

но расходы по которому организация несет уже в настоящем. К таким расходам можно отнести затраты на научно-исследовательские работы, производство опытных образцов товара с улучшенным качеством, затраты на испытания нового качества, оплата за изобретательство и рационализаторство, обеспечивающих изменение качественных характеристик и пр.

Модель учета затрат на качество не ограничивается модульной классификацией издержек. Она включает в себя структуру объектов учета, последовательность их учета, взаимосвязь с системой финансового учета. Это осуществляется в целях точного определения места возникновения проблемы (недостаточной квалификации работников, возникновение брака, перерасхода по статьям себестоимости и др.) и оперативного реагирования со стороны управленческого персонала на выявленную проблему (внутренний отказ).

Таким образом, учет затрат на качество предлагается рассматривать исходя из концепции управления затратами, контроля затрат и их расширения. Основное внимание в этой концепции обращено на четкое распределение и отнесение затрат по бизнес-процессам производства с последующей возможностью их оценки и оптимизации. В итоге учет затрат на качество

в разрезе предложенных трех модулей можно определить как унифицированную систему сбора и обработки информации о затратах на качество, возникающих на всех местах возникновения издержек, но сосредоточенного на одном объекте учета «Качество» с последующим распределением издержек по функциональным направлениям (модулям): управленческий аспект затрат, текущий аспект затрат, перспективный аспект затрат.

Список литературы

1. Гуру менеджмента качества и их концепции. Финансы и учет для руководителей. – URL: <http://www.classs.ru/standart/menejment1/guru.html>.
2. Исикава К. Японские методы управления качеством. – М.: Экономика, 1988.
3. Лабунцев Н.Т., Попова Т.Д. Учет и аудит затрат на улучшение качества продукции и услуг. – М.: Бухгалтерский учет, 2004. – 136 с.
4. Самогородская, М.И. Классификация затрат на качество: сравнительный анализ основных подходов / М.И. Самогородская // Организатор производства. – 2009. – № 4. – С. 56-62.
5. Фейгенбаум А. Контроль качества продукции. – М.: Экономика, 1986.
6. Харламова, Т.Н. Управление затратами на качество продукции: отечественный и зарубежный опыт: монография / Т.Н. Харламова, Б.И. Герасимов, Н.В. Злобина; под ред. Б.И. Герасимова. – Тамбов: Изд-во ТГТУ, 2006. – 108 с.
7. Центр управления финансами. Система качества. <http://www.center-yf.ru/data/Menedzheru/Sistema-kachestva.php>.

«Инновационные медицинские технологии»,

Россия (Москва, Российская академия наук (РАН), 25–27 февраля 2016 г.

Медицинские науки

СОВРЕМЕННЫЕ ТRENДЫ ИННОВАЦИЙ СРЕДСТВ РЕАНИМАЦИИ

Аллахвердиева А.И., Доника А.Д.

Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград, e-mail: addonika@yandex.ru

Перспективными направлениями для разработки средств реанимации является разработка средств, используемых на догоспитальном этапе, что, безусловно, связано с правилом «золотого часа». Согласно классическим представлениям комплекс реанимационных мероприятий осуществляется в три стадии и 9 этапов (по П. Сафару). На догоспитальном этапе применяется комплекс реанимационных мероприятий I стадии: ABC (Airway, Breathing, Circulation). Основные требования к средствам, применяемым на этой стадии: эффективность и достаточная простота использования. Такой опыт широко распространен за рубежом, где первую медицинскую помощь проводят парамедики и полицейские. Кроме того, для зарубежного опыта характерна тенденция интеграция методов II стадии СЛР: D (drug), E (ECG), F (fibrillation). Например, в аэропортах и крупных ж/д станциях размещены дефибрилляторы, воспользоваться которым может и не медик, прошедший специ-

альное обучение. В России вопрос размещения дефибрилляторов в местах скопления большого количества людей только обсуждается. Министр здравоохранения В.Скворцова, сама длительное время работавшая в реанимации, является одним из инициаторов этого предложения. Сложность состоит не столько в дороговизне аппарата (отечественные аналоги стоят на порядок ниже зарубежных), а в необходимости подготовки правового обеспечения такой процедуры. Именно отставание законодательной базы в России тормозит в ряде случаев развитие реанимационного пособия в объеме первой медицинской помощи. Поэтому основные разработки касаются II и III (G-gauging, H-human mentation) стадий СЛР. Например, система автоматической компрессии грудной клетки LUCAS предназначена для обеспечения непрерывной компрессии грудной клетки с постоянными частотой и глубиной продавливания грудины. Прибор может быть использован на всем протяжении СЛР, начиная с объема первой медицинской помощи. Основная цель использования – оборудование машин скорой помощи. Что касается перспективных мировых трендов, наиболее интересной представляется технология обогащения крови кислородом, предложенная в Израиле, которая

позволит отказаться от проведения сложных манипуляций, необходимых для восстановления дыхательной функции. Суть метода заключается в том, что больному производится внутривенная инъекция специального заменителя кислорода. Данный метод позволяет обеспечить больному до получаса жизни.

ПРИМЕНЕНИЕ ОЗОНОТЕРАПИИ ПРИ ГОНАРТРОЗАХ

Олейников А.А., Шумахер Г.И.

*Алтайский государственный медицинский университет, Сибирский медицинский вертеброневрологический центр Добромед, Барнаул,
e-mail: aaoleynic@mail.ru*

Для лечения больных с гонартрозами на протяжении нескольких лет успешно применяем озонотерапию. С учетом поставленных задач применялось введение озono-кислородной смеси парентерально в ткани (с послойным введением: подкожно, сухожилия, внутримышечно) – мягкие ткани вокруг коленного сустава (передняя и задняя поверхности).

Озono-кислородная смесь готовилась на медицинской озонотерапевтической установке «УОТА-60-01» (Медозон, РФ). На 1 сеанс использовалось до 20 мл смеси, которая вводилась на глубину 1–3 см. Концентрация озона 5 мг/л. Лечение проводилось ежедневно в течение 7–10 дней. После введения озона осуществлялся легкий релаксирующий массаж на область сустава – 3–5 минут (для равномерного распределения газа).

Наши исследования касаются исследованию 328 больных гонартрозами (в возрасте от 49 до 68 лет), получавших комплексную озонотерапию. Субъективно результаты лечения (характер и интенсивность болей) оценивали по 3-балльной шкале, а также по определению ограниченный движения в суставе (за счет болей, за счет костных изменений). Болезненность в суставах (при пальпации и при движении). Из объективных инструментальных диагностических методов применяли рентгенографию коленных суставов и ультразвуковое исследование коленных суставов. Эффективность лечения оценивали по трем уровням: значительное улучшение, умеренное улучшение, без улучшения. Результаты лечения. Ранние результаты. У всех больных были отмечены положительные результаты. Из них у 249 больных (75,9%) улучшение, подтвержденное инструментальными методами исследования (прежде всего, уменьшение или исчезновение признаков бурсита, синовита, выпота в верхнем переднем завороте). Увеличился объем движений, уменьшилась болезненность в суставе. Данные лабораторных исследований существенно не изменились при проведении лечения. При исследовании некоторых больных через 11-14 месяцев (86 человек) – у 62 больных (72%) сохранился положительный эффект.

Таким образом, применение озонотерапии позволяет добиться стойкого положительного эффекта в лечении гонартрозов в условиях самотерапии.

ПРИМЕНЕНИЕ ЭЛЕКТРОПУНКТУРЫ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОСТЕОХОНДРОЗОМ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА С ВЕРТЕБРАЛЬНЫМ СИНДРОМОМ

Олейников А.А., Шумахер Г.И.,
Олейников М.А.

*Алтайский государственный медицинский университет, Сибирский медицинский вертеброневрологический центр Добромед, Барнаул,
e-mail: aaoleynic@mail.ru*

Нами была поставлена цель – разработать метод лечения больных остеохондрозом поясничного отдела позвоночника (ОПОП) с вертебральным синдромом в период ремиссии с применением метода электропунктуры. Для реализации этой цели нами было обследовано 275 больных с корешковыми синдромами ОПОП. Большинство из них страдали данным заболеванием 3-4 года. Компрессия корешка L₅ выявлялась у 42 больных, корешка S₁ – у 44 больных.

Для устранения мышечного спазма и улучшения периферической гемодинамики мы использовали электротепловибропунктуру на аппарате «РЭФИ» с воздействием на корпоральные биологически активные точки. При работе в режиме электропунктуры применяли ток силой 200-300 мкА на одну акупунктурную точку, время воздействия составляло 5-10 минут. После этого аппарат переключали на термомассаж, который осуществляли по тем же акупунктурным точкам при температуре 40°, частота вибраций была постоянной 25 Гц, сила регулируется по ощущениям больного, время 5 минут. Такой порядок работы позволяет улучшить кровоснабжение в периферических сосудах, снять спазм в них, уменьшить болевой синдром, нормализовать деятельность различных отделов вегетативной нервной системы (Тихонов А.Я., 1984, Ткаченко В.Н., Султанов Г.Ф., 1986). Применялись акупунктурные точки, расположенные в области сегментов L₁-S₁, на сеанс используются точки с 2-х сторон. Лечение проводилось через 1 день, число сеансов составляло 7-10 процедур.

Все больные были разделены на 2 группы. Первую группу составили 86 больных, получавших обычное лечение, во вторую группу вошли 189 больных, в комплекс лечения которых была включена электропунктура. Выявленность клинических проявлений и средний возраст больных в группах был сопоставим.

До лечения у больных первой и второй подгрупп показатель явлений дискомфорта (ПЯД) составлял 1,4 балла, коэффициент вертебрального синдрома (КВС) – 6,1 относительных единиц, что соответствует легкой степени выраженности вертебрального синдрома. Однако у них