

время, тромбопластиновое время, протромбиновый индекс, тромбиновое время, фибриноген А, фибриноген В, спонтанный фибринолиз, гематокрит, проводился этаноловый и протаминсульфатный тест.

Количество тромбоцитов, фибриноген А и В, были значительно ниже, чем у здоровых детей ($p < 0,005$), отражая уменьшенную синтетическую функцию печени. Тромбиновое время было выше у детей с атрезией желчных ходов.

Из этого следует, что врожденная патология печени влечет за собой расстройства гемостаза, включая уменьшенное производство факторов свертывающей системы крови, тромбоцитопению, дисфункцию тромбоцитов, и увеличение фибринолитической активности.

У этих детей высока вероятность развития ДВС синдрома из-за их слаборазвитой ретикулоэндотелиальной системы и их предрасположенности к развитию ацидоза, гипотермии, гипоксии, и шоку. Часто причиной смерти является кровотечение - результат внутрисосудистой коагуляции и уменьшенного синтеза факторов свертывающей системы крови печенью.

БЕТАКСАЛОЛ В ЛЕЧЕНИИ УМЕРЕННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Тарасов В.Ю.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра факультетской терапии

Научный руководитель – к.м.н., ассистент Г.М.Варнакова

В многочисленных рандомизированных исследованиях начала 90-х годов была доказана ведущая роль β -адреноблокаторов в лечении больных АГ. Международные экспертные организации (2003 г.) относят их к препаратам первой линии в связи со способностью снижать общую летальность на 31%, риск внезапной смерти на 41%, а также благодаря

протекторному действию в отношении частоты возникновения инсультов и инфарктов миокарда.

Идеальный β -адреноблокатор должен обладать высокой кардиоселективностью для уменьшения риска побочных эффектов, высокой биодоступностью, длительным периодом полувыведения, способностью снижать суточную вариабельность АД, хорошей переносимостью и улучшением качества жизни. Этим свойствам соответствует бетаксалол.

Нами было проведено клиническое исследование гипотензивного эффекта бетаксалола производства французской фирмы Sanofi-synthelabo – локрена у 10 больных умеренной АГ. Средний возраст обследованных составил $52,6 \pm 5,83$ лет, 8 женщин и 2 мужчин. Длительность заболевания – $11,5 \pm 4,5$ лет. В исследование не включали больных с проявлениями синдрома слабости синусового узла, с ЧСС < 55 ударов в мин., а также больных с признаками выраженной сердечной недостаточности. До начала приема локрена у пациентов определяли уровень глюкозы, холестерина, триглицеридов, β -липопротеидов, мочевины и ионограмму в крови, проводили эхокардиографическое исследование, оценивали показатели центральной гемодинамики. Для исследования отбирали больных с гиперкинетическим типом гемодинамики, не лечившихся ранее или принимавших гипотензивную терапию с недостаточным контролем АД. Локрен назначался в качестве монотерапии в суточной дозе 10 или 20 мг однократно через 3 дня после отмены других гипотензивных средств. Контроль уровня АД и ЧСС в соответствии с протоколом исследования осуществляли в 1, 7 и 28 день от начала лечения.

Систолическое АД (САД) до лечения составило $170,6 \pm 7,5$ мм рт. ст., диастолическое АД (ДАД) – $105,4 \pm 4,6$ мм рт. ст. Эффективность локрена считали хорошей в случае достижения целевого АД ниже 140/90 мм рт. ст.; удовлетворительной – при снижении АД на 10% и более по сравнению с исходным, и неудовлетворительной – при

снижении АД менее чем на 10%.

При анализе результатов установлено, что уже на 7-ой день приема препарата у 8 больных АД достигло целевого значения и сохранялось таким до конца исследования. У 2 пациентов на 7-ые сутки эффект был оценен как удовлетворительный, а после увеличения дозы локрена до 20 мг на 28-й день зафиксированы целевые цифры АД. У всех наблюдаемых больных отмечалось уменьшение ЧСС в процессе исследования. Переносимость локрена была хорошей. Случаев необходимости в отмене препарата не было. При возникновении выраженной брадикардии к лечению добавляли капли Зеленина.

Таким образом, монотерапия локреном в суточных дозах 10 и 20 мг у больных умеренной АГ с гиперкинетическим типом гемодинамики позволяет быстро получить достоверное гипотензивное действие, эффективно контролировать АД и хорошо переносится больными.

ИНТЕРНЕТ КАК ИСТОЧНИК ИНФОРМАЦИИ И ФАКТОР ФОРМИРОВАНИЯ КИБЕР-ЗАВИСИМОСТИ

Тариков А.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра гуманитарных наук

Научный руководитель – к.и.н., проф. Л.И.Лукьянова

Одним из основных элементов культуры современного человека выступают его знания и умения работы на компьютере, участие в Интернет проектах глобальной сети. Данные измерений Интернет-аудитории свидетельствуют о том, что на 2000 год компьютерные технологии на постсоветском пространстве освоили до 5 % взрослого городского населения, почти 10 % молодежи и около 15 % в подростковой среде имеют навыки их использования [1,с.3]. Число пользователей Интернет удваивается каждый год. Компьютер, таким образом, превращается в универсальное средство повседневной жизни и профессиональной деятельности.