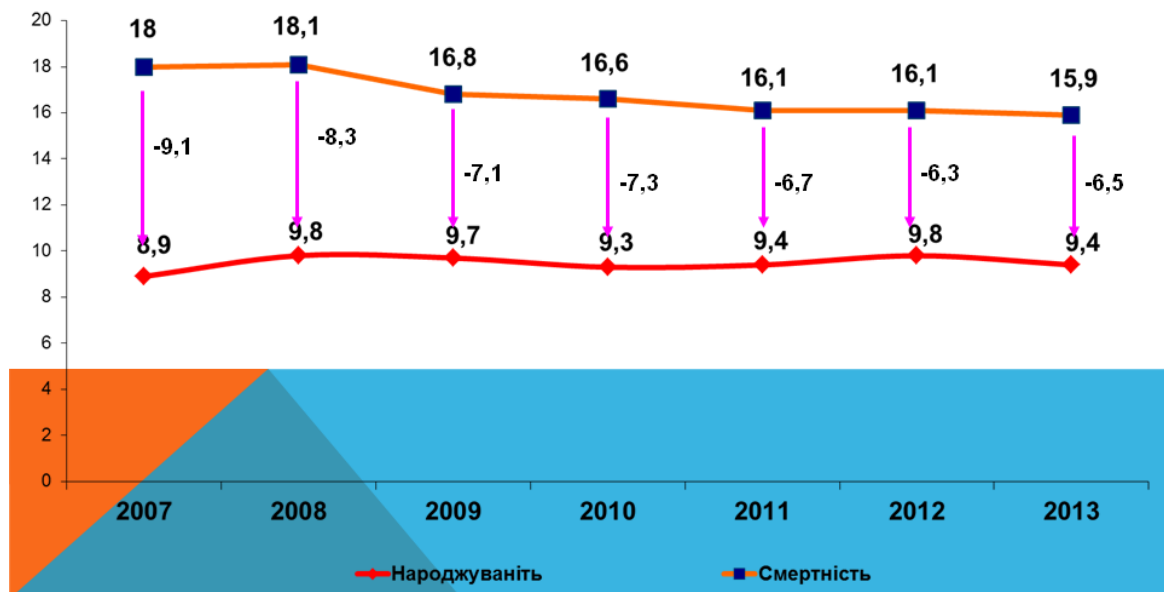


ПРО ПІДСУМКИ ДІЯЛЬНОСТІ У СФЕРІ ОХОРОНИ МАТЕРИНСТВА ТА ДИТИНСТВА У 2013 РОЦІ

**ЗАСТУПНИК ДИРЕКТОРА ДЕПАРТАМЕНТУ ОХОРОНИ
ЗДОРОВ'Я ОБЛДЕРЖАДМІНІСТАРЦІЇ
КУРІТО О.Г.**

Защита здоровья матери и ребенка, актуальная во все времена, в условиях современности приобретает огромное значение. Обострение социальных и экономических проблем, повышение техногенных рисков, значительное изменение экологической ситуации – все эти и другие опасности современного мира требуют от государства и общества внимательного отношения к проблемам подрастающего поколения, репродуктивному здоровью населения, здоровью детей и женщин. Лишь здоровые, благополучные, гармонично развитые дети, рожденные здоровыми мамами, дают шанс нации на достойное будущее.

ПРИРОДНІЙ РУХ НАСЕЛЕННЯ ДОНЕЦЬКОЇ ОБЛАСТІ (НА 1000 НАСЕЛЕННЯ)



Наиболее информативным показателем, характеризующим состояние и перспективы воспроизводства населения, является коэффициент естественного прироста, который в Донецкой области продолжает оставаться отрицательным и составляет – 6,5.

В 2013 году произошло 40 тыс. 933 родов, что на 2138 родов (5%) меньше по сравнению с 2012 годом.

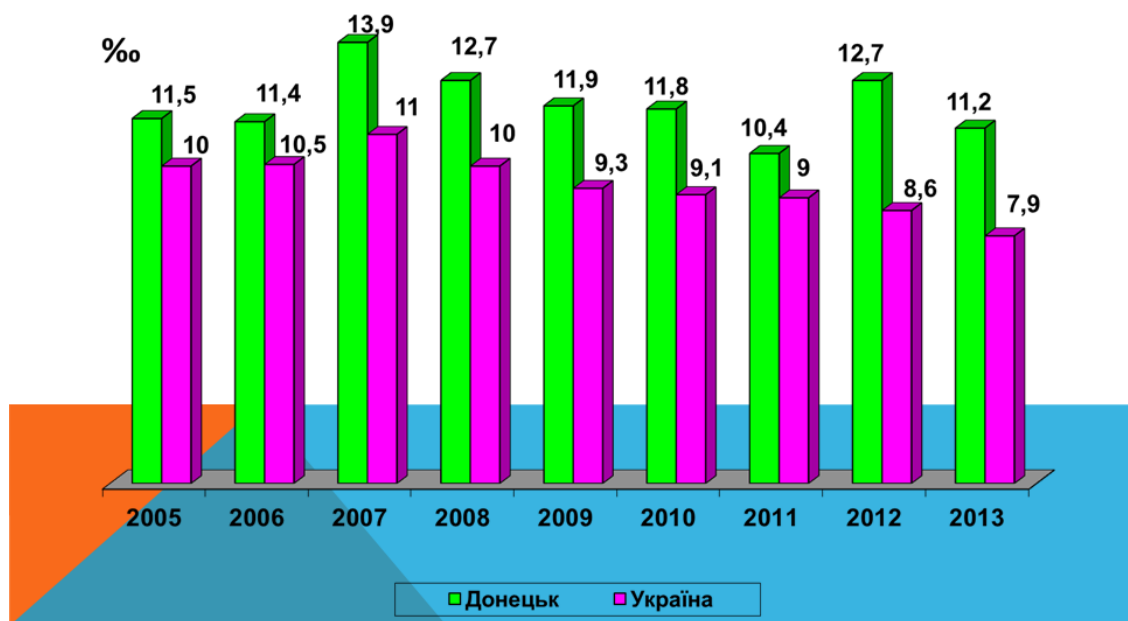
Суммарный коэффициент плодовитости снизился до 1,3 (для простого воспроизводства населения должно быть не менее 2,15). Отмечается снижение количества детей в структуре населения Донецкой области (с 26,6% в 1990 году до 15,2% в 2013 году), т.е. происходит старение населения. Снижается продолжительность жизни населения: у мужчин до 64,3 лет, у женщин – до 75 лет.

За последние пять лет по данным областного управления статистики убыль детского населения от 0 до 17 лет составила 12% (90 609 детей). Естественный прирост населения в области по-прежнему имеет отрицательное значение: Донецк - 6,5.

Прошедший 2013 год для службы материнства и детства, как и для всей медицинской отрасли, был годом работы в условиях продолжающейся реформы здравоохранения.

Финансирование служб материнства и детства в 2013 году осуществлялось за счёт централизованного, областного и местных бюджетов. Из государственного бюджета выделялись средства на приобретение оборудования и медикаментов на общую сумму 12 063 117,00грн. Из областного бюджета на сумму 5 600 000,00 грн. Местными властями были выделены средства в сумме 6 009 679,90грн.

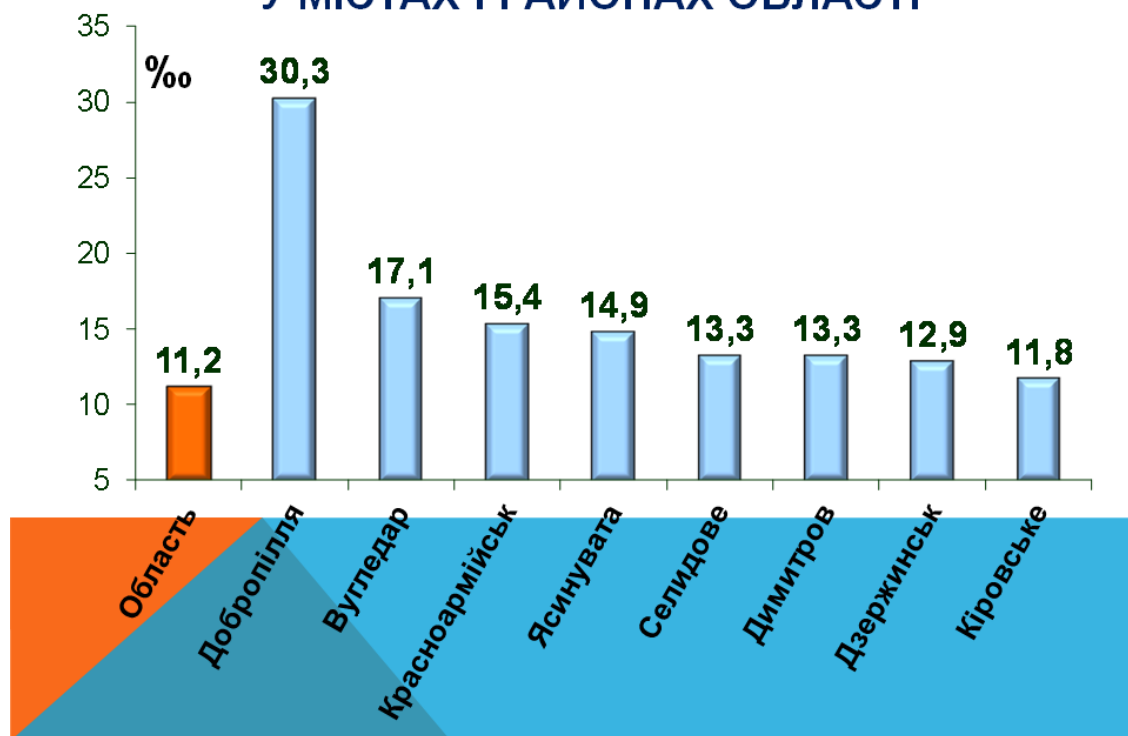
ДИНАМІКА МАЛЮКОВОЇ СМЕРТНОСТІ (НА 1000 НАРОДЖЕНИХ ЖИВИМИ)



Основным индикатором работы службы охраны материнства и детства является показатель **младенческой смертности**.

Благодаря совместным усилиям всех ветвей власти показатель младенческой смертности (МС) по итогам 2013 года снизился на 12 % и составил 11,2 на 1000 живорожденных (2012 - 12,7 ‰). Умерло 470 детей первого года жизни против 540 в 2012 году. Уровень МС остаётся выше государственного – 7,9 на 1000 родившихся живыми.

ПОКАЗНИКИ МАЛЮКОВОЇ СМЕРТНОСТІ У МІСТАХ І РАЙОНАХ ОБЛАСТІ



Выше среднеобластного показателя МС в гг. Угледар (17,1‰); Дзержинск (12,9‰); Димитров (13,3‰); Доброполье (30,3‰); Кировск (11,8‰); Красноармейск (15,4‰); Селидово (13,3‰); Ясиноватая (14,9‰);

В районах: Артёмовский (15,7‰); В-Новоселковский (22,9‰); Володарский (16,1‰); Добропольский (31,4‰); Старобешевський (12,2‰); Тельмановский (12,0‰).

В январе 2014 года отмечается снижение показателя МС на 20%.

Дети с экстремально низкой массой тела до 1500г составили 41% (192 младенца). Выживаемость детей в этой весовой категории в первые 7 суток после рождения увеличилась до 56%, что выше предыдущего года на 18% (2012г. - 38,1%) и соответствует Украинским показателям и показателям современных развитых государств.

Проводимая в области реорганизация перинатальной помощи беременным, роженицам, родильницам и новорожденным говорит о правильно выбранной тактике в организации медицинской высококвалифицированной помощи маловесным детям.

В целом, в области удельный вес детей с массой менее 1500 гр., рожденных на III и II уровнях, составляет 95%. Однако, новорожденные с массой от 500,0 до 999,0гр., медицинская помощь которым предполагает наличие высокоспециализированных условий и возможна лишь на третьем уровне, рождались и на первом и на втором. Всего таких глубоко недоношенных детей в 2013 году родилось 156. Из них 4 (2,5%) на первом уровне, 35,8% на втором, 61% - на третьем (в перинатальном центре и акушерском отделении ДОКТМО), причем в перинатальном центре третьего уровня глубоко недоношенных было 30% от общего количества недоношенных детей этой весовой категории.

Такая ситуация является угрожающей, поскольку материально-техническое обеспечение и отсутствие доступа к высокотехнологическим медицинским технологиям, квалифицированному медицинскому персоналу на первом уровне не дает возможность своевременно и квалифицированно оказать медицинскую помощь при преждевременных родах ни матери ни ребенку. И такие условия наблюдаются не только на первом уровне, но и в большинстве акушерских стационарах второго (за исключением родильных домов и перинатальных центров второго уровня). С другой стороны – это и является скрытыми возможностями, которые могут повлиять на снижение показателя как материнской так и младенческой смертности.

Новорожденных с весом от 500 до 999 гр. в перинатальных центрах родилось 2%, выживаемость их составила 33,3% (выживаемость вообще в этой весовой категории на II уровне – 48%).

Новорожденных с весом от 1000 до 1499 гр. в перинатальных центрах II уровня родилось 8% от общего количества детей в области в этой весовой категории, выживаемость – 89,4% (на II уровне – 85%).

**Питома вага померлих дітей до 1 року в
структурі малюкової смертності
за 2012-2013 роки
(%)**



Структура младенческой смертности соответствует общегосударственной.

По-прежнему, ведущие места занимают причины, связанные с вынашиванием беременности и родами, врожденные пороки развития. В сумме от этих причин умерло 77 % детей (361 из 470).

Снижение показателя МС отмечалось практически во всех классах заболеваний:

- Причины, связанные с вынашиванием беременности и родами (-8,8 %);
- врожденные пороки развития (-15,4 %),
- несчастные случаи (-27,3 %);
- инфекционные болезни (-33,7 ‰).

Увеличение показателя МС в 1,8 раза произошло за счёт заболеваний органов дыхания.

По этой причине дети умирали в гг. Угледар, Горловка, Дзержинск, Димитрово, Краматорск, Мариуполь, Харцизск, Старобешевский район - по одному случаю; Доброполье (3 сл.); Макеевка (3 сл.) Красноармейск (2 сл.).

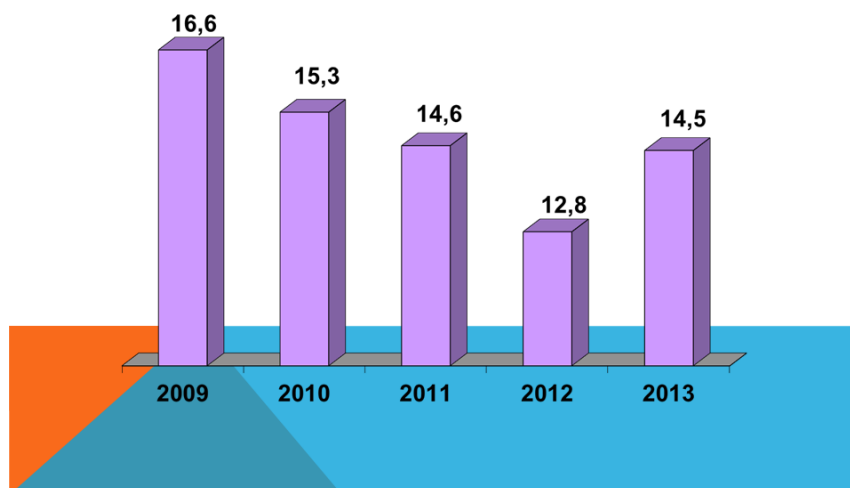
Из их числа 56% детей (9 сл.) умерли дома: гг. Горловка, Дзержинск, Димитрово, Краматорск, Докучаевск, Красноармейск, Харцызск, Старобешевский р-н, Доброполье (2 сл.). В 6-ти случаях из 9 родители детей за медицинской помощью не обращались.

Особое беспокойство вызывают случаи смерти детей дома: 2013г - 14,1%; 2012г – 13%.

Лидируют: Донецк (10сл); Горловка (9сл.); Дзержинск, Димитрово, Торез, Добропольский, Тельмановский районы (по 3 сл.); Доброполье, Енакиево, Краматорск, Славянск, Харцызск, Ясиноватском, Старобешевском районах (по 2 сл.); Авдеевка, Угледар, Дебальцево, Докучаевск, Дружковка, Красный Лиман, Макеевка, Мариуполь, Селидово, Шахтерск, Амвросиевский, Артемовский, В-Новоселковский, Марьинский, Славянский районы (по 1 случаю).

В области отработана система контроля за показателем младенческой смертности, в то же время, по результатам проведенной работы можно сделать вывод, что резервы по снижению МС в области есть и они, в первую очередь зависят от отношения каждого руководителя лечебно-профилактического учреждения к данному показателю.

**ДИНАМІКА ЗАХВОРЮВАНOSTІ ДІТЕЙ (0-17 РОКІВ)
НА ТУБЕРКУЛЬОЗ ЗА ПЕРІОД 2009-2013 РР.
(НА 100 ТИС. НАСЕЛЕННЯ)**



Заболеваемость детского населения не имеет четкой тенденции к снижению и за последний год снизилась лишь на 0,4%. На диспансерном учете находится свыше 330 тысяч детей в возрасте 6-17 лет.

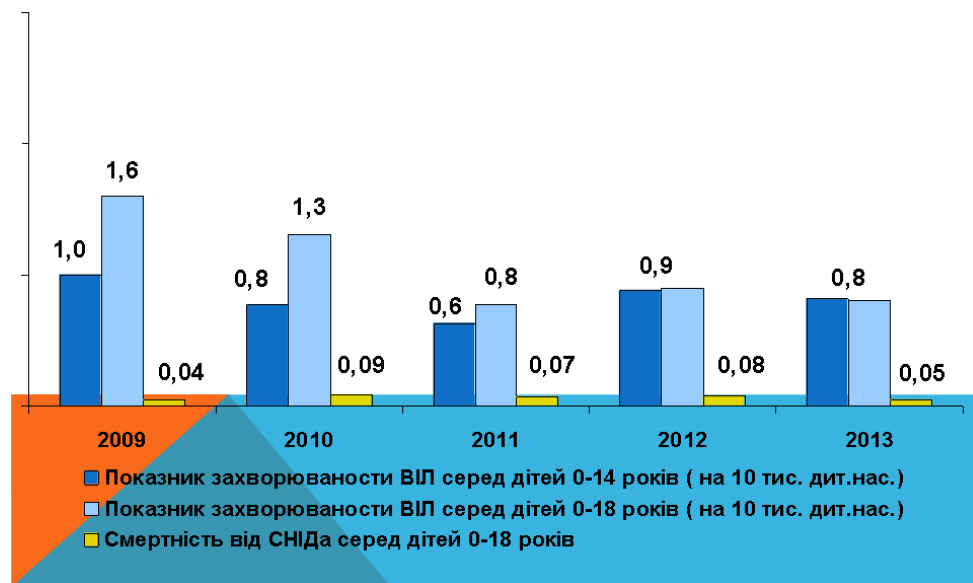
Высоким остается уровень распространенности заболеваний среди детей в возрасте 0-17 лет.

Тревожит рост социально значимых заболеваний, обусловленных преимущественно социально-экономическими факторами и требующих социальной защиты.

Показатель заболеваемости туберкулезом у детей в возрасте от 0 до 18 лет снизился за пять лет на 13 % и составляет 14,5 на 100 000 детей. В то же время, этот показатель среди детей 0-14 детей в 2013 году составил 11,1 на 100 000. Впервые выявлен туберкулез у 61 ребенка. Это на 20,7% больше, чем в предыдущем году (2012 год – 50 детей, что составляет 9,2 на 100000).

Среди подростков показатель заболеваемости уменьшился на 4,3% и составил в 2013 году 31,3 на 100 000.

ДИНАМІКА ЗАХВОРЮВАНOSTІ ДІТЕЙ на ВІЛ-інфекцію та смертності від СНІДу



На диспансерном учете состоит 565 детей в возрасте до 18 лет с диагнозом ВИЧ – инфекция, из них 93 ребенка с диагнозом СПИД.

Показатель инфицированности за последние три года снизился на 11,0%.

За весь период эпидемии передача ВИЧ-инфекции от матери к ребенку снизилась в 6 раз.

В то же время остается высоким уровень распространенности сахарного диабета. Рост его в сравнении с предыдущими годом 5,0%.

Анализируя причины негативной динамики показателей состояния здоровья детей и подростков нельзя не учитывать способ и условия жизни школьников-подростков.

На показатели здоровья оказывают влияние следующие факторы; употребление алкоголя, наркотиков, курение, несбалансированное питание, низкая, физическая активность – сегодня только 30,0% детей могут выполнять школьные нормативы без риска для здоровья.

С целью профилактики хронизации заболеваний, инвалидности и смертности детей, кроме стационарного и амбулаторного, используется санаторное лечение, которое является одним из важнейших этапов в процессе выздоровления.

В отчетном году в области функционировало 7 детских санаториев, в которых пролечено 7300 детей, кроме этого область получает путевки в санатории Министерства здравоохранения Украины, размещенные в Крыму, Одессе, Прикарпатье. В них пролечено около 4,5 тысяч детей, что составляет 1% от всех нуждающихся детей диспансерной группы.

Следует отметить улучшение показателя использования путевок в среднем до 93% в детские санатории соматического профиля.

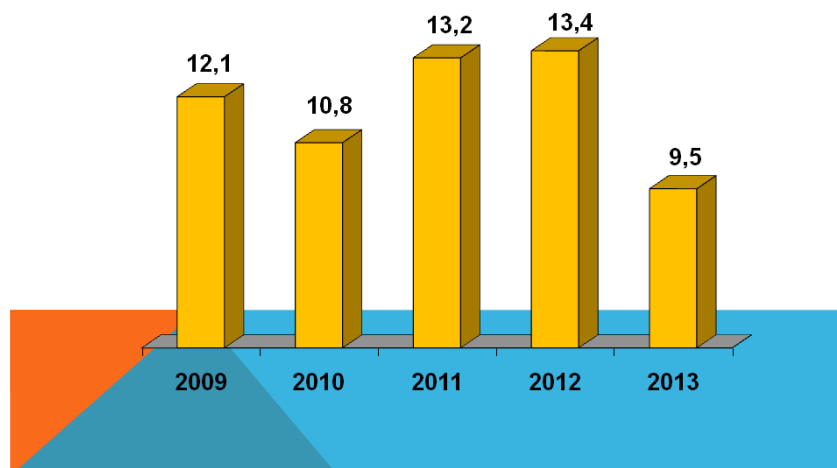
К сожалению, этому важному разделу работы недостаточно внимания уделяется центрами первичной медико-санитарной помощи гг. Авдеевки, Угледара, Ждановки, Мариуполя, В-Новоселковского, Новоазовского, Тельмановского, Артемовского районов.

Особенно плохо эта работа поставлена в областной туберкулезной больнице, где используется менее половины от полученных путевок в детские противотуберкулезные санатории Министерства здравоохранения Украины.

Департаментом здравоохранения проводится оптимизация и совершенствование работы по санаторному лечению детей, в отчетном году реорганизован Докучаевский противотуберкулезный санаторий путем присоединения к Мариупольскому костно-туберкулезному санаторию, что улучшило условия пребывания и лечения детей в последнем.

В текущем году планируется организация отделения «матери и ребенка» на базе Мариупольского санатория для лечения детей-инвалидов с ортопедической патологией.

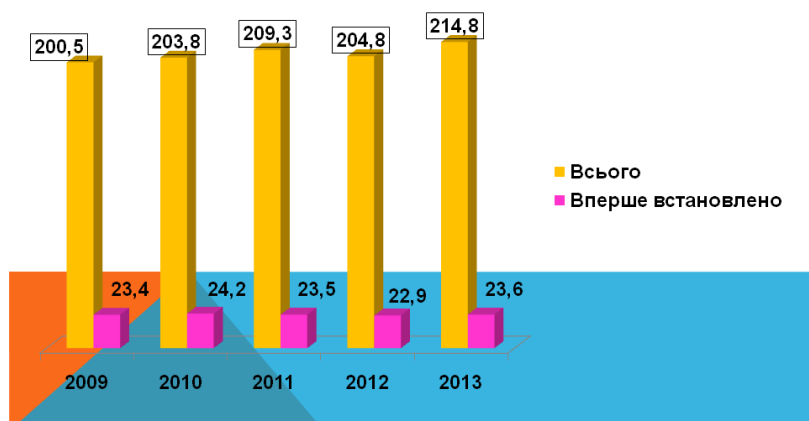
**ДИНАМІКА ЗАХВОРЮВАНОСТІ ДІТЕЙ (0-17 РОКІВ)
НА ЗЛОЯКІСНІ НОВОУТВОРЕННЯ ЗА ПЕРІОД 2009-2013 РР.
(НА 100 ТИС. НАСЕЛЕННЯ)**



На высоких цифрах остается показатель заболеваемости злокачественными новообразованиями и онкогематологической патологии, несмотря на тенденцию к снижению.

За последние пять лет этот показатель снизился на 21,4%, впервые установлены онкогематологические заболевания 25 детям (2012г.- 42 соответственно).

**ПОКАЗНИКИ ДИТЯЧОЇ ІНВАЛІДНОСТІ
(НА 10 000 ДИТЯЧОГО НАСЕЛЕННЯ)**



Количество детей-инвалидов в области постепенно увеличивается и составляет 2% от общего количества детского населения. В 2013 году зарегистрировано 14 225 детей - инвалидов (2012г – 14103), из них впервые выявленных – 1566, (2012г – 1518). Показатель общей инвалидности составил 214,8% на 10 000 детского населения от 0-17 лет, (2012г – 204,8), в т.ч. впервые взятых на инвалидность – 23,6 (2012г – 22,9).

Дети-инвалиды, состоящие под наблюдением Центров первичной медико-санитарной помощи, составили 88,4%, в домах ребенка находится 0,6% детей-инвалидов, в специализированных детских домах и школах-интернатах – 7%, в детских интернатах системы Минсоцполитики – 2,2%, в лечебных учреждениях другого подчинения – 1,8%.

Рост показателя инвалидности в области произошел за счет городов Дебальцево, Дзержинск, Красный Лиман, Красноармейск, Славянск, Торез, Ясиновата, а также Волновахского, Тельмановского, Константиновского, Красноармейского, Александровского районов, где показатели инвалидности намного превышают среднеобластные.

Случаи врождённых заболеваний в структуре детской инвалидности занимают 1 место; они составили 29,5% всех случаев детской инвалидности, расстройства психики и поведения в общей инвалидности занимают второе место – 17,9%. Третье место принадлежит заболеваниям ЦНС – 17,7%. На четвертом месте - заболевания эндокринной системы (6,9%). Пятое – болезни уха и сосцевидного отростка – 6,4%. Далее следуют заболевания костно-мышечной системы – 4,8%. Седьмое место разделили инфекционные заболевания и новообразования – по 3,5%.

За 2013 год около 900 детей-инвалидов получили санаторно-курортное лечение в санаториях за бюджетные средства.

С целью координации работы специалистов разных профилей, обеспечения необходимого уровня диагностических и лечебных мероприятий, комплексного подхода к каждому пациенту, департаментом здравоохранения подготовлен проект областной комплексной программы «Медико-социальная реабилитация детей-инвалидов на период до 2017 года».

Иммунизация – это процесс, благодаря которому человек приобретает иммунитет, или становится невосприимчивым к инфекционной болезни, обычно, путем введения вакцины. Вакцины стимулируют собственную

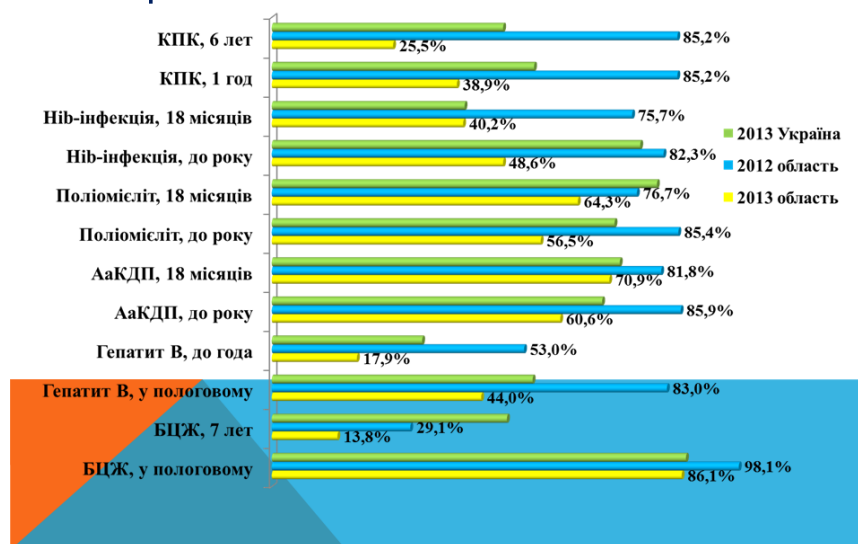
иммунную систему организма инфекции или болезни. На сегодняшний день в Донецкой области иммунизация проводится в соответствии с законами Украины и соответствующими приказами Министерства здравоохранения Украины. Общая заявка Донецкой области на медицинские иммунобиологические препараты (вакцины) на 2013 год включала 13 вакцин на общую сумму 20 207 399,65 грн.

Всего в 2013 году за средства Государственного бюджета Украины было получено 11 вакцин на общую сумму 18 418 858,62 грн., в январе 2014 еще поступило 5 вакцин, на общую сумму 4 299 640,64 грн. Общая сумма полученных вакцин составила 22 718 499,26 грн., из которых на 4 199 990,4 грн. было получено за средства Государственного бюджета Украины на 2012 год. Таким образом, по состоянию на сегодня, заявка Донецкой области на медицинские иммунобиологические препараты на 2013 год выполнена на 18 598 508,86 грн., что составило 92,0%.

Следует подчеркнуть, что вакцины в области поступали нерегулярно. Основные поставки вакцин, закупленных за средства Государственного бюджета Украины на 2013 год, поступали в области в сентябре - декабре 2013 и в январе 2014 года.

В 2013 году из-за реконструкции на ОАО «Харьковское предприятие по производству иммунобиологических и лекарственных препаратов «ФАРМСТАНДАРТ-БИОЛЕК» Донецкая область не получила 2 вакцины (для профилактики дифтерии и столбняка у детей старше 6 лет и взрослых) общим количеством в 330 тыс. доз. Кроме того, лечебно-профилактические учреждения области не имели возможности закупать туберкулин за средства из местных бюджетов, что привело к низкому уровню охвата пробой Манту (54,2% от запланированного).

ОСНОВНІ ПОКАЗНИКИ ОХОПЛЕННЯ ВАКЦИНАМИ

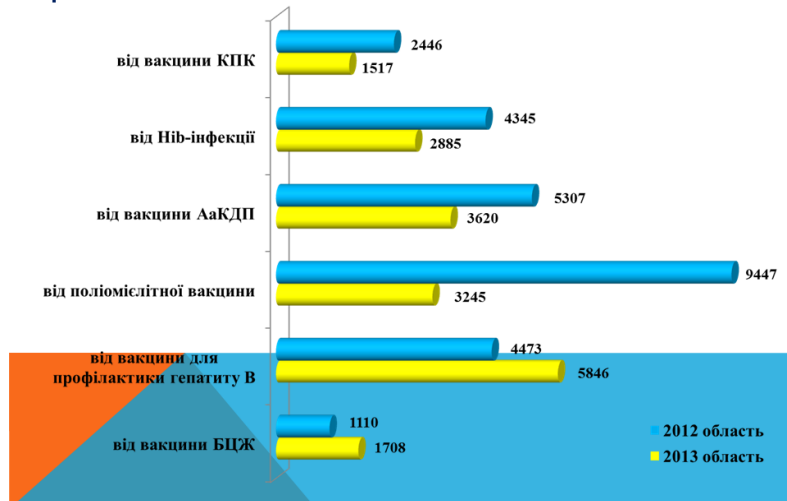


В 2013 году процент охвата вакцинами от основных инфекций снижен на 27,4% в сравнении с 2012 годом, и на 13,2% ниже, чем в среднем по Украине. Рекомендованный экспертами ВОЗ показатель 96%.

Своевременность охвата детей вакциной АаКДС (трижды) остается на прежнем уровне и несколько выше, чем в среднем по Украине.

Низкий охват вакцинации связан с нерегулярной централизованной поставкой медицинских иммунобиологических препаратов в область, длительным пребыванием отдельных вакцин «на карантине» и низкой санитарной образованностью родителей.

ВІДМОВИ БАТЬКІВ ВІД ПРОФІЛАКТИЧНИХ ЩЕПЛЕНЬ



Несмотря на то, что на 30% в сравнении с 2012 годом, уменьшились отказы родителей от проведения профилактических прививок, по итогам 2013 года, суммарный отказ Донецкой области составляет 4,5%, а в среднем по Украине – 3,4%.

Что касается областных показателей, то только 9 городов и 8 районов области имеют процент охвата выше средне областного.

Низкий показатель охвата профилактическими прививками зарегистрирован в гг. Донецк, Ждановка, Константиновка, Красный лиман, Макеевка, Снежное, Славянск, Торез, Ясиноватая; а также Володарский, Добропольский, Константиновский, Марьинский, Новоазовский, Первомайский, Старобешевский и Ясиноватский районы.

До конца первого квартала 2014 Донецкая область полностью обеспечена вакцинами от инфекций, которые включены в Национальный Календарь профилактических прививок, в том числе от бешенства.

В соответствии с приказами МЗ Украины от 02.06.2009 № 382 «Об утверждении Временных стандартов оказания медицинской помощи подросткам и молодежи» и № 383 «Об усовершенствовании организации предоставления медицинской помощи подросткам и молодежи», и на основании Распоряжения Председателя Донецкой облгосадминистрации от 01.08.2012 № 526 на выполнение этих приказов в области открыты кабинеты «Клиника, дружественная к молодежи» (далее – КДМ) в городах Артемовск, Горловка, Донецк (6, в том числе 1 отделение), Енакиево, Константиновка, Краматорск (2), Макеевка (2), Славянск, Шахтерск, Ясиноватая и в Амвросиевском, Волновахском и Марьинском районах.

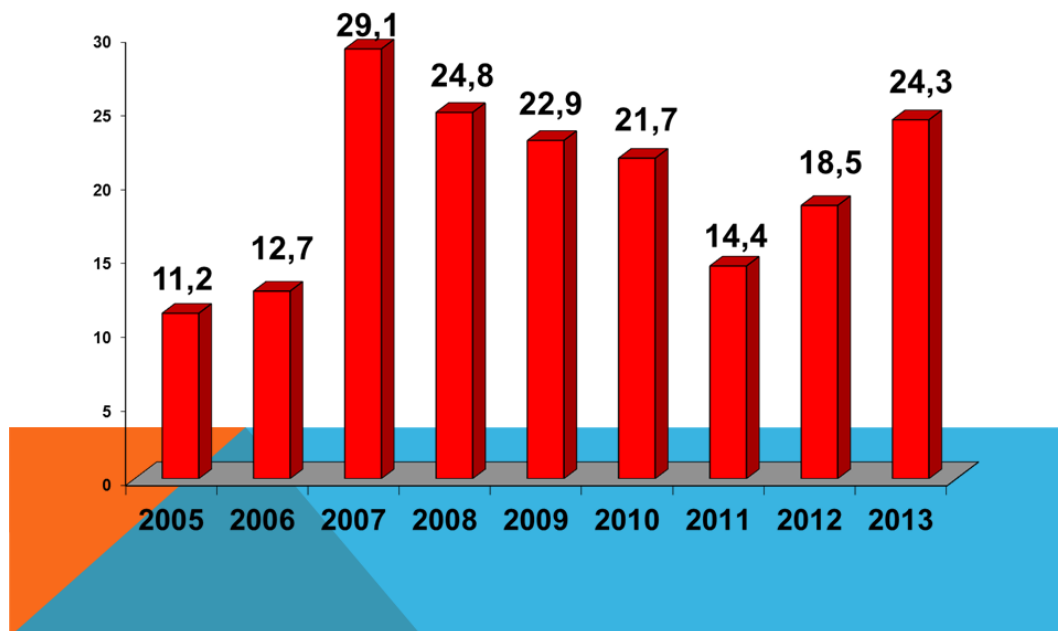
Национальная программа «Репродуктивное здоровье нации» предусматривает довести к 2015 году уровень внедрения в амбулаторно-поликлинических педиатрических учреждениях системы предоставления услуг КДМ до 90 процентов.

По состоянию на сегодня, из 13 детских больниц Донецкой области КДМ открыты в 11, что соответствует 84,6%. Не открыты КДМ в областной детской клинической больнице и в г. Мариуполь.

В 2014 планируется открытие КДМ в городах Дзержинск, Дружковка, Мариуполь и Харцызск, а в 2015 году – в г. Селидово и Тельмановском районе.

В связи с расширением сети КДМ в Донецкой области, на базе отделения КДМ ГДКБ № 5 г. Донецка в 2014 году будет открыт центр медико-социальной помощи детям и подросткам КДМ.

ДИНАМІКА МАТЕРИНСЬКОЇ СМЕРТНОСТІ (НА 100 000 НАРОДЖЕНИХ ЖИВИМИ)



Материнська смертність – один из основных критериев качества и уровня организации работы родовспомогательных учреждений, эффективности внедрения научных достижений в практику здравоохранения и один из основных показателей социально-экономического развития региона и страны в целом.

Уровень материнской смертности в мире недопустимо высок. Ежедневно от осложнений, связанных с беременностью или родами, умирает более 800 женщин в мире, что сравнимо с крушением двух поездов, разрушением 7-8 многоэтажных домов, падению четырех Боингов или гибели полка солдат. Представьте себе, какова была бы реакция средств массовой информации, если бы, например, каждый день разрушалось 8 жилых домов или разбивалось 4 самолета.

Показатель материнской смертности за 2013 год составил 24,3 на 100 тыс. живорожденных и стал выше, чем показатель 2012 года на 14% (25,5 на 100 000 живорожденных).

На протяжении 2013 года вопросы материнской и младенческой смертности рассматривались дважды на заседаниях коллегий облгосадминистрации, на коллегиях департамента здравоохранения, видеоселекторных совещаниях.

В 2013 году в области во время беременности, родов и 42 суток после родов (расчёт МС) погибло 15 женщин, из которых 10 зарегистрированы материнскими смертями. В показатель МС не вошли 2 случая смерти от ВИЧ-инфекции, 1 случай – отравление Кодеином, и 2 случая смерти женщин в результате онкологических заболеваний.

В структуре причин материнских потерь преобладают акушерские причины, которые составили 60% всех случаев. В 40% (6 случаев) женщины погибли в результате тяжелых заболеваний, не связанных с беременностью на III уровне оказания специализированной акушерской помощи.

33% - 5 женщин умерли в лечебных учреждениях II уровня (гг. Донецк, Мариуполь, Краматорск, Торез, Шахтерск).

Не может оставить равнодушным факт смерти женщин вне лечебных учреждений, а значит, без оказания медицинской помощи в 27% случаев (4 женщины).

Значительную роль в причинах материнской смертности продолжают играть социальные факторы, которые составили 53%.

Так, из 15 умерших женщин, 1 беременная была взята на учет в сроке 8 нед. и уехала на заработки за пределы Украины, что не позволило специалистам своевременно диагностировать онкологическое заболевание в запущенной стадии. А 7 женщин вообще не состояли на учете по беременности.

Кроме того, в 2013 году было зарегистрировано 3 случая смерти родильниц дома, что составило 20% от всех случаев материнских потерь. Эти женщины скрывали свою беременность и роды от окружающих, в результате чего погибли без оказания медицинской помощи. Причем в двух случаях у новорожденных детей были установлены признаки насильственной смерти, а одна женщина оставила ребенка на территории лечебного учреждения.

1 беременная не состояла на диспансерном учете и работала в тяжелых условиях труда (была занята на сезонных работах в поле). До момента

поступления в стационар в тяжелом состоянии отрицала факт беременности.

1 родильница, страдающая наркоманией, погибла в послеродовом периоде от передозировки наркотических препаратов.

Вследствие акушерских причин смерть наступила в 60% случаев, у девяти женщин.

- от тромбоэмболии легочной артерии – 2 женщины (гг. Краматорск, Шахтерск);
- от сепсиса, токсико-инфекционного шока - 2 случая самопроизвольный аборт в сроке 16-17 недель в г. Торезе и 1 родильница погибла на 28-е сутки послеродового периода в г. Шахтерске;
- от массивного послеродового кровотечения, сепсиса – погибло 3 родильницы в родах дома (гг. Красный Лиман, Константиновка, Горловка).
- от HELLP синдрома - 1 случай;
- от эмболии околоплодными водами - 1 случай (г. Мариуполь).

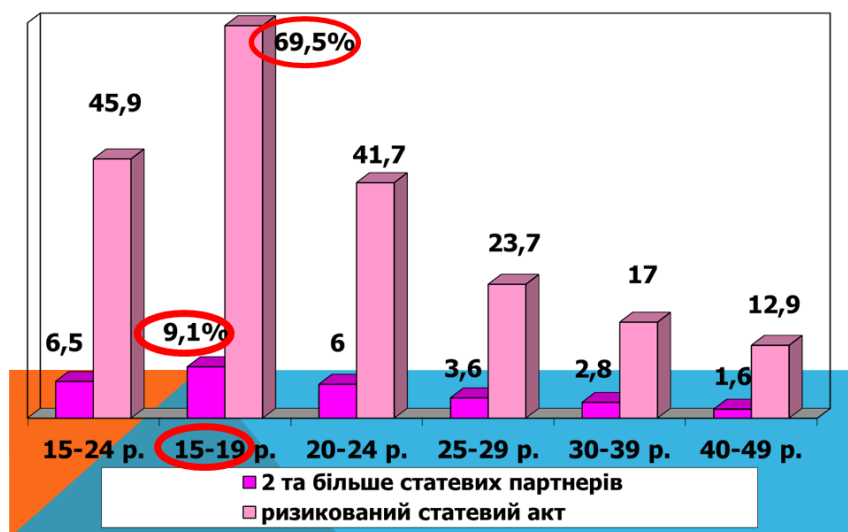
Все случаи материнской смертности разобраны экспертной комиссией областного департамента здравоохранения, из которых 8 – признаны непредотвратимыми, 2 случая – предотвратимыми.

Пять случаев смерти женщин не вошли в показатель материнской смертности.

По каждому предотвратимому случаю были сделаны организационные выводы, вынесены административные взыскания, проведены кадровые перестановки. Должности сняты с 2-х врачей акушеров-гинекологов. Лишились квалификационных категорий 4 врача, специалистам вынесено 7 выговоров. Все врачи, которые оказывали помощь умершим женщинам, направлены на внеочередные курсы повышения квалификации.

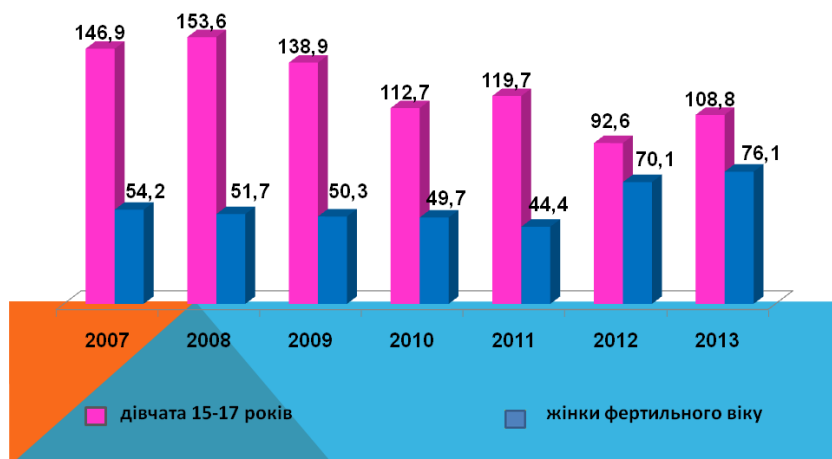
По 6-ти случаям материнской смертности вопросами качества оказания медицинской помощи в разрезе "уголовного поля" занимаются правоохранительные органы.

СЕКСУАЛЬНА АКТИВНІСТЬ ЖІНОК (%)



Среди причин, негативно влияющих на состояние здоровья девочек-подростков, является ранняя сексуальная активность. Особое беспокойство вызывает возрастная группа 15-17 лет. В этой группе самый высокий уровень незащищённых половых актов.

Частота впервые выявленных запальних захворювань жіночої статеві сфери (на 10 тис. жіночого населення)

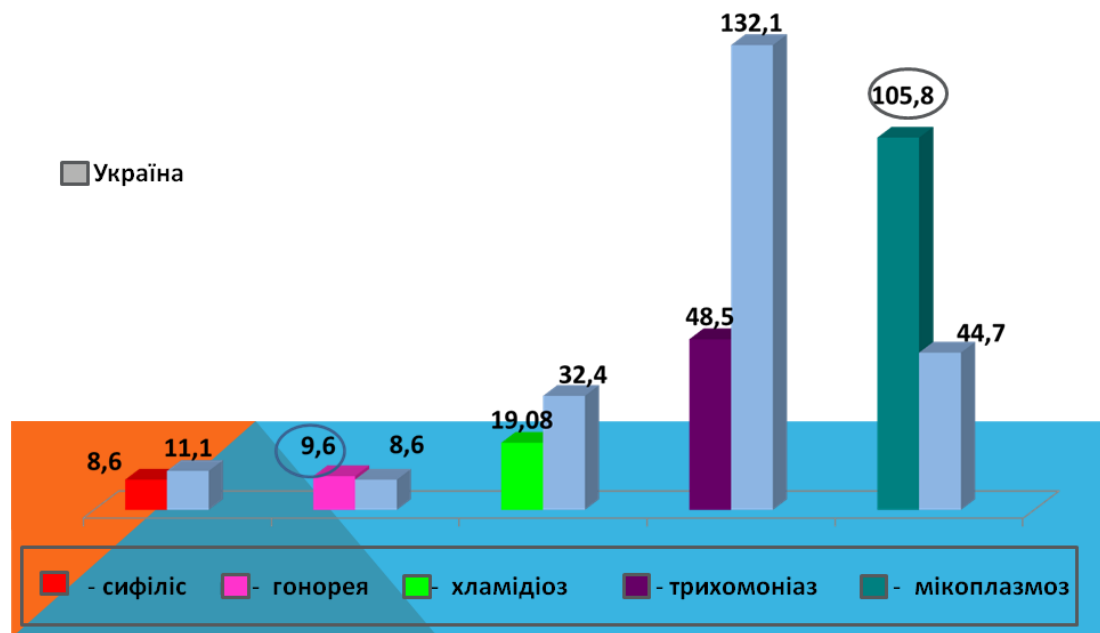


Частота впервые выявленных воспалительных заболеваний у девочек – подростков в 2013 составила 108,8 на 10 000 девочек подростков, в 2012 году - 92,6, что на 30% больше, чем у женщин репродуктивного возраста - 76,2 на 10 000 женского населения.

Ранняя беспорядочная половая жизнь ведёт к высокому проценту заболеваний, передающихся половым путём, особенно у девочек подростков, что пагубно влияет на состояние здоровья в будущем.

Заболеваемость сифилисом, гонореей, хламидиозом в разы превышает показатели экономически развитых стран.

Захворюваність дівчаток - підлітків на статеві інфекції в порівнянні з Україною (на 100 тис. дитячого населення)



Заболеваемость девочек-подростков ЗППП в 2013 году составила:

Сифилис – 8,67 на 100 000 детского населения (Украина – 11,11);

Гонорея – 8,67 (Украина – 8,68);

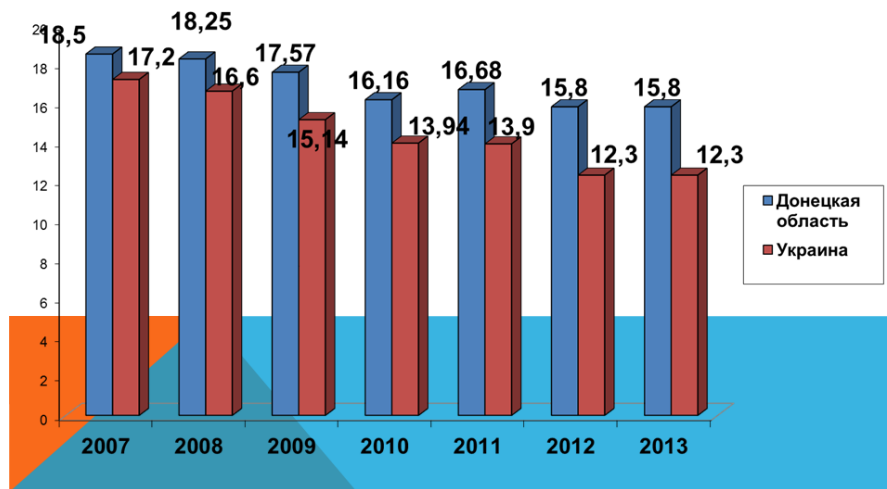
Хламидиоз – 19,08 (Украина – 32,46);

Трихомониаз – 48,58 (Украина – 132,12);

Микоплазмоз – 105,83 (Украина – 44,7)

Одним из факторов, влияющим на состояние здоровья женщин, являются аборты.

ДИНАМІКА АБОРТІВ В ДОНЕЦЬКІЙ ОБЛАСТІ (НА 1000 ЖІНОК ФЕРТИЛЬНОГО ВІКУ)



В течение 5 лет количество абортів на 1000 женщин детородного возраста снизилось с 18,5 до 15,8 в 2013году, и остаётся выше, чем в среднем по Украине на 22% (Украина - 12,3‰), и в 3-4 раза превышает такой же показатель развитых европейских стран.

Выше областного данный показатель в гг. Доброполье (35,3), Артемовск (34,8), Краматорск (23,6), Славянск (20,7), Мариуполь (20,1).

Аборты являются одной из основных причин высокого уровня бесплодия супружеских пар. В области каждая пятая семья бездетная.

ЗАХВОРЮВАНІСТЬ НА РАК МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ (НА 100 ТИС. ЖІНОЧОГО НАСЕЛЕННЯ)



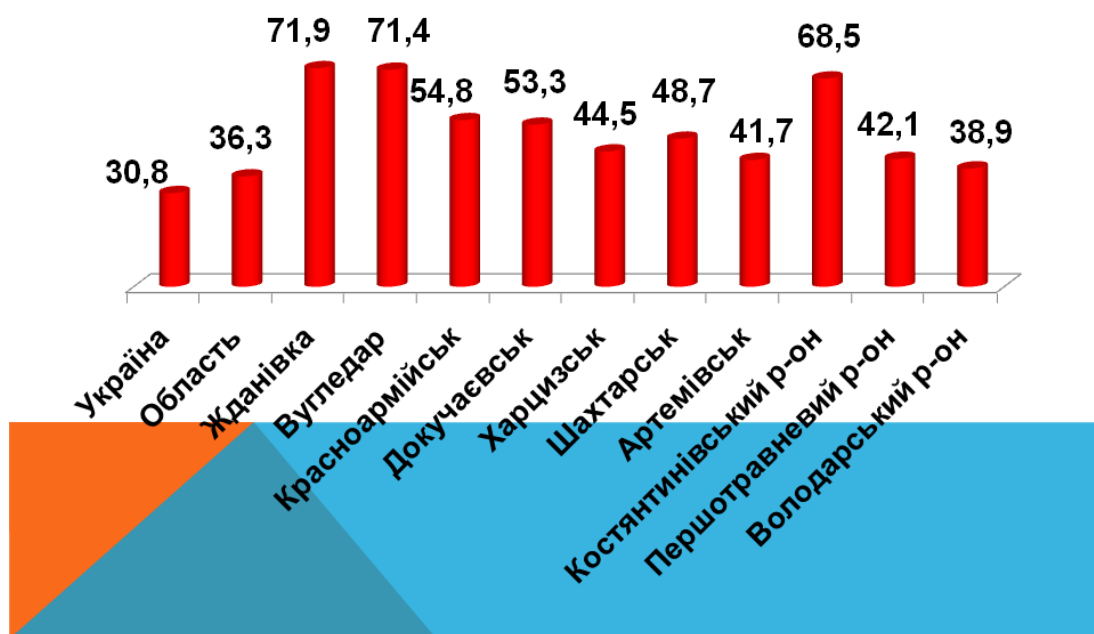
Ежегодно отмечается рост показателя заболеваемости и смертности женщин от злокачественных новообразований молочной железы.

Так, за последние три года показатель заболеваемости раком молочной железы увеличился с 69,4 до 70,1 на 100 тыс. женского населения, что значительно превышает показатели развитых европейских стран. В Украине это показатель 67,1 на 100 тыс. женского населения. Но, в сравнении с прошлым годом, в области этот показатель уменьшился на 1%.

При этом показатель запущенных случаев рака молочной железы вырос с 26,2% в 2012 до 27 % в 2013 г. Украинский показатель – 20,5%.

Выше областного показатель поздней выявляемости рака молочной железы в запущенных стадиях отмечается из года в год в гг. Новогородовка (60,0%), Ждановка (57,1%), Дзержинск (44,8%), Мариуполь (37,4%), Димитров (42,9%), Доброполье (41,7%), Шахтерск (41,2%), районах: Амвросиевский (43,8%), Тельмановский (55,6%), В-Новоселковский (40,0%), Волновахский (42,1%) и данный список ещё можно продолжить.

СМЕРТНІСТЬ ВІД РАКУ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ (НА 100 ТИС. ЖІНОЧОГО НАСЕЛЕННЯ)



Смертность от злокачественных новообразований молочной железы выросла на 8,2% и составила в 2013 году 36,4 (2012 – 33,6) на 100 000 женского населения, что превышает среднеукраинский на 8% (Украина – 30,8).

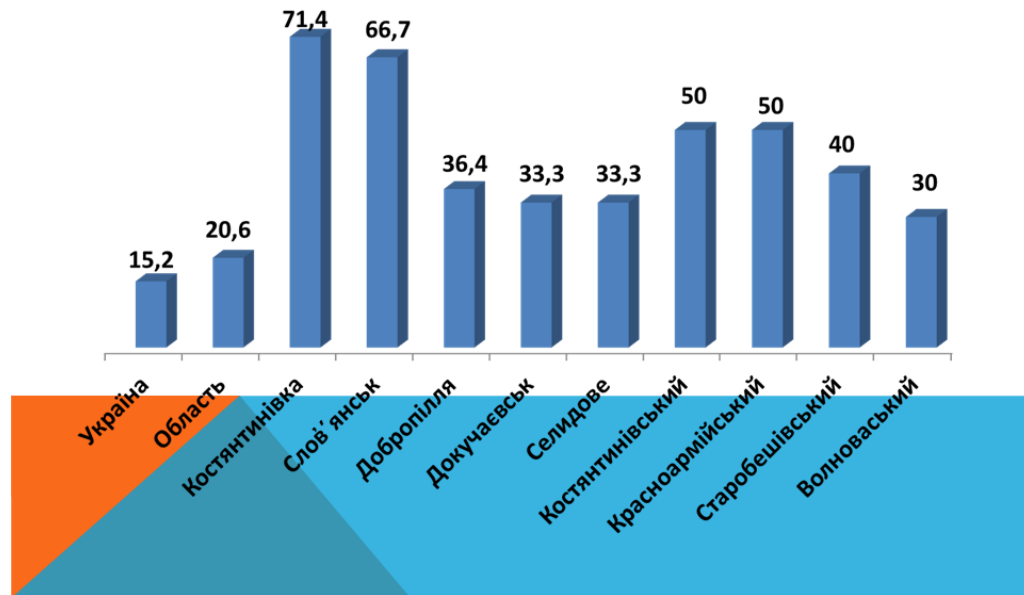
При этом отмечается улучшение показателя одногодичной летальности: 11,6% из числа впервые выявленного рака молочной железы в 2013 году против 12,5% в 2012 году.

ЗАХВОРЮВАНІСТЬ НА РАК ШИЙКИ МАТКИ (НА 100 ТИС. ЖІНОЧОГО НАСЕЛЕННЯ)



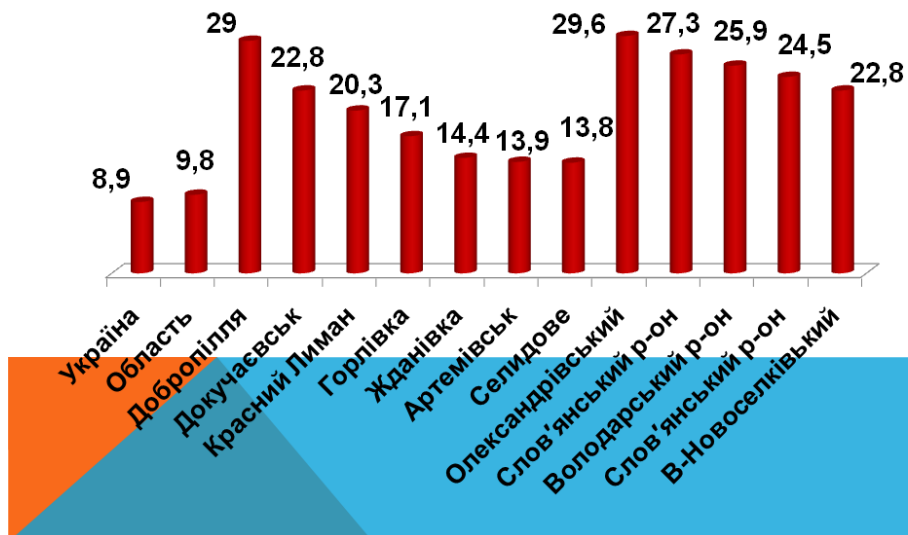
Остається стабільно високим в течение последнего ряда лет показатель заболеваемости раком шейки матки: 20,3 на 100 тыс. женского населения. Украинский показатель – 19,3. Показатель запущенных случаев, благодаря улучшению ранней диагностики, снизился до 20,6 % (2012 – 22,2%). В Украине этот показатель составил 15,2%.

ДІАГНОСТИКА НОВОУТВОРЕНЬ ШИЙКИ МАТКИ В ЗАНЕДБАНИХ СТАДІЯХ (%)



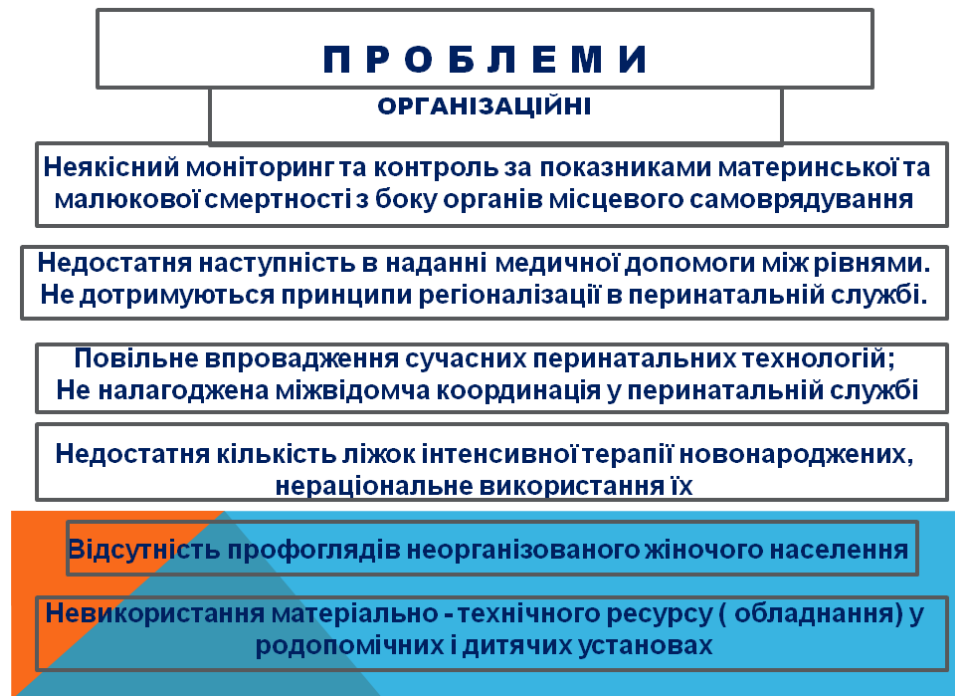
Поздня виявляемость рака шейки матки в запущенных стадиях выявлена в гг. Докучаевск (33,3%), Константиновка (71,4%), Доброполье (36,4%), Докучаевск (33,3%), Селидово (33,3%), Славянск (66,7), районах: Волновахский (30,0), Константиновский (50,0), Красноармейский (50,0), Старобешевский (40,0).

СМЕРТНІСТЬ ВІД РАКУ ШИЙКИ МАТКИ (НА 100 ТИС. ЖІНОЧОГО НАСЕЛЕННЯ)



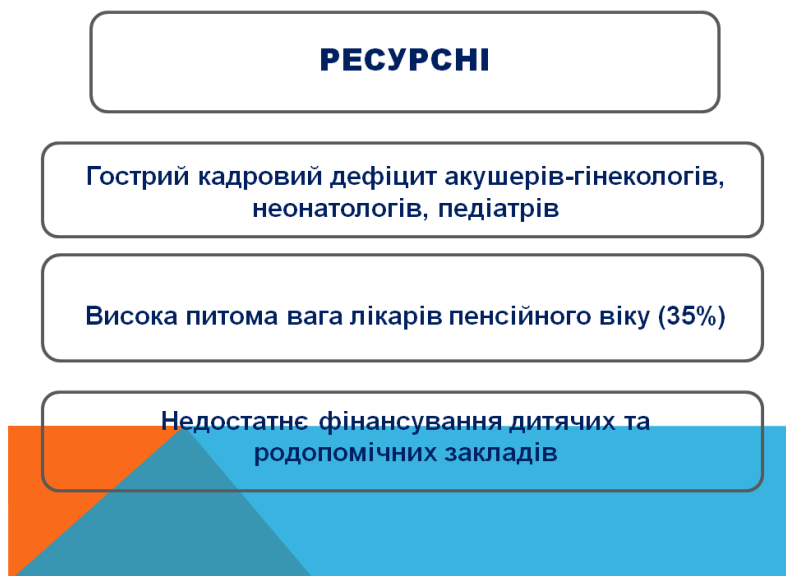
Смертность от злокачественных новообразований шейки матки выросла на 2,1% и составила в 2013 году 9,8(2012 – 9,6) на 100тыс. женского населения. В Украине – 8,9 на 100тыс. женского населения.

Подводя итоги прошедшего 2013 года, нужно отметить, что в службе материнства и детства сохраняются проблемы.



Организационные:

- некачественный мониторинг и контроль за показателями материнской и младенческой смертности со стороны органов местного самоуправления;
- недостаточная преемственность в оказании медицинской помощи между уровнями;
- не соблюдаются принципы регионализации в перинатальной службе области;
- медленное внедрение современных перинатальных технологий;
- не налажена межведомственная координация в службе родовспоможения и детства;
- недостаточное количество коек интенсивной терапии новорождённых, нерациональное использование их;
- отсутствие профосмотров неорганизованного женского населения;
- неиспользование материально-технического ресурса (оборудования) в родосвспомогательных и детских учреждениях.



Ресурсные:

- острый кадровый дефицит акушеров-гинекологов, неонатологов, педиатров;
- высокий удельный вес врачей пенсионного возраста (35%);
- недостаточное финансирование детских и родовспомогательных учреждений;

ШЛЯХИ ВИРІШЕННЯ ОРГАНІЗАЦІЙНИХ ПРОБЛЕМ



Для решения вышеперечисленных проблем, считаем необходимым проведение следующих мероприятий:

Организационные:

- проведение перинатального аудита во всех родовспомогательных учреждениях с определением уровня оказания медицинской помощи;
- приведение в соответствие отделений и коек интенсивной терапии новорожденных;
- систематизация межведомственной координации и взаимодействие между уровнями оказания медицинской помощи;
- обеспечение постоянного мониторинга и контроля за показателями материнской и младенческой смертности со стороны органов власти.

ШЛЯХИ ВИРІШЕННЯ ПРОБЛЕМ РЕСУРСНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ

Організація та проведення постійно діючих семінарів:

- для акушерів – гінекологів і неонатологів;
- для медичних працівників I рівня надання медичної допомоги спільно з асоціацією лікарів сімейної медицини та фахівцями ПЦ II рівня

Виконання програми «місцевих стимулів»

Поліпшення матеріально – технічної бази
родопомічних та дитячих закладів відповідно до вимог
сучасних перинатальних технологій

Ресурсные:

- организация и проведение постоянно-действующих семинаров для акушеров-гинекологов и неонатологов, для медицинских работников I уровня оказания медпомощи совместно с ассоциацией врачей семейной медицины и специалистами перинатальных центров II уровня;
- выполнение программы «Местных стимулов»;
- улучшение материально-технической базы родовспомогательных и детских учреждений в соответствии с требованиями современных перинатальных технологий.