

1. Проведенный клинико-экспертный анализ материала показал, что во всех исследуемых случаях не наблюдались сложные случаи отягощенного акушерско-гинекологического анамнеза и тяжелая экстрагенитальная патология матери. В основном смертельные исходы были вызваны дефектами ведения беременности, родов и послеродового периода.

2. Научная проблема, которая была решена в ходе исследования, позволила выяснить реальное положение дел в области оказания медицинской помощи матерям и доношенным новорожденным, умершим в ранний неонатальный период и аргументированно обозначить социально-демографические и медицинские факторы риска, влияющие на смертность, при этом полученные результаты могут послужить основой для разработки действенных мер и предложений по улучшению системы оказания перинатальной помощи матерям и новорожденным.

Литература

1. Баранов А., Альбицкий В. Смертность детского населения России, 2006 г., 280 с.
2. Могилевкина И. и др. Перинатальный аудит в Донецком регионе, 1997-1998 гг. В: Медико-социальные проблемы семьи, 1999, №4, с. 8-13.
3. Lawn J. et al. 4 Million neonatal deaths: When? Where? Why? In: The Lancet Neonatal Survival Series, 2005, vol. 365, Nr. 9462, p. 891-900.
4. Making every baby count: audit and review of stillbirths and neonatal deaths. World Health Organization, Geneva, 2016, 136 p.
5. Stratulat P., Paladi Gh., Gațcan Ș. ș.a. Prematuritatea: aspecte obstetricale și neonatale. Chișinău, 2013, 454 p.
6. Stratulat P., Curteanu A., Carauș T. Dinamica implementării tehnologiilor asistenței perinatale în Republică în perioada 1998-2008. În: Buletin de Perinatologie. Chișinău, 2009, Nr. 2, p. 8-28

Карпова О.Б., Проклова Т.Н.

**ЗДОРОВЬЕ ЛИЦ СТАРШЕ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА В
2011-2015 ГОДАХ**

«Национальный НИИ общественного здоровья имени Н.А. Семашко»,
Москва, Россия

Karpova O.B., Proklova T.N.

HEALTH OF PERSONS OF WORKING AGE IN 2011-2015

National Research Institute for Public Health, Russia, Moscow

Карпова О. Б. - к.ф.-м.н., ст.н.сотр. candidate of physico-mathematical Sciences, senior scientist.sotr. .E-mail - obkarpova1@yandex.ru

Проклова Т.Н. — к.м.н., ст.н.сотр., candidate of medical Sciences, senior researcher.. (84959172087; E-mail – tnproklova@mail.ru)

Резюме. В работе дается динамика основных показателей заболеваемости лиц старше трудоспособного возраста в РФ за 2011-2015 годы. Анализируется общая заболеваемость, первичная, диспансерное наблюдение, структура заболеваемости.

Ключевые слова: лица старше трудоспособного возраста, общая заболеваемость, первичная заболеваемость, диспансерное наблюдение, структура заболеваемости.

Abstract. In this paper, the dynamics of basic indices of morbidity of persons of working age in the Russian Federation for 2011-2015. Analyzed morbidity, primary, clinical supervision, structure of morbidity.

Keywords: persons working age, the total incidence of primary incidence, clinical supervision, structure of morbidity.

Одной из отличительных характеристик современной социально-демографической ситуации в РФ является старение населения. Данные Росстата свидетельствуют об устойчивом росте численности пожилого населения (население в возрасте старше трудоспособного) в Российской Федерации в 2006–2015 годах, опережающем рост всего населения страны: если общая численность жителей России за этот период увеличилась на 2,4%, то пожилого населения — на 10,8%. Доля лиц старше трудоспособного возраста в 2015 году составляла 24,3% всего населения страны и 43,3% трудоспособного населения.

Как результат, в структуре населения страны устойчиво повышается удельный вес лиц в возрасте старше трудоспособного [3]. Таким образом, перед государством стоит задача обеспечения благоприятных условий людям старше трудоспособного возраста для

активной и здоровой жизни. Именно здоровье определяет качество жизни данной возрастной категории, трудоспособность, социальную и экономическую активность, вклад в развитие общества.

В связи с этим постоянный мониторинг состояния здоровья населения старше трудоспособного возраста и своевременное проведение профилактических оздоровительных и поддерживающих мероприятий являются важными факторами для реализации государственной политики в сфере здравоохранения [2].

В работе дается динамика основных показателей заболеваемости лиц старше трудоспособного возраста в РФ за 2011-2015 годы [1]. За анализируемый период наблюдался рост общей заболеваемости на 8,6%, при этом относительный показатель заболеваемости (на 100 тыс. населения старше трудоспособного возраста) снизился на 1,9%.

В структуре общей заболеваемости преобладают болезни системы кровообращения (30,2%), болезни костно-мышечной системы (10,8%), болезни органов дыхания (9,9%), болезни глаза и его придаточного аппарата (9,26%) (Таблица 1).

По классам заболеваний наибольший рост относительного показателя отмечается для болезней эндокринной системы (17,3%), болезней крови, кроветворных органов (8,0%), новообразований (6,2%), психических расстройств (4,9%).

Внутри классов максимальный прирост относительного показателя заболеваемости приходится на ожирение (37,6%), тиреотоксикоз (20,3%) инсулиннезависимый сахарный диабет (14,4%). В то же время для ряда заболеваний относительный показатель заболеваемости за анализируемый период снизился. Наиболее значительное снижение показателя приходится на инсулинозависимый сахарный диабет (25,7%), стенокардию (20,0%), повторный инфаркт миокарда (12,1%), миопию и катаракту (по 10,5%) и язвенную болезнь желудка (9,3%).

Первичная заболеваемость за анализируемый период выросла на 9,8% и составляла в 2015 году 71997125 случаев, при этом относительный показатель первичной заболеваемости уменьшился на 0,9% и составил 52311,4.

В структуре первичной заболеваемости на первое место выходят болезни органов дыхания (25,4%), далее следуют травмы и отравления (13,9%), болезни системы кровообращения (11,5%), болезни глаза и его придаточного аппарата (9,26%).

По классам заболеваний наибольший прирост приходится на болезни эндокринной системы (36,0%), болезни системы кровообращения

(16,7%), болезни крови и кроветворных органов (12,6%), болезни органов пищеварения (11,4%), новообразования (0,6%). Внутри классов наибольший рост относительного показателя первичной заболеваемости отмечается у таких заболеваний как ожирение (более чем в два раза), болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением (63,9%), хронические ревматические болезни сердца (33,9%), болезни поджелудочной железы (23,3%), болезни печени (19,5%).

Наиболее значительное снижение относительного показателя зафиксировано для класса некоторых инфекционных и паразитарных болезней (18,4%), психических расстройств (13,1%), болезней костно-мышечной системы (8,5%), болезней кожи и подкожной клетчатки (8,3%).

С 2011 г. в России ведется планомерная работа по борьбе с хроническими заболеваниями, в частности, среди пожилого населения.

Принятый Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» конкретизировал понятие профилактики ХНИЗ и формирования здорового образа жизни (статья 30), а также включил мероприятия по профилактике ХНИЗ в первичную медико-санитарную помощь. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 03 февраля 2015 г. № 36ан «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения» определил порядок работы амбулаторно-поликлинического звена по раннему выявлению ХНИЗ, а также основных факторов риска их развития.

За анализируемые 5 лет диспансерное наблюдение лиц старше трудоспособного возраста также выросло на 26,6%. Наибольший рост числа лиц, находящихся под диспансерным наблюдением приходится на лиц с болезнями системы кровообращения (36,3%). Число случаев диспансеризации с болезнями костно-мышечной системы, болезнями крови, кроветворных органов, эндокринной системы выросло на 35,13%, 27,8% и 27,7% соответственно.

В 2015 году из каждых 100 пожилых людей 62 человека состояли под диспансерным наблюдением. В структуре диспансерного наблюдения наибольшее число всех случаев приходится на лиц с болезнями системы кровообращения (39,6%), далее следуют болезни эндокринной системы, новообразования, болезни глаза и его придаточного аппарата, болезни органов пищеварения (16,4%, 9,9%, 6,9% и 6,8% соответственно).

Таким образом, состояние здоровья лиц старше трудоспособного возраста требует особого внимания. Здоровье пожилых людей отстает от роста продолжительности жизни, действующая система здравоохранения слабо ориентирована на оказание той помощи, которая необходима пожилым людям [2]. Назрела необходимость в переориентации системы здравоохранения с модели, основанной на лечении заболеваний по мере их выявления, на модель, в рамках которой на первый план выходят качество жизни человека и постоянный контроль за состоянием хронических пациентов. В последнее время предлагается модификация подходов к формированию параметров базовой программы обязательного медицинского страхования. Предполагается введение повышенных для пожилого населения нормативов объемов предоставления медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо, нормативов финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи, нормативов финансового обеспечения базовой программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо [3]. Кроме того, целесообразна корректировка перечня критериев качества медицинской помощи, входящих в состав программы государственных гарантий бесплатного оказания помощи гражданам путем их дифференциации по трем основным возрастным группам населения (население моложе трудоспособного возраста, трудоспособного возраста, старше трудоспособного возраста).

Литература

1. Министерство здравоохранения Российской Федерации Департамент анализа, прогноза и инновационного развития здравоохранения ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава Статистические материалы.
2. Население в возрасте 50 лет и старше: проблемы и задачи государственной политики для поддержания уровня здоровья и качества жизни. Статья подготовлена по результатам проекта «Социальная и экономическая активность людей зрелого возраста (категория «50+»). Потребности. Удовлетворённость. Модели потребительского поведения. Взаимодействие с бизнесом и органами власти». При реализации проекта использовались средства государственной поддержки, выделенные в качестве гранта в соответствии с распоряжением

Президента Российской Федерации от 01.04.2015 № 79-рп и на основании конкурса, проведенного Фондом ИСЭПИ, [http //Socis-50plus.ru](http://Socis-50plus.ru), 15стр.

3. Пожилое население России: проблемы и перспективы. Социальный бюллетень. Март 2016г. Аналитический центр при правительстве Российской Федерации, 45стр.

Клюй Т. А.

ЭНЕРГЕТИЧЕСКИЙ МЕНЕДЖМЕНТ В СИСТЕМЕ УПРАВЛЕНИЯ В ОРГАНИЗАЦИЯХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Белорусская медицинская академия последипломного образования,
Минск, Беларусь

Клюу Т. А.

ENERGY MANAGEMENT IN THE CONTROL SYSTEM IN HEALTH ORGANIZATIONS

Belarusian Medical Academy of Postgraduate Education, Minsk, Belarus

Клюй Т. А. Белорусская медицинская академия последипломного образования, г. Минск, Беларусь, старший преподаватель
E-mail: klui0002@list.ru

Резюме. В повышении эффективности использования ресурсов в организациях здравоохранения все большую роль имеет не только внедрение новых технологий, совершенствование и модернизация существующего оборудования, но и правильно организованное управление энергопотреблением, то есть энергетический менеджмент.

Ключевые слова: энергетический менеджмент, энергосбережение, система энергетического менеджмента

Abstract. The increase in the efficiency of using resources in healthcare organizations is not only due to the introduction of new technologies, improvement and modernization of the existing equipment, but also the properly organized management of energy consumption, that is, energy management