ной системы, возвращается на свое место, прикрывая область резекции, и, фиксируется узловыми кетгутовыми швами.

Для предотвращения опущения почки и перегиба мочеточника, после полного выделения почки при ее резекции, выполняем нефропексию по разработанной нами оригинальной методике.

Таким образом, усовершенствованная нами методика резекции почки имеет ряд существенных преимуществ:

1. Достигается надежный гемостаз даже без кратковременного прерывания магистрального кровотока почки, что является профилактикой серьезных осложнений связанных с нормотермической ишемией почки.

2. Почка не травмируется сдавливанием между пальцами или пелотом, как при некоторых других методах гемостаза (малая травматичность оперативной методики).

3. Создаются хорошие условия для ревизии чашечно – лоханочной системы почки (ЧЛС), появляются хорошие возможности для более точного закрытия (ЧЛС), что уменьшает вероятность развития мочевой фистулы, инфекции и артериальной гипертензии.

4. Ткань почки удаляется рационально, не оставляется ишемическая ткань.

5. Нефропексия при помощи лоскута из рубцово - измененной паранефральной клетчатки является простым по исполнению, физиологичным, малотравматичным и достаточно эффективным.

После выполнения 29 резекций почки по вышеописанной методике, такие осложнения как вторичное кровотечение, отсроченная нефрэктомия, формирование мочевого свища не наблюдались. Летальных исходов не было. У одного пациента, через год после резекции нижнего сегмента почки наступил рецидив камня лоханки. Активная фаза хронического пиелонефрита в послеоперационном периоде имело место у трех пациентов. У них, в результате проведения антибактериальной терапии, достигнута ремиссия.

Заключение. Применение усовершенствованной методики резекции почки, позволило значительно повысить эффективность лечения больных мочекаменной болезнью с локализацией камня (ей) в почечной чашечке.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ФЕТАЛЬНО-АЛКОГОЛЬНОГО СИНДРОМА

Т.А. Хасянова

ДГКБ №13 им Филатова
Химки, Московская обл.,Россия

Фетально-алкогольный синдром (ФАС) не смотря на 30-летнюю историю изучения представляет актуальную проблему в педиатрии, так как в значительной степени нарушает психомоторное и физическое развитие детей. Впервые комплекс аномалий у детей, внутриутробно подвергшихся воздействию больших доз алкоголя, описал

Lemoine в 1968 г. во Франции. В США первыми ФАС как самостоятельную форму заболевания выделили Jones и Smith в 1973 г. Все описанные больные дети были рождены от матерей с хроническим алкоголизмом, продолжавших употреблять алкоголь во время беременности, и имели похожие нарушения : пре или постнатальную задержку роста, патологию ЦНС с нарушением психического развития, отличительный дизморфизм лица. В дальнейшем ФАС был описан многими исследователями (Streissguth A.l., Lansesker Ch., Collms E., Spohr M.), которые в своих работах кроме вышеописанных симптомов указывали на высокую частоту поведенческих нарушений у этих детей.

Распространенность ФАС по данным зарубежных авторов варьирует от 0.2 до 1.5-2,0 случаев на 1000 новорожденных в различных группах населения и в зависимости от региона проживания и социально-бытовых условий (Centers for Disease Control and Prevention in the U.S. Alaska, Arizona 1995-1997, United States, 1979-1993), что превышает частоту других врожденных синдромов, таких как синдрома Дауна или Spina Bifida. Среди групп населения с низкими доходами и наличием хронического алкоголизма у родителей распространенность ФАС значительно выше и составляет от 3-5 на 1000 новорожденных (0,3-0,5%) до 4 – 44% в зависимости от тяжести материнского алкоголизма и способов оценки. Нарушения фетально-алкогольного спектра встречаются с частотой 1 на 100. По данным отечественных авторов (Пальчик А.Б. и др. 2006) в России распространенность ФАС достигает 3,6 на 1000 новорожденных, а в специализированных домах ребенка доходит до 9,3% от общего числа воспитанников. Среди женщин страдающих хроническим алкоголизмом процент рождения ребенка с ФАС составляет более 4%, но отдельные его проявления встречаются чаще (приблизительно у каждого 2—3-го ребенка). У всех детей, подвергшихся воздействию алкоголя внутриутробно, в дальнейшем можно обнаружить множество негативных эффектов этого.

Для диагностики ФАС необходимо наличие трех компонентов синдрома: отставания в физическом развитии, специфического лицевого дизморфизма (сглаженный желобок, тонкая граница вермильона, укороченные глазные щели); и неврологических нарушений. Нарушение физического развития может выражаться в пре- или постнатальном дефиците роста и/или веса (в 10-ой процентили или ниже).

Аномалии ЦНС представлены: микроцефалией, нарушением развития структур мозга (может быть определено методами визуализации). При клиническом осмотре обращают на себя внимание нарушения в когнитивной, интеллектуальной, поведенческой сферах, задержка в психическом и двигательном развитии, дефицит внимания, гиперактивность. При анализе анам-

неза учитываются неврологические проблемы, не являющиеся последствием послеродовой травмы, или инфекции. В случаях, когда имеет место подтвержденное употребление матерью алкоголя во время беременности, но у ребенка не выявлено всех трех необходимых для постановки диагноза ФАС симптомов, правомерно употребление термина нарушения фетально-алкогольного спектра.

Целью настоящего исследования явилось изучение клинических особенностей ФАС и возможность повышения эффективности лечения включением в комплексную терапию антигомотоксических (Траумель С) и пептидных (НайФок) препаратов.

Использовались стандартные общеклинические, неврологические и клинико-биохимические исследования. Обследовано 56 детей с ФАС. Из них: девочек – 21 37,5%), мальчиков – 35 (62,5%) среднего возраста 7±0,4 мес. Длительность наблюдения - от 3 до 26 мес. Сопутствующая патология: недоношенность, ЗВУР, аномалии развития опорно-двигательной системы в том числе spina bifida, , множественные гемангиомы, ВПС с НК 0-2Ает, анемия, носительство HCV антител, МАРС, дисплазия т/б суставов. Показания к проведению комплексной терапии больных ФАС: торпидная динамика неврологических симптомов на фоне стандартного лечения; наличие сопутствующей патологии в виде снижения белково-синтезирующей функции печени (снижение уровня общего белка, альбумина, мочевины), токсическое поражение печени (транзиторное повышение уровня трансаминаз, билирубина); недостаточная прибавка в весе; внутриутробные инфекции в анамнезе.

Анализ имеющихся данных по больнице позволил выявить следующую частоту неврологических нарушений и аномалий ЦНС при ФАС. Выраженная ЗПМР 71%, умеренная ЗПМР 29%, синдром вегетативной дисфункции 27%, первичная микроцефалия 29%, вентрикулодилатация 11%. Аномалии внутренних органов, опорно-двигательной системы: врожденный порок сердца 52%, врожденный вывих тазобедренных суставов 18%, Spina bifida anterior 11%, множественные гемангиомы 6%, субклинический гипотиреоз 2%, агенезия наружного слухового хода 1%. Количество недоношенных детей (от 30 до 36 нед) составило более 60% в группе детей с ФАС. ФАС является наиболее распространенной причиной задержки психо-моторного развития, не связанной с генетическими аномалиями.

Заключение. После проведения пептидо-антигомотоксической терапии пациентов с ФАС активизация психо-моторного развития происходит в 56-77,0% случаев в зависимости от степени задержки развития и тяжести сопутствующей патологии, тогда как при общепринятой терапии эффективность не превышает 44,8%. Выявлено достоверное положительное влияние пеп-

тидных и антигомотоксических препаратов на психические и когнитивные функции пациентов, уменьшение проявлений синдрома возбуждения, агрессии и аутоагрессии. Отмечено увеличение прибавки массы тела у больных с I ст. гипотрофии на 48%, с II ст. – на 34%, улучшение аппетита. Клинико-биохимические исследования у пациентов с ФАС, получавших пептидную и антигомотоксическую терапию, показали достоверное повышение содержания общего белка и альбумина у 68-72% больных, нормализацию уровня триглицеридов у 22% больных.

Выводы. Пептидо-антигомотоксическая терапия оказывает: нормализующее действие на метаболизм, оптимизирует трофическое обеспечение тканей, оптимизирует процессы внутриклеточной и биохимической регенерации; приводит к регрессии неврологических симптомов, а именно стимулирует развитие психомоторных функций, нормализует мышечный тонус, уменьшает проявления возбуждения.

Педагогические науки

ЭЛЕКТРОННЫЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ РЕСУРСЫ НОВОГО ПОКОЛЕНИЯ В ПОДГОТОВКЕ МАГИСТРОВ ФИЗИКО-МАТЕМАТИЧЕСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Т.Г. Везиров

Дагестанский государственный педагогический университет Махачкала, Россия

В России идет становление новой системы образования, ориентированного на мировое поликультурное образовательное пространство. Этот процесс сопровождается существенными изменениями в педагогической теории и практике учебно-воспитательного процесса. В этих условиях учителю необходимо ориентироваться в широком спектре современных инновационных подходов к конструированию учебных материалов нового поколения. Подготовка новых видов учебных материалов, изменение их функций и способов использования в образовательной практике является одной из составляющих модернизации образования.

Необходимо хорошо зарекомендовавшие себя формы, методы и приемы обучения дополнять новыми, более эффективными в обучении дисциплин.

К таким мы относим и использование в учебном процессе информационных и коммуникационных технологий (ИКТ) и электронных образовательных ресурсов нового поколения (ЭОР НП). А значит, современный магистр должен обладать соответствующими компетентностями, а задача высшего педагогического образования – подготовить такого специалиста.

Создание новой учебной литературы должно идти путем интеграции трех составляющих: учебной информации, дидактических инноваций, новых информацион-