
ОЦЕНКА КАЧЕСТВА РОДИЛЬНОГО УХОДА В УСЛОВИЯХ БОЛЬНИЦЫ

Радева Светлана

*Доктор управления общественным здравоохранением
Катедра по социальной медицине и организации
здравоохранения, Медицинский университет Варна
СБАГАЛ "Проф д-р. Стаматов" ЕООД
Варна-Главная акушерка*

EVALUATION OF THE QUALITY OF MATERNITY CARE IN A HOSPITAL SETTING**Radeva Svetlana**

*Doctor of Public Health Management
Department of Social Medicine and Healthcare
Organization, Medical University of Varna
Specialized hospital of obstetrics and gynecology for active
treatment „D-r D. Stamatov”, Varna – Chef midwife*

АННОТАЦИЯ

Качество акушерского ухода является серьезной проблемой в болгарском здравоохранении, особенно в последние годы (период пандемии, в период динамического развития медицинской науки и практики, при изменении ее нормативной или отсутствующей). Растущая и неудовлетворенность граждан полученными медицинскими акушерскими работами с одной стороны, а с другой-глубокое разочарование практикующих врачей и специалистов в области здравоохранения, постоянное напряжение в системе, потеря доверия, ограниченные возможности карьерного и профессионального развития и достойная оплата. Усилия по обеспечению качественной и безопасной акушерской помощи беременным и родильным детям, а также обеспечению благоприятной рабочей среды медицинских работников акушерских и смежных профессий являются динамичным и постоянно меняющимся процессом, который требует сотрудничества и приверженности всех заинтересованных групп: государственного управления, политики приоритета для здоровья матери и ребенка, институциональной приверженности, сословных организаций, организаций пациентов и университетов.

Цель настоящей работы - провести анализ и оценку акушерской помощи в больничных структурах и разработать руководящие принципы для повышения их качества и эффективности. Предметом исследования являются акушерский уход и их управление в 16 больницах. Исследование основано на использовании прямого индивидуального опроса и охватывает 389 медицинских специалистов. Были изучены признаки, связанные с организацией работы в палате, ролью и местом работы врача и акушерки в процессе лечения. Анализ данных опроса был направлен на характеристику акушерской помощи в условиях стационара и повышение качества медицинской помощи.

SUMMARY

The quality of obstetric care is a serious problem in the Bulgarian health care, especially in recent years (during the pandemic, during the dynamic development of medical science and practice, when the regulatory norm changes or is absent). The growing dissatisfaction of citizens with the received medical midwifery work on the one hand, and on the other-the deep disappointment of practicing doctors and health professionals, constant tension in the system, loss of trust, limited opportunities for career and professional development and decent pay. Efforts to provide quality and safe obstetric care for pregnant and childbearing children, as well as to provide a supportive working environment for midwifery and related health professionals, are a dynamic and ever-changing process that requires the cooperation and commitment of all stakeholders: public administration, maternal and child health priority policies, institutional commitment, caste organizations, patient organizations, and universities.

The purpose of this work is to analyze and evaluate obstetric care in hospital structures and to develop guidelines to improve their quality and effectiveness. The subject of the study is obstetric care and its management in 16 hospitals. The study is based on the use of a direct individual survey and covers 389 medical professionals. Signs related to the organization of work in the ward, the role and place of work of the doctor and midwife in the treatment process were studied. The analysis of the survey data was aimed at characterizing obstetric care in a hospital setting and improving the quality of medical care.

Ключевые слова: акушерский уход, качество, оценка, управление, методическая модель.

Key words: obstetric care, quality, evaluation, management, methodological model.

Вывод:

Сегодня все более актуальной является проблема качества медицинской помощи в различных направлениях, не только как рефлексия от направленности политики в области здравоохранения, и, в частности, акушерский уход

за беременными, родившими и новорожденными, но и из-за совокупного влияния ряда факторов:

- постоянно меняющаяся внешняя среда для медицинских учреждений (анализ песто; глобальное здоровье - пандемия COVID 19; движение товаров, людей и услуг) [12];

- интенсивное развитие медицинской науки, практики и технологий [18,19];
- появление рыночных механизмов и растущая конкуренция на рынке медицинских (акушерских) услуг;
- постоянно растущая „здоровье (не) грамотность” потребителей медицинских услуг и услуг, а также их ожидания для лучшего качества и адекватности в отношении удовлетворения их потребностей в области здравоохранения;
- обеспечение равенства и справедливости для всех потребностей акушерской помощи [2] (медицинской), независимо от их статуса медицинского страхования при использовании своих социальных прав.

Качество в здравоохранении следует рассматривать в контексте более широкой категории „качество”, относящейся к жизни людей, их труду и его результатам. В теории и практике существует разнообразие концепций, касающихся сущности этого понятия, в зависимости от различий подходов отдельных авторов. Общепринятые и навязанные концепции сущности качества относятся к: качество определяется как „степень превосходства”; согласно теории всеобщего качества: „Делает правильно то, что правильно”; согласно стандарту ISO 9000: 2000 определяется как качество „степень”, к которому совокупность присущих характеристик удовлетворяют требованиям”

Качество (в общем смысле) представляет собой „возможность совокупности присущих характеристик продукта, системы или процесса для удовлетворения требований пользователей и других заинтересованных сторон”. Качество управляется, это искомое состояние руководством [11], потребителями, в условиях риска (запланированный или появившийся в процессе оказания акушерской помощи), подлежит оценке (внешний или внутренний), которая направляет структуру исцеления в правильном направлении [4]. Учитывая специфический характер акушерских услуг и ухода и многогранную совокупность характерной особенности больничного акушерского продукта (диагностические, лечебные, профилактические, реабилитационные мероприятия, вмешательства, процессы [9,10]), а также конкретную специфику среды, в которой реализуется акушерская помощь, каждое медицинское учреждение полагается на свои ресурсы для обеспечения качественной акушерской помощи в высоко конкурентной среде [3,17].

Общепризнанная концепция Донабедиана заключается в том, что качество медицинской помощи определяется как степень достижения наибольшей пользы для здоровья человека без увеличения риска для здоровья, при оптимальном балансе между „выгодой и риском” [16]. Он рассматривает качество медицинской услуги с точки зрения 3 компонентов: структура, процесс, результат.

Политика качества медицинской помощи (Quality of care development, QCD),

предоставленная Европейской Ассоциацией медицинских ассоциаций в 1993 году . представляет собой моральное и этическое обязательство специалистов в области здравоохранения, направленное на улучшение медицинской помощи и услуг, оказываемых пациентам. Уровень качества определяется степенью, в которой ожидается, что оказанная медицинская помощь достигнет наиболее благоприятного баланса над рисками и пользой [1,13].

В Национальном рамочном договоре Республики Болгария [7] определение качества медицинской услуги полностью перекрывается с качеством Всемирной ассоциации здравоохранения: „качественное медицинское обслуживание-это тот, который предоставляет каждому пациенту достаточное количество видов диагностической и терапевтической деятельности, обеспечивающих наилучший результат в отношении здоровья в соответствии с текущим состоянием медицинской науки, по самой доступной цене за тот же результат, при минимальном ятрогенном риске и при достижении наибольшего удовлетворения в отношении процедур, результатов и благосостояния здоровья”.

Нормативная основа качества обусловлена установленными медицинскими стандартами [5] для конкретных медицинских специальностей, которые регулируют устройство, деятельность, обеспечение ресурсами и технологиями для осуществления медицинской деятельности (регламентированные требования к стандартизации, аккредитации и другие) [6,15]. Используются различные методы оценки качества: по стандартам; через медицинский аудит (внутренний и внешний) [8]; путем измерения удовлетворенности пользователей деятельностью в области здравоохранения, ухода и услуг [14].

Результаты и обсуждение

Исследование направлено на повышение качества медицинской помощи, путем внедрения рискованного мониторинга и контроля в акушерско-гинекологической практике в больничных структурах, способствующих организации и развитию внутренних систем качества и аудита персонала. Несмотря на то, что с 2018 года не существует установленного медицинского стандарта акушерства и гинекологии, другие нормативные документы определяют качество деятельности и процессов в медицинских учреждениях, предлагающих акушерскую помощь. Основными руководящими принципами исследования являются: выявление факторов риска и проблем на рабочем месте; мониторинг персонала; выведение сложной модели управления акушерской помощью.

Было проведено исследование среди 389 медицинских специалистов, работающих в больничных структурах в 6 городах. Распределение респондентов из медицинских учреждений по городам было показано на рис.1.

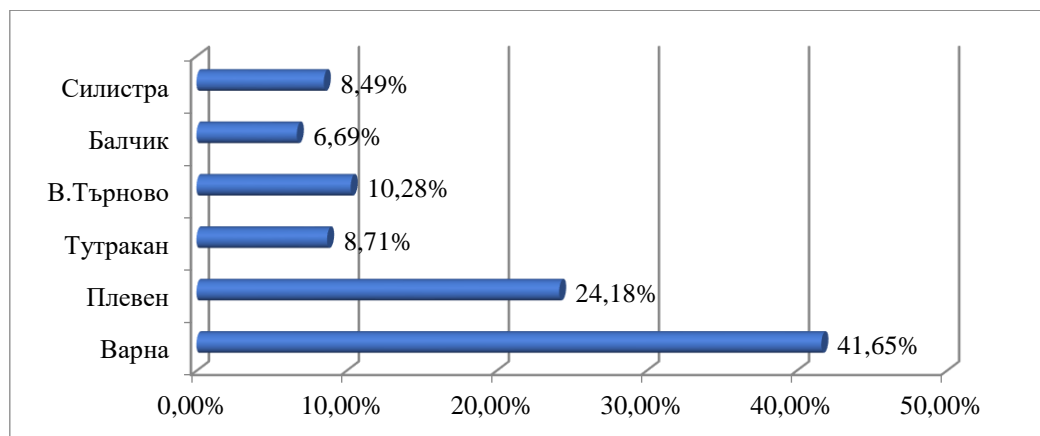


Рис. 1. Распределение респондентов по городам.

Вызванный необходимостью самосовершенствования, 267 респондентов поделились тем, что им нужны тренинги в своей работе (рис. 2). Обучение как средство повышения квалификации может быть нормативным требованием или возникшей необходимостью. Он направлен в соответствии с

потребностями структуры и обеспечивает деятельность. Обусловлено качеством знаний и навыков: квалификацией, определенной необходимостью обучения, внедрением вводного обучения на рабочем месте (спецификой медицинского труда), продолжающимся обучением.

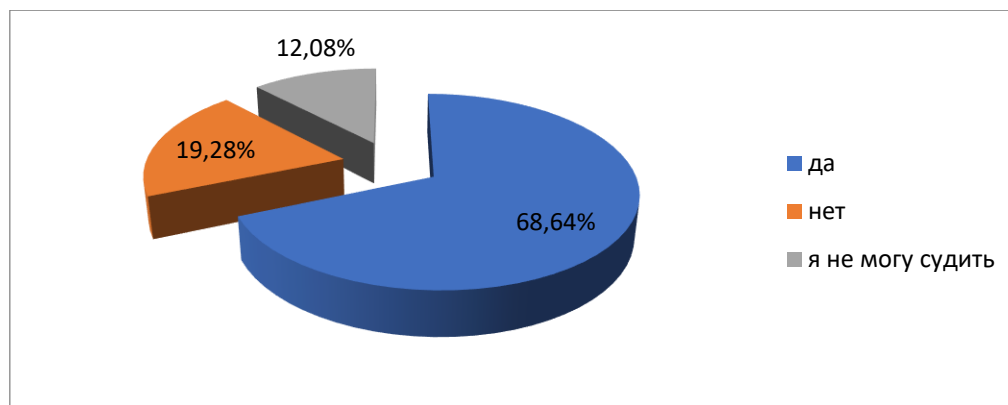


Рис. 2. Необходимость дополнительных тренингов.

В центре внимания необходимые учебные курсы ставят респондентов в отношении: методы современного русского литературного языка с команды при 38,15%, для специальных практических коллегий при 32,94%, курсы для улучшения связи при 18,5% и изучение иностранных языков при 10,41%. С такими курсами работающие медицинские специалисты в больничных структурах делают акцент на желании улучшить свои навыки и профессиональные качества. Продолжающееся обучение необходимо как для обновления квалификационного уровня, так и для включения в профессиональное сословие. Различные формы послевузовского обучения, которые представляют новинки и развитие различных сфер в области здравоохранения, помогают приобретать конкретные знания, имеющие значение для роста организации в целом. В процессе обучения можно уточнить цели, которые необходимо достичь. Каждая должность имеет определенную систему тренингов, которая должна соблюдаться и применяться для достижения хороших результатов и хорошей оплаты. Обучение на рабочем месте и за его

пределами позволяет каждому сотруднику развивать свой потенциал и потенциал структуры, в которой он работает.

Выявленные проблемы на рабочем месте относятся к:

- система оплаты труда-378 (97,17%) опрошенных определяют как ведущую проблему низкой оплаты труда и отсутствие механизмов ее повышения. Законодательно на отраслевом уровне устанавливаются пороги оплаты труда медицинских специалистов, которые не адекватны обязанностям и нагрузкам. Некоторые специальности имеют возможность реализации нескольких рабочих мест из - за определенной недостаточности конкретных специалистов;

- отсутствие коллективности (для 71,72%) респондентов);

- конфликты и напряженная обстановка-отношение, с которым сталкиваются медики на стороне внутренних и внешних факторов, микроклимат в отсеках, конфликтах и грубом отношении, негативно влияет и затрудняет их адаптацию к рабочей среде;

Определенные проблемы сопровождают выполнение повседневной деятельности и еще больше затрудняют выполнение их профессиональной деятельности (Табл. 1).

Табл. 1.

Проблемы на рабочем месте для работников больницы акушерки

№	Определенные проблемы	Количество опрошенных	Отн. раздел
1	Отсутствие обратной связи с руководством	102	26,22%
2	Смутно определенные обязательства	298	74,29%
3	Смутно поставленные задачи	214	55,01%
4	Отсутствие команды на работе	279	71,17%
5	Отсутствие системы оплаты	378	97,17%
6	Конфликтная и напряженная обстановка	312	80,21%
7	Другое	45	11,57%

Сумма процентов составляет более 100%, потому что респонденты давали более одного ответа.

Опрошенные высказывают мнение, что необходимо улучшить микроклимат на рабочем месте, создать возможность хорошей гигиены человеческих отношений, проведя раннее посредничество в возникших проблемах и конфликтах, что приведет к сплочению команд и повысит их удовлетворенность и мотивацию к работе. Отсутствие материально технических средств, аппаратуры и возможности работы в соответствии с компетенциями вызывает напряжение и углубляет условия, при которых происходит рабочий процесс. От них требуется и ожидается, что они будут постоянно самосовершенствоваться, так как в процессе работы выполняют разные роли. Эти обстоятельства закономерно приводят к нехватке медицинских работников в системе здравоохранения, особенно для практики в больничных условиях. Из этого наиболее благоприятствуемым является частный сектор из - за предлагаемых условий работы и оплаты.

Для обеспечения безопасной и благоприятной рабочей среды применяются правила хорошей медицинской практики (систематически разработанные мнения для оказания помощи

решениям медиков и пациентов в отношении медицинского обслуживания в конкретных обстоятельствах), которые способствуют правильному протеканию всех процессов, связанных с оказанием акушерской помощи, путем применения различных алгоритмов, протоколов, СОП, технических промахов и гадлов для хорошей практики. Это обеспечивает безопасную рабочую среду для медицинских работников (100%) и пользователей акушерских услуг. Разработка подробных информированных соглашений способствует правильному протеканию и пониманию процессов предоставления и необходимости больничных акушерских услуг (нормативно обусловленных).

Были проанализированы медико-статистические показатели для 2019 и 2020г обследованных медицинских учреждений (рис.3 и 4), которые сохраняют стабильные значения. Для сравнения больничных конкретных показателей использовались данные из их информационных наборов и базы данных НСИ. Различия в информации получены из различного портфеля медицинских учреждений.

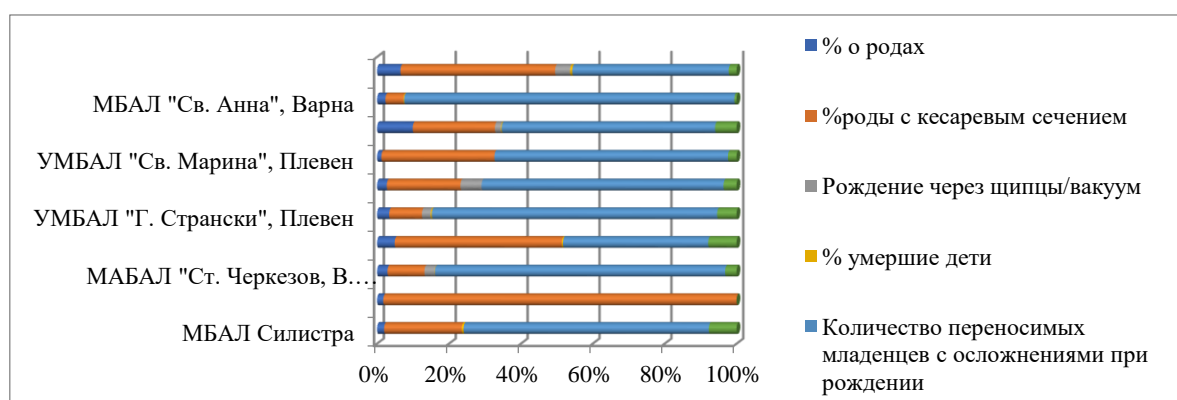


Рис.3. Медико-статистические показатели на 2019г

Независимо от характера лечебного учреждения, оно должно соответствовать указанным показателям в соответствии с нормативным положением и обеспечивать квалифицированную медицинскую помощь беременным, родильным и новорожденным (рис .3 и 4).

В последние годы наблюдается так называемый „цезаризм“ который является исключительным показателем риска, причем значение около 50% всех родов идентично частоте ЦС по всей стране. Вероятными причинами высокого процента кесаревых сечений являются: концентрация тяжелой патологии со стороны

матери и плода в этих медицинских учреждениях; повышенная резкая частота ART, с последующими многоплодными беременностями, а также осложнения в ходе родов (скрытая патология или

внезапно возникшие акушерские осложнения). У нас вагинальные роды после ЦС составляют лишь приблизительно 1 % - слишком низкий процент по сравнению с теми, что в мире.

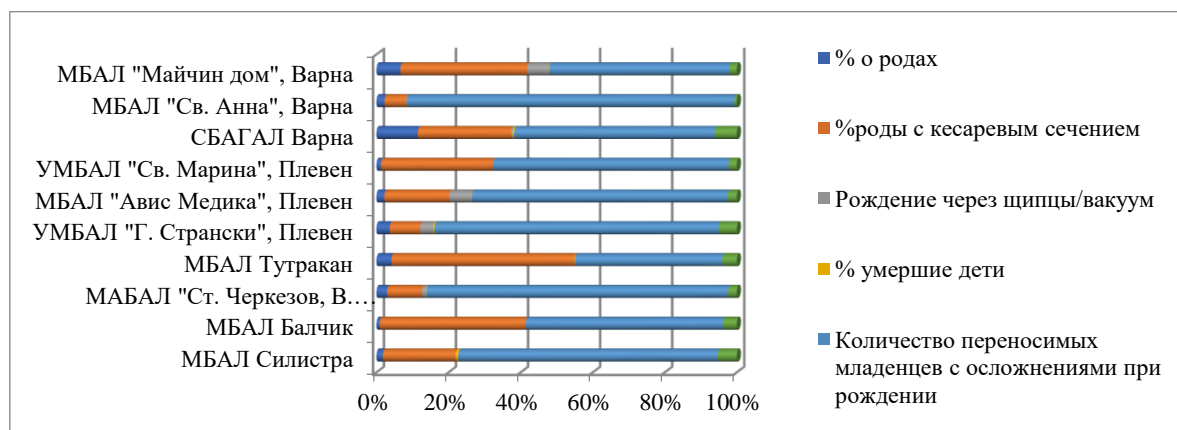


Рис. 4. Медико-статистические показатели 2020г

В соответствии с уровнем компетентности, обслуживаются пациентки с различными патологиями, сопровождающими беременность, роды и уход за новорожденными. Отмечаются случаи тяжелой заболеваемости-преэклампсия, сахарный диабет, девиация, плацентарная патология и их осложнения, которые соответственно приводят к конечному результату повышенного курса кесарева гистерэктомии.

Постоянно высокая тенденция к уходу за недоношенными новорожденными в некоторых медицинских учреждениях, имеющих специфическое оборудование и специалистов, примерно на 10% для страны (ЛЗ с третьим уровнем компетентности, но для ухода за новорожденными с низким и крайне низким весом-табл.2)

Табл. 2.

Обслуживаемая патология медицинскими учреждениями

Лечебно заведение	Относительная доля рождений (%)		% недоношенные дети		Уход за новорожденными под 1499гр.	
	2019	2020	2019	2020	2019	2020
МБАЛ Силистра	4,25	3,92	16,66	11,74	да	да
МБАЛ Балчик	0,69	0,85	0	3,57	не	не
МАБАЛ „Ст. Черкезов”, В. Търново	12,34	12,21	13,4	9,88	да	да
МБАЛ Тутракан	5,83	5,2	9,38	5,02	не	не
УМБАЛ „Г. Странски”, Плевен	12,52	13,28	20,07	17,99	да	да
МБАЛ „Авис Медика”, Плевен	8,32	7,68	11,07	8,58	да	не
УМБАЛ „Св. Марина”, Плевен	3,37	3,58	6,64	6,59	не	не
СБАГАЛ Варна	23,94	24,96	14,39	13,24	да	да
МБАЛ „Св. Анна”, Варна	17,83	15,87	4,81	5,01	не	да
МБАЛ „Майчин дом”, Варна	10,91	12,45	3,67	3,8	не	не

Важным аспектом оценки качества акушерской помощи является общение с пациентами. Построение хороших навыков общения между медицинскими специалистами и пациентами медицинского учреждения должно быть приоритетом в соответствии с 97,17%.

Отношения пациента и персонала коррелируют с уровнем ожидаемой и предлагаемой медицинской помощи, в больничных условиях, ведущими являются предпочтения пациента в отношении выбора медицинского учреждения и врача в рыночных условиях. Баланс является хрупким из-за

скудности части ресурсов (финансовых, /человека, /технологических).

Каждое медицинское учреждение строит свое видение акушерской помощи в соответствии с

организационными целями своих пользователей, требуя комплексного подхода к управлению ресурсами (рис.5).



Рис.5. Модель видения акушерской помощи в больничных структурах

Видение качественной акушерской помощи налагает корректирующее поведение организации в отношении предпочтений пациента и требует непрерывного анализа окружающей среды, в условиях неопределенности и динамики нормативного регулирования (проведение непрерывного плавного анализа).

Проведенный мониторинг работы руководителей здравоохранения выявляет сложную модель управления здравоохранением, включающую различные руководящие принципы рабочего процесса, имеющие отношение к осуществлению медицинского обслуживания и определению их качества. (рис.6). Современное развитие сектора здравоохранения и общества (отношения и ожидания) требует применения комплексной методической модели управления здравоохранением, которая повысит их качество и

эффективность, обеспечит их безопасность и эффективность.

Результаты исследования показывают, что большая часть основных и старших акушерок восхищает внедрение комплексной методической модели управления здравоохранением. Важным условием его успешного внедрения на практике является обеспечение качественного программного продукта, требующего постоянного повышения квалификации руководителей и специалистов в области здравоохранения для работы с единой информационной системой медицинских учреждений (способствует лучшей систематизации, сохранению и архивированию информационных массивов, техническому и кадровому обеспечению информационных процессов в сфере здравоохранения).



Рис.6. Комплексная модель управления здравоохранением

Важным для практики является управление временем, деятельностью, мотивацией, развитием посредством изменения не только в модели работы, но и в подходах, в деятельности, в стиле мышления руководителей здравоохранения на разных иерархических уровнях. Это означает развитие гибкой управленческой компетентности. Управление неразрывно связано с эффективностью. Требуется постоянный мониторинг соотношения „выгод” результатов” каждой деятельности в различных структурах и больнице, как макроэлемент.

Выводы: Управление качеством акушерской помощи включает в себя все виды деятельности, которые определяются как политика качества соответствующих больниц или структур, путем определения целей, обязанностей и их применения в процессах планирования, контроля, оценки и развития. Качество акушерской помощи чрезвычайно важно, поскольку оно определяет уровень системы здравоохранения и приоритеты политики в области здравоохранения страны, а его хорошее управление чаще всего положительно влияет на повышение качества предоставляемых региональных акушерских услуг. Развитие и поиск качества-это динамичный процесс, который обеспечивает и приносит пользу достижению результатов в области здравоохранения для реализации хорошей медицинской практики в любой лечебной акушерской структуре

Заключение

Путь к достижению более высокого качества акушерской помощи заключается в конкуренции и финансировании. Болгарское здравоохранение нуждается в новой структуре финансирования, без которой система здравоохранения не может ответить в будущем на повышенные требования общества медицинских услуг. Необходимо сосредоточить усилия на работе над инновациями и новыми моделями предоставления акушерской помощи и больничного обслуживания. Медицинские учреждения стремятся постоянно повышать качество медицинских технологий. Однако больницы и ее структуры критически зависят от количества, навыков, адаптации и мотивации людей, которые работают в них. Мотивация акушерских специалистов начинается уже в период их обучения и продолжается на протяжении всего их трудового пути, имеет значение для их продолжающегося развития. Видение управления больницей для развития здравоохранения и услуг является определяющим для обеспечения эффективного управления персоналом, а также повышения качества медицинской помощи для всех пациентов.

Ежедневное применение различных элементов зрения в акушерской практике требует хорошего знания среды (внешней и внутренней), знания организации, протекающих в ней процессов, в сочетании с инновационным и прагматичным мышлением, которые гарантируют конкурентное преимущество на рынке акушерских услуг. Менеджмент должен направлять свои усилия в

организации своих ресурсов (обеспечение оптимального количества персонала; оптимальная рабочая и безопасная больничная среда; развитие карьеры и возможность осуществлять профессиональные компетенции и многое другое), организация каналов связи, ориентированная на рынок политика в соответствии с нормативными требованиями и потребительским спросом.

Литература:

1. Васкес Абанто Х.Э., Васкес Абанто А.Э., Арельяно Васкес С.Б. Эволюция концепции качества медицинской помощи. Общие вопросы стандартизации, Проблемы стандартизации в здравоохранении, 2016;11(12):17-22.
2. Васкес Абанто Х.Э., Васкес Абанто А.Э., Арельяно Васкес С.Б. Современный менеджмент в здравоохранении. The Genesis of Genius. 2015;4(1):78—83. Доступно на: <http://elibrary.ru/item.asp?id=24350205>. Ссылка активна на: 10.08.2016
3. Грънчарова Г. Управление на здравните грижи. Плевен, Издателски център МУ Плевен, 2011.
4. Костов И. Подходи за оценка на качеството на медицинските услуги в акушеро-гинекологичната практика. Варна, МУ-Варна, 2017. 176 с.
5. МЗ – Медицински стандарти за дейности.
6. Наредба № 8 от 13 ноември 2019 г. за изискванията към лечебните заведения, които извършват обучение на студенти и специализанти, Обн. ДВ. бр.91 от 19, посл. изм. и доп. ДВ. бр.68 от 31 Юли 2020г.
7. Национален рамков договор за медицински дейности 2020-2022.
8. Петрова З, К. Чамов, С. Гладилков. Качество в здравеопазването – съвременни измерения и тенденции. София, 2008.
9. Петрова З, И. Костов, Е. Джеретто. Качество на медицинските услуги в акушеро-гинекологичната практика в България – данни от извършени проверки от изпълнителна агенция „Медицински одит”. Здравна политика и практика, 2018;10(4):21-33.
10. Петрова Е, М. Цанкова-Костова, З. Петрова, Б. Миразчийски. Възможности за риск-базирания мониторинг и контрол в акушеро-гинекологичната практика. Knowledge international journal, 2020;42(4):639-647.
11. Радева С. Управленска компетентност на ръководителите по здравни грижи в болничните акушерски структури. Здравна икономика и мениджмънт, 2020;брой 2(76):13-21;
12. Радева С. Управление на работната среда в медицинската организация в условията на риска. Център на научно сътрудничество „Интерактив плюс“, 2020;7(53):50-56;
13. Цанкова М, З. Петрова, Е. Джеретто. Управление на медицинския риск в АГ практика. Здравна политика и мениджмънт, 2018;2.
14. Чанева Г. Управленски подходи за ефективни здравни грижи. МУ София, 2015.

15. Чобаняева И, А. Димова. Управление на качеството в здравеопазването. Стено, Варна, 2004.

16. Donabedian A. A direct experience with the quality of Care. Interview (with Fitzhugh Mullan) to Avedis Donabedian. Quarterly newsletter of the NAADIPR/April/June. 2001; 8.

17. Radeva S. On-the-job training as a model for adapting to the working environment. Knowledge international journal, 2019; 31(5):1609-1614.

18. Radeva S. Development of human resources in medical institutions. Knowledge international journal, 2019; 34.4, №4:1141-1146.

УДК 616.65-002

ГРНТИ 76.29.43:УРОЛОГИЯ

19. Radeva S, L. Georgieva. Motivation for practicing the medical profession in hospital obstetric care in Bulgaria. ASJ, 2020; 43(1):24-30.

Адрес корреспонденция:

Светлана Радева, д.оз

СБАГАЛ „Проф. д-р Д. Стаматов“ ЕООД

бул. „Цар освободител“ № 150 гр. Варна 9000

Катедра Социална медицина и организация на здравеопазването,

МУ Варна

FEATURES OF ANTIBACTERIAL THERAPY OF CHRONIC BACTERIAL PROSTATITIS ON THE BACKGROUND OF ATYPICAL UROINFECTION

DOI: 10.31618/ESU.2413-9335.2021.2.84.1283

Feoktistov Vitaliy Alexandrovich

Assistant Professor of the Department of Surgical Diseases,
Non-profit Joint Stock Company "Medical University of Karaganda",
Karaganda, Kazakhstan

Amantaeva Markhaba Askarovna

5th year student of the school of general medicine NJC MUK

Veisenberg Tatyana Vladimirovna

5th year student of the school of general medicine NJC MUK

ОСОБЕННОСТИ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОГО БАКТЕРИАЛЬНОГО ПРОСТАТИТА НА ФОНЕ АТИПИЧНОЙ УРОИНФЕКЦИИ.

Феоктистов Виталий Александрович

Ассистент-профессор кафедры хирургических болезней,
Некоммерческое акционерное общество
«Медицинский университет Караганды»,
г. Караганда, Казахстан

Амантаева Мархаба Аскарровна

Студент 5 курса школы общей медицины, НАО МУК

Вейсенберг Татьяна Владимировна

Студент 5 курса школы общей медицины, НАО МУК

АННОТАЦИЯ

Проведено исследование 87 пациентов хроническим бактериальным простатитом, осложненным атипичной уроинфекцией. У 38 больных внутриклеточные патогены были выявлены на фоне ХБП в фазе обострения, а у 49 – в фазе латентного течения. Всего выявлено 97 культур. Ассоциативная микрофлора была представлена преимущественно двухкомпонентной ассоциацией и наблюдалась в 19 % случаях.

При микробиологическом исследовании секрета предстательной железы перед началом лечения было выделено 6 разновидностей бактерий, общим числом 127 культур. В 17 наблюдениях встретились ассоциации культуры, в остальных случаях в виде монокультуры.

Пациенты получали таблетированную форму рокситромицина в суточной дозе 300 мг, азитромицина в суточной дозе 1000 мг и джозамицина в суточной дозе 1500 мг в течение 10-14 суток.

Максимальная клиническая и бактериологическая эффективность лечения отмечалась в случае применения джозамицина.

ABSTRACT

This study was made of 87 patients with a chronic bacterial prostatitis complicated by atypical uroinfection. The endocellular pathogens were identified among 38 patients on the background of chronic kidney disease in the acute phase and among 49 patients in the lag phase. There were identified 97 cultures in total. The associative microflora has been submitted by mainly two-componential association and was observed in 19 % cases.

The 6 types of bacteria, by general number 127 of cultures, were allocated in microbiological research of a secret prostate before the beginning of treatment. In 17 monitorings there were associations of culture, in other cases as monocultures.