

страций, общение на заданные темы); игровая и практическая деятельность (дидактические, словесные, подвижные игры, настольно-печатные; рисование и др.). Таким образом, обеспечивается комплексное использование различных педагогических приемов.

Для каждого вида деятельности отведено свое место в циклограмме деятельности педагога, которая: помогает четко определить время и место для запланированной совместной игровой и практической деятельности; обеспечивает правильное чередование форм работы с детьми

по формированию временных представлений, цикличность, возможность повторения с постепенным усложнением.

Большинство ребят к моменту окончания детского сада свободно оперируют понятиями, умеют определять время по часам, регулировать темп работы и одновременно следить за временем, ценить его. Это очень радует и свидетельствует о том, что используемая система работы оказывает влияние не только на интеллектуальное развитие ребенка, но и его личностное становление.

**«Фундаментальные и прикладные исследования в медицине»,
Франция (Париж), 15-22 октября 2011 г.**

Медицинские науки

**О ТОПОГРАФИИ БРЫЖЕЕЧНОГО
ЛИМФАТИЧЕСКОГО СТВОЛА
У БЕЛОЙ КРЫСЫ**

Петренко В.М.

*Международный морфологический центр,
Санкт-Петербург, e-mail: depanatomy@hotmail.com*

В литературе брыжеечный кишечный ствол (БС) крысы описывают обычно как 1-2 лимфатических сосуда, которые отводят лимфу из краниальных брыжеечных лимфоузлов (КБЛУ) в цистерну грудного протока или в поясничный ствол (Job T., 1915; Higgins G., 1925; Иосифов И.М., 1944; Крылова Н.В., 1959; Рахимов Я.А., 1968). Я провел исследование на 20 белых крысах 1-2 мес. обоего пола, фиксированных 10% раствором формалина после инъекции синей массы Герота в стенку слепой кишки. Кроме того, были изготовлены 5 тотальных препаратов брыжейки без инъекции массы, но окрашенные гематоксилином.

В илеоцекальном углу, вокруг подвздошно-ободочной артерии (ПОА) определяется густое лимфатическое сплетение. В его состав входят периферические (4-5) и терминальные (2) центральные КБЛУ. Сплетение достигает ствола краниальной брыжеечной артерии (КБА) в области отхождения от нее ПОА. Здесь из сплетения выходит крупный лимфатический сосуд четковидной формы – БС. Он залегает между КБА (справа и краниально) и ПОА (слева и каудально), а затем между КБА (слева и каудально) и одноименной веной (справа). Эти сосуды направляются к поджелудочной железе (ПЖ) чаще под средним, кососагиттальным сегментом восходящей ободочной кишки, реже – слева от него на всем протяжении. Вена дорсальнее ПЖ отклоняется в краниальную сторону и, как главный корень, продолжается в воротную вену печени, а БС отклоняется или в краниальную сторону, где может соединяться с чревным лимфатическим стволом, или каудально и впадает в левый поясничный ствол,

а может самостоятельно впасть в основание цистерны грудного протока или заканчиваться в преаортальном лимфатическом сплетении разного строения. По ходу БС, в общем корне брыжеек тонкой и ободочной кишок, вентральнее и дорсальнее ПЖ, лежат центральные КБЛУ. На окрашенных тотальных препаратах также видно, что БС залегает между веной и артерией (это относится и к их непосредственным притокам и ветвям), хотя по ходу их взаимоотношения местами изменяются. БС может расщепляться в виде «островка», но никогда не прерывается КБЛУ. Из их ворот выходят кровеносные и лимфатические сосуды. Они дугообразно огибают КБЛУ, являющиеся для БС коллатеральными или вставочными, по определению Д.А. Жданова (1945). Он использовал термин «вставочные лимфоузлы» при описании топографии грудного протока человека и прилегающих к протоку лимфоузлов.

**ФАРМАКОЭКОНОМИКА ТЕРАПИИ
БОЛЬНЫХ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ
РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ**

Сосновская Е.В., Николаев Н.А.

*Ханты-Мансийский государственный медицинский институт, Ханты-Мансийск; Омская государственная медицинская академия, Омск,
e-mail: niknik.67@mail.ru*

Комплексный подход к оценке целесообразности применения медицинских технологий предполагает взаимосвязанную оценку последствий (результатов) и стоимости медицинских вмешательств. Для решения этих вопросов на базе медицинских учреждений г. Омска, г. Тюмени и г. Ханты-Мансийска, в 2008-2010 гг. выполнено ретроспективное стратифицированное, исследование 307 пациентов, больных ГЭРБ, ассоциированной с *h. pylori*, и получавших эрадикационную терапию (омепразол 40 мг/сут. + кларитромицин 1000 мг/сут + амоксициллин 2000 мг/сут, на протяжении 7 суток), с после-

дующим назначением омепразола 40 мг/сут в 2 приёма – по показаниям. Суррогатной конечной точкой по клиническим параметрам было определено отсутствие *h. pylori* при повторном ЭФГДС контроле. Суммарная стоимость препаратов составила 1046,5 руб., стоимость 1 дня продолжения терапии омепразолом – 12,2 руб./сут.

«Экономическое бремя» стоимости болезни при ГЭРБ у больных при амбулаторно-поликлиническом лечении, оказалась значимо меньшим, чем при лечении, включавшем стационарный этап. Вместе с тем, такое заключение не является достаточным без учёта клинической эффективности терапии. Анализ СМА в сочетании с cost-effectiveness analysis показал, что результа-

ты лечения при сравнении различных этапов – тождественны, при этом эффективные затраты амбулаторно-поликлинического этапа оказываются многократно меньшими, по сравнению с включением в стандарт лечения стационарного этапа (у мужчин $\Delta\text{CEA } 3/1 = 4,43$; у женщин $\Delta\text{CEA } 4/2 = 3,83$). При анализе СЕА оказалось, что при учёте всех видов затрат амбулаторный метод ведения больных ГЭРБ является более выгодным, как у мужчин, так и у женщин.

Таким образом, лечение больных ГЭРБ, при равной эффективности по клиническому критерию, экономически более целесообразно в условиях амбулаторно-поликлинического наблюдения.