

МЕДИЦИНСКОЕ БЮДЖЕТИРОВАНИЕ ПРИ АМБУЛАТОРНОМ И СТАЦИОНАРНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРИТОМ

Сосновская Е.В, Николаев Н.А.

Ханты-Мансийский государственный медицинский институт, Ханты-Мансийск;

*Омская государственная медицинская академия,
Омск, e-mail: niknik.67@mail.ru*

Бюджетирование (budgeting) в здравоохранении это процесс планирования движения ресурсов, направленных на достижение конкретной цели (результат лечения) на заданный будущий период. Прикладным вопросом бюджетирования является оптимизация стоимости лечения при надлежащем качестве. Для решения этих вопросов в ретроспективное стратифицированное исследование было включено 307 больных ХГ с эрадикацией в условиях стационара и амбулаторно. Суммарная стоимость препаратов, в пересчете на стандартный курс, составила 1046,5 руб., стоимость 1 дня продолжения терапии омепразолом – 12,2 руб./сутки. «Экономическое время» стоимости болезни при ХАХГ у больных при ам-

булаторно-поликлиническом лечении, оказалась значительно меньшим, чем при лечении, включавшем стационарный этап.

Анализ СМА (за Ef был взят результат негативации h. pylori в биоптате при повторной ФЭГДС, выраженный в %, DC определен как стоимость болезни) показал, что результаты лечения при сравнении различных этапов – тождественны, при этом эффективные затраты амбулаторно-поликлинического этапа более чем в три раза оказываются трёхкратно меньшими, по сравнению с включением в стандарт лечения стационарного этапа ($\Delta\text{CEA } 3/1 = 3,46$; $\Delta\text{CEA } 4/2 = 3,38$). Это позволило выполнить cost-minimization analysis. СЕА оказалось, что при учёте всех видов затрат, амбулаторный метод ведения больных ХАХГ является более выгодным, как у мужчин, так и у женщин.

Таким образом, лечение больных ХАХГ, при равной эффективности амбулаторно-поликлинической и стационарной форм оказания медицинской помощи по клиническому критерию, с позиции бюджетирования наиболее целесообразно в условиях амбулаторно-поликлинического наблюдения.

«Актуальные проблемы образования», Греция (Лутраки), 2-9 октября 2011 г.

Педагогические науки

ШАГ ЗА ШАГОМ

Вундер И.П.

*МДОУ №40 «Снегурочка», Сургут,
e-mail: ds40@admsurgut.ru*

Освоение времени ребенком идет медленно и трудно. Этому есть свое объяснение: у времени отсутствуют наглядные формы; время характеризуется текучестью; оно необратимо; с ним нельзя совершать какие-либо действия; словесные обозначения времени условны и относительны. Опыт моей работы с детьми показывает, что сложности в процессе формирования временных представлений испытывают не только дети, но и педагоги, т.к. несмотря на обилие материала, не удается обеспечить систему. Поэтому мой профессиональный интерес определил цель моей работы: «Создание методического комплекса способов включения образовательных задач формирования временных представлений у дошкольников в познавательную и игровую деятельность». В нем представлены методы и способы включения получаемых знаний в игровую и практическую деятельность: перспективный план по работе над формированием временных представлений у дошкольников; комплект дидактических и развивающих материалов для использования в игровой и практической деятельности; словарные игры, закрепляющие знания временных по-

ятий; задания для самостоятельной деятельности с использованием календаря, часов Страны Времени; работа с родителями.

Для определения эффективности проводимой работы представлен диагностический комплекс, в котором отобраны апробированные критерии оценки результативности работы; определены способы уровневых показателей развития временных представлений у детей; разработаны формы регистрации и анализа получаемых результатов; отобраны способы диагностирования и ведения мониторинга.

В каждом возрастном периоде усилия направляются на решение определенных задач, которые в целом и составляют программу формирования временных представлений у детей. Этот фактор учен при планировании занятий по развитию элементарных математических представлений и ознакомлению с окружающим миром. На каждый месяц запланирована одна крупная тема. Она является главной, ведущей одного из занятий. В последующем идет ее расширение, углубление и закрепление. На это направлена вся деятельность вне занятий, которая отражена в перспективном плане. В нем отражена вся образовательная работа: познавательная деятельность (тематика занятий по РЭМП, ознакомлению с окружающим миром, бесед, наблюдений); художественно-речевая деятельность (чтение и заучивание литературных произведений, рассматривание картин и иллю-

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: deplanatomy@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-