концентрация антибиотика в ткани матки в среднем составляла $1,63 \pm 0,12$ мкг/г. При этом минимальное содержание азитромицина было 0,45 мкг/г, максимальное – 2,5 мкг/г. Определение тканевого содержания антибиотика через 75-76 часов после завершения парентерального введения показало сохранение достаточно высокого уровня азитромицина – $1,22 \pm 0,17$ мкг/г. Минимальная концентрация составляла 0,55 мкг/г, максимальная – 1,8 мкг/г.

Вторую группу составили 12 женщин, которым назначали 2 инфузии азитромицина по 500 мг один раз в сутки (суммарная доза 1000 мг), а затем на третьи сутки проводили оперативное вмешательство с забором ткани матки и определением внутриклеточной концентрации азитромицина. Средние значения концентрации азитромицина у пациенток второй группы составили $3,99 \pm 0,63$ мкг/г. Минимальное содержание антибиотика в ткани матки составило 1,7 мкг/г, максимальное – 7,5 мкг/г.

Важным прогностическим показателем клинической эффективности антибактериальных препаратов

является кратность превышения значений МПК (минимальная подавляющая концентрация) для конкретных микроорганизмов. Известно, что для *C. trachomatis* МПК составляет 0,125 мкг/мл [3]. Соответственно, минимальная концентрация азитромицина в ткани матки через сутки после введения 500 мг была 0,45 мкг/г, что превышало МПК для *C. trachomatis* в 3,6 раза. Однако подобная концентрация обнаружена всего у одной пациентки. Максимальная концентрация препарата была 2,5 мкг/г. Следовательно, содержание азитромицина в ткани матки превышало значения МПК в 20 раз. Средняя концентрация превышала МПК для *C. trachomatis* в 13,1 раза, что вполне достаточно для элиминации возбудителя. Даже на 4 сутки после однократного использования азитромицина в дозе 500 мг тканевая концентрация антибиотика превышала МПК для *C. trachomatis* в 9,8 раза, что позволяет обеспечить эрадикацию возбудителя [1].

Литература

1. Батыршина, С. В. Принципы и технологии терапии больных ИППП. Лечение больных урогенитальным хламидиозом / С. В. Батыршина, А. С. Симбирцев, Е. И. Юнусова. – СПб. : Борей-Арт, 2006. – 32 с.
2. Навашин, С. М. Рациональная антибиотикотерапия / С. М. Навашин, И. П. Фомина. – М. : Медицина, 1982. – 496 с.
3. Foulds, G. Selection of dose regimens of azithromycin / G. Foulds, R. Johnson // J. Antimicrob Chemother. – 1993. – Vol. 31, (Suppl E): 39050.

ОЦЕНКА КОНЦЕНТРАЦИИ АЗИТРОМИЦИНА В ТКАНИ МАТКИ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ИНФУЗИОННОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ФОРМЫ АНТИБИОТИКА

В. А. БАТУРИН, Е. В. ДЗАНАЕВА,
В. В. ЧЕБОТАРЕВ

Ключевые слова: азитромицин, тканевая концентрация

EVALUATION OF AZITHROMYCIN CONCENTRATION IN UTERUS TISSUE AFTER ITS INTRAVENOUS INFUSION

BATURIN V. A., DZANAIEVA E. V.,
TCHEBOTARYOV V. V.

Key words: azithromycin, tissue concentration

© Коллектив авторов, 2011
УДК 616.988.55:612.017.1:616-053.2/.5

СОСТОЯНИЕ СПЕЦИФИЧЕСКОГО ИММУНИТЕТА У ДЕТЕЙ С ИНФЕКЦИЕЙ, ВЫЗВАННОЙ ВИРУСОМ ЭПШТЕЙНА-БАРР

М. С. Шалина¹, Л. Ю. Барычева¹, М. В. Голубева¹, О. В. Малецкая²

¹ Ставропольская государственная медицинская академия

² Ставропольский научно-исследовательский противочумный институт

Шалина Мария Сергеевна, заместитель главного врача по детству МАУЗ «Городская поликлиника № 3», Ставрополь, соискатель кафедры детских инфекционных болезней Ставропольской государственной медицинской академии, тел.: 89187418621; e-mail: sgp3-child@mail.ru

Барычева Людмила Юрьевна, доктор медицинских наук, профессор кафедры детских инфекционных болезней Ставропольской государственной медицинской академии, тел. (8652)563039, 89187405484

Голубева Марина Викторовна, доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой детских инфекционных болезней Ставропольской государственной медицинской академии, тел. (8652)264312

Малецкая Ольга Викторовна, доктор медицинских наук, профессор, заведующая лабораторией Ставропольского научно-исследовательского противочумного института тел. (8652)260384; e-mail: maletskaia_ov@rambler.ru

Эпштейн-Барр вирусная (ВЭБ) инфекция относится к заболеваниям иммунной системы, затрагивающим как адаптивный иммунитет, так и факторы естественной цитотоксичности [1, 2, 4, 5]. При затяжном характере иммунных нарушений формируются условия для перехода ВЭБ-инфекции в хроническую форму, а в дальнейшем – для развития хронических ВЭБ-ассоциированных заболеваний.

Цель исследования: изучить особенности специфического иммунного ответа у детей с ВЭБ-инфекцией в острый период заболевания и в динамике диспансерного наблюдения.

Материал и методы. Иммунологическое обследование выполнено у 35 детей с ВЭБ-инфекцией в возрасте от 7 до 15 лет в острый период инфекционного