

В ряде источников понятия «дефект оказания медицинских услуг», «врачебная ошибка», «неблагоприятный исход» истолковываются следующим образом.

Дефект оказания мед услуг охватывает все случаи, когда имеет место неграмотное действие врача или иного сотрудника мед. учреждения, некачественное оказание медицинской помощи, которое привело либо не привело к ухудшению здоровья пациента, но может повлечь подобные последствия в результате нарушения порядка лечебно-диагностического процесса. Иногда «дефект» и «ошибка» в ряде зарубежных источников употребляются просто как синонимы.

Если сравнивать понятие «ошибки» и понятие «неблагоприятного исхода», то, во-первых, ошибка это, прежде всего, недостижение поставленной цели, неудачное завершение спланированных мероприятий по оказанию помощи больному (т.е. неверное исполнение, проведение грамотно спланированных процедур) – «Failure of a planned action to be completed as intended (i.e., error of execution)», либо неверное планирование мероприятий, направленных на излечение больного (the use of a wrong plan to achieve an aim (i.e. error of planning) [2; 4; 8; 9]. Неблагоприятный же исход определяется как вред, причиняемый пациенту вследствие врачебных действий.

Во-вторых, встречается понятие «предотвратимого неблагоприятного исхода» (preventable adverse event), которое понимается как неблагоприятный исход (то есть вред, имеющий место в результате врачебной ошибки) [3; 6; 10; 14; 15].

Надо полагать, что просто неблагоприятный исход может быть не только в результате ошибки, но и в результате атипичного протекания заболевания, что невозможно предугадать, а стало быть, ошибкой считаться не будет. Такого мнения придерживается ряд авторов [4; 9; 10; 14].

Список литературы

1. Chang A., Schyve P.M., Croteau R.J., O'leary D.S., Loeb J.M. The JCAHO patient safety event taxonomy: a standardized terminology and classification schema for near misses and adverse events // *Int J Qual Health Care.* – 2005. – №17. – P. 95–105.
2. Dhillon B.S. Human error in medication. In: *Human Reliability and Error in Medical System.* – New Jersey: World Scientific, 2003. – P. 89–104.
3. Dhillon B.S. *Human Reliability and Error in Medical System.* – New Jersey: World Scientific, 2003.
4. Eisenberg J.M., Meyer G., Foster N. Medical errors and patient safety: a growing research priority. – *Health Serv Res*, 2000.
5. Fisseni G., Pentzek M. and Abholz H.-H.. Responding to serious medical error in general practice—consequences for the GPs involved: analysis of 75 cases from Germany // *Family Practice.* – 2008. – №25. – P. 9–13.
6. How to investigate and analyse clinical incidents: Clinical Risk Unit and Association of Litigation and Risk Management protocol // *BMJ.* – 2000. – №320. – P. 777.
7. Landrigan C.P., Rothschild J.M., Cronin J.W. et al. Effect of reducing interns' work hours on serious medical errors in intensive care units // *N Engl J Med.* – 2004. – №351(18). – P. 1838–1848.
8. Lanska D.J. Length of stay for patients admitted with stroke in the United States: Professional Activity Study, 1963–1991 // *JNeurol Sci.* – 1994. – №127. – P. 214–220.
9. Lisby M., Nielsen L.P., Mainz J. Errors in the medication process: frequency, type, and potential // *Int J Qual Health Care.* – 2005. – №17 (1). – P. 15–22.
10. Merry A., Smith A.M. *Errors, Medicine and the Law.* – New York: Cambridge University Press, 2001.
11. Meyer G., Foster N., Christrup S., Eigensberg J. Setting a research agenda for medical errors and patient safety. – *Health Serv Res*, 2001.
12. Pradhan M., Edmonds M., Runciman W.B. Quality in healthcare: process // *Best Pract Res Clin Anaesthesiol.* – 2001. – №15 (4). – P. 555–571.
13. Reason J. Human errors: models and management // *Br Med J.* – 2000. – №320. – P. 768–770.
14. Rosenthal M.M., Sutcliffe K.M., eds. *Medical Error. What Do We Know? What Do We Do?* – San Francisco: Jossey-Bass, 2002.
15. Russel A. *On the Law of Arbitration.* – Cambridge, 2007.
16. Weingart S.N., Wilson R.M., Gibbert R.W., Harrison B. Epidemiology of medical error // *Br Med J.* – 2000. – №320. – P. 774–777.

ВЛИЯНИЕ ДЛИТЕЛЬНОСТИ КУРЕНИЯ НА СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС ПАЦИЕНТА

Солдатова Ю.О., Зубаирова Г.Ш.,
Булгакова А.И.

ГОУ ВПО «Башкирский государственный
медицинский университет Минздрава
России», Уфа, e-mail: ConfessorLexi@yandex.ru

Одним из приоритетных направлений развития современного государства является оздоровление нации. В России 80% людей не занимаются физической культурой и спортом, 65% регулярно употребляют крепкие спиртные напитки или курят, 60% проходят медобследование только в случае болезни [1]. Существует множество различных факторов, негативно сказывающихся на здоровье населения, одним из которых является табакокурение [2]. Общемировые масштабы курения стали причиной того, что Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) говорит о ней как об эпидемии и, начиная с 1950-х годов, проводит активную работу по профилактике курения сигарет. В России табакокурение охватывает более 50 млн. человек. В 2009 году по инициативе ВОЗ был проведен глобальный опрос среди взрослого населения РФ о потреблении табака 39,1% (43,9 миллиона) оказались активными курильщиками [3]. Еще в прошлом веке было установлено неблагоприятное воздействие табака на состояние зубочелюстной системы. Курение оказывает негативное влияние на состояние органов полости рта, вызывая окрашивание зубов, зубных реставраций, протезов, приводит к развитию таких заболеваний как лейкоплакия Таппейнера, меланоза курильщиков и т.д. [6, 7]. Влияние курения на состояние стоматологического здоровья, особенно на состояние пародонта, изучалось учеными разных стран в течении многих лет. Исследования проведенные в последние 20 лет, доказали

влияние курения на парадонтологический статус пациентов [4, 5]. Все эти данные и исследования еще раз доказывают актуальность исследования влияния длительности и объема курения на стоматологическое состояние.

Цель исследования. Оценить влияние длительности курения на стоматологический статус пациентов.

Материалы и методы исследования. Объемками исследования явились 50 курящих пациентов. Среди них 20 женщин (40%) и 30 мужчин (60%) в возрастных группах от 18 до 60 лет. Исследование стоматологического статуса у пациентов проводилось методами клинического осмотра, опроса и проведения специализированных индексов, индекс КПУ, индекс Грин – Вермиллиона, индекс Рассела (Пародонтальный индекс) и РМА индекс.

Результаты исследования и их обсуждения. По результатам наших исследований число курящих среди женщин преобладает в возрастной категории от 19 до 29 лет – 14 человек (28%), а среди мужчин максимальное число курящих выявлено в нескольких возрастных группах: 18-29 лет – 9 человек (18%), 30-40 лет – 9 человек (18%) и 51 год и старше – тоже 9 человек (18%). По стажу курения наибольшее количество пациентов курит в среднем от 6 до 14 лет – 26 человек (52%), среди них женщины курит в пределах 6-14 лет – 10 человек (20%), мужчин – 16 человек (32%), так же со стажем курения более 25 лет – 5 пациентов (10%).

После проведенного обследования были выявлены средние показатели интенсивности кариеса зубов, степень заболеваний пародонта, состояние слизистой полости рта и гигиены у пациентов в соответствии со стажем курения. Средние показатели стоматологического состояния обследуемых пациентов ухудшаются с увеличением стажа курения. Если при стаже до 5 лет гигиена полости рта в среднем удовлетворительная, то у людей, курящих более 15 лет показатели заметно ухудшаются. Также наблюдается и по другим критериям. Длительность курения резко негативно сказывается на состоянии и слизистой оболочки, что видно из показателей индекса РМА, который с увеличением стажа курения увеличивается с 27% (ограниченная распространенность воспаления) до 58% (выраженная распространенность воспаления). Оценка состояний тканей пародонта, также выявила прямую зависимость степени поражения от длительности воздействия табака. Средние показатели ПИ с 0,8 (легкая степень поражения пародонта) увеличиваются до 4,79 (тяжелая степень с выраженной деструкцией костной ткани.)

Выводы. После проведенного нами исследования можно сделать вывод о непосредственной прямой зависимости длительности курения пациентов и их стоматологического здоровья. Чем больше стаж курения, тем более интенсивно

выражены процессы воспаления и деструкции в полости рта: увеличение РМА с 27 до 58%, и индекса Рассела с 0,8 до 4,79.

Список литературы

1. Путин В.В. Статьи. Январь-февраль 2012.
2. Смирнов В.К. Клиника и терапия табачной зависимости. – М., 2000. – 95 с.
3. Сахарова М.Г., Чучалин А.Г. Лечение табачной зависимости // Рус. мед. журн. – 2001. – Т.9, №5. – С. 168–171.
4. Johnson G.K., Slach N.A. Impact of tobacco use on periodontal status // J Dent Educ. – 2001. – Vol. 65. – P. 313–321.
5. Kinane D.F., Chestnutt I.G. Smoking and periodontal diseases // Crit Rev Oral Biol Med. – 2000. – Vol. 11. – P. 356–365.
6. Reibel J. Tobacco and oral diseases // Med Princ Pract. – 2003. – Vol. 12, Suppl 1. – P. 22–32.
7. Rowland R.W. Necrotizing ulcerative gingivitis // Ann Perio. – 1999. – Vol. 4. – P. 65–73

НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ДИАБЕТИЧЕСКИЙ АНГИОПАТИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Солун М.Н., Дихт Н.И.

Саратовский государственный медицинский университет, Саратов, e-mail: koznova@rambler.ru

Для **сахарного диабета (СД)** характерно генерализованное поражение сосудистого русла, так называемый **поздний диабетический синдром**, выраженность и темп прогрессирования которого определяют продолжительность и качество жизни больных. Диабетические ангиопатии нижних конечностей (ДАНК) – весьма важная составляющая позднего диабетического синдрома.

Цель настоящего исследования – изучение эффективности немедикаментозных способов лечения ДАНК: иглорефлексотерапии (ИРТ), чрескожного (ЧЛОК) и внутривенного (ВЛОК) лазерного облучения крови, сеансов гипербарической оксигенации (ГБО), влияния бегущего переменного магнитного поля (БПМП).

Из средств медикаментозной терапии использованы ангиопротекторы в сочетании с антиоксидантами (группа сравнения). Фоновая терапия для всех: соблюдение физиологической диеты, применение инсулина.

Продолжительность каждого курса составляла 10 дней. Разные виды лечения применены в общей сложности у 250 больных с СД I типа тяжелой формы; количество мужчин и женщин было практически одинаково.

Результаты: лучшие результаты (хороший клинический эффект в 72,3% наблюдений, удовлетворительный – в 19,3%) получены при использовании ИРТ. Эффективен и метод лазеротерапии, особенно чрескожный. Метод ГБО оказывает спазмолитическое действие, что проявляется наиболее отчетливо у пациентов с исходно повышенным тонусом сосудов нижних конечностей. Что же касается лиц с пониженным тонусом сосудов, то именно у них мы нередко получали отрицательный результат. При использовании БПМП, обладающего