

Оригінальні статті

УДК 616-057(477):001.5

ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА СТАНУ ПРОФЕСІЙНОЇ ЗАХВОРЮВАНОСТІ В УКРАЇНІ І СВІТІ**Кундієв Ю.І., Нагорна А.М., Добровольський Л.О.**

ДУ «Інститут медицини праці АМН України, м. Київ

У статті наведено дані, що стосуються профзахворюваності в Україні та інших країнах за період 1996–2007 рр. Порівняльна характеристика захворюваності свідчить, що в Україні основний вид профпатології представлено пилотними хворобами легенів у працюючих гірничодобувної промисловості, а в Західних країнах – дерматозами, хворобами опорно-рухового апарату, порушеннями слуху у працюючих машинобудівної промисловості, сфері послуг. Ці відмінності пов'язано з особливостями розподілу працюючих у сфері економіки різних країн, відмінностями у методичних підходах до виявлення та реєстрації професійних захворювань.

Ключові слова: професійна захворюваність, Україна, Євросоюз, США, порівняльний аналіз**Вступ**

Стан і проблеми трудового потенціалу у світі постійно аналізуються і висвітлюються Міжнародною організацією праці (МОП), яка констатує, що проблеми його збереження і подальшого розвитку в багатьох країнах світу лишаються невирішеними. Щороку в світі реєструють понад 160 млн. професійних захворювань, внаслідок чого у світі помирає 1,1 млн. людей [1, 2, 3, 4, 5, 6].

Україна є давнім членом МОП і повинна дотримуватися прийнятих Конвенцій та Рекомендацій щодо гігієни і охорони праці, покращання умов на робочому місці, раціонального використання трудового потенціалу, тощо та активно їх запроваджувати.

Глобальним планом дій ВООЗ з медицини праці для всіх на 2006–2025 рр. передбачається забезпечення доступності служб медицини праці для всіх працюючих на регіональному і національному рівнях з урахуванням процесів, що відбуваються в світі, зокрема його глобалізації та інформаційного розвитку [7].

Європейська стратегія ВООЗ «Здоров'я у світі праці, 2007», що закликає вирішувати проблеми професійних та психосоціальних ризиків для здоров'я працюючих, розглядає трудову діяльність з позицій мультидисциплінарності як детермінанти здоров'я. Європейська конференція ВООЗ з психічного здоров'я, проведена в 2005 р. на рівні Міністрів охорони здоров'я, рекомендує включити аспекти психічного здоров'я до політики держав і корпорацій з питань медицини і охорони праці; забезпечити доступ всім працюючим до служб медицини праці, вести моніторинг психічного здоров'я працюючих. Європарламент у 2005 р. засвідчив, що в Європі тільки 50% робочих місць охоплені превентивними службами охорони праці.

За даними ВООЗ, в країнах Європейського регіону професійний стрес є основною причиною відсутності працівника на робочому місці, що становить 50–60% усіх втрат робочого часу. Стресу «від праці» зазнають 28% людей, що працюють в країнах ЄС. Більше ніж половина з них відмічає високе нервово-емоційне напруження.

Більшість стресових ситуацій на виробництві виникає через необхідність здійснювати професійну діяльність за умов дефіциту часу, високої відповідальності за безаварійність роботи, за життя та здоров'я людей. Ці обставини, як чинники психоемоційного стресу, можуть приводити до розвитку патології системи кровообігу, нервової, ендокринної та інших систем організму [8, 9, 10].

Одне з основних завдань, що їх передбачає Європейська політика, включає забезпечення здоров'я працюючих на робочих місцях, в побутових умовах і в оточуючому середовищі. Це завдання спрямоване на досягнення таких цілей:

- скорочення поширеності хвороб, що виникають під впливом стресу, нещасних випадків, хімічної небезпеки і шуму на робочому місці;
 - покращання прогнозованого рівня здоров'я працюючого населення.
- Це може бути виконаним тільки за умови, коли:
- будуть введені програми боротьби зі стресом на робочих місцях;
 - законодавство, стандарти і інспекція будуть спрямовані на створення безпечних умов і підтримку відповідної практики здорової праці;
 - на всіх робочих місцях будуть здійснюватися комплексні заходи із збереження здоров'я і забезпечення безпеки, що мають охоплювати всі види виробничої діяльності.

Загалом в Україні актуальними є ті ж самі проблеми з питань безпеки праці і збереження здоров'я працюючих, як і в багатьох країнах Європи і світу.

Держава, в основному, передбачає послідовність національної політики в гігієні та охороні праці і прагне виконувати вимоги Європейської соціальної хартії й інших міжнародних протоколів щодо дотримання прав працюючих на безпечні умови, проте реалізація правової бази є недостатньою через відсутність підзаконних актів, які б чітко регламентували окремі положення законів, механізмів їх впровадження, недостатність бюджетного фінансування, контролю і відповідальності за їх виконання.

Професійна захворюваність формується тільки в системі «людина — умови праці», за рахунок багатьох чинників, різних для кожної країни світу, що слугують сприятливим чи несприятливим фоном, пусковими механізмами погіршення професійного здоров'я. Зрозуміло, що стан оточуючого середовища, мотивація до роботи, стан здоров'я, рівень добробуту, наявність шкідливих звичок додаються до дії виробничих чинників на організм людини і іноді є вирішальними щодо можливості виникнення професійного захворювання.

Вивчення й аналіз професійної захворюваності є предметом багатьох досліджень в світі, в т. ч. і в Україні. Вони відображають стан проблеми в цілому, а також окремих її аспектів [11, 12, 13, 14].

Мета дослідження — визначення особливостей формування професійної захворюваності в Україні в порівнянні зі світовими даними.

Матеріали та методи дослідження

Аналіз професійної захворюваності в Україні за 1996–2002 рр. [15], 2007 р. проводили за даними Центру медичної статистики МОЗ України, а також з використанням бази даних автоматизованої інформаційної системи «Профзахворюваність» МОЗ України, бази даних ВООЗ «Здоров'я для всіх» [16], даних Бюро статистики Міністерства праці США [17].

Статистичні дані оцінювали за допомогою ранжування, параметричного аналізу з визначенням їх вірогідності за критерієм Ст'юдента.

Результати дослідження та їх обговорення

При аналізі даних про нові випадки професійних захворювань було встановлено, що країни Європи та країни СНД у 1996–2002 рр. та 2007 р. за рівнями показників захворюваності можна поділити на III групи (табл. 1).

Найбільші величини професійної захворюваності демонструють країни Скандинавії, які займають перші 5 рангових місць. 1 місце займає Данія з показником захворюваності в середньому за 1996–2002 рр. — $438,6 \pm 43,4$, а в 2007 р. — $397,06$. 5 місце займає Норвегія з показником $123,0 \pm 5,0$; $74,92$ відповідно. Швеція, Ісландія та Фінляндія займають у 1996–2002 рр. проміжні позиції.

У 2007 р. поряд із зниженням показника захворюваності в Данії на 7,5%, відбувається зниження на 40% професійної захворюваності в Норвегії. У Фінляндії, навпаки, в 2007 р. відбувається підвищення захворюваності на 32%.

Незвично високе рангове місце в 1996–2002 рр. займає Ізраїль, що є на 4 місці з показником $194,8$, але у 2007 р. — на 13 місці з показником характерним для великих країн Європи, а саме — $32,18$.

II група включає більшість країн Західної та Центральної Європи починаючи з Швейцарії, яка займає 6 рангове місце з рівнем захворюваності, що дорівнює в середньому $81,3 \pm 3,9$ в 1996–2002 рр. та $71,72$ в 2007 р. до Румунії, яка посідає 20 рангове місце в 1996–2002 рр. з рівнем захворюваності $13,2 \pm 1,6$ та 26 місце в 2007 р. з показником захворюваності $6,4$ випадки на 100 тис. працюючих. В цій групі знаходяться поряд з найбільшими Європейськими країнами, такими як Німеччина, Франція, Велика Британія, Іспанія, також Прибалтійські країни, Бельгія, Чехія, Словаччина, всього 13 країн. В зв'язку з відносно високим рівнем захворюваності в цю групу входить Таджикистан з рівнем захворюваності $26,8 \pm 7,9$.

III група країн з низьким рівнем величин професійної захворюваності, включає, поряд з країнами СНД, також такі Європейські країни, як Італія, Португалія, Ірландія, Сербія, Хорватія. Очолює цей список Україна з показником захворюваності в 1996–2002 рр. $13,3 \pm 4,9$ (2 рангове місце серед країн СНД та 21 серед країн Європи, а завершує Вірменія з рівнем професійної захворюваності $0,3 \pm 0,2$ (11 рангове місце серед країн СНД та 37 серед країн Європейського Регіону).

Найбільша різниця між рівнями захворюваності в 1996–2002 рр. та 2007 р. у II групі країн спостерігається в Естонії, яка внаслідок зменшення захворюваності на 62% переходить з 15 рангового місця на 21. В Румунії також рівень захворюваності зменшився за цей період на 50%.

В III групі спостерігається підвищення захворюваності: в Португалії — на 59,1% та перехід її з 25 рангового місця на 10; в Казахстані — зниження

Таблиця 1

Рівні захворюваності населення Європи на нові випадки професійних захворювань
(на 100 тис. працюючого населення) за період 1996–2002 рр. та 2007 р.

Країни Європи	1996–2002			2007		
	Середній рівень	Рангове місце		Рівень на 100 тис. прац.	Рангове місце	
		по Європі	по СНД		по Європі	по СНД
Данія	438,6 ± 43,4	1	-	397,06	1	-
Швеція	323,1 ± 77,1	2	-	349,48	2	-
Ісландія	231,1 ± 2,1	3	-	228,99	3	-
Ізраїль	194,8 ± 74,5	4	-	32,18	13	-
Фінляндія	147,0 ± 6,9	5	-	193,58	4	-
Норвегія	123,0 ± 5,0	6	-	74,92	5	-
Швейцарія	81,3 ± 3,9	7	-	71,72	6	-
Іспанія	42,6 ± 9,8	9	-	59,76	8	-
Бельгія	39,0 ± 4,0	10	-	40,59	11	-
Німеччина	37,3 ± 3,6	11	-	31,46	17	-
Франція	31,1 ± 2,4	12	-	33,42	12	-
Литва	27,4 ± 2,7	13	-	59,43	9	-
Австрія	27,4 ± 1,0	14	-	27,47	15	-
Чеська Республіка	27,3 ± 4,5	15	-	18,92	19	-
Естонія	27,2 ± 8,3	16	-	10,58	21	-
Латвія	26,9 ± 14,7	17	-	70,47	7	-
Таджикистан	26,8 ± 7,9	18	1	26,06	16	1
Велика Британія	23,2 ± 2,1	19	-	25,57	17	-
Словаччина	18,0 ± 1,5	20	-	10,09	22	-
Україна	13,3 ± 4,9	21	2	18,98	18	2
Румунія	13,2 ± 1,6	22	-	6,04	26	-
Люксембург	12,1 ± 5,0	23	-	12,4	20	-
Італія	11,6 ± 0,5	24	-	10,28	22	-
Російська Федерація	11,2 ± 1,9	25	3	9,16	24	3
Португалія	11,0 ± 2,7	26	-	45,04	10	-
Угорщина	8,9 ± 1,3	27	-	6,82	25	-
Казахстан	6,0 ± 2,7	28	4	2,87	30	4
Беларусь	5,4 ± 1,6	29	5	3,15	29	5
Хорватія	4,0 ± 1,2	30	-	3,88	28	-
Сербія й Чорногорія	4,0 ± 2,7*	31	-	...	36	-
Ірландія	3,9 ± 0,2	32	-	4,04	27	-
Узбекистан	2,8 ± 0,6	33	6	1,54	31	6
Азербайджан	2,4 ± 1,5*	34	7	0,0	35	10
Республіка Молдова	1,8 ± 0,0	35	8	1,17	32	7
Киргизстан	0,9 ± 0,4	36	9	0,53	34	9
Грузія	0,7 ± 0,0	37	10	0,71	33	8
Вірменія	0,3 ± 0,2*	38	11	0,0	37	11
Середнє по 25 країнах Європейського Союзу	43,0 ± 0,9	-	-	38,87	-	-
Середнє по Європі	30,1 ± 0,4	-	-	30,4	-	-
Середнє по 12 країнах Співдружності Незалежних Держав (колишніх республік СРСР, виключаючи Литву, Латвію та Естонію)	12,0 ± 1,4	-	-	9,12	-	-

захворюваності з $6,0 \pm 2,7$ до $2,87$, тобто на 54 %. В цілому, в країнах Європейського Союзу відбувається зниження захворюваності з 1996–2002 рр. до 2007 р. на 10 %, а в країнах СНД – на 12 %.

Порівняння показників професійної захворюваності в Україні з даними Європейських країн дає можливість

встановити, що середній рівень такої захворюваності в Україні (за період 1996–2002 рр. – $13,3 \pm 4,9$ на 100 тис. відповідного населення) значно нижчий ніж середній рівень Європейського Союзу ($43,0 \pm 0,9$) та Європи в цілому і займає згідно з даними Європейського Бюро ВООЗ 21 місце серед 37 країн Європи.

Серед країн СНД Україна по рівню професійної захворюваності займає 2 місце, поступаючись Таджикистану ($26,8 \pm 7,9$ на 100 тис. населення) та випереджаючи Російську Федерацію ($11,2 \pm 1,9$).

Причини, які лежать в основі відмінностей у виявленні професійних захворювань та їх офіційної реєстрації в країнах Європи, найрізноманітніші. В основному вони пов'язані з відношенням до проблеми з боку держави, рівнем соціального захисту працюючих, з різними методичними підходами до визначення критеріїв наявності професійного захворювання.

В Україні набуто значний досвід вивчення дії небезпечних та шкідливих умов праці на здоров'я працюючих, наукового обґрунтування гігієнічних нормативів та регламентів. Відпрацьовано процедуру встановлення зв'язку захворювання з умовами праці, проте рівень виявленої профзахворюваності в Україні в кілька разів нижче, ніж у розвинених країнах Європи (Данія, Швеція, Ісландія, Норвегія та інші).

Очевидно, що офіційна статистика профзахворювань не повністю відзеркалює реальну ситуацію в усіх країнах світу. Ми бачимо, як правило, ту частину професійної захворюваності, яку не можна ігнорувати.

На повноту виявлення впливає багато чинників крім тих, що зазначено вище.

Це також різні системи медичного обслуговування працюючих, конфлікт інтересів постраждалих та роботодавців, незацікавленість страхових компаній, непослідовність в діяльності фондів. Часто вирішальне значення має різниця в системах компенсацій за втрату працездатності і здоров'я внаслідок професійного захворювання. Звичайно ці питання є більш складними в країнах з перехідною економікою та в країнах, що розвиваються в порівнянні з США, Канадою, Країнами ЄС та Японією.

Дослідження глибинних причин всієї сукупності цих факторів є невідкладною потребою, бо тільки інформація про стан профзахворюваності, що ви-

дображає реальність, може стати надійною основою державної політики планування медичного і соціального обслуговування працюючого населення.

Дані про професійну захворюваність вказують, що її рівні з 1996 року в країнах Європи та СНД суттєво не змінилися, хоча було відмічено достовірне: ($p < 0,001$) підвищення профзахворюваності в Україні (18,98 на 100 тис. працюючого населення) та зниження цього рівня в Європейському Союзі (38,87 на 100 тис. працюючого населення).

При порівнянні характеристик захворюваності в Україні, Європейському Союзі та США (табл. 2) необхідно зазначити значну кількість форм профпатології в США, що значно перевищує показники для України та для ЄС.

При аналізі виявлено, що біля 60 % випадків професійних захворювань в США припадає на опорно-руховий апарат. Так, на 100 тис. працюючих реєстрували 127,9 випадків цієї групи захворювань, в той час як в Україні та ЄС ці величини відповідно дорівнювали 4,3 і 11,0.

Треба зазначити, що при епідеміологічному дослідженні у Великій Британії 2006–2007 рр. виявлено також високий рівень патології опорно-рухового апарата, спричиненого роботою. Іншою відмінністю профзахворюваності в США є порівняльно високі величини дерматозів, низькі цифри пилкових хвороб легенів, що на порядок менші ніж в ЄС, не кажучи про Україну, де ця група хворих охоплює біля 70 % всіх випадків профзахворювань. Низькі рівні пилової патології у США можуть бути пов'язаними з кращими умовами праці в шахтах, більш жорстким нормуванням вмісту пилу в повітрі робочої зони з урахуванням респірабельної фракції пилу. Втрата слуху трапляється найбільш часто в ЄС і США і становила майже 32 % і 11,1 % всіх випадків професійних хвороб (11,6 випадків і 24,0 на 100 тис. відповідно) [17, 18, 19, 20].

На тлі величин профзахворюваності в ЄС та США особливо вражають малі величини реєстрації

Таблиця 2

Порівняльні характеристики професійної захворюваності в Україні, ЄС та США (2007 р.)

Форми профпатології	Україна		Європейський Союз		США	
	Абсолютна кількість	На 100 тис.	Абсолютна кількість	На 100 тис.	Абсолютна кількість	На 100 тис.
Всі профзахворювання	5 940	18,90	57 414	38,80	206 300	218,00
Втрата слуху	179	2,20	18 419	11,60	23 000	24,00
Дерматоз	3	0,01	8 767	5,50	35 300	37,00
Пилкові хвороби легенів	3 738	11,90	8 275	4,40	6 220	3,11
Захворювання опорно-рухового апарата	1 352	4,30	18 010	11,00	125 750	127,90

в Україні професійних дерматозів. Так, у 2007 році поширеність дерматозів в Україні складала лише 0,01 випадки на 100 тис.

Порівнювати розподіл професійної захворюваності серед працюючих в різних галузях економіки України з іншими країнами досить важко (різна класифікація галузей виробництва, різні підходи щодо оцінки впливу професійних чинників, різний розподіл кількості працюючих в сферах економічної діяльності) (табл. 3) [21, 22, 23, 24].

В таблиці 3 наведено розподіл професійних захворювань (в %) по видах економічної діяльності в Україні та країнах Організації економічного співробітництва та розвитку (ОЕСР), в яку входять 20 найбільш розвинених країн світу. Не дивлячись на те, що Україна має розвинене сільське господарство, процент випадків професійних захворювань є найменшим і складає 0,8 % в країнах ОЕСР, в сільському господарстві реєстрували від 1,3 % (Норвегія) до 9,6 % (Франція) і навіть 10,0 % (Іспанія) всіх випадків профзахворювань. В той же час в Україні, в порівнянні з країнами ОЕСР, більше всього випадків профзахворювань реєстрували у гірничодобувній та вугільній промисловості (91,8 %). В країнах ОЕСР цей відсоток становить від 0,2 % (Данія) до 24,5 % (Іспанія). В машинобудуванні показники в Україні лише 2,6 % всіх профзахворювань, тоді, як в країнах ОЕСР цей відсоток – від 33,9 (Франція) до 58,8 (Норвегія). Що стосується енергетики, то показники професійної захворюваності в Україні майже не відрізняються від інших країн, так в 2007р. в Україні реєстрували 0,4 % всіх випадків професійних хвороб, а в країнах ОЕСР в цьому секторі економіки –

від 0,1 % (Іспанія, Японія) до 1,4 % (Норвегія) всіх випадків. В будівельному секторі України реєстрували 0,8 % всіх захворювань. В країнах ОЕСР цей відсоток – від 4,2 % (Іспанія) до 20,4 % (Франція). На транспорті реєстрували 0,6 % всіх випадків, в ОЕСР цей відсоток – від 0,4 (Іспанія) до 17,0 (Японія).

В Європейському Союзі поступово знижується кількість людей, зайнятих в промисловості і сільському господарстві; 66,8 % робочої сили ЄС зайнято у секторі послуг, що докорінно змінює характер професійних ризиків, а відтак і професійних захворювань. Ці дані співпадають з результатами двадцятирічного спостереження польських вчених. Вони свідчать про значні зміни у профілі професійної патології у працюючих в країні за останні роки, що сталися за рахунок переходу частини робітників з індустрії до сфери обслуговування та адміністративного сектора [25].

В країнах ОЕСР значна частина профзахворюваності припадає на розвинені сектори економіки, що пов'язані з послугами, торгівлею, фінансами. Відсоток захворюваності у цих секторах коливається від 15,5 % (Іспанія) до 43,2 % (Данія). У великих країнах з розвинутою промисловістю цей відсоток займає проміжне положення: 19 % (Франція), 23,3 % (Японія), 32,2 (Німеччина), 59,3 (США).

Вище вказано основні розбіжності в захворюваності на професійну патологію в країнах Європейського Союзу та США в порівнянні з Україною. Причиною цього, можуть бути економічні, соціальні, культурні та інші передумови, пріоритет в економіці західних країн секторів, пов'язаних з послугами над виробничою сферою.

Таблиця 3

Розподіл професійних захворювань (%) по секторам економіки в Україні та країнах ОЕСР

Види економічної діяльності	Країни							
	Україна	Франція	Німеччина	Японія	Швеція	Данія	Норвегія	Іспанія
Сільське господарство	0,8	9,6	3,3	3,8	2,3	1,9	1,3	10,0
Гірничодобувна та вугільна промисловість	91,8	15,2	10,7	6,7	1,0	0,2	1,3	24,5
Машинобудування	2,6	33,9	42,6	36,2	42,3	41,6	58,8	45,4
Електроенергія, водне і газове господарство	0,4	0,2	0,2	0,1	1,0	0,8	1,4	0,1
Будівництво	0,8	20,4	10,4	18,5	12,7	7,3	13,2	4,2
Торгівля	-	2,7	11,4	-	9,0	7,3	1,7	4,3
Транспорт	0,6	0,6	1,0	17,0	5,0	5,2	6,5	0,4
Фінанси і бізнес	-	9,8	21,4	18,7	4,2	1,6	0,6	11,2
Інші послуги	-	-	-	-	23,7	27,4	13,4	-
Некласифіковані сектори	-	7,4	-	-	0,1	6,9	1,6	-
Всього (%)	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

В зв'язку з цим ми провели порівняння України з Польщею — країною, яка розташована близько географічно, а також схожа з точки зору природних умов, етносу, кількості населення, економічних, соціальних та багатьох інших аспектів і які тривалий час були в стані перехідної економіки. Так, професійна захворюваність в Україні в 2007 р. становила 38,98 на 100 тис. працюючих, а в Польщі — 33,50.

Більше половини всіх профзахворювань як в Україні (63,0 %), так і в Польщі (50,9 %) становлять захворювання дихальної системи. Але якщо в Україні ці захворювання складаються з пневмоконіозу та хронічного пилового бронхіту (відповідно 27,5 та 35,5 %), то в Польщі половина захворювань дихальної системи припадає на хронічне ураження голосових зв'язок (24,3 %), а на пневмоконіоз та хронічний бронхіт припадає лише 22,0 % всіх профзахворювань. Решту захворювань дихальної системи в Польщі в 2007 р. складають: бронхіальна астма (2,4 %), алергічний риніт (1,8 %), алергічний альвеоліт (0,15 %) та азбестоз (1,0 %). В Україні процент цих захворювань є на порядок меншим і становить відповідно: 0,24; 0,15; 0,03 та 0,0. На другому місці в Україні по кількості випадків — захворювання опорно-рухового апарата, які становлять 22,7 %. В Польщі ця патологія становить 3,0 % і знаходиться на 6 ранговому місці. А на 2 місці в Польщі — професійні інфекційні та паразитарні захворювання, головним чином серед працюючих в сільському господарстві (144,8 випадків на 100 тис. сільських трудівників).

Захворювання хімічного генезу в Україні і в Польщі майже не відрізняються за рівнем $p > 0,05$.

Серед інших форм профпатології в Польщі частіше ніж в Україні реєстрували дерматози — в 4,4 % випадків, злоякісні пухлини — в 3,0 %.

Таким чином, порівняння профзахворюваності в Україні та Польщі, країн які схожі між собою по багатьом параметрам, показує, що схожість структури профпатології спостерігається в основному в групі захворювань органів дихання, якщо не зважати на великий процент професійних захворювань голосових зв'язок у Польщі. В останні роки відношення до цієї хвороби поступово змінюється. Так, якщо в 2000 р. було зареєстровано 2479 її випадків, то 2007 р. втричі менше. Цей феномен потребує окремого аналізу [26, 27, 28, 29].

Серед іншої профпатології кореляція майже відсутня. Так, в Польщі великий процент випадків займають професійні інфекції та паразитарні захворювання, які, як і захворювань голосових зв'язок, не реєструються в Україні та й в більшості інших країн.

В той же час, в Польщі приділяють більше уваги виявленню дерматозів, злоякісних пухлин, азбестозу.

Структура профзахворювань в Польщі відрізняється також від профпатології в інших країнах ЄС та США, де головні місця займає втрата слуху, дерматози, хвороби опорно-рухового апарата.

В той же час пилові захворювання органів дихання займають незначну частину профпатології, що пов'язано з відмінністю секторів економіки.

Порівняння рівнів професійної захворюваності тільки двох сусідніх країн, ще раз підкреслює наявність значних розбіжностей в оцінці впливу виробничих факторів на здоров'я працюючих.

На формування патологічних змін впливає комплекс причин, що може призводити до виникнення хвороби. Для розвитку гострих захворювань і отруєнь найбільш значущим є порушення технологічного процесу через недостатній технічний нагляд — причина, яку досить швидко можна ліквідувати, тоді як у більшості випадків хронічних форм захворювань провідне місце посідає недосконалість технологій, машин, обладнання. Усунення цих недоліків потребує більш радикальних заходів, здійснення яких займе тривалий час. Частіше за все при всіх формах захворювань — і гострих, і хронічних, має місце вплив декількох причин інженерно-технічного, гігієнічного і лікувально-профілактичного характеру.

Дослідження щодо оцінки ризиків на робочому місці порівняно з іншими факторами [4], які відносяться до основних причин смерті посідають 7 місце після гіпертензії, вживання алкоголю, неякісної питної води, неповноцінного харчування, низької фізичної активності, паління. Серед показників потенційної втрати життя 5 місце — після неповноцінного харчування, неякісної питної води, вживання алкоголю, ризикованої сексуальної поведінки і — 2 місце серед показників років життя з непрацездатністю — після вживання алкоголю [6, 20].

У сучасний період в Україні причиною формування профпатології у працюючих є понад 200 шкідливих факторів, в т. ч. більше 20 видів пилу, а також такі фізичні фактори, як шум, вібрація, різні види випромінювання тощо. Їх співвідношення показує, що на вплив від всіх видів пилу припадає 58–67 % постраждалих, вібрації — 6–8 %, шуму — 4–6 %, всіх хімічних речовин — 3–5 %, тривалого статичного напруження — 5–6 %.

За статистичними даними, незначну питому вагу має профпатологія, що спричинена впливом інтенсивного теплового випромінювання (0,2–0,3 %), ультрафіолетового випромінювання (0,05–0,06 %),

низьких температур (0,01–0,02 %), ультразвуку (0,01–0,02 %), електромагнітних полів (0,3–0,4 %), іонізуючого випромінювання (0,02–0,04 %), біологічних факторів (0,05–0,07 %) і деяких інших.

Звичайно, цей розподіл певною мірою є умовним і не віддзеркалює реальну ситуацію. Здебільшого спрацьовує правило — чим складніше встановити зв'язок між захворюванням і шкідливим чинником, тим менша питома вага патології, що ним може бути спричинена.

В різних країнах переважає дія різних несприятливих факторів виробничого середовища, про що свідчить різниця в структурі професійної захворюваності.

Показники експозиції несприятливих факторів для робітників, які працюють в умовах, що не відповідають санітарно-гігієнічним вимогам в Україні, порівняно з країнами ЄС свідчать, що в нашій державі вони знаходяться на рівні показників Європейського Союзу або наближаються до них. В той самий час є потреба з'ясувати деякі позиції щодо факторів, які не співпадають. Це стосується показників мікроклімату, вдихання парів, роботи з шкідливими речовинами [16, 30].

За даними Великої Британії за 2004–2005 рр., у країні було зареєстровано 23 000 нових випадків хвороб, що пов'язані з працею. Але, на відміну від підходу до проблеми в Україні, вплив умов праці на працюючих враховували через скринінгові програми на підставі самооцінки здоров'я. За останній рік за суб'єктивною оцінкою 2,0 млн. людей вважають себе хворими або мають значне погіршення самопочуття, пов'язане з працею, з них у трьох чвертях випадків розлади стосуються порушень у кістково-м'язовій системі і сполучній тканині, а також стресу, депресії та тривожності. Ці дані використовуються як основа для проведення заходів, що спрямовані на покращання умов праці і збереження здоров'я працюючих.

Офіційний щорічний збір даних з профзахворюваності в ЄС було розпочато тільки у 2001 році. Проведеним у 2005 році пілотним дослідженням виявлено 57 414 випадків за 31 окремим захворюванням. Найбільш поширеними серед них були випадки: — втрата слуху при дії шуму — 33,8 %; алергічний або подразнюючий дерматоз — 15,3 %; алергічні респіраторні порушення — 7,9 %; силікоз — 7,6 %; азбестоз — 6,8 %.

Середньорічний рівень профзахворювань був різним і становив від 1,5 до 122 випадків на 100 тисяч працюючих в різних країнах — це відображення реальної різниці в умовах праці.

На професійне здоров'я все більший вплив здійснюють фактори ризику, що пов'язані з організацією праці, хоча важливими факторами на робочому місці лишаються фізичні, хімічні і біологічні.

Найчастіше працюючі говорять про психосоціальний стрес і проблеми з опорно-руховим апаратом; їх скарги розподіляються таким чином [24]: біль у спині — 33 %; стрес — 28 %; м'язовий біль шиї і плечей — 23 %; загальна втома — 23 %.

Ці дані цілком кореспондують з даними, наведеними ВООЗ [23], які свідчать про найбільший внесок дії професійних факторів до загальної захворюваності і травматизму. Вагомість впливу цих факторів на здоров'я працюючих може бути в цілому доведено наступним: біль у спині — 37 %; втрата слуху — 16 %; астма — 11 %; травми — 10 %; рак легенів — 9 %; лейкемії — 2 % [31].

У всіх країнах, у практиці виявлення професійних захворювань з відносно добре відпрацьованими методичними підходами, діагностується профпатологія, що розвивається від впливу пилу, шуму, вібрації, тривалого статичного напруження. Водночас різного роду радіаційні впливи, що досить поширені в промисловості, мало враховуються як лікарями-гігієністами, так і лікарями-профпатологами через їх недостатнє вивчення; труднощі діагностики, нестачу відповідного обладнання тощо.

Слід додати, що в світі багато уваги приділяється впливу стресу, але нині в Україні психоемоційний стрес майже не реєструють як професійне захворювання, причиною якого є значний рівень нервово-емоційного напруження на виробництві. У світі ця проблема вважається найпріоритетнішою.

Аналіз існуючих матеріалів з вивчення і моніторингу психоемоційних факторів свідчить, що розробка допустимих рівнів емоційного напруження, психоемоційного стресу на виробництві лишається складною проблемою в медицині праці.

Зараз не тільки в Україні, а й в цілому світі існує потреба в оцінці нових технологій, зокрема інформаційних, гнучких режимів праці, нових хімічних речовин, наночасток промислових аерозолів, вплив яких на здоров'я працюючих поки що недостатньо враховується при діагностиці професійних захворювань.

На наш погляд, показники профзахворюваності в Україні і в світі, що їх наведено вище, дають уявлення про умови праці на виробництві. Разом з тим, вони не повністю віддзеркалюють справжній стан, а офіційна статистика показує тільки незначну частину існуючої досить масштабної проблеми. Зни-

ження рівня виявлення профзахворюваності в наш час не може слугувати ознакою покращання ситуації, а скоріше потребує додаткового ретельного аналізу, зокрема критичної оцінки стану медико-профілактичного обслуговування робітників. Треба усвідомити досить просту істину: зниження рівня медичного обслуговування, уваги державних інституцій до гігієни та охорони праці завжди призводить до зменшення кількості виявлених хвороб, натомість зростає смертність.

Висновки

1. За рівнем професійної захворюваності країни Європи та СНД можна поділити на три групи: перша – країни Скандинавії, які займають перші 5 рангових місць; друга група включає більшість країн Євросоюзу, починаючи зі Швейцарії до Румунії (6–20 рангові місця); третя – група країн з низьким рівнем величин професійної захворюваності, включає поряд з країнами СНД, також такі Європейські країни як Італія, Португалія, Сербія, Хорватія.

Література

1. Измеров Н.Ф. Роль профилактической медицины в сохранении здоровья населения // Мед. труда и пром. экол.– 2001.– № 1.– С. 1–6.
2. Нагорна А.М. Соціально-економічні детермінанти здоров'я населення України (Огляд літератури і власних досліджень) // Журн. АМН України.– 2003.– Т.9, № 2.– С. 325–345.
3. Стародубов В.И. Сохранение здоровья работающего населения – одна из важнейших задач здравоохранения // Мед. труда и пром. экол.– 2005.– № 1.– С. 1–8.
4. Leigh J., Macaskill I.P., Corvafan C. et al. Глобальный груз болезни и повреждения благодаря профессиональным факторам/Офис Глобальной Переменной и Объед. Экол. Здоровья; Организации Мирового Здоровья.– Женева, 1996.
5. Economic Survey of Europe.– Geneva, 1998.– P. 17–18.
6. Murray C., Lopez A.D. Глобальный груз болезни: всесторонняя оценка смертности и неспособности от болезни, повреждения и факторы риска в 1990 и проектируемый к 2020.– Кембридж: Пресса Ун-та Гарварда, 1996. National Occupational Research Agenda Update / NIOSH, May, 1999. – P. 37.
7. ВООЗ. Здоровье работающих: проект глобального плана действий. EB 120/28 2 января 2006 г. – С. 1–9.
8. Кундиев Ю.И., Кальниш В.В., Нагорная А.М. Роль стресса в формировании здоровья населения: структурный анализ // Журн. АМН Украины.– 2002.– № 2.– С. 335–345.
9. Нагорна А.М. Здоров'я: фундаментальні і прикладні аспекти. – Донецьк: Норд-Прес, 2006.– 336 с.
10. Press Release EURO/14/04.– Copenhagen; Tallinn, 2004.– P. 1
11. Кундиев Ю.И., Нагорна А.М. Професійна захворюваність в Україні у динаміці довгострокового спостереження // Укр. журн. з пробл. мед. праці.– 2005.– № 1.– С. 3–11.
12. Tapiainen M. Burnout: a National Epidemic? // Work Health Safety.– 1998.– № 1.– P. 8–18.
13. Meyer I.D., Holt D.I., Chen Y. a.o. SWORD'99: surveillance of work-related and occupational respiratory disease in the UK // Occup. Med. – 2001. – V.51., № 3.– P.204–208.
14. Pneumoconiosis prevalence among working coal miners examined in federal chest radiograph surveillance programs. – United states // MMWR Morb. Mortal. Wkly Rep. – 1996–2002.– 2003-Apr 18- P.52.
15. Кундиев Ю.И., Нагорна А.М. Професійне здоров'я в Україні. Епідеміологічний аналіз // Монографія. – К.:Авіцена, 2006. – 316 с.
16. ЕРБ ВООЗ. Європейська база даних ЗДВ. Число новых случаев профессиональных заболеваний. Копенгаген. 2007.
17. U.S. Bureau of Labor Statistics OWC/OSH, NE Washington, DC 20212–0001 <http://www.bls.gov/iff>.
18. Rasanen K., Kauppinen T. et al. Work and Health in Finland Institute in 2000 (in Finnish) Finnish Institute of Occupational Health.– Helsinki, 2000.

19. Occupational Medicine: State of the Art Reviews/Ed. by L.Forst, P.Orris.– Philadelphia: Harley Belfus, Inc.– 2002.– V.17, № 4. – 719 p.
20. Word and Health Country Profiles/Rantanen J., Kauppinen T., Toikhanen J. et al.– Helsinki, 2001.– P. 1–57.
21. Czemiczky 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.
22. Rantanen J., Kauppinen T., Toikkanen G. et al. Work and health country profiles.– Finn. Inst. of Occup. Health.– 2001.– P. 22–28.
23. Contribution of Occupational Risk Factors to the Global Burden of Disease/WHO 2002 The World Health Report 2002. Reducing Risks, Promotion Healthy Life.– Geneva: WHO, 2002.– P. 9–12.
24. Nicholson P.J. Occupational health in the European Union // Occup. Med.– 2002.– V.52, № 2.– P. 80–84.
25. Szeszenia-Dabrowska N., Wilczynska U. Occupational Diseases in the period of socioeconomic transition in Poland // Int. J. Occup. Med. Environ. Health. – 2006.– P. 99–106.
26. Markowitz S.B. Occupational disease surveillance and reporting systems. Chapter 32 // Encyclopaedia of Occupational Health and Safety. ILO, Geneva. – 1998. – P. 32.1 – 32.8.
27. Marek K. Zasady orzekania ozdolnosci do pracy w chorobach zawodowych ukladu oddechowego // Medycyna Pracy. – 2002. – V. 53. № 3. – P. 245–252.
28. Wilczynska U, Szczensc – Dabrowska N., Szymczak W. Choroby Zawodowe stwierdzone w Polsce w 2007 r // Medycyna Pracy. – 2008. – V. 59, № 2. – P. 113–122.
29. Рабенда А. Аналіз розповсюдженості та динаміки професійної пилової захворюваності у Польщі // Гигиена труда.– К., 2003.– Вып.34. Т. 2. – С. 845 – 852.
30. Piirainen H. Tyo ja Terveys-haastattelutukimus v. 1997. Taulukkoraportti, Tyoterveyslaitos.– Helsinki, 2000.– P. 17–21.
31. Fingerbut M. Contribution of Occupational Risk Factors to the Global Burden of Disease // Reducing Risks. Promotion Healthy Life: The World Health Report 2002.– Geneva: WHO, 2004.– P. 9–12.

Кундиев Ю.И., Нагорная А.М., Добровольский Л. А.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СОСТОЯНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ В УКРАИНЕ И В МИРЕ

ГУ «Институт медицины труда АМН Украины», г. Киев

В статье приведены данные, которые касаются профзаболеваемости в Украине и других странах за период 1996–2007 гг. Сравнительная характеристика заболеваемости свидетельствует, что в Украине основная профпатология представлена пылевыми заболеваниями легких у работающих в горнодобывающей промышленности, а в Западных странах – дерматозами, болезнями опорно-двигательного аппарата, нарушениями слуха у работающих в машиностроении и сфере услуг. Эти отличия связаны с особенностями распределения работающих между секторами экономики разных стран, отличиями в методических подходах к выявлению и регистрации профессиональных заболеваний.

Ключевые слова: профессиональная заболеваемость, Украина, Евросоюз, США, сравнительный анализ

Kundiev Y.I., Nahorna A.M., Dobrovolsky L.O.

COMPARATIVE CHARACTERISTICS OF THE STATE OF OCCUPATIONAL MORBIDITY IN UKRAINE AND IN THE WORLD

SI «Institute for Occupational Health of AMS of Ukraine», Kyiv

The data related to occupational morbidity in Ukraine and in other countries over the period of 1996–2007 are laid down in the article. The comparative characteristics of the morbidity shows that the main occupational pathology in Ukraine is represented by dust lung diseases in workers, engaged in mine industry, whereas in Western countries it is presented by diseases of the musculoskeletal system, hearing disorders in workers, engaged in machine building and service. The differences are associated with peculiarities in the distribution of workers in sectors of the national economy in different countries, differences in methodical approaches and detection and registration of occupational diseases.

Key words: occupational morbidity, Ukraine, European Union, USA, comparative analysis

Надійшла: 24.03.2009

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