

Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України



**ДЕРЖАВНА УСТАНОВА
«ЦЕНТР ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я
МІНІСТЕРСТВА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ»**

вул. Ярославська, 41, м. Київ, 04071, тел. (044) 334-56-89
E-mail: info@phc.org.ua, код ЄДРПОУ 40524109

**Аналітична довідка
стану професійної захворюваності в Україні
у 2025 році**

Київ 2026

РЕЗЮМЕ

Аналіз підготовлено ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України» на виконання Наказу МОЗ України від 10.11.2022 року № 2020 «Про затвердження Порядку збирання та передачі інформації про випадки гострих та хронічних професійних захворювань (отруєнь) для автоматизованої системи обліку та аналізу гострих та хронічних професійних захворювань (отруєнь)», зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 28.02.2022 року за № 1479/38815.

Аналіз проведений на основі карток обліку професійних захворювань за формою П-5 станом 11 лютого 2026 року, які були внесені до електронної системи епідеміологічного нагляду ЕСЕН «Профзахворюваність» (далі ЕСЕН) регіональними управліннями Державної служби України з питань праці (далі-Держпраці).

РОЗДІЛ 1. Загальна характеристика професійної захворюваності

1.1 Загальний огляд професійної захворюваності

За даними Всесвітньої Організації Охорони Здоров'я (ВООЗ) та Міжнародної Організації Праці (МОТ) щорічно у світі близько 2-х мільйонів людей помирає від хвороб і травм пов'язаних з професійною діяльністю.

Що стосується України, то професійна та професійно обумовлена захворюваність (далі – ПФЗ) залишається складною соціально-економічною і медичною проблемою.

Загалом, за даними Держпраці, в Україні станом на 1.01.2026 року визначено 9086 підприємств де присутні шкідливі і небезпечні умови праці і на яких працює 1434927 осіб з яких періодичному медичному огляду (далі – ПМО) у 2025 році, підлягало 601993 працюючих що становить 41%, з них пройшло 559776 що склало 93% від загальної кількості підлягаючих ПМО.



Рисунок 1. Динаміка реєстрації професійних захворювань серед загальної кількості працюючих

Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України

Аналізуючи динаміку професійної захворюваності на протязі 2011–2025 років, спостерігаємо стійку тенденцію до зниження кількості вперше встановлених випадків ПФЗ.

Так, якщо у 2011 році було зареєстровано 8095 випадків, то у 2025 році – 1054 випадки, що свідчить про зменшення показника майже у 7,7 раз (приблизно на 87%).

Динаміка показника характеризується кількома етапами:

- 2011–2015 роки – різке зниження кількості випадків (з 8095 до 1710), що є найбільш суттєвим скороченням за весь період що аналізується;
- 2016–2019 роки – відносна стабілізація показника на рівні 1500–2200 випадків;
- 2020–2021 роки – короточасне збільшення кількості випадків до 2892;
- 2022–2025 роки – подальше зниження до найнижчих значень за весь період спостереження.

Зниження кількості зареєстрованих професійних захворювань зумовлене не покращенням умов праці, а комплексом соціально-економічних, організаційних та медико-статистичних факторів, серед основних такі:

- втрата контролю над частиною промислових регіонів після 2014 року, де традиційно реєструвалась значна частина ПФЗ;
- структурні зміни в економіці та скорочення зайнятості у високо ризикованих галузях, зокрема у вугільній, металургійній та хімічній промисловості які «поставляли» більше 70% ПФЗ в Україні;
- реформування системи санітарно-епідеміологічного нагляду, що призвело до зменшення кадрового потенціалу та лабораторної бази у сфері гігієни (медицини) праці;
- зниження ефективності системи раннього виявлення професійної патології, зокрема через формальний характер проведення періодичних медичних оглядів (далі – ПМО) та обмежену доступність спеціалізованої профпатологічної допомоги;
- трудова міграція населення та зміна структури зайнятості, що вплинуло на чисельність контингентів працівників працюючих у шкідливих умовах праці;
- наслідки повномасштабної військової агресії російської федерації з 2022 року, що призвело до зупинки або руйнування значної кількості підприємств, скорочення виробничої діяльності та обмеження медичного нагляду за працівниками.

1.2. Територіальний розподіл

Основна кількість зниження (недовиявлення) випадків ПФЗ зосереджена в Донецькій (на 23,9 %) і Дніпропетровській (на 18,9 %) областях, тобто серед працюючих на підприємствах, що знаходяться або в зоні бойових дій, або на тимчасово окупованих територіях з раніше розвинутою видобувною та переробною промисловістю (вугільна, металургійна, машинобудівна).

Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України

У період воєнних дій в Україні скоротилось виявлення ПФЗ на 12,8 % за рахунок міграції населення з країни, закриття або релокації підприємств, зменшення зайнятості, погіршення медичного обслуговування працюючих, зменшення медичних закладів і фахівців з профпатології, наявність домінант щодо самозбереження і відтермінування звернення до профпатологів.

Релокація підприємств привела до значного росту ПФЗ на заході країни, тоді як основні «поставники» професійної захворюваності Донецька, Луганська та Дніпропетровська області осталися на рівні минулого року, а в Луганській області, зважаючи на окупацію більшої частини території, встановлений тільки 1 випадок ПФЗ.



Реєстрація ПФЗ на території України у 2025 році



Рисунок 2. Розподіл ПФЗ по регіонах України

Тут слід зазначити, що певна кількість випадків ПФЗ завжди реєструвалась в західному регіоні України де основним «поставником» були вугільні підприємства Львівсько-Волинського вугільного басейну, який розташований в межах Львівської та Волинської областей.

1.3 Професійна захворюваність країн Європейського Союзу (далі – ЄС).

Провести детальну оцінку стану професійної захворюваності в країнах ЄС є вкрай складною задачею зважаючи на те, що кожна країна ЄС формує окремо політику щодо встановлення та реєстрації ПФЗ.

У країнах ЄС статистика професійних захворювань формується на основі системи European Occupational Diseases Statistics (EODS) Євростату, яка акумулює дані про вперше визнані випадки професійних захворювань у країнах-членах ЄС.

Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України

Аналіз доступних статистичних даних Євростату свідчить, що загальний рівень реєстрації професійних захворювань у ЄС упродовж останнього десятиліття залишається відносно стабільним (якщо виключити період пандемії COVID). Зокрема, індекс кількості нових визнаних випадків у 2023 році був приблизно на 2% нижчим, ніж у 2013 році, що свідчить про відсутність різких змін у довгостроковій динаміці.

Тут слід зазначити, що статистика ЄС має певні методологічні особливості:

- системи реєстрації професійних захворювань у країнах відрізняються;
- критерії визнання та компенсації за втрачене здоров'я можуть істотно різнитися;
- значна частина ПФЗ може залишатися недовиявленою або недовизнаною.

Найбільш поширеними групами ПФЗ у країнах ЄС є:

м'язово-скелетні захворювання опорно-рухового апарату які становлять найбільшу частку випадків і пов'язані з фізичним перевантаженням, монотонною роботою, факторами ергономіки робочого місця;

захворювання органів дихання (астма, хронічні бронхіти, пневмоконіози), пов'язані з впливом пилу, хімічних речовин, аерозолів;

захворювання пов'язані з впливом хімічних речовин - професійні дерматози (контактні дерматити, алергічні ураження шкіри).

Професійні онкологічні захворювання, займають четверте місце щодо реєстрації ПФЗ і вони пов'язані з впливом канцерогенів (азбест, бензол, хромати тощо, фізичні фактори (іонізуюче випромінення)).

За даними ЄС, у період 2013–2022 років було офіційно визнано понад 37 000 випадків *професійного раку*, причому найчастіше реєструвалися рак легень і мезотеліома, що пов'язані з впливом азбесту, внутрішнього опромінення радіоактивними речовинами.

Основними чинниками формування сучасної структури професійної захворюваності в ЄС є:

- структурні зміни економіки та перехід від промисловості до сфери послуг;
- запровадження сучасних стандартів безпеки праці та систем управління ризиками;
- посилення законодавства ЄС щодо канцерогенів і небезпечних речовин на робочих місцях;
- активне впровадження профілактичних програм і медичного нагляду за працівниками.

Разом з тим експерти ЄС зазначають, що реальна поширеність професійних захворювань може бути вищою за офіційні статистичні показники, оскільки багато захворювань (особливо онкологічні) мають тривалий латентний період та складну процедуру визнання.

Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України

Отже у країнах Європейського Союзу система моніторингу професійних захворювань є важливою складовою політики охорони праці та громадського здоров'я. Незважаючи на відносну стабільність загальних показників, структура професійної патології поступово змінюється під впливом трансформації економіки, нових технологій та змін умов праці.

Основними викликами для системи медицини праці як в країнах Європейського Союзу так і для України залишаються недовиявлення професійних захворювань, латентний характер професійних онкологічних хвороб та необхідність посилення профілактичних заходів на робочих місцях.

Розділ 2. Характеристики підприємств

Таблиця 1

Розподіл підприємств за видами економічної діяльності		
КВЕД	назва	кількість
24.10	Виробництво чавуну, сталі та феросплавів	187
08.12	Добування інших корисних копалин та розроблення кар'єрів	2
19.20	Виробництво продуктів нафтопереробки	8
07.29	Добування руд інших кольорових металів	20
07.21	Добування уранових і торієвих руд	48
07.10	Добування залізних руд	170
05.10	Добування кам'яного вугілля	572
	Інші	44
	РАЗОМ	1051

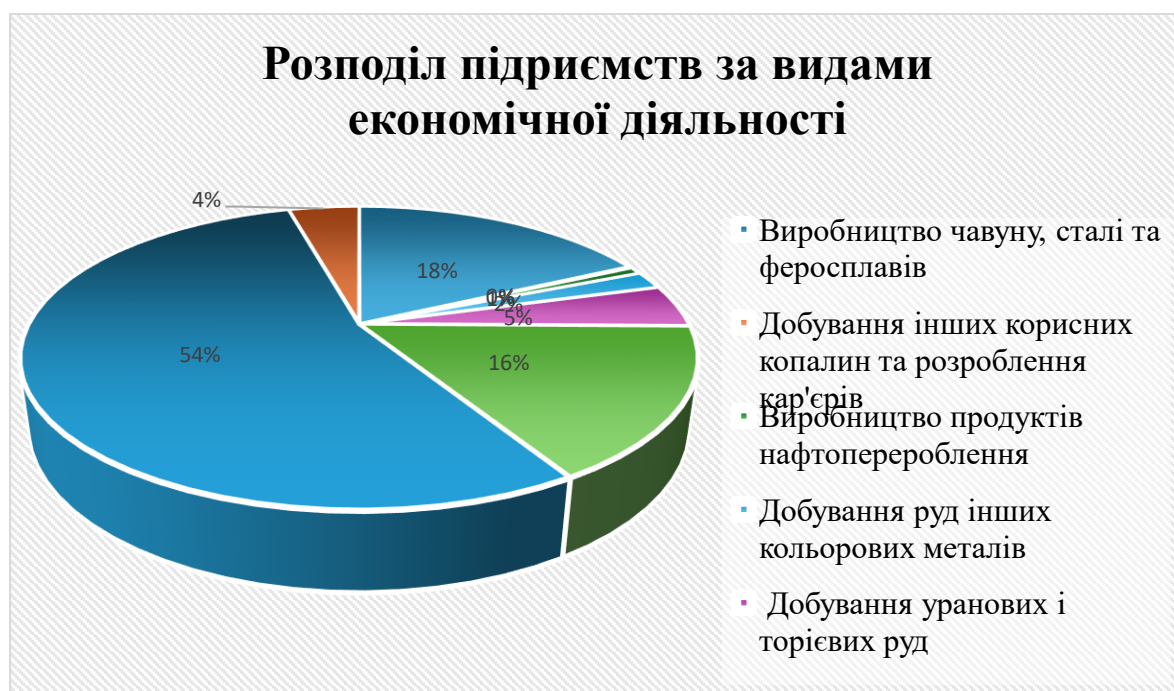


Рисунок 3. Розподіл підприємств за видами економічної діяльності

Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України

Аналіз структури підприємств за видами економічної діяльності свідчить про значну концентрацію суб'єктів господарювання у галузях добувної та важкої промисловості, що традиційно належать до секторів із підвищеним рівнем професійних ризиків для здоров'я працюючого населення. Загалом в ЕСЕН вказано 1051 підприємство, з яких 572 (близько 54%) належать до підприємств вугільної промисловості. Значну частку становлять також підприємства металургійної галузі (187 підприємств, близько 18%) та добування залізних руд (170 підприємств, близько 16%).

Інші види діяльності представлені підприємствами з видобування уранових і торієвих руд, руд кольорових металів, нафтопереробки та окремими іншими видами промислової діяльності.

Галузевий розподіл підприємств «поставників» ПФЗ формує високу концентрацію виробничих факторів ризику, характерних для гірничодобувної та металургійної промисловості. Насамперед це вплив промислового пилу (включаючи кварцевмісний пил), шкідливих хімічних речовин, шуму, вібрації, несприятливого мікроклімату, важких фізичних навантажень, а в окремих виробництвах - іонізуючого випромінювання.

Зазначені фактори є провідними у формуванні професійної патології, зокрема пневмоконіозів, хронічних бронх легеневих захворювань, вібраційної хвороби, нейросенсорної приглухуватості, професійних інтоксикацій та окремих онкологічних захворювань.

Територіальний розподіл випадків ПФЗ

Таблиця 2.

Назва адміністративної території	Кількість випадків	Доля території від загальної кількості ПФЗ
Вінницька область	0	0
Волинська область	16	1,52
Дніпропетровська область	364	34,47
Донецька область	223	21,12
Житомирська область	2	0,19
Закарпатська область	0	0
Запорізька область	169	16,00
Івано-Франківська область	0	0,00
Київська область	1	0,09
Кіровоградська область	48	4,55
Луганська область	1	0,09
Львівська область	225	21,31
Миколаївська область	0	0
Одеська область	0	0

Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України

Полтавська область	3	0,28
Рівненська область	0	0
Сумська область	0	0
Тернопільська область	0	0
Харківська область	2	0,19
Херсонська область	0	0
Хмельницька область	0	0
Черкаська область	1	0,09
Чернівецька область	0	0
Чернігівська область	1	0,09
місто Київ	0	0
РАЗОМ	1054	



Рисунок 4 Територіальний розподіл ПФЗ

Аналіз територіального розподілу випадків ПФЗ свідчить про їх надто нерівномірну географічну концентрацію, що безпосередньо відображає структуру промислового виробництва, характер зайнятості населення у відповідних регіонах України, складна соціально – економічна ситуація пов'язана з бойовими діями.

Із 1056 випадків професійних захворювань, переважна більшість припадає на обмежену кількість промислово розвинених регіонів.

Найбільша частка випадків професійної патології зареєстрована у Дніпропетровській області – 364 випадки (34,47%), що складає третину від загальної кількості по країні. Значна частка також припадає на Львівську область – 225 випадків (21,31%), Донецьку область – 223 випадки (21,12%)

Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України та Запорізьку область – 169 випадків (16,0%). Сукупно ці чотири регіони формують понад 92% усіх зареєстрованих професійних захворювань в Україні, що свідчить про надзвичайно високий рівень концентрації професійних ризиків на підприємствах у регіонах із розвиненою гірничодобувною, металургійною та важкою промисловістю.

Водночас у більшості інших областей України кількість зареєстрованих випадків є поодинокими або відсутніми. Така ситуація не може однозначно свідчити про відсутність професійних ризиків або професійної патології, а ймовірно відображає недостатній рівень виявлення, реєстрації та підтвердження професійних захворювань, що може бути пов'язано з обмеженою доступністю спеціалізованої профпатологічної допомоги, недостатньою ефективністю медичних оглядів працюючих та недосконалістю системи гігієни праці.

З точки зору медицини праці, сформована територіальна структура професійної захворюваності свідчить про наявність регіональних кластерів підвищеного професійного ризику, насамперед у регіонах із домінуванням видобувної промисловості, металургії та важкого машинобудування. Водночас існують ознаки суттєвого недовиявлення професійної патології у більшості регіонів країни, що потребує посилення системи медичного нагляду за працюючими, удосконалення механізмів раннього виявлення професійних захворювань та відновлення ефективної системи контролю умов праці.

У цілому наведені дані свідчать, що проблема професійної захворюваності в Україні має виражений регіонально-галузевий характер та потребує реалізації комплексних профілактичних заходів, спрямованих на управління професійними ризиками, підвищення ефективності системи гігієни праці та забезпечення належного рівня медичного нагляду за працівниками у промислово навантажених регіонах держави.

Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України
**Розділ 3. Характеристики потерпілих від професійних
захворювань**

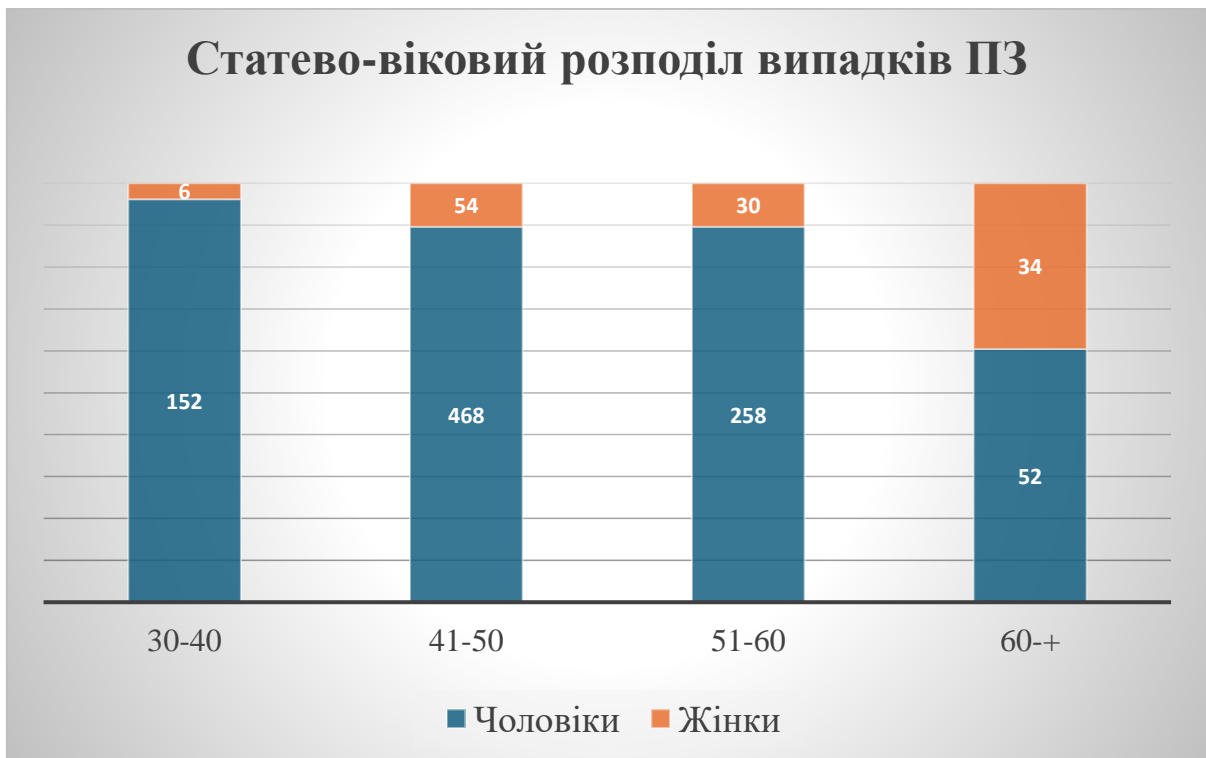


Рисунок 5. Розподіл випадків ПФЗ за віком та статтю

Проаналізувавши статтєво-віковий розподіл випадків ПФЗ встановлено виражену гендерну та вікову нерівномірність структури професійної патології.

Загальна кількість випадків становить 1054, з яких 930 (88,2%) припадає на чоловіків та 124 (11,8%) — на жінок, що свідчить про суттєву гендерну диспропорцію професійної захворюваності. Така структура є типовою для галузей із переважанням важкої, гірничодобувної та металургійної промисловості, де традиційно зайняті чоловіки та де наявні підвищені рівні виробничих ризиків.

Найбільша кількість випадків професійних захворювань зареєстрована у віковій групі 41–50 років (522 випадки, майже 50% загальної кількості), що свідчить про реалізацію хронічного впливу шкідливих виробничих факторів у працездатному віці. Значною залишається частка у групі 51–60 років (288 випадків). Водночас у групі 30–40 років зафіксовано 158 випадків, що може вказувати на ранній початок формування професійної патології в умовах інтенсивного або тривалого виробничого впливу.

Така вікова структура свідчить про накопичувальний характер професійного ризику та недостатню ефективність системи первинної профілактики і раннього виявлення патології. Формування значної частки випадків у працездатному віці має негативні соціально-економічні наслідки, зокрема втрату трудового потенціалу, зростання витрат на медичну допомогу та соціальне страхування.

Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України

Водночас порівняно низька частка жінок може відображати як реальну галузеву структуру зайнятості, так і можливе недовиявлення професійної патології серед жінок у менш ризикових, але хронічно навантажених видах діяльності.

Висновок: наявна структура професійної захворюваності характеризується домінуванням чоловіків середнього та передпенсійного віку, що свідчить про збереження високих виробничих ризиків у промислових секторах та потребує посилення заходів профілактики, удосконалення системи медичних оглядів і впровадження програм раннього виявлення професійної патології в рамках системи громадського здоров'я.



Рисунок 6 Розподіл випадків ПФЗ за віком

Аналіз вікового розподілу потерпілих від ПФЗ свідчить про чітко виражену концентрацію випадків у групах середнього працездатного віку. Найбільша кількість випадків припадає на вікову групу 41–45 років (263 випадки), а також 46–50 років (248 випадків) та 50–55 років (225 випадків). Сукупно ці три вікові категорії формують понад 70% усіх зареєстрованих випадків, що вказує на накопичувальний характер впливу шкідливих виробничих факторів.

Вікова група 36–40 років (171 випадок) також демонструє значний рівень професійної патології, що може свідчити про ранній розвиток захворювань унаслідок інтенсивного або тривалого впливу небезпечних умов праці. У молодшій групі 30–35 років (28 випадків) кількість випадків є відносно невисокою, що відповідає закономірностям формування хронічних професійних захворювань, для яких характерний латентний період.

Після 55 років спостерігається зменшення кількості зареєстрованих випадків (84 випадки у групі 56–60 років, 38 – у 60–65 років, поодинокі випадки у старших вікових групах), що може бути зумовлено виходом працівників з виробництва, достроковим припиненням трудової діяльності за

Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України станом здоров'я або недостатньою реєстрацією випадків ПФЗ серед осіб пенсійного віку.

Вікова структура реєстрації ПФЗ свідчить про те, що професійна патологія формується переважно у період максимальної трудової активності населення, що має значні соціально-економічні наслідки, зокрема втрату трудового потенціалу, зростання витрат на медичну допомогу та систему соціального страхування.

Домінування випадків у віці 41–55 років вказує на недостатню ефективність первинної профілактики, виробничого контролю та раннього виявлення професійної патології.

Отже вікова структура потерпілих від професійних захворювань характеризується накопичувальним типом формування патології з піком у середньому працездатному віці, що потребує посилення системи профілактичних медичних оглядів (починаючи 2026 року ОМО, згідно з наказом 1393 МОЗ України), удосконалення управління професійними ризиками на робочих місцях та впровадження програм ранньої діагностики в межах системи громадського здоров'я.

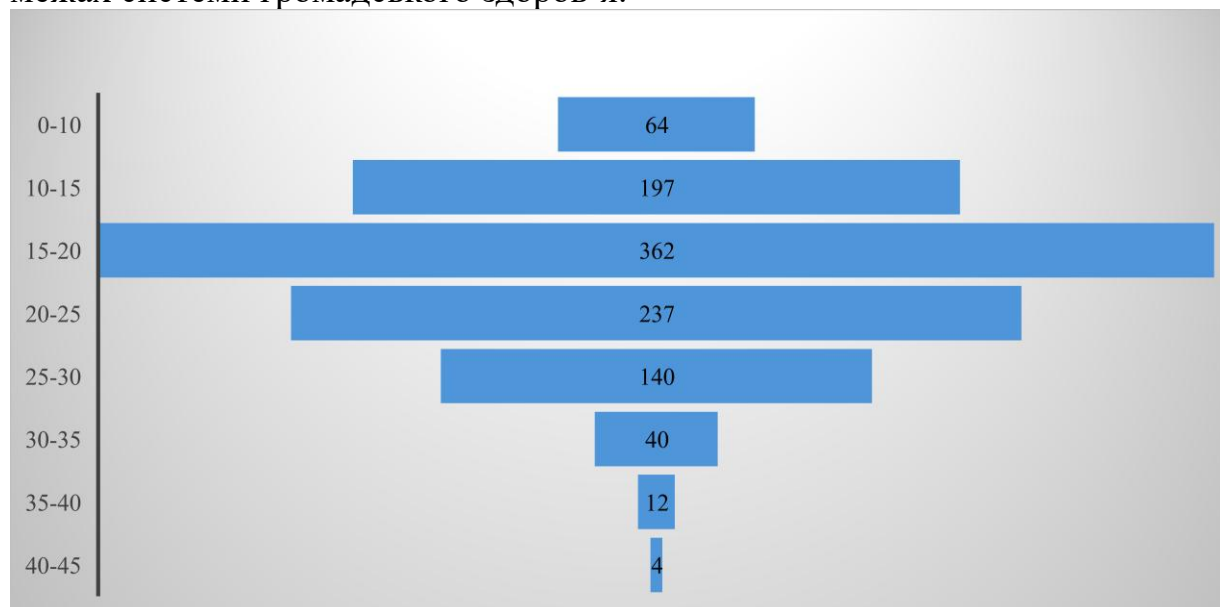


Рисунок 7. Розподіл випадків ПФЗ за стажом роботи

Аналіз розподілу потерпілих від професійних захворювань за стажом роботи свідчить про виражений накопичувальний характер формування професійної патології.

Найбільша кількість випадків припадає на осіб зі стажом роботи 15–20 років (362 випадки), а також 20–25 років (237 випадків) та 10–15 років (197 випадків). Сукупно працівники зі стажом від 10 до 25 років формують понад 75% усіх зареєстрованих випадків, що свідчить про період реалізації професійних ризиків у середньому інтервалі трудової діяльності.

Розглядаючи розподіл потерпілих від професійного захворювання за стажом роботи у професії та шкідливих і небезпечних умовах праці, особливу тривогу визиває значна кількість зареєстрованих ПФЗ які виникли при стажу роботи в професії і шкідливих і небезпечних умовах праці до 10 років(64

Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України випадки). Водночас наявність випадків у цій групі може свідчити про інтенсивний вплив шкідливих факторів та/або недостатній професійний підбір працюючих при проведенні попереднього медичного огляду.

Після 25 років стажу спостерігається поступове зменшення кількості випадків (140 – при стажі 25–30 років, 40 – 30–35 років, поодинокі випадки понад 35 років), що може бути зумовлено достроковим припиненням трудової діяльності за станом здоров'я, переходом на менш шкідливі умови праці або виходом на пенсію.

Аналіз підтверджує, що основний тягар професійної патології формується в період максимальної продуктивної зайнятості, що має суттєві соціально-економічні наслідки: втрату трудового потенціалу, зростання витрат на лікування, реабілітацію та соціальне страхування. Домінування випадків у групі зі стажем 15–20 років свідчить про недостатню ефективність системи управління професійними ризиками та необхідність посилення контролю умов праці на середніх етапах трудового шляху.

Розділ 3. Діагнози та фактори



Рисунок 8 Характер встановлення ПФЗ

Структура встановлення випадків ПФЗ свідчить, що переважна більшість діагнозів встановлюється під час звернення працівників за медичною допомогою, тоді як лише близько чверті випадків виявляються під

Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України час проведення періодичних медичних оглядів. Це свідчить про недостатню ефективність існуючої системи ПМО (основна маса медичних оглядів проводилась відповідно до наказу МОЗ №246) у частині раннього виявлення професійної патології.

Зазначаємо що основною задачею ПМО є виконання функції ранньої діагностики та попередження прогресування професійних захворювань, для своєчасного виявлення початкові стадії патологічних змін в організмі працюючого та запобігати розвитку тяжких форм захворювань. Однак наявна ситуація, коли основна частина випадків встановлюється вже після появи клінічно виражених симптомів, свідчить про те, що значна частина працівників потрапляє до системи медичного спостереження на пізніх стадіях захворювання.

Низька частка виявлення професійної патології під час профілактичних медичних оглядів може бути зумовлена рядом факторів, зокрема: недостатньою якістю проведення медичних оглядів, формальним підходом до їх організації, обмеженим використанням сучасних діагностичних методів, недостатнім врахуванням виробничих факторів ризику, а також недостатньою взаємодією між роботодавцями, закладами охорони здоров'я та службами гігієни праці.

З огляду на зазначене, ситуація свідчить про необхідність удосконалення системи медичних оглядів працівників, підвищення якості їх проведення, посилення контролю за дотриманням вимог законодавства у сфері гігієни праці та впровадження ризик-орієнтованого підходу до медичного нагляду за працівниками.

Отже, існуюча структура встановлення професійних захворювань свідчить про недостатню ефективність системи періодичних медичних оглядів у частині раннього виявлення професійної патології. Це потребує посилення профілактичної спрямованості медичних оглядів, удосконалення методичних підходів до їх проведення та підвищення ролі системи громадського здоров'я у моніторингу професійних ризиків.

Зазначаємо що з метою спрощення аналізу діагнози ПФЗ згруповані таким чином, що вказують на ураження певної системи організму людини та/або групою факторів шкідливого виробничого середовища що визивають такий або схожий ефект на організм людини були згруповані, а саме до групи «Нейросенсорна приглуховатість» включено «Нейросенсорна двобічна приглуховатість», «Нейросенсорна приглуховатість», до групи «Радикулопатія» включено «Радикулопатія попереково-крижова», «Радикулопатія», «Радикулопатія хронічна попереково-крижова», «Радикулопатія шийна», «Хронічна радикулонейропатія», «Хронічний бронхіт» вся патологія пов'язано з бронхо-легеневою системою, і т.д.

Діагноз	Кількість діагнозів	% від усіх діагнозів
Нейросенсорна приглуховатість	74	7
Хронічний бронхіт	615	55
Радикулопатія	359	32
Вібраційна хвороба	65	6
Коніотуберкульоз	3	0,8

Таблиця 3. Кількість діагнозів, зазначених у картках П-5

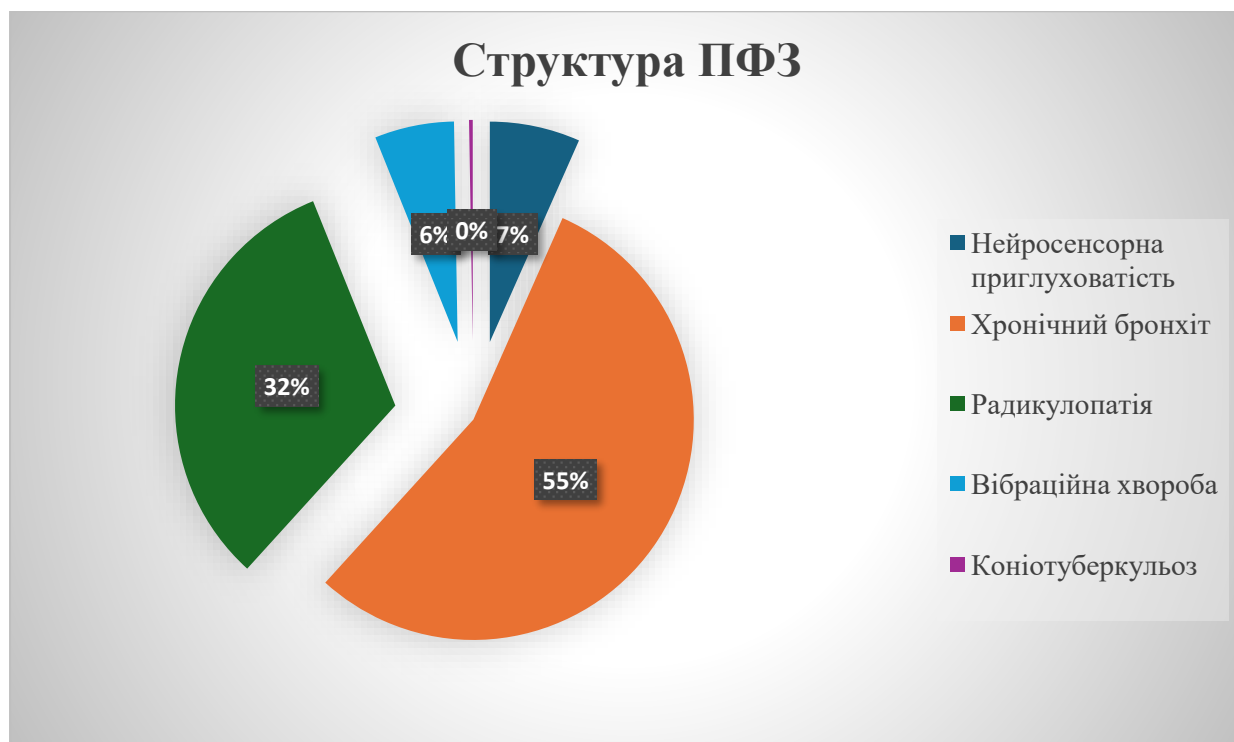


Рисунок 7. Структура діагнозів ПФЗ

Аналіз структури ПФЗ свідчить про виражене домінування патології органів дихання та опорно-рухового апарату в загальній нозологічній структурі.

Найбільшу питому вагу становить хронічний бронхіт – 55%, що вказує на системний та тривалий вплив пилових аерозолів, промислових газів і шкідливих хімічних факторів у виробничому середовищі. Другою за частотою патологією є радикулопатія – 32%, що відображає значне фізичне навантаження, несприятливі ергономічні умови праці та впливи загальних вібрацій.

Меншу, але клінічно значущу частку становлять нейросенсорна приглуховатість (7%) та вібраційна хвороба (6%), що свідчить про наявність підвищених рівнів шуму та вібрації на робочих місцях.

Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України

Частка коніотуберкульозу (близько 0–1%) є відносно низькою, однак його наявність підтверджує збереження пилових ризиків із тяжкими медико-соціальними наслідками.

Структура професійної патології свідчить про домінування хронічних захворювань, пов'язаних із тривалим впливом виробничих факторів, та недостатню ефективність первинної профілактики і виробничого контролю. Переважання респіраторної патології (понад половина випадків) вказує на необхідність посилення контролю за станом повітря робочої зони, концентраціями промислового пилу та шкідливих хімічних речовин в ньому, удосконалення систем вентиляції та застосування сучасних засобів індивідуального захисту.

Висока частка захворювань опорно-рухового апарату свідчить про актуальність впровадження програм механізації, ергономічної оптимізації робочих місць та зменшення фізичних перевантажень.

Разом з ти особливу тривогу викликає відсутність реєстрації онкологічних професійних захворювань та новоутворень при тому, що незважаючи на кризу спровоковану агресивними діями російської федерації, в Україні продовжують працювати потужні комплексні підприємства, підприємства ядерно-паливного циклу, інші підприємства та галузі де в процесі виконання технологічних операцій працюючі контактують з канцерогенними речовинами та факторами.

Отже, станом на 1.01.2026 року відповідно до ЕСЕН структура професійної захворюваності характеризується домінуванням хронічної бронхолегеневої патології та уражень опорно-рухового апарату, що відображає системні виробничі ризики у промислових секторах. Ситуація потребує посилення державної політики у сфері гігієни праці, удосконалення системи медичних оглядів, впровадження сучасних технологій контролю виробничих факторів та розвитку профілактичних програм у межах системи громадського здоров'я.

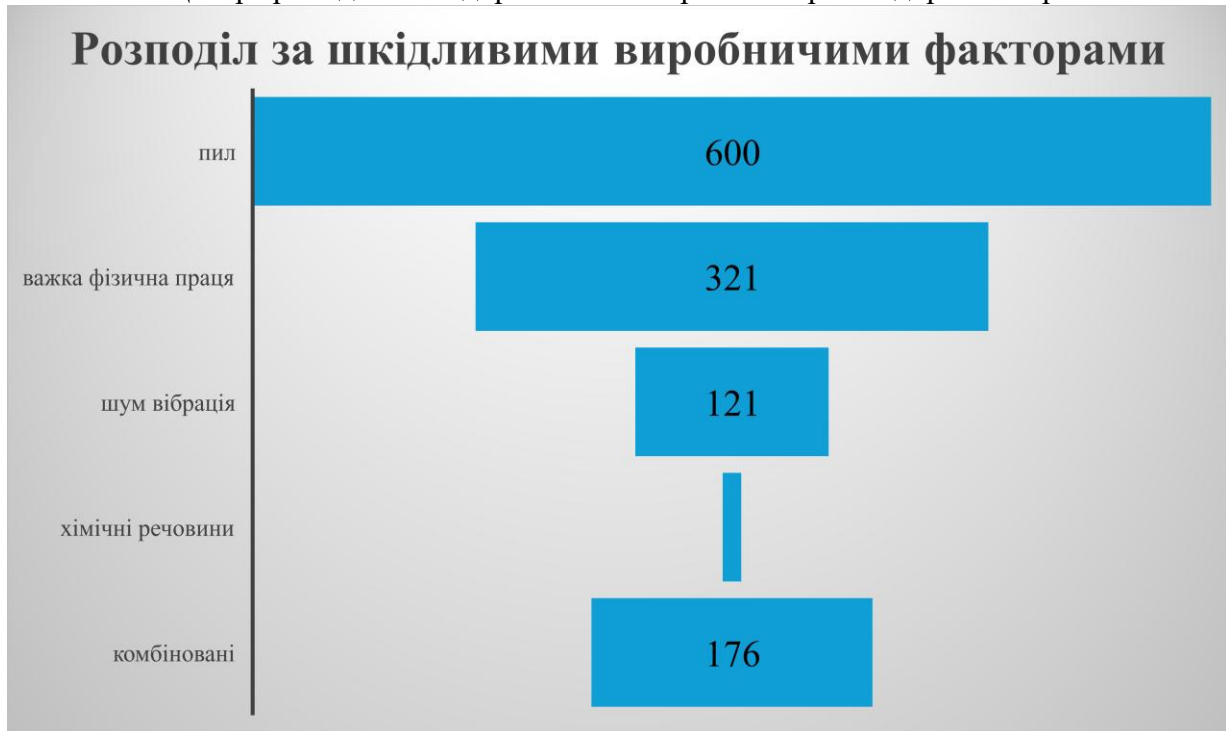


Рисунок 8. Розподіл ПФЗ за шкідливим виробничим чинником

Аналіз розподілу ПФЗ за основними шкідливими виробничими факторами свідчить про домінування традиційних виробничих ризиків, характерних для підприємств важкої промисловості, гірничодобувного та металургійного секторів економіки. Найбільша кількість випадків професійних захворювань пов'язана з впливом промислового пилу — 600 випадків, що становить переважну частку в загальній структурі професійної патології. Це свідчить про значний внесок пилових аерозолів, зокрема фіброгенної дії, у формування хронічних бронх легеневих захворювань та інших пило залежних патологій.

Другим за значущістю фактором є важка фізична праця (321 випадок), що відображає вплив надмірних фізичних навантажень, статичних перенапружень та несприятливих ергономічних умов праці. Значна кількість випадків, пов'язаних із комбінованим впливом шкідливих факторів (176 випадків), свідчить про багатофакторний характер формування професійної патології, коли одночасна дія декількох несприятливих виробничих чинників значно підвищує ризик розвитку захворювань.

Вплив шуму та вібрації (139 випадків) залишається важливим етіологічним фактором розвитку нейросенсорної приглухуватості та вібраційної хвороби. Водночас випадки, пов'язані з хімічними речовинами, становлять відносно невелику частку, що може відображати як реальну структуру ризиків, так і можливе недовиявлення окремих токсичних уражень.

З точки зору медицини (гігієни праці) наведена структура свідчить про збереження значного навантаження від класичних виробничих факторів ризику, які формують основний тягар професійної патології в Україні.

Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України Домінування пилового фактору та значна частка фізичних перевантажень вказують на необхідність посилення заходів первинної профілактики, модернізації технологічних процесів, удосконалення системи виробничого контролю за шкідливими факторами та підвищення ефективності медичних оглядів працівників.

Отже, структура професійної захворюваності за шкідливими виробничими факторами характеризується переважанням пилового навантаження, значним впливом фізичних перевантажень та комбінованих факторів виробничого середовища. Така ситуація свідчить про необхідність посилення державної політики у сфері гігієни праці, розвитку системи управління професійними ризиками та інтеграції профілактичних заходів у рамках системи громадського здоров'я.

Короткий огляд шкідливих факторів виробничого середовища

1. Вплив хімічних факторів

Для 615 ураження випадків органів дихання (легеневої системи), які були зазначені у картках П-5, факторами, які сприяли розвитку цього захворювання, було перевищення ГДК у повітрі робочої зони встановлено у різних хімічних речовин (повний перелік цих хімічних речовин наведено у Додатку 1).

Зокрема, найбільш розповсюдженими факторами для розвитку хронічного бронхіту встановлено перевищення ГДК наступних речовин:

- Вуглецю пил
- Кремнію діоксид кристалічний за вмісту в пилу від 2 до 10 % (горючі кукерситні сланці, мідносульфідні руди і ін.)
- Кремнію діоксид кристалічний за вмісту в пилу від 10 до 70 % (граніт, шамот, слюда-сирець вуглепородний пил та ін.)
- Вуглецю (II) оксид
- Заліза (III) оксид
- Аміак
- Фенол

Для 24 випадків пневмосклерозу, які були зазначені у картках П-5, факторами, які сприяли розвитку цього захворювання. Зокрема, найбільш розповсюдженими факторами для розвитку пневмосклерозу було перевищення наступних речовин:

- Кремнію діоксид кристалічний за вмісту в пилу від 2 до 10 % (горючі кукерситні сланці, мідносульфідні руди і ін.)
- Кремнію діоксид кристалічний за вмісту в пилу від 10 до 70 % (граніт, шамот, слюда-сирець вуглепородний пил та ін.)

Для 528 випадків хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ), які були зазначені у картках П-5, факторами, які сприяли розвитку цього захворювання, було перевищення ГДК у повітрі робочої зони у 27

Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України різних хімічних речовин (повний перелік цих хімічних речовин наведено у Додатку 2). Зокрема, найбільш розповсюдженими факторами для розвитку ХОЗЛ було перевищення наступних речовин:

- Кремнію діоксид кристалічний за вмісту в пилу від 2 до 10 % (горючі кукерситні сланці, мідносульфідні руди і ін.)

- Кремнію діоксид кристалічний за вмісту в пилу від 10 до 70 % (граніт, шамот, слюда-сирець вуглепородний пил та ін.).

Для 14 випадків сидеросилікозу, які були зазначені у картках П-5, факторами, які сприяли розвитку цього захворювання, встановлення перевищення ГДК у повітрі робочої зони наступних хімічних речовин:

- Кремнію діоксид кристалічний за вмісту в пилу від 10 до 70 % (граніт, шамот, слюда-сирець вуглепородний пил та ін.).

Для 3 випадків туберкульозу, які були зазначені у картках П-5, факторами, які сприяли розвитку цього захворювання був контакт з хворим в межах виконання професійних обов'язків.

Загалом, які сприяли розвитку всієї групи захворювань органів дихання, зазначених у картках П-5, найбільш поширеними було перевищення ГДК у повітрі робочої зони для наступних речовин:

- Вуглецю пил

- Кремнію діоксид кристалічний за вмісту в пилу від 2 до 10 % (горючі кукерситні сланці, мідносульфідні руди і ін.)

- Марганцю оксид

- Вуглецю (II) оксид

- Азоту діоксид

- Кремнію діоксид кристалічний за вмісту в пилу від 10 до 70 % (граніт, шамот, слюда-сирець вуглепородний пил та ін.)

- Марганець у зварювальних аерозолях

Підрозділ 2. Вплив фізичних факторів

Вібрація загальна у формах П-5 була вказана як фактор розвитку вібраційної хвороби у 49 випадках даного діагнозу. Тут слід зауважити, що вплив загальної вібрації в залежності від частоти і амплітуди вібрації, а також місцем дотику віброуючої поверхні з організмом людини приводить до цілого ряду соматичних захворювань, в т.ч. і професійних, тобто встановлення діагнозу «вібраційна хвороба» від впливу загальних вібрацій повинна визначатись більш детально.

Вібрація локальна (місцева) була вказана як фактор розвитку вібраційної хвороби у 21 випадках даного діагнозу.

Перевищення ГДР для рівнів шуму стало основним фактором розвитку нейросенсорної приглухуватості у всіх хворих.

Важкість праці; несприятлива фізіологія праці) була одним із основних факторів розвитку радикулопатій та інших захворювань опорно-рухового апарату.

Найбільший вплив мали перевищення допустимих норм за наступними показниками:

Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України

- величина статичного навантаження за зміну при утриманні вантажу однією рукою
- величина статичного навантаження за зміну при утриманні вантажу двома руками
- величина статичного навантаження за зміну при утриманні вантажу за участю м'язів тулуба та ніг
- фізичне динамічне навантаження з переважною участю м'язів рук, та плечового суглоба
- маса вантажу, що постійно підіймається та переміщується вручну

Окрім того, серед форм П-5 які аналізуються, практично не зареєстровано жодного ПФЗ пов'язаного з виникненням онкологічних захворювань, що не може відповідати дійсності, зважаючи на достатньо велику кількість працюючих задіяних в хімічному виробництві та підприємствах ядерно-паливного комплексу.

Розділ 4. Встановлені недоліки

1. Неточність визначення діагнозу - вплив загальної вібрації в залежності від частоти і амплітуди вібрації, а також місцем контакту віброуючої поверхні з організмом людини, приводить до цілого ряду соматичних захворювань, в т.ч. і професійних, тобто визначення «вібраційна хвороба» при впливі загальних вібрацій повинна визначатись більш детально, в закладах охорони здоров'я, які мають право встановлювати діагноз професійного захворювання.

2. Виявлення ПФЗ під час звернення потерпілих за медичною допомогою, а не під час проведення ПМО, що говорить про недосконалу організацію ПМО (ОМО) та/або його формальність.

3. Відсутність реєстрації онкологічних професійних захворювань та новоутворень.

4. Відсутність у системі громадського здоров'я в т.ч. і ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України» інформації щодо кількості підприємств з шкідливими і небезпечними умовами праці, та кількості працюючих на них, в тому числі кількості осіб, що підпадають під вплив того чи іншого шкідливого фактору виробничого середовища, що не дозволяє прорахувати ризики виникнення ПФЗ.

5. Відсутність інформації у системі громадського здоров'я в т.ч. і ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України», щодо кількості осіб, які підлягають проходженню ПМО.

Розділ 5. Висновки та рекомендації

Основне

1. Найбільша кількість випадків ПФЗ зафіксована у Дніпропетровській (364 випадків), Львівській (225) Донецькій (222), Запорізькій (169) областях та Кіровоградській і Волинській областях, відповідно 48 та 16 випадків

2. За видом економічної діяльності підприємств, серед працівників яких було зафіксовано професійні захворювання, найбільшу частку займають: підприємства з добування кам'яного вугілля (53%), підприємства з видобування залізних руд (24%), підприємства з виробництва чавуну, сталі та феросплавів (10%), підприємства з добування уранових та торієвих руд (6%).

3. Переважну частку всіх випадків ПФЗ складають чоловіки. За віковою групою найбільшу кількість випадків ПФЗ, для обох статей, складають потерпілі віком 40-49 років.

4. За кількістю років стажу роботи за професією, найбільшу частку займають потерпілі зі стажем 10-19 років (48%) та 0-9 років (27%).

5. За стажем роботи в умовах дії шкідливого фактору потерпілі від професійних захворювань здебільшого розподілились між групами 10-19 років (46%) та 20-29 років роботи (37%)

6. Всього, у 1056 картках П-5 зі було зазначено 1287 основних діагнозів, серед яких найчастіше зазначались хронічний бронхіт (54%), радикулопатія (35%), нейросенсорна приглуховатість з вібраційною хворобою (по 7 %).

7. За ураженням систем організму, найбільша кількість захворювань припала на скелетно - м'язову (40%) та дихальну системи (39%).

8. Вібрація загальна була вказана як фактор розвитку вібраційної хвороби у 49 випадках даного діагнозу. Вібрація локальна була вказана як фактор розвитку вібраційної хвороби у 21 випадках даного діагнозу.

9. Перевищення ГДР для рівнів шуму стало основним фактором розвитку нейросенсорної приглуховатості у всіх хворих.

10. Несприятливі показники фізіології праці були одним із основних факторів розвитку радикулопатій.

За результатами проведеного аналізу виявлено наявність суттєвих недоліків в нинішній системі збереження професійного здоров'я працюючих. Їхня сукупність приводить до неповної оцінки стану умов праці, що в свою чергу впливає на стан професійної і професійно-обумовленої захворюваності, і не дозволяє своєчасно впроваджувати заходи профілактики.

Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України

Практично на протязі довгого часу фактично не реєструється професійна онкологічна захворюваність, не зважаючи на те, що в Україні існує потужний урановидобувний і переробний комплекс, ціла низка підприємств хімічної та фармацевтичної промисловості, широке застосування хімічних засобів захисту рослин, тощо.

Недостатня якість підготовки до проведення періодичних та попередніх медичних оглядів (далі – ПМО), і саме їх проведення, приводить до неповного визначення професій і робочих місць працюючі яких які підлягають ПМО, що в свою чергу не дозволяє в повному обсязі виявляти на ранніх стадіях ознаки професійних і професійно - обумовлених хвороб.

Висновки

Аналіз динаміки професійної захворюваності в Україні упродовж 2011–2025 років демонструє стійку тенденцію до значного зниження кількості вперше встановлених випадків професійних захворювань. За зазначений період кількість зареєстрованих випадків зменшилась з понад 8000 до близько 1000 на рік, тобто майже у вісім разів. На перший погляд така тенденція може свідчити про покращення умов праці та ефективність профілактичних заходів. Однак детальний аналіз соціально-економічних та організаційних факторів свідчить, що зниження офіційних показників значною мірою зумовлене іншими причинами, які не пов'язані безпосередньо з покращенням виробничого середовища.

Однією з ключових причин зменшення кількості зареєстрованих випадків є структурні трансформації економіки України, що відбуваються протягом останніх десятиліть. Зокрема, суттєво скоротилася зайнятість у традиційно високоризикованих галузях промисловості — вугільній, металургійній, гірничодобувній та хімічній. Саме ці галузі історично формували основний тягар професійної патології в Україні. Зменшення обсягів виробництва, закриття підприємств, а також зміна структури зайнятості населення призвели до скорочення контингентів працівників, які перебувають під впливом шкідливих виробничих факторів.

Важливим фактором, що вплинув на офіційні показники професійної захворюваності, стала втрата контролю над частиною промислових регіонів після 2014 року, а також масштабні наслідки повномасштабної військової агресії Російської Федерації з 2022 року. Значна частина підприємств важкої промисловості опинилася на тимчасово окупованих територіях або в зоні активних бойових дій, що призвело до припинення їх діяльності або значного скорочення виробничих процесів. Крім того, відбулося руйнування частини виробничої та медичної інфраструктури, що обмежило можливості здійснення медичного нагляду за працюючими.

Окремим важливим чинником є реформування системи санітарно-епідеміологічного нагляду, що відбулося в Україні у попередні роки. Внаслідок ліквідації санітарно-епідеміологічної служби та перерозподілу функцій між різними органами державної влади відбулося значне скорочення

Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України кадрового потенціалу у сфері гігієни праці, а також часткова втрата лабораторної та експертної бази. Це призвело до зниження ефективності державного контролю за умовами праці, а також до послаблення системи профілактики професійних захворювань.

Аналіз територіального розподілу випадків професійних захворювань свідчить про їх надзвичайно високу концентрацію у промислово розвинених регіонах. Понад 90 % усіх зареєстрованих випадків припадає лише на декілька областей, зокрема Дніпропетровську, Львівську, Донецьку та Запорізьку. Така концентрація безпосередньо відображає галузеву структуру економіки цих регіонів, де домінують підприємства гірничодобувної, металургійної та важкої промисловості.

Водночас майже повна відсутність зареєстрованих випадків у значній кількості інших регіонів України навряд чи може свідчити про відсутність професійних ризиків або професійної патології. Значно більш імовірним є те, що ця ситуація відображає недостатній рівень виявлення та реєстрації професійних захворювань. Така диспропорція може бути пов'язана з недостатнім рівнем медичного нагляду за працюючими та недосконалістю механізмів взаємодії між системою охорони здоров'я, роботодавцями та органами державного нагляду.

Аналіз соціально-демографічної структури потерпілих від професійних захворювань свідчить про чітко виражену гендерну та вікову специфіку професійної патології. Переважна більшість випадків припадає на чоловіків, що відображає галузеву структуру зайнятості у промисловості. Найбільша кількість випадків реєструється у вікових групах 40–55 років, що свідчить про накопичувальний характер впливу шкідливих виробничих факторів.

Особливу увагу привертає розподіл професійних захворювань за стажем роботи. Найбільша частка випадків припадає на працівників зі стажем 10–25 років, що відповідає періоду максимальної трудової активності населення. Це свідчить про те, що основний тягар професійної патології формується саме у працездатному віці, що має суттєві соціально-економічні наслідки. Передчасна втрата працездатності, тривала інвалідизація та необхідність медичної реабілітації призводять до значних економічних втрат для держави.

Аналіз нозологічної структури професійної патології свідчить про домінування захворювань органів дихання та опорно-рухового апарату. Понад половину випадків становлять хронічні бронхолегеневі захворювання, що пов'язані з тривалим впливом промислового пилу та шкідливих аерозолів. Значну частку становлять також радикулопатії та інші ураження опорно-рухового апарату, що формуються внаслідок надмірних фізичних навантажень та несприятливих ергономічних умов праці.

Структура професійних захворювань безпосередньо відображає характер виробничих ризиків. Найбільш вагомим фактором формування професійної патології залишається вплив промислового пилу, що характерно

Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України для підприємств гірничодобувної та металургійної промисловості. Важливу роль також відіграють фізичні фактори виробничого середовища, зокрема шум і вібрація, а також фактори важкості та напруженості праці.

Водночас особливу тривогу викликає практично повна відсутність реєстрації професійних онкологічних захворювань. Така ситуація не може відповідати реальній структурі професійних ризиків в Україні, оскільки на території держави продовжують функціонувати підприємства хімічної промисловості, металургійні виробництва, підприємства ядерно-паливного циклу та інші об'єкти, де працівники контактують з канцерогенними речовинами. Враховуючи тривалий латентний період розвитку онкологічних захворювань, їх недовиявлення може бути пов'язане зі складністю процедури встановлення причинного зв'язку між захворюванням та умовами праці.

Окремого аналізу потребує ефективність системи періодичних медичних оглядів працівників. Наявні дані свідчать, що переважна більшість випадків професійних захворювань встановлюється під час звернення працівників за медичною допомогою, тоді як під час профілактичних медичних оглядів виявляється лише близько чверті випадків. Це свідчить про недостатню ефективність існуючої системи медичних оглядів у частині раннього виявлення професійної патології.

Основними причинами такої ситуації можуть бути формальний підхід до проведення медичних оглядів, недостатнє врахування специфіки виробничих факторів ризику, обмежене використання сучасних діагностичних методів та недостатня взаємодія між роботодавцями, закладами охорони здоров'я та органами державного нагляду. У результаті значна частина працівників потрапляє до системи медичного спостереження вже на пізніх стадіях захворювання, коли можливості профілактичного впливу суттєво обмежені.

З позицій громадського здоров'я наведені результати свідчать про наявність системних проблем у сфері збереження професійного здоров'я працюючого населення. Незважаючи на формальне зниження рівня професійної захворюваності, реальна поширеність професійної патології може бути значно вищою за офіційні статистичні показники. Це пов'язано з недосконалістю системи виявлення та реєстрації професійних захворювань, обмеженими можливостями профпатологічної служби та недостатнім рівнем контролю за умовами праці.

Така ситуація може призвести до накопичення значної кількості латентних випадків професійної патології, що проявлятимуться у вигляді хронічних захворювань, інвалідизації та передчасної смертності серед працюючого населення. Це створює додаткове навантаження на систему охорони здоров'я, систему соціального страхування та економіку держави загалом.

Отже, професійна захворюваність є важливим індикатором стану умов праці, ефективності системи медичного нагляду за працюючими та загальної спроможності держави забезпечувати захист здоров'я населення в процесі

Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України трудової діяльності. У сучасних умовах вона розглядається не лише як проблема охорони праці, а як складова системи громадського здоров'я, що безпосередньо впливає на демографічні показники, економічну продуктивність та стійкість національної економіки.

Таким чином, сучасний стан професійної захворюваності в Україні потребує комплексного переосмислення державної політики у сфері охорони праці та медицини праці. Ключовими напрямками мають стати посилення системи медичного нагляду за працюючими, відновлення ефективного контролю за умовами праці, розвиток системи раннього виявлення професійної патології та інтеграція питань професійного здоров'я до загальної системи громадського здоров'я.

З метою зниження рівня і профілактики професійної і професійно обумовленої захворюваності працюючих **пропонується здійснення наступного комплексу заходів:**

1. Інтеграція між собою даних:

- ЕСЕН
- Держпраці
- Пенсійного фонду.

2. Впровадити в повному обсязі наказ МОЗ України від 08.09.2025 № 1393 зареєстровано в Міністерстві юстиції України 27 жовтня 2025 року за № 1551/44957 «Про організацію та проведення обов'язкових медичних оглядів працівників певних категорій», та Перелік професійних захворювань» затверджений постановою Кабінету Міністрів України від 8 листопада 2000 р. № 1662 (в редакції постанови Кабінету Міністрів України від 26 листопада 2025 р. № 1536).

3. Внести зміни до Закону України «Про обов'язкове соціальне страхування від нещасних випадків на виробництві й професійних захворювань» для покращення медико-соціальної захищеності працюючих у шкідливих та небезпечних умовах праці під час роботи і перед виходом на пенсію за віком чи вислугою років, передбачити в обов'язковому порядку ретельне медичне обстеження з рентгено-функціональною оцінкою стану їхніх органів дихання для виявлення можливої наявності у них ознак професійної патології легенів.

4. Забезпечити дієвий контроль за охороною й безпекою праці працюючих на підприємствах з важкими і небезпечними умовами праці.

5. Включити в перелік критеріїв при проходженні попереднього (при прийомі на роботу) медичного огляду працівників робота яких планується в шкідливих і небезпечних умовах праці, відповідні маркери виявлення спроможності організму протидіяти виникненню професійних

Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України захворювань в умовах дії шкідливого та небезпечного виробничого середовища.

6. Забезпечувати виконання заходів щодо поліпшення умов праці за результатами атестації робочих місць за умовами праці у повному обсязі.

7. Проводити постійний контроль за показниками шкідливих факторів виробничого середовища та трудового процесу на робочих місцях.

8. Впровадження ризик-орієнтованої системи медичних оглядів

- диференційовані ПМО
- цифровий реєстр ризиків.

9. Вживати заходів зі зниження рівнів шуму на робочих місцях (виконання своєчасних ремонтів устаткування, виконання графіку технічного обслуговування устаткування).

10. Вживати заходів зі зниження концентрацій пилу та інших шкідливих хімічних речовин та промислових аерозолів в повітрі робочої зони (зрошення сировини, ревізія та перевірка ефективності роботи вентиляції, встановлення локальних витяжок та бортових відсмоктувачів на робочих місцях, ізоляція не працюючих гірських вироблень, тощо).

11. Вживати заходи зі зниження рівнів локальної та загальної вібрації (удосконалення технологічних процесів та регламентів, виконання своєчасних ремонтів інструменту та устаткування, виконання графіку технічного обслуговування інструменту та устаткування, застосування ЗІЗ).

12. Здійснювати постійний контроль використання працівниками під час роботи у шкідливих умовах праці засобів індивідуального захисту від впливу шкідливих та небезпечних факторів виробничого середовища (шуму, вібрації, аерозолів фіброгенної дії та інших речовин хімічного походження).

13. Своєчасно виконувати рекомендації заключних актів за результатами періодичних медичних оглядів працівників.