

УДК 314.44:314.93+316.422

Н.А. Лебедева-Несеvря¹, М.Ю. Цинкер¹, Е.Б. Плотникова², И.А. Германов²**ЗДОРОВЬЕ РАБОТАЮЩЕГО НАСЕЛЕНИЯ КАК ФАКТОР СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКОЙ МОДЕРНИЗАЦИИ ТЕРРИТОРИИ***¹ ФБУН «Федеральный научный центр медико-профилактических технологий управления рисками здоровью населения», ул. Монастырская, 82, Пермь, Россия», 614045² ФГБОУ ВО «Пермский государственный национальный исследовательский университет», ул. Букирева, 15, Пермь, Россия, 614068

Цель исследования состояла в оценке уровня заболеваемости с временной утратой нетрудоспособности работающего населения 11 муниципальных образований Пермского края с высокой интенсивностью планируемых модернизационных процессов. Показано, что промышленные города, выступающие «локомотивами» социально-экономической модернизации (Пермь, Соликамск, Березники), характеризуются более высоким уровнем здоровья работающих, чем территории, слабо интегрированные в модернизационные процессы (г. Кудымкар, Гремячинский и Кизеловский муниципальные районы). Наиболее существенные различия — по показателям нетрудоспособности по причине болезней систем кровообращения, травм, отравлений и других последствий воздействия внешних причин, болезней костно-мышечной системы. Доказано, что меры по сохранению и укреплению здоровья работающих должны быть составной частью стратегических программ по социально-экономической модернизации отдельных территорий и региона в целом.

Ключевые слова: *здоровье работающих, заболеваемость, временная утрата трудоспособности, модернизация.*

N.A. Lebedeva-Nesevrya¹, M.Yu. Tsinker¹, E.B. Plotnikova², I.A. Germanov². **Workers' health as a factor of social economic modernization of territory**

¹ FBSI «Federal Scientific Center for Medical and Preventive Health Risk Management Technologies», Monastyrskaya str., 82, Perm, Russia, 614045

² FSBEI HE «Perm State National Research University» Bukireva str., 15, Perm, Russia, 614068

The study was aimed to evaluate level of morbidity with transitory disablement among workers in 11 municipal districts of Perm' area with high intensity of planned modernization processes. Findings are that industrial cities being "locomotives" of social economic modernization (Perm', Solikamsk, Berezniki) demonstrate higher level of workers' health, than the territories with weak integration into modernization processes (Kudymkar, Gremyachensk and Kizelovsk municipal districts). More marked differences were seen in values of disablement due to cardiovascular diseases, traumatism, poisoning and other external causes, locomotory diseases. Measures on preservation and improvement of workers' health were proved to be a part of strategic programs of social economic modernization of certain territories and the region as a whole.

Key words: *workers' health, morbidity, transitory disablement, modernization.*

Инновационный социально ориентированный тип экономического развития Российской Федерации, определенный концепцией долгосрочного социально-экономического развития РФ на период до 2020 года, предполагает опору на модернизацию традиционных секторов российской экономики, превращение инноваций в ведущий фактор экономического роста во всех отраслях, формирование новой экономики — экономики знаний и высоких технологий [5].

Человеческий капитал выступает главным фактором решения стратегических задач страны, обеспечения ее конкурентоспособности [10,11], а его развитие

представляется существенно более значимой силой экономического развития, нежели природные ресурсы и накопленное богатство [4]. Готовность человеческого ресурса к модернизации и к активной борьбе с препятствиями на ее пути определяет успешность проводимых изменений [2], а отказ от учета этой готовности создает риски стагнации и усугубления отставания уровня социально-экономического развития России от развитых стран [9].

Основными факторами социально-экономической модернизации России выступают граждане трудоспособного возраста, которые являются наиболее вклю-

* Публикация подготовлена в рамках научно-исследовательских работ ФГБОУ ВПО «Пермский государственный национальный исследовательский университет», проводимых на основе государственного задания Министерства образования и науки РФ (проект № 929, выполняется в рамках базовой части государственного задания в сфере научной деятельности по заданию №153/2015, рук. Е.Б. Плотникова)

ченными в производство с внедрением инноваций, но обладают объективными ресурсами, позволяющими быть участниками модернизации [7].

Согласно данным, представленным аналитической группой Всемирного экономического форума в «Отчете о человеческом капитале — 2016» [14], Россия находится на 28 месте среди 130 стран мира по индексу человеческого капитала, интегрирующего 46 показателей, характеризующих: а) уровень образования и профессиональной подготовки граждан, б) состояние здоровья, физического и психологического благополучия, в) трудоустройство и занятость, г) состояние инфраструктуры, правовой защиты и социальной мобильности. Аналогичное место Россия занимает и по индексу человеческого капитала, рассчитанного для возрастной группы 25–54 года. При этом в отчете отмечается, что наиболее проблемной зоной для России остается состояние здоровья граждан [14]. Низкие значения показателя состояния здоровья определяются высокой смертностью населения трудоспособного возраста, в 2,5 раза превышающей показатели в развитых странах, ростом заболеваемости в данной группе лиц различными патологиями (сердечно-сосудистой, нейроэндокринной, желудочно-кишечной и пр. систем) в течение последних лет, высокой долей занятых во вредных условиях труда [3].

Здоровье работающих не только обуславливает производительность труда [13], высокий уровень которой сам по себе является требованием модернизации, но выступает фактором накопления человече-

ского капитала организации и территории [6], а также критерием оценки потенциала модернизационных преобразований на любом уровне.

Комплексная модернизация, заявленная в качестве приоритета в развитии страны в целом, должна начинаться с муниципалитетов [12]. Именно на уровне территорий следует оценивать имеющиеся для реализации модернизации ресурсы, в т.ч. человеческие, и, в зависимости от результатов этой оценки, определять стратегию дальнейшего развития.

Цель данного исследования — оценить сформированность условий социально-экономической модернизации на муниципальном уровне на основе характеристики состояния здоровья работающего населения (на примере Пермского края).

Материалы и методы. В основе исследования лежало представление о двустороннем характере связи модернизации территории и состояния здоровья работающего населения. С одной стороны, социально-экономическая модернизация требует высокого качества трудовых ресурсов, выражающегося в низком уровне заболеваемости работающих, низком уровне смертности и инвалидизации населения трудоспособного возраста. С другой стороны, успешная модернизация создает основу для укрепления и развития человеческого потенциала территории, обеспечивая возможность сохранения и укрепления здоровья работающего населения (см. рис.).

Информационная база исследования — данные о заболеваемости с временной утратой трудоспособно-

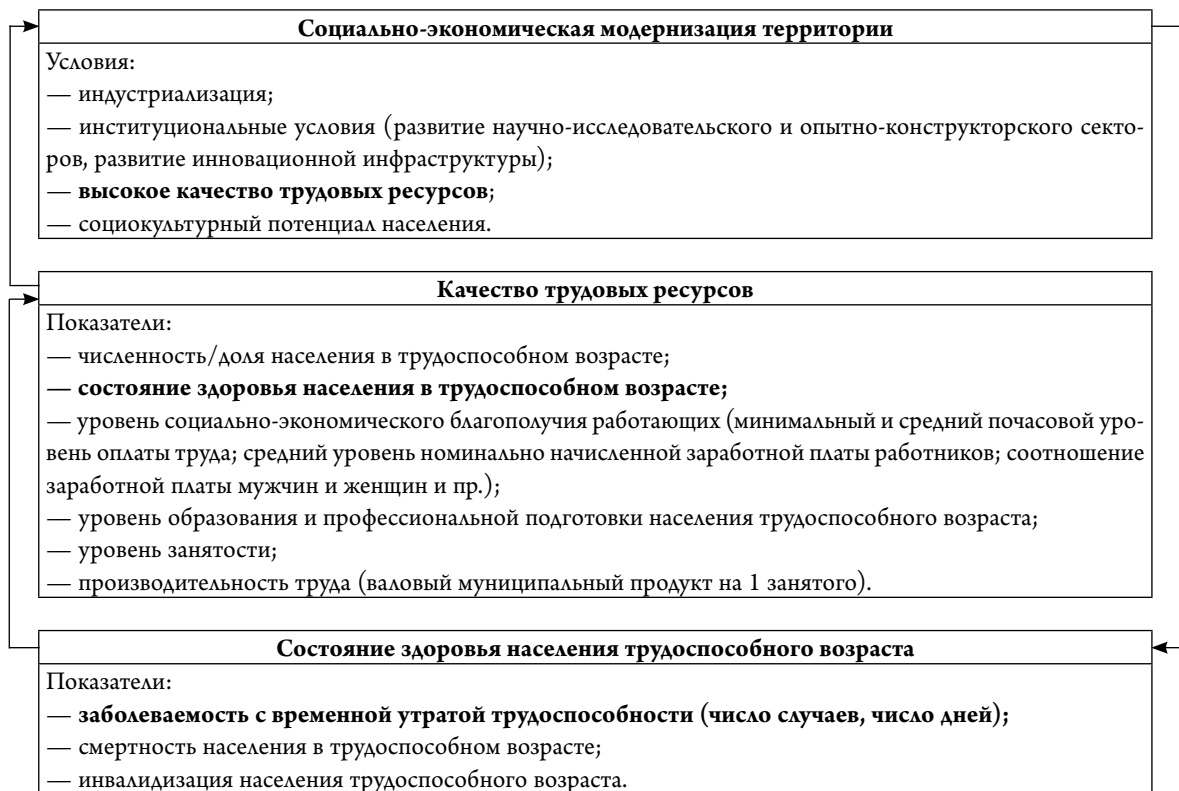


Рис. Схема связи заболеваемости работающего населения и социально-экономической модернизации территории

сти работающего населения за 2015 г. 11 муниципальных образований Пермского края: 6 городских округов (ГО) (ГО «Город Пермь», ГО «Город Березники», ГО «Город Кунгур», ГО «Город Кудымкар», ГО «Город Соликамск», Губахинской городской округ) и 5 муниципальных районов (Кизеловский, Чусовской, Гремячинский, Добрянский и Чайковский муниципальные районы). Критериями для отбора муниципальных образований являлись уровень их социально-экономического благополучия и динамика развития, детерминирующие высокую степень интенсивности планируемых модернизационных процессов. Города Пермь, Соликамск и Березники представляют собой экономически устойчивые промышленные центры, выступающие локомотивами модернизации Пермского края (группа 1). Старопромышленные территории (гг. Губаха и Кунгур, Чусовской муниципальный район), а также «молодые территории энергетиков» (Добрянский и Чайковский муниципальные районы), сохраняя некоторую положительную динамику экономического развития, только включаются в активные модернизационные процессы, но способны выступить их «поддерживающими центрами» в регионе (группа 2). Практически изолированными от модернизации остаются территории Кизеловского угольного бассейна (Кизеловский и Гремячинский муниципальные районы), являющиеся зонами «тяжелой депрессии» [1], а также столица высокодотационного Коми-Пермяцкого округа г. Кудымкар (группа 3).

Для оценки заболеваемости работающего населения на территориях использовались показатели:

«средняя продолжительность случая нетрудоспособности, дней» и «число случаев временной нетрудоспособности на 1 тыс. лиц трудоспособного возраста, шт.», которые рассчитывались на основе показателей «число случаев временной нетрудоспособности, шт.», «число дней временной нетрудоспособности, дней», «численность населения в трудоспособном возрасте, чел.». Данные по заболеваемости использовались без учета специализированных медицинских учреждений по официально оформленным больничным листам. Не учитывались случаи нетрудоспособности по причине заболеваний по классу XV (в соответствии с МКБ–10) «беременность, роды и послеродовой период», а также в связи с уходом за больными.

Осуществлялась стандартизация показателей «прямым методом стандартизации». В качестве стандарта выбрана возрастная структура населения г. Перми. Сравнительный статистический анализ проводился в разрезе отдельных муниципальных образований и групп территорий с использованием t-критерия Стьюдента [8].

Результаты и их обсуждение. Анализ данных по количеству случаев нетрудоспособности работающего населения муниципальных образований Пермского края показал, что наиболее благополучная ситуация складывается на хорошо модернизированных территориях первой группы — в гг. Пермь, Березники и Соликамск (табл. 1).

На данных территориях среднее число случаев нетрудоспособности по всем причинам в расчете на 1 тыс. лиц трудоспособного возраста составило 248,8,

Таблица 1

Среднее число случаев нетрудоспособности в муниципальных образованиях Пермского края в 2015 г. (стандартизированный показатель; на 1 тыс. лиц трудоспособного возраста)

Причина нетрудоспособности	Группа 1			Группа 2					Группа 3		
	г. Пермь	г. Березники	г. Соликамск	г. Кунгур	Чусовской муниципальный район	г. Губаха	Добрянский муниципальный район	Чайковский муниципальный район	Гремячинский муниципальный район	г. Кудымкар	Кизеловский муниципальный район
Болезни органов дыхания (класс X)	99,1	134,3	67,2	70,0	112,5	143,8	124,1	150,7	108,9	72,5	78,7
Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин (класс XIX)	18,9	45,7	33,6	29,1	28,7	40,3	39,7	26,3	49,3	27,2	26,7
Болезни костно-мышечной системы (класс XIII)	20,4	52,3	34,1	27,0	40,1	80,4	61,7	34,0	55,9	45,0	52,9
Болезни системы кровообращения (класс IX)	11,5	16,7	8,8	11,9	20,1	30,5	20,9	12,9	25,2	22,4	17,3
Болезни органов пищеварения (класс XI)	11,4	20,8	11,0	16,3	10,5	26,2	17,5	17,2	29,5	8,7	13,5
Болезни мочеполовой системы (класс XIV)	8,7	10,6	17,9	14,6	21,3	19,4	12,6	11,2	10,6	17,3	11,7
Болезни нервной системы (класс VI)	2,9	5,9	2,7	2,2	3,6	6,8	2,4	4,2	18,7	9,9	5,6
Все причины	204,3	323,2	219,0	202,5	289,2	404,5	320,2	297,9	331,1	247,0	236,2

тогда как на территориях, включающихся (группа 2) и изолированных от модернизации (группа 3) — достоверно выше (302,8 сл. и 271,4 сл. соответственно). По всем основным классам заболеваний (за исключением класса X — болезни органов дыхания) среднее число случаев нетрудоспособности на территориях первой группы достоверно ниже, чем во второй и третьей (здесь и далее различия между группами значимы на уровне достоверности 0,05). Наиболее существенные различия наблюдаются по показателям нетрудоспособности по причине болезней систем кровообращения (показатель во второй группе — в 1,5 раза, а в третьей группе — в 1,7 раза выше, чем в первой) и пищеварения (во второй и третьей группах показатель в 1,2 раза выше, чем в первой), болезней костно-мышечной системы (показатель во второй группе — в 1,3 раза, а в третьей группе — в 1,4 раза выше, чем в первой).

В Перми зафиксировано меньше всего случаев нетрудоспособности по причине болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани (20,4 сл. на 1 тыс. трудоспособного населения), мочеполовой системы (8,7 сл. на 1 тыс. трудоспособного населения), а также по причине травм, отравлений и других последствий воздействия внешних причин (18,9 сл. на 1 тыс. трудоспособного населения). Причем, различия по последнему показателю между Пермью и территориями 3-й группы составляют от 1,4 до 2,6 раз. В г. Соликамск самый низкий показатель нетрудоспособности по причине болезней органов дыхания (67,2 сл. на 1 тыс. трудоспособного населения) и болезней системы кровообращения (8,8 сл. на 1 тыс. трудоспособного населения).

Ситуация на территориях второй группы, призванных выступить опорными точками модернизационных

процессов в регионе, является неоднозначной — на фоне благополучного г. Кунгур и относительно благополучных Добрянского, Чусовского и Чайковского муниципальных районов, г. Губаха выглядит скорее как территория третьей группы. В данном муниципальном образовании самое высокое среднее число случаев временной нетрудоспособности на 1 тыс. трудоспособного населения по причине болезней костно-мышечной системы (80,4 сл.), системы кровообращения (30,5 сл.) и по всем причинам в целом (404,5 сл.); на втором месте среди всех территорий г. Губаха находится по показателям нетрудоспособности по причине болезней органов пищеварения (26,2 сл. на 1 тыс. трудоспособного населения), мочеполовой системы (19,4 сл. на 1 тыс. трудоспособного населения) и болезней органов дыхания (143,8 сл. на 1 тыс. трудоспособного населения).

Среди наименее модернизированных территорий Пермского края особо проблемным является Гремячинский муниципальный район. Здесь наблюдается самое высокое среди всех территорий среднее (на 1 тыс. трудоспособного населения) количество случаев нетрудоспособности по причине травм, отравлений и других последствий внешних причин (49,3 сл.), болезней органов пищеварения (29,5 сл.) и болезней нервной системы (18,7 сл.).

Анализ средней продолжительности случая нетрудоспособности работающих в 2015 г. показал, что по таким группам причин как «травмы, отравления и некоторые другие последствия внешних причин» и «все причины» наибольшие значения наблюдаются в муниципальных образованиях третьей группы — (23,7 дн. и 13,8 дн. соответственно). Наименее благополучна ситуация в Кизеловском муниципальном районе (табл. 2).

Таблица 2

Средняя продолжительность случая нетрудоспособности в муниципальных образованиях Пермского края в 2015 г. (дни)

Причина нетрудоспособности	Группа 1			Группа 2					Группа 3		
	г. Пермь	г. Березники	г. Соликамск	г. Кунгур	Чусовской муниципальной район	г. Губаха	Добрянский муниципальный район	Чайковский муниципальный район	Гремячинский муниципальный район	г. Кушымкар	Кизеловский муниципальный район
Болезни органов дыхания (класс X)	7,9	8,9	10,0	9,2	9,0	9,1	8,2	7,3	8,9	8,0	9,5
Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин (класс XIX)	21,5	20,1	22,7	18,7	21,4	26,5	25,3	21,0	23,9	20,6	26,5
Болезни костно-мышечной системы (класс XIII)	13,7	15,0	16,8	14,0	12,8	13,9	14,2	13,9	13,8	12,9	15,1
Болезни системы кровообращения (класс IX)	14,9	18,2	18,6	18,2	14,2	15,2	19,1	17,1	18,8	12,9	14,4
Болезни органов пищеварения (класс XI)	11,2	11,9	15,5	10,6	12,6	13,5	17,0	12,6	12,6	13,7	11,5
Болезни мочеполовой системы (класс XIV)	9,1	10,9	9,3	9,3	9,6	10,5	11,7	10,7	12,6	9,0	13,8
Болезни нервной системы (класс VI)	11,4	12,3	11,5	10,9	13,5	14,8	29,9	14,4	13,1	23,2	11,9
Все причины	11,4	13,1	14,8	12,6	12,0	13,6	13,8	11,6	14,5	12,1	14,7

Кизеловский муниципальный район находится на первом месте среди всех обследованных территорий по показателям средней продолжительности случая нетрудоспособности по причине травм, отравлений и других последствий внешних причин (26,5 дн.) и болезней мочеполовой системы (13,8 дн.). Также он находится в «лидерах» по показателям средней продолжительности случая нетрудоспособности по причине болезней органов дыхания (9,5 дн., 2 место), костно-мышечной системы и соединительной ткани (15,1 дн., 2 место), а также по всем причинам в целом (14,7 дн., 2 место). В г. Кудымкаре наблюдается высокая продолжительность случая нетрудоспособности по причине болезней нервной системы (23,2 дн., 2 место среди всех 11 исследованных муниципальных образований), а также болезней органов пищеварения (13,7 дн., 3 место среди всех 11 муниципальных образований). Гремячинский муниципальный район находится на втором месте среди обследованных территорий по продолжительности случая нетрудоспособности по причине болезней системы кровообращения (18,8 дн.), на третьем — по всем причинам нетрудоспособности (14,5 дн.).

Выводы. 1. В группе экономически устойчивых, постепенно развивающихся территорий Пермского края, только г. Пермь характеризуется достоверно более высоким уровнем здоровья работающих, нежели догоняющие и стагнирующие муниципальные образования. С одной стороны, это определяет высокий потенциал регионального центра в дальнейшей социально-экономической модернизации края. С другой стороны — это сигнализирует о крайне неравномерном территориальном распределении человеческих ресурсов модернизации в крае. 2. Город Березники позиционируется в региональных и муниципальных стратегических документах как «крупнейший промышленный центр», ориентированный на «эффективное и динамическое развитие». Однако, в данном муниципальном образовании наблюдается высокий уровень заболеваемости работающих, сочетающийся с высокой длительностью одного случая по классам «болезни органов дыхания» (самая частая причина нетрудоспособности среди всех классов болезней) и «травмы, отравления и другие последствия воздействия вредных причин» (класс болезней с самой высокой длительностью случая). 3. Работающее население слабо модернизированных территорий (Гремячинский муниципальный район) также имеет низкий уровень здоровья, что подтверждается высокими значениями среднего числа случаев нетрудоспособности и средней продолжительности нетрудоспособности по большинству классов болезней, что может привести к нарастанию и социально-экономической дифференциации региона. 4. В этой связи, представляется необходимым а) включить мероприятия по сохранению и укреплению здоровья работающих граждан в программы социально-экономического развития как отдельных территорий, так и региона в целом; б) учитывать состояние здоровья работающих при обосновании направлений и целей

развития отдельных отраслей экономики; в) разработать целевые показатели, характеризующие состояние здоровья работающих, для оценки потенциала модернизационных процессов на территории.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ (см. REFERENCES стр. 14)

1. Государственная программа Пермского края «Экономическое развитие и инновационная экономика». Утв. Постановлением Правительства Пермского края от 03.10.2013 №1325-п.
2. Емельянов Ю.С. Человеческий капитал в модернизации России / Ю.С. Емельянов, А.А.; предисл. Е. П. Велихова; Международный науч.-исслед. ин-т проблем управления. — М., 2011.
3. Измеров Н.Ф. Современные проблемы медицины труда России // Мед. труда и экология человека. — 2015. — № 2 (2). — С. 5–12.
4. Калугина З.И. Ресурсный дефицит развития человеческого потенциала как угроза модернизации // Регион: Экономика и Социология. — 2011. — № 1. — С. 50–70.
5. Концепция долгосрочного социально-экономического развития РФ на период до 2020 г. / Утв. распоряжением Правительства РФ от 17 ноября 2008 г. №1662-р.
6. Лепихина Т.А., Карпович Ю.В. Социальное и экономическое значение здоровья работников как фактора накопления человеческого капитала предприятия // Современные технологии управления. — 2013. — № 1 (25). — С. 25–29.
7. Маркова Ю.С. Модернизационный потенциал ценностей людей среднего возраста (на примере Пермского края) // Вестник Пермского ун-та. Философия. Психология. Социология. — 2016. — № 2 (26). — С. 153–159.
8. Марченко Б.И. Здоровье на популяционном уровне: статистические методы исследования (руководство для врачей). — Таганрог: Издательство «Сфинкс», 1997. — 432 с.
9. Мау В.А. Человеческий капитал: вызовы для России. — М.: Издательский дом «Дело» РАНХиГС, 2013. — 32 с.
10. Медведев Д.А. Новая реальность: Россия и глобальные вызовы // Вопросы экономики. — 2015. — № 10. — С. 5–29.
11. Онищенко Г.Г., Зайцева Н.В., Май И.В., Андреева Е.Е. Кластерная систематизация параметров санитарно-эпидемиологического благополучия населения регионов РФ и городов федерального значения // Анализ риска здоровью. — 2016. — № 1 (13). — С. 4–14.
12. Осташков А.В. Информационно-идеологическая поддержка модернизационных процессов в России в процессе дополнительного профессионального образования государственных гражданских и муниципальных служащих // Открытое образование. — 2011. — № 2–2. — С. 286–290.
13. Попова И.В., Котлярова Л.Д., Котлярова О.А. Здоровье работников как фактор производительности труда. Проблемы измерения // Вестник Костромского гос. ун-та им. Н.А. Некрасова. — 2014. — Т. 20. № 6. — С. 284–289.

REFERENCES

1. Governmental program of Perm' area «Economic development and innovation economics» approved by Perm' Government Resolution on 3/10/2013 № 1325p (in Russian).

2. *Emelianov Yu.S.* Human capital in Russia modernization. Mezhdunarodnyy nauch.-issled. in-t problem upravleniya. — Moscow, 2011 (in Russian).
3. *Izmerov N.F.* Contemporary problems of industrial medicine in Russia // Med. truda i ekologiya cheloveka. — 2015. — 2 (2). — P. 5–12 (in Russian).
4. *Kalugina Z.I.* Resource deficiency in human potential development as a threat to modernization // Region: Ekonomika i Sotsiologiya. — 2011. — 1. — P. 50–70 (in Russian).
5. Concept of long-term social economic development of Russian Federation up to 2020. Approved by RF Government resolution on 17 November 2008 № 1662r (in Russian).
6. *Lepikhina T.L.* Social and economic value of workers' health as a factor of human capital accumulation in enterprise / In: T.L. Lepikhina, Yu.V. Karpovich // Sovremennye tekhnologii upravleniya. — 2013. — 1 (25). — P. 25–29 (in Russian).
7. *Markova Yu.S.* Modernization potential of middle-age people value (exemplified by Perm' area) // Vestnik Permskogo universiteta. Filosofiya. Psikhologiya. Sotsiologiya. — 2016. — 2 (26). — P. 153–159 (in Russian).
8. *Marchenko B.I.* Health on population level: statistic study methods (manual for doctors) . — Taganrog: Izdatel'stvo «Sfinks», 1997. — 432 p. (in Russian).
9. *Mau V.A.* Human capital: challenges for Russia. — Moscow: Izdatel'skiy dom «Delo» RANKhiGS, 2013. — 32 p. (in Russian).
10. *Medvedev D.A.* New reality: Russia and global challenges // Voprosy ekonomiki. — 2015. — 10. — P. 5–29 (in Russian).
11. *Onishenko G.G.* Cluster systematization of sanitary epidemiologic well-being parameters of RF regions and federal subjection cities / In: G.G. Onishchenko, N.V. Zaytseva, I.V. May, E.E. Andreeva // Analiz riska zdorov'yu, 2016. — 1 (13). — P. 4–14 (in Russian).
12. *Ostashkov A.V.* Information and ideologic support of modernization processes in Russia during additional professional education of governmental and municipal officers // Otkrytoe obrazovanie. — 2011. — 2–2. — P. 286–290 (in Russian).
13. *Popova I.V.* Workers' health as a factor of working efficiency. In: I.V. Popova, L.D. Kotlyarova, O.A. Kotlyarova // Vestnik Kostromskogo gosudarstvennogo universiteta im. N.A. Nekrasova. — 2014. — Vol. 20. — 6. — P. 284–289 (in Russian).
14. The Human Capital Report. 2016 [Электронный ресурс] // Официальный сайт Всемирного экономического форума. Режим доступа: http://www3.weforum.org/docs/HCR2016_Main_Report.pdf.

Поступила 29.09.20116

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Лебедева-Несевья Наталья Александровна (Lebedeva-Nesevrya N.A.),

зав. лаб. методов анализа социальных рисков ФБУН «Федеральный научный центр медико-профилактических технологий управления рисками здоровью населения», д-р соц. наук.
E-mail: natnes@fcrisk.ru.

Цинкер Михаил Юрьевич (Tsinker M.Yu.),

математик отд. математич. моделир. систем и процессов ФБУН «Федеральный научный центр медико-профилактических технологий управления рисками здоровью населения».
E-mail: cinker@fcrisk.ru.

Плотникова Елена Борисовна (Plotnikova E.B.),

зав. каф. социологии ФГБОУВО «Пермский государственный национальный исследовательский университет», канд. истор. наук). E-mail: plotnikova1958@yandex.ru.

Германов Игорь Анатольевич (Germanov I.A.),

доц. каф. социологии ФГБОУВО «Пермский государственный национальный исследовательский университет», канд. соц. наук. E-mail: Germanov1973@yandex.ru.

УДК 616.132.2–089.86–089.168:613.63/.69]–036.865 (470.53–25)

А.Е. Носов¹, Е.М. Власова¹, Т.А. Пономарева¹, А.В. Агафонов²

К ВОПРОСУ ЭКСПЕРТИЗЫ ПРОФПРИГОДНОСТИ РАБОТАЮЩИХ ВО ВРЕДНЫХ УСЛОВИЯХ ТРУДА ПОСЛЕ АОРТОКОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ

¹ФБУН «Федеральный научный центр медико-профилактических технологий управления рисками здоровью населения», 82, ул. Монастырская, Пермь, Россия, 614045

²ФГБОУ ВПО «Пермский государственный медицинский университет им. акад. Е.А. Вагнера» Министерства здравоохранения России, 26, ул. Петропавловская, Пермь, Россия, 614000

Реваскуляризация миокарда у больных ишемической болезнью сердца остается одним из важнейших методов лечения. Значительное улучшение соматического состояния после оперативного лечения ИБС отмечается в среднем у 82–83% больных, тогда как к профессиональной деятельности без снижения предоперационного уровня квалификации и трудоспособности возвращаются чуть более половины. На базе клиники профпатологии и медицины труда ФБУН «Федеральный научный центр медико-профилактических технологий управления рисками здоровью населения» обследовано 68 работников предприятий Пермского края, направленных на экспертизу профпригод-