ПРОФЕСІЙНА ЗАХВОРЮВАНІСТЬ В УКРАЇНІ У ДИНАМІЦІ ДОВГОСТРОКОВОГО СПОСТЕРЕЖЕННЯ

Кундієв Ю.І., Нагорна А.М.

Інститут медицини праці АМН України, м. Київ

Проаналізовано стан професійної захворюваності в Україні у динаміці спостереження за 1984–2003 рр. Встановлено, що середній рівень такої захворюваності ($13,3 \pm 4,9$ на 100 тис. населення) був значно нижчим, ніж в Європейському Союзі ($43,0 \pm 0,9$) та по всіх країнах Європи ($30,1 \pm 0,4$). За цим показником Україна, за даними Європейського бюро ВООЗ, посідає 21 місце серед 38 країн Європи. Серед країн СНД Україна посідає друге місце і наближається за рівнем професійної захворюваності до Російської Федерації ($11,2 \pm 1,9$).

Рівень професійної захворюваності в динаміці 1984–2003 рр. мав дві хвилі: перша хвиля — з піком у 1994 р., друга почалася в 2000 році і триває дотепер. За результатами кластерного аналізу в Україні відмічається надвисокий та високий рівень профзахворюваності в Донецькій, Дніпропетровській, Луганській областях, низький — в областях Південного та Західного регіонів. У структурі професійної патології переважають професійні захворювання органів дихання, хвороби нервової системи та органів чуття, захворювання опорно-рухового апарату. Відмічається низька виявлюваність професійної патології шкіри, онкологічних хвороб, захворювань хімічного генезу.

Ключові слова: шкідливі виробничі чинники, професійна захворюваність, динаміка спостереження, форми професійної патології

Вступ

Добробут і якість життя людей будь-якої держави визначаються, в першу чергу, її трудовим потенціалом, який залежить від стану здоров'я працюючих.

Проблема трудових ресурсів є загальносвітовою. За даними МОП, кожного року в країнах світу трапляється 250 млн. нещасних випадків, щонайменше 335 тис. з яких — смертельні. З них кожний 28 випадок припадає на Україну. Щороку у світі реєструється 160 млн. професійних захворювань, внаслідок чого помирає 1,1 млн. людей.

За даними експертів ВООЗ, у країнах Європейського регіону професійний стрес є основною причиною відсутності працівника на робочому місці, що складає 50–60% усіх втрат робочого часу. Стресу «від праці» зазнають 28% з 160 млн. людей, що працюють в ЄС. Понад половина з них відмічає високе нервово-емоційне напруження, високий темп роботи і необхідність виконувати її у стислі терміни [19].

Професійна захворюваність в Україні лишається складною гігієнічною, соціально-економічною проблемою багато років. У різні періоди соціально-економічного розвитку увага до цієї проблеми з боку вчених, практичної охорони здоров'я, суспільства в цілому була неоднаковою. За роки незалежності в Україні в основному сформовано правову базу, використання якої може дати позитивні результати щодо попередження розвитку професійних і виробничо-зумовлених захворювань шляхом іден-

тифікації і контролю, зниження або ліквідації факторів ризику їх розвитку, а також виявлення і лікування ранніх проявів хвороб.

Україна у цих питаннях намагається виконувати свої обов'язки як член Ради Європи із забезпечення прав працюючої людини, а також, як член МОП, додержуватись рекомендацій цієї міжнародної організації щодо поліпшення умов праці і збереження здоров'я робітників.

Проте правове врегулювання соціально-економічних відносин на виробництві в Україні поки що не дає вагомих позитивних результатів, бо не стало обов'язковою умовою забезпечення безпечних умов праці і гарантій збереження життя і здоров'я працюючого.

Проблемі вивчення й аналізу професійної захворюваності присвячено багато досліджень. Вони стосуються характеристики як проблеми в цілому, так і окремих видів патології [1, 3, 4, 8, 9, 12, 14, 15].

Метою даного дослідження було визначення закономірностей формування в Україні професійної захворюваності за двадцятирічний період спостереження в порівнянні зі світовим досвідом.

Матеріали та методи дослідження

Аналіз професійної захворюваності в Україні за 1984–1997 роки проводили за даними Центру медичної статистики МОЗ України, а протягом 1998–2003 років — з використанням бази даних АІС «Профзахворюваність» МОЗ України.

Для порівняльного аналізу використано Європейську базу даних ВООЗ «Здоров'я для всіх». Щодо нових випадків професійних захворювань у країнах Європи за період 1996–2002 років, статистичні дані оцінювали за допомогою кластерного аналізу, ранжування, а також методами параметричного аналізу з визначенням їх вірогідності за критерієм Стюдента.

Результати дослідження та їх обговорення

При аналізі даних про нові випадки професійних захворювань нами встановлено, що середній рівень такої захворюваності в Україні ($13,3 \pm 4,9$ на 100 тис. населення) протягом 1996–2002 років був значно нижчим, ніж середній рівень в Європейському Союзі ($43,0 \pm 0,9$) та по всіх країнах Європи ($30,1 \pm 0,4$), і посідав, за даними Європейського бюро ВООЗ, 21 місце серед 38 країн Європи (табл. 1).

Серед країн СНД Україна за рівнем професійної захворюваності посідає друге місце, вдвічі поступаючися Таджикистану ($26,8 \pm 7,9$ на 100 тис. населення), а рівень такої захворюваності в Російській Федерації ($11,2 \pm 1,9$) наближений до рівня України. В інших країнах СНД показники професійної захворюваності, за даними офіційної статистики, становлять лише 0,3–2,8 випадків на 100 тис. населення.

Причин такого неоднорідного становища з виявленістю професійної захворюваності в країнах Європи багато; в основному вони перебувають в царині стратегічного державного ставлення до проблеми, рівня фінансування охорони праці, наявності чи відсутності пріоритету соціального захисту працюючих, різних медичних підходів до визначення критеріїв наявності професійного захворювання,

Таблиця 1

Рівні захворюваності населення країн Європи на нові випадки професійних захворювань (на 100 тис. працюючого населення) протягом 1996–2002 років

Країни ¹⁾	Середній рівень	Рангове місце		Країни ¹⁾	Середній рівень	Рангове місце	
		по Європі	по СНД			по Європі	по СНД
Данія	$438,6 \pm 43,4$	1	-	Румунія	$13,2 \pm 1,6$	22	-
Швеція	$323,1 \pm 77,1$	2	-	Люксембург	$12,1 \pm 5,0$	23	-
Ісландія	$231,1 \pm 2,1$	3	-	Італія	$11,6 \pm 0,5$	24	-
Ізраїль	$194,8 \pm 74,5$	4	-	Російська Федерація	$11,2 \pm 1,9$	25	3
Фінляндія	$147,0 \pm 6,9$	5	-	Португалія	$11,0 \pm 2,7$	26	-
Норвегія	$123,0 \pm 5,0$	6	-	Угорщина	$8,9 \pm 1,3$	27	-
Швейцарія	$81,3 \pm 3,9$	7	-	Казахстан	$6,0 \pm 2,7$	28	4
Іспанія	$42,6 \pm 9,8$	9	-	Беларусь	$5,4 \pm 1,6$	29	5
Бельгія	$39,0 \pm 4,0$	10	-	Хорватія	$4,0 \pm 1,2$	30	-
Німеччина	$37,3 \pm 3,6$	11	-	Сербія й Чорногорія	$4,0 \pm 2,7^*$	31	-
Франція	$31,1 \pm 2,4$	12	-	Ірландія	$3,9 \pm 0,2$	32	-
Литва	$27,4 \pm 2,7$	13	-	Узбекистан	$2,8 \pm 0,6$	33	6
Австрія	$27,4 \pm 1,0$	14	-	Азербайджан	$2,4 \pm 1,5^*$	34	7
Чеська Республіка	$27,3 \pm 4,5$	15	-	Республіка Молдова	$1,8 \pm 0,0$	35	8
Естонія	$27,2 \pm 8,3$	16	-	Киргизстан	$0,9 \pm 0,4$	36	9
Латвія	$26,9 \pm 14,7$	17	-	Грузія	$0,7 \pm 0,0$	37	10
Таджикистан	$26,8 \pm 7,9$	18	1	Вірменія	$0,3 \pm 0,2^*$	38	11
Велика Британія	$23,2 \pm 2,1$	19	-				
Словаччина	$18,0 \pm 1,5$	20	-				
Україна	$13,3 \pm 4,9$	21	2				
Середнє по 25 країнах Європейського Союзу						$43,0 \pm 0,9$	
Середнє по Європі						$30,1 \pm 0,4$	
Середнє по 12 країнах Співдружності Незалежних Держав (колишніх республік СРСР, виключаючи Литву, Латвію та Естонію)						$12,0 \pm 1,4$	

¹⁾ Нижче перелічено держави, не включені до ранжування, оскільки їх уряди не надавали відомості щодо нових випадків професійних захворювань до Бюро Євро-ВООЗ протягом 1996–2002 років: Албанія, Андорра, Боснія й Герцеговина, Болгарія, Кіпр, Греція, Мальта, Монако, Нідерланди, Польща, Сан-Марино, Словенія, Македонія, Туреччина, Туркменістан.

^{*)} $p > 0,05$

різного переліку захворювань, яким надається статус професійних, законодавчого та реального забезпечення надання пільг і компенсаційних виплат за втрату працездатності, пов'язану з умовами праці. Має значення також, хто саме визначає діагноз профзахворювання: страхові компанії, лікувально-профілактичні заклади, судові органи та ін.

Україна має багаторічну, ще з часів перших радянських п'ятирічок, історію становлення профпатологічної служби і значний досвід вивчення впливу небезпечних умов праці на здоров'я працюючих. Механізми встановлення зв'язку захворювання з умовами праці теж відпрацьовано, але, як бачимо, рівні профзахворюваності в Україні в декілька разів менші, ніж у розвинених країнах Європи (Данія, Швеція, Ісландія, Ізраїль, Норвегія тощо).

Дослідження глибинних причин цього явища є нагальною потребою сьогодні, бо саме правдива статистика профзахворюваності має бути основою державної політики в плануванні медичного обслуговування працюючого населення. Очевидно, що існуюче положення з виявлення професійної захворюваності в Україні має причинно-наслідкові зв'язки з усією сукупністю згаданих вище чинників.

Динаміка абсолютної кількості осіб в Україні, яким протягом 1984–2003 років вперше у житті встановлено професійну патологію, мала дві хвилі підйому (рисунок). Перша хвиля спостерігалась протягом 15 років (1984–1999 рр.) з максимумом у 1994 році, коли кількість таких хворих збільшилась в 7,8 раза порівняно з 1984 роком. Друга хвиля почала формуватись з 2000 року і триває дотепер.

Особливістю цієї епідеміологічної хвилі є перевищення темпів зростання показника захворюваності (в 3,6 раза) над темпами зростання абсолютної кількості хворих з професійною патологією (в 1,8 раза), пов'язане з тим, що абсолютна кількість працюючих на виробництвах зі шкідливими умовами праці останніми роками зменшується, а кількість хворих з професійною патологією має тенденцію до збільшення.

Зростання рівнів професійної захворюваності в 1993–1995, 2001–2003 рр. пов'язано з прийняттям Законів «Про охорону праці», «Про обов'язкове державне соціальне страхування працюючих від нещасного випадку на виробництві і професійного захворювання, що стало причиною втрати працездатності» і початком роботи Фонду соціального страхування від нещасних випадків на виробництві і професійних захворювань. Введення в дію цих нормативних документів передбачає одержання суттєвих матеріальних компенсацій за пошкодження здоров'я від умов праці.

При аналізі структури розподілу кількості хворих з діагнозом професійної патології, встановленим вперше у житті, за регіонами України виявлено, що протягом 1988–2003 років провідні місця посідали: 1 – Донецька, 2 – Луганська, 3 – Дніпропетровська та 4 – Львівська області, на долю яких припадало 52,6% (1988 р.), 76,1% (2000 р.) та 90,0% (2003 р.) усіх хворих (табл. 2).

За результатами кластерного аналізу динаміки кількісних показників «нових» випадків професійної патології серед населення України встановлено, що у всіх областях з високим рівнем цих показників

Рисунок. Абсолютна кількість хворих на професійні захворювання та рівень захворюваності в Україні протягом 1984–2003 років.

Таблиця 2

Розподіл кількості хворих з професійною патологією, встановленою вперше у житті, між областями України в 1988, 2000 та 2003 роках

Області	1988			2000			2003		
	абс.	%	рангове місце	абс.	%	рангове місце	абс.	%	рангове місце
АР Крим	7	0,4	9	4	0,2	8	11	0,2	7
Вінницька	57	3,2	6	29	1,1	7	14	0,2	7
Волинська	23	1,3	8	54	2,1	6	71	1,0	6
Дніпропетровська	159	9,0	3	430	16,6	2	1140	15,7	3
Донецька	407	22,9	1	1001	38,4	1	3038	42,0	1
Житомирська	63	3,6	6	40	1,5	7	20	0,3	7
Закарпатська	24	1,4	8	1	0,0	9	2	0,0	8
Запорізька	80	4,5	5	66	2,6	6	41	0,6	7
Івано-Франківська	31	1,8	8	6	0,2	8	12	0,2	7
Київська	46	2,6	7	7	0,3	8	8	0,1	7
Кіровоградська	34	1,9	8	93	3,6	5	81	1,1	6
Луганська	296	16,7	2	382	14,8	2	1799	24,9	2
Львівська	72	4,1	5	151	5,8	3	528	7,3	4
Миколаївська	12	0,7	9	20	0,8	8	16	0,2	7
Одеська	8	0,5	9	5	0,2	8	13	0,2	7
Полтавська	18	1,0	8	16	0,6	8	12	0,2	7
Рівненська	10	0,6	9	5	0,2	8	5	0,1	7
Сумська	20	1,1	8	78	3,0	5	162	2,2	5
Тернопільська	44	2,5	7	5	0,2	8	14	0,2	7
Харківська	66	3,7	6	108	4,2	4	169	2,3	5
Херсонська	27	1,5	8	12	0,5	8	27	0,4	7
Хмельницька	41	2,3	7	3	0,1	8	3	0,0	8
Черкаська	101	5,7	4	36	1,4	7	24	0,3	7
Чернігівська	1	0,1	9	4	0,2	8	2	0,0	8
Чернівецька	48	2,7	7	1	0,0	9	3	0,0	8
м. Київ	75	4,2	5	23	0,9	8	12	0,2	7
м. Севастополь	0	0,0	-	3	0,1	8	5	0,1	7
Усього в Україні	1770	100,0	-	2583	100,0	-	7232	100,0	7

в 1988 році (Донецька, Дніпропетровська, Луганська) спостерігається подальше їх зростання й у 2003 році (в 5,1–6,5 раза), а у деяких областях із середнім (Сумська, Львівська, Харківська) та низьким (Волинська, Кіровоградська) рівнями показників захворюваності хворих з професійною патологією в 1988 році також спостерігається збільшення кількості аналогічних хворих в 2003 році в 1,4–7,1 раза (табл. 3).

Тобто, за ці роки в Україні визначилися території зі стійким високим рівнем професійної патології – Донецька, Дніпропетровська та Луганська області – та території, на яких формується високий ризик захворюваності населення з цією патологією, – Сумська, Львівська, Харківська, Волинська та Кіровоградська області.

Прикро констатувати, що в значній кількості областей (10), яких в 1988 році на основі кластеризації можна було віднести до областей з низькою професійною захворюваністю, за період до 2003 р. ці показники зменшилися ще на 70–90%, що підтверджує висновок науковців про незадовільну систему медико-санітарного забезпечення працюючого населення, особливо західних і деяких центральних областей України, та низьку виявлюваність патології, пов'язаної з умовами праці [3, 6, 8, 9].

За результатами проведеного аналізу показники професійної захворюваності корелюють з умовами праці. За даними Держкомстату України, кожен четвертий із зайнятих на виробництві (24,7%) працює в умовах, що не відповідають санітарно-гігієнічним нормативам за багатьма параметрами. Найнебез-

Таблиця 3

Динаміка змін кількості хворих із професійною патологією, встановленою вперше у житті
протягом 1988 та 2003 років

Рівень кількості хворих з професійною патологією, встановленою вперше у житті (1988 р.)	Динаміка приросту кількості хворих з діагнозом професійної патології, встановленим вперше у житті, до 2003 року (показник наочності у %)		
	збільшення (>100,0%)	незначне збільшення (99,0-0,1%)	зниження чи стабілізація (<0,0%)
Надвисокий та високий (>120,0 осіб на рік)	Донецька (652,0) Дніпропетровська (617,0) Луганська (507,8)	—	—
Середній (50,0-120,0 осіб на рік)	Сумська (710,0) Львівська (633,3) Харківська (156,1)	—	Чернівецька (-93,8) м. Київ (-84,0) Київська (-82,6) Черкаська (-76,2) Вінницька (-75,4) Житомирська (-68,3) Тернопільська (-68,2) Запорізька (-48,8)
Низький (<50,0 осіб на рік)	Волинська (208,7) Кіровоградська (138,2)	Чернігівська (100,0) Одеська (62,5) АР Крим (57,1) Миколаївська (33,3)	Херсонська (0,0) Хмельницька (-92,7) Закарпатська (-91,7) Івано-Франківська (-61,3) Полтавська (-33,3) Рівненська (-50,0)

печніші умови праці притаманні вугільній промисловості (74,1 % працівників зайняті на роботах з несприятливими умовами), металургії (59,6%), газової (55,6%), нафтовидобувної (50,6%), хімічної і нафтохімічної промисловості (43,2%).

За даними санепідслужби, лише близько 18% підприємств України не припускаються серйозних порушень санітарних норм умов праці. На половині підприємств періодично, а на 30% — постійно реєстрували підвищені параметри професійних шкідливостей.

При аналізі розподілу кількості хворих з професійною патологією між галузями народного господарства встановлено, що в 1988 році переважна їх більшість (78,3%) працювала у вугільній промисловості (1 місце), машинобудуванні та сільському господарстві (2), а також у чорній та кольоровій металургії (3 місце). 2003 року переважна кількість хворих (83,7%) працювала у вугільній промисловості, але своє значення зберігали також чорна й кольорова металургія (2 місце) та машинобудування (3 місце). При цьому встановлено, що найбільші темпи зростання кількості хворих спостерігаються у вугільній промисловості (в 7,9 раза), дещо меншими вони є в металургії (в 2,2 раза) і лишаються стабільними у машинобудуванні. В інших галузях народного господарства спостерігається зниження

кількості хворих з професійною патологією порівняно з 1988 роком (табл. 4).

Привертає увагу закономірність постійного зниження виявлюваної професійної захворюваності у сільському господарстві: з 275 випадків у 1988 до 34 — у 2003 році (зниження у 8,0 разів) при тому, що умови праці в сільськогосподарському виробництві не лише не змінилися на краще, а навіть погіршилися у зв'язку з переходом на нові ринкові умови господарювання. Очевидно є підстави вважати, що недовиявлення професійної патології як гострої, так і хронічної, є результатом руйнації системи медико-санітарної допомоги на селі [2, 8, 9].

При аналізі структури професійної патології за нозологічними групами встановлено, що в 1988 році серед таких хворих переважали професійні захворювання органів дихання, викликані пилом (пневмокониози та пиловий бронхіт, 46,2%), хвороби нервової системи та органів чуття, спричинені впливом фізичних чинників (вібраційна хвороба та нейросенсорна приглухуватість, 25,8%), захворювання опорно-рухового апарату, викликані негативним впливом фізичного навантаження (12,3%). У 2003 році спостерігається збільшення вкладу випадків патології органів дихання до структури професійної захворюваності населення (62,9%),

Таблиця 4

Розподіл кількості хворих з професійною патологією за основними галузями
народного господарства України в 1988 та 2003 роках

Галузі народного господарства	1988 р.			2003 р.			ПН (%)
	абс.	%	рангове місце	абс.	%	рангове місце	
Вугільна	680	38,5	1	6050	83,7	1	789,7
Металургія	140	7,9	3	442	6,1	2	215,7
Машинобудування	289	16,4	2	319	4,4	3	10,4
Хімічна	59	3,3	4	16	0,2	4	-72,9
Легка	41	2,3	5	30	0,4	4	-26,8
Промбудматеріали	66	3,7	4	10	0,1	4	-84,8
Будівництво	46	2,6	5	17	0,2	4	-63,0
Сільське господарство	275	15,5	2	34	0,5	4	-87,6
Інші галузі	174	9,8	-	314	4,3	-	80,5
Усього в Україні	1770	100,0	-	7232	100,0	-	308,6

при цьому відбувається зростання кількості хворих на хронічний пиловий бронхіт в 6,9 і на пневмокніози в 3,4 раза. Суттєво збільшується і вклад до структури професійної патології захворювань опорно-рухового апарату (20,4%) із зростанням абсолютної кількості хворих в 5,8 раза (табл. 5).

Досить стабільними в 2003 році лишилися показники професійних захворювань на хвороби нервової системи, нейросенсорну приглухуватість, з патологією хімічного генезу (гострі та хронічні професійні отруєння), водночас відмічається зниження захворюваності на професійні дерматози.

Кількість випадків захворювань, що реєструють в групі «Всі інші форми професійної патології», зросла на 81,3%. Слід відмітити, що до цієї групи увійшла велика кількість професійних захворювань верхніх дихальних шляхів, різноманітні алергози, туберкульоз, бруцельоз, вірусний гепатит з парентеральним шляхом інфікування, професійний рак. Останніми роками почастишали випадки туберкульозу як професійного захворювання, що реєструють переважно у медичних працівників.

Взагалі проблема професійної захворюваності медичних працівників набуває особливої гостроти. За 10 останніх років зареєстровано 460 випадків гострих та хронічних професійних захворювань та отруєнь у медичних працівників. Це, як вже відмічалось, відбувалося здебільшого за рахунок туберкульозу органів дихання (67,6%), захворювань алергічного генезу (11,9%), захворювань шкіри (контактні дерматити та екземи, 3,3%), сироваткового гепатиту (3,2%) тощо [11].

У групі «Всі інші форми патології» набуває особливого значення проблема професійного раку, яка заслуговує на винесення цього діагнозу в окре-

мий рядок статистичної звітності.

Професійний рак — це група злоякісних пухлин, що виникають під впливом виробничих канцерогенних факторів. Протягом 1992–2003 років в Україні було встановлено 222 діагнози професійного раку різної локалізації, спостерігають незначне зменшення кількості таких хворих протягом 1998–2003 років щодо періоду 1992–1997 років.

Найбільшу кількість хворих на професійний рак спостерігають в Кіровоградській, Дніпропетровській, Луганській, Донецькій та Запорізькій областях, де в період 1992–2003 років було зареєстровано 114 осіб з таким діагнозом, тобто 73,5% від усіх хворих на цю патологію в Україні. Це пояснюється тим, що саме в цих областях сконцентровано основні канцероген-небезпечні підприємства України.

Найбільшу кількість хворих на професійний рак спостерігають на підприємствах енергетики, чорної металургії та вугільної промисловості, частка яких складає 65,9% усіх хворих на професійний рак. Провідними етіологічними факторами професійного раку в Україні є: іонізуюче випромінювання (радон вугільних та уранових копалин) і вплив хімічних канцерогенів, зварювальних аерозолів [7].

Найчастіші локалізації професійного раку у хворих в Україні — органи дихання (гортань, бронхи, легені) — 63,2%, кров (гострий лейкоз, хронічні мієлолейкоз, лімфолейкоз) — 12,9% та шкіра — 4,5%.

Спостерігають низький рівень виявлення професійного раку під час профілактичних оглядів працівників канцероген-небезпечних підприємств. Так, лише в 38,8% випадків попередній діагноз раку було встановлено під час профогляду в лікуваль-

Таблиця 5

Розподіл профзахворювань та профотруєнь за основними діагнозами в Україні в 1988 та 2003 роках

Нозологічні форми	1988		2003		Показник наочності (%)
	абс.	%	абс.	%	
Пневмоконіоз	546	30,8	2391	33,1	337,9
Хронічний пиловий бронхіт	272	15,4	2152	29,8	691,2
Вібраційна хвороба	335	18,9	619	8,6	84,8
Нейросенсорна приглухуватість	123	6,9	244	3,4	98,4
Захворювання опорно-рухового апарату	217	12,3	1474	20,4	579,3
Захворювання хімічного генезу (гострі та хронічні професійні отруєння)	96	5,4	98	1,4	2,1
Професійні дерматози	47	2,7	11	0,2	-76,6
Усі інші форми професійної патології	134	7,6	243	3,4	81,3
Усього в Україні	1770	100,0	7232	100,0	-

но-профілактичних установах, в решті випадків — при звертанні хворих по медичну допомогу [7].

Слід додати, що нині майже не реєструють як професійне захворювання, причиною якого є значний рівень нервово-емоційного напруження на виробництві, психоемоційний стрес.

Більшість стресових ситуацій на виробництві виникають через необхідність забезпечувати успішну діяльність за умов дефіциту часу, високої відповідальності за безаварійність роботи, за життя та здоров'я людей. Ці обставини, як чинники психоемоційного стресу, є потенційними джерелами розвитку патології системи кровообігу, нервової, ендокринної та інших систем організму [5, 13, 16–18, 20].

Розробка допустимих рівнів емоційного напруження, психоемоційного стресу на виробництві лишається проблемою для медицини праці.

Виникають проблеми оцінки нових технологічних процесів на виробництві, складних інформаційних технологій, впливу нових хімічних речовин, наночасток промислових аерозолів тощо, які ще не знайшли достатнього урахування при діагностуванні професійних захворювань.

На наш погляд, показники профзахворюваності з урахуванням умов праці, медико-санітарного забезпечення працюючих, рівня їх добробуту не відповідають дійсному стану проблеми, скоріше демонструючи лише видиму частку «айсбергу».

Зниження рівня виявлюваної профзахворюваності в областях у наш час не може слугувати ознакою покращання ситуації і потребує щоразу ретельного аналізу.

У цілому в Україні в 2003 році професійні захворювання виявлено в 51 % випадків під час періодичних медичних оглядів і в 49 % — при зверненні по медичну допомогу в лікувально-профілактичні заходи,

що свідчить про низьку якість проведення медичних оглядів. При цьому тільки в 9,2 % випадків захворювання відбувались без утрати працездатності, в 90,7 % випадків діагнози було встановлено на тій стадії, коли вже відбулася втрата працездатності, у 8 випадках (0,1 %) їх встановлено посмертно.

Висновки

Упродовж останніх 20 років відбулись негативні зміни в професійній захворюваності населення:

- визначилися регіони зі стійким високим рівнем такої захворюваності в Донецькій, Дніпропетровській та Луганській областях, продовжують формуватись високі рівні захворюваності в Сумській, Львівській та Харківській областях;
- основними галузями народного господарства, що формують професійну захворюваність населення України, лишаються вугільна, металургійна та машинобудівна промисловості, причому значно (в 7,9 раза) зросла захворюваність серед працівників вугільної промисловості;
- у структурі професійної захворюваності продовжують домінувати захворювання органів дихання пилової етіології, нервової системи та органів чуття під впливом фізичних факторів, значно зростає рівень захворюваності опорно-рухового апарату та знижується захворюваність на професійні дерматози та захворювання хімічного генезу;
- відбувається зниження якості медико-санітарного забезпечення, в т.ч. медичних оглядів працюючих, оскільки домінує пізня діагностика професійної патології, коли у постраждалих розвивається стійка втрата працездатності.

Література

1. Басанець А.В. Проблема пневмокоңіозу в Україні та за кордоном//Сб. «Гігієна труда».- К., 2004.- Вып.35.- С. 411-419.
2. Ершова М.А., Белашова И.Г. Профессиональная заболеваемость в сельском хозяйстве Украины//Сб. «Гігієна труда».- К., 2000.- Вып.31.- С. 32-39.
3. Кундиев Ю.И. Медицина труда в переходный период//Сб. «Гігієна труда».- К., 1999.- Вып.30.- С. 8-13.
4. Кундиев Ю.И., Краснюк Е.П., Гвозденко Л.А., Ершова М.А. Состояние профессиональной заболеваемости в Украине на современном этапе//Врачеб. дело.- 1999.- №5.- С. 146-149.
5. Кундиев Ю.И., Навакатикян А.О. Проблемы психоэмоционального стресса и пути их решения//Журн. АМН України.- 1996.- Т.2, №4.- С. 666-674.
6. Кундиев Ю.И., Нагорна А.М., Степаненко А.В. Концептуальні засади створення сучасної інформаційної системи обліку і зберігання даних про професійні захворювання та травми на виробництві в Україні//Сб. «Гігієна труда».- К., 2003.- Т.2, вып.34.- С. 747-757.
7. Нагорна А.М., Краснюк О.П., Варивончик Д.В., Харжевська А.М. Професійний рак органів дихання працівників урано-видобувної промисловості України: клініко-статистичне дослідження//Сб. «Гігієна труда».- К., 2004.- Вып.35.- С. 363-374.
8. Нагорна А.М., Лубянова І.П., Тимошина Д.П. та ін. Кваліметрична і семантична оцінка професійної захворюваності і особливості їх формування в сучасний період//Сб. «Гігієна труда».- К., 2003.- Т.2, вып.34.- С. 786-795.
9. Пищиков В.А., Лубянова И.П. Профессиональная заболеваемость в Украине (динамика за последние 10 лет, причины формирования) и пути сохранения профессионального здоровья населения// Сб. «Гігієна труда».- К., 1999.- Вып.30.- С. 13-23.
10. Пышнов Г.Ю., Апыхтин К.А., Кудиевский Я.В., Иванов Д.А. Исследование синдрома «выгорания» у лиц диспетчерского состава по управлению воздушным движением//Сб. «Гігієна труда».- К., 2003.- Т.2, вып.34.- С. 476-483.
11. Соколова М.П. Професійні захворювання медичних працівників України//Сб. «Гігієна труда».- К., 2004.- Вып.35.- С. 375-382.
12. Соколова М.П., Кононова І.Г., Зелена С.К. Характеристика професійної захворюваності працюючих м. Києва//Сб. «Гігієна труда».- К., 2004.- Вып.35.- С. 419-424.
13. Федоров Б. М. Стресс и система кровообращения.- М.: Медицина, 1990.- 320 с.
14. Чернышева О.Н., Ткач С.И., Лысенко А.А. и др. Некоторые механизмы патогенеза профессиональных аллергических заболеваний//Сб. «Гігієна труда».- К., 2003.- Т.2, вып.34.- С. 677-688.
15. Шупов И.Л. Психосоматические синдромы в клинике профпатологии//Сб. «Гігієна труда».- К., 2003.- Т.2, вып.34.- С. 735-747.
16. Afzalur R., Psenicka C. A structural equations model of stress, locus of control, social support, psychiatric symptoms, and propensity to leave a job//J. Soc. Psychol.- 1996.- V.136, №1.- P. 69-84.
17. Csemiczky G., Landgren B. M., Collins A. The influence of stress and state assessment of Swedish women entering IVF-treatment//Acta Obstet. Gynecol. Scand.- 2000.- №2.- P. 113-118.
18. Hall E., Hall C., Abaci R. The effects of human relations training on reported teacher stress, pupil control ideology and locus of control//Br. J. Educ. Psychol.- 1997.- V.67, №4.- P. 483-496.
19. Press release EURO/14/04, Copenhagen, Tallinn, 4 October 2004, P.1.
20. Stewart M., Hirth A., Klassen G. et al. Stress, coping, and social support as psychosocial factors in readmissions for ischaemic heart disease//Int. J. Nurs. Stud.- 1997.- V.34, №2.- P. 151-163.
21. Tapiainen M. Burnout: a national epidemic?//Work Health Safety.- 1998.- №1.- P. 8-18.

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ В УКРАИНЕ В ДИНАМИКЕ ДОЛГОСРОЧНОГО НАБЛЮДЕНИЯ

Кундиев Ю.И., Нагорная А.М.

Институт медицины труда АМН Украины, г. Киев

Проанализировано состояние профессиональной заболеваемости в Украине в динамике наблюдения за 1984–2003 гг. Установлено, что средний уровень такой заболеваемости ($13,3 \pm 4,9$ на 100 тыс. населения) был значительно ниже, чем в Европейском Союзе ($43,0 \pm 0,9$) и во всех странах Европы ($30,1 \pm 0,4$). По данным Европейского бюро ВОЗ, по этому показателю Украина занимает 21 место среди 38 стран Европы.

Среди стран СНГ Украина занимает 2 место и приближается по уровню профессиональной заболеваемости к Российской Федерации ($11,2 \pm 1,9$).

Уровень профессиональной заболеваемости в динамике 1984–2003 гг. имеет две волны: первая волна – с пиком в 1994 г., вторая началась в 2000 г. и продолжается до настоящего времени. По результатам кластерного анализа, в Ук-

раине отмечается сверхвысокий и высокий уровень профзаболеваемости в Донецкой, Днепропетровской, Луганской областях, низкий — в областях Южного и Западного регионов. В структуре профессиональной патологии преобладают заболевания органов дыхания, болезни нервной системы и органов чувств, заболевания опорно-двигательного аппарата. Отмечается низкая выявляемость профессиональной патологии кожи, онкологических болезней, заболеваний химического генеза.

Ключевые слова: вредные производственные факторы, профессиональная заболеваемость, динамика наблюдения, формы профессиональной патологии

OCCUPATIONAL MORBIDITY IN UKRAINE IN A LONG-TERM SURVEY

Kundiyeu Y.I., Nahorna A.M.

Institute for Occupational Health of AMS of Ukraine, Kiev

The state of occupational morbidity in Ukraine in the survey of 1984–2003 has been analyzed. It was established that the average level of such morbidity ($13,3 \pm 4,9$ per 100 000 population) was significantly lower than in countries of European Union ($43,0 \pm 0,9$) and in all European countries ($30,1 \pm 0,4$), and takes the first place among 38 countries of Europe according to the WHO EURO data. Ukraine takes the second place among CIS countries and is inferior by rates of occupational morbidity to the Russian Federation ($11,2 \pm 1,9$) approaching that of Ukraine.

The occupational morbidity rates in 1984–2003 are distinguished by two waves: the first — with the peak in 1994 and the second with the start in 2000 and lasting till now. According to the cluster analysis the highest and high levels of occupational morbidity have been recorded in Donetsk, Dnipropetrovsk, Lugansk regions, the lowest — in south and western regions. In the structure of occupational pathology diseases of respiratory organs, nervous system, organs of sense, motor apparatus are prevailing. There were revealed low levels of occupational skin pathology, cancer diseases and diseases of chemical genesis.

Key words: harmful occupational factors, occupational morbidity, dynamics of survey, types of occupational pathology

Надійшла 17.03.2005 р.

Контактна особа: Нагорна Антоніна Максимівна, керівник відділу епідеміологічних досліджень, Інститут медицини праці АМН України, вул. Саксаганського, 75, Київ 01033, Україна, тел.: (044) 289-70-88