

мы гигиены детей и подростков: Материалы научно-практической конференции. — Харьков, 1995. — С. 62-63.

8. Капранов С.В., Назаренко В.И., Слипченко Л.Н., Безручко Л.И., Михайлов Ю.А., Лузанова В.И. Оздоровление дошкольников в городе с металлургическим и коксохимическим производством // Довкілля та здоров'я. — 2003. — № 2 (25). — С. 23-26.

9. Манолова Э.П., Капранов С.В. К вопросу укрепления здоровья детского населения в экологически неблагоприятных населенных пунктах // Новости медицины и фармации. — 2003. — № 8 (136). — С. 30.

10. Капранов С.В., Безручко Л.И., Бетрединова В.В. К вопросу внедрения в Донбассе комплексной программы оздоровления детей // Актуальні проблеми гігієни праці, професійної патології і медичної екології Донбасу: Зб. статей. — Донецьк, 2005. — С. 426-427.

11. Манолова Е.П., Капранов С.В. Організація оздоровлення дітей, що мешкають в екологічно несприятливих регіонах: Метод. рек. — К., 2004.

12. Закон Украины "Об обеспечении санитарного и эпидемического благополучия населения" от 24.02.1994 г.

13. Ванханен В.В., Ванханен В.Д. Учение о питании. — Донецк: Донеччина, 2000.

14. Николаева Л.Г. Отчет о проведении клинических испытаний биологически активной добавки "Хлопья зародышей пшеницы" фирмы "Наша Марка" // Метод. рек. "Результаты клинических испытаний нутрицевтиков фирмы "Наша Марка". — Харьков, 2002. — С. 28-32.

15. Подгорная Н.Ф., Паранич В.А. "Наша марка". Продукция фирмы: руководство и рекомендации. — Харьков, 2002.

16. Горшевикова Э.В. Биологические свойства стафилококка, вегетирующего на слизистой оболочке носа больных риносинусопатией, и его сенсibiliзирующее влияние на организм. Автореф. дис. канд. мед. наук. — М., 1971.

17. Буштуева К.А., Случанко И.С. Методы и критерии оценки состояния здоровья населения в связи с загрязнением окружающей среды. — М., 1979. — 130 с.

18. Костродымов Н.Н. Некоторые показатели иммунологической реактивности детей // Гиг. и сан. — 1981. — № 1. — С. 48-49.

## HYGIENIC CONDITION OVER THE USE OF HEALTH-FORMING POTENTIAL OF EDUCATIONAL INSTITUTION

Kalinichenko I.O., Pol'ka N.S., Zaika L.M., Tolokol'nikov O.Y.

### ГІГІЄНІЧНА ОЦІНКА ВИКОРИСТАННЯ ЗДОРОВ'ЯФОРМУЮЧОГО ПОТЕНЦІАЛУ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДІВ



**КАЛИНИЧЕНКО І.О., ПОЛЬКА Н.С., ЗАЙКА Л.М., ТОЛОКОЛЬНИКОВ О.Я.**

Інститут фізичної культури, Сумський державний педагогічний університет ім. А.С.Макаренка, ДУ "Інститут гігієни та медичного екології ім. О.М.Марзєєва АМН України", Київська міська санепідемстанція, Санепідемстанція Голосіївського району м. Києва

УДК 613.955-371.711

**Ключові слова:** здоров'яформуючий потенціал, школярі, гігієнічна оцінка, внутрішньошкільне середовище.

Іні особливої гостроти набуває проблема погіршення стану здоров'я підростаючого покоління, оскільки здоров'я дітей і підлітків визначає майбутнє країни, її економічний і науковий потенціал, генофонд нації. Реформування у галузі освіти передбачає виховання покоління людей, здатного ефективно працювати і навчатися протягом життя [1]. Однак незважаючи на пріоритетні напрямки державної політики щодо розвитку освіти, які ґрунтуються на особистісній орієнтації освіти, пропаганді здорового способу життя, моніторингу освітнього процесу, залишаються високими показники патологічної враженості дитячого населення. Серед комплексу чинників, що впливають на формування здоров'я дитячого населення, чільне місце посідають так звані "шкільні фактори ризику", про що свідчить суттєве збільшення різних форм патології за період навчання у школі [2-4].

За статистичними даними, захворюваність дитячого на-

**ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЗДОРОВЬЕФОРМИРУЮЩЕГО ПОТЕНЦИАЛА УЧЕБНОГО ЗАВЕДЕНИЯ**

**Калиниченко И.А., Полька Н.С., Заика Л.М., Толокольников О.Я.**

На основе комплексного исследования проведена оценка внутришкольной среды, инфраструктуры учебного заведения и физкультурно-оздоровительной активности школьников. Установлены региональные особенности уровней здоровьесберегающего потенциала учебных заведений (ЗСП УЗ), зависимость ЗСП УЗ и заболеваемости школьников. Определена необходимость дальнейшей разработки методологии изучения ЗСП УЗ.

**Ключевые слова:** здоровьесберегающий потенциал, школьники, гигиеническая оценка, внутришкольная среда.

селення України має стійку тенденцію до зростання. Поширеність захворювань становить 1844,35 на 1000 осіб, що на 42% вище, ніж 1996 року. У структурі поширеності захворювань перше місце посідають хвороби органів дихання (51%), друге — травлення (7,6%), третє — ендокринної системи (5,0%), четверте — ока та придаткового апарату (5,0%) [5].

На сьогодні стан здоров'я школярів потребує розробки спільних державних і медико-педагогічних заходів профілактики "шкільної патології" та активного оздоровлення учнів. Заходи, що вживаються на державному рівні з метою покращання здоров'я і фізич-

ного стану школярів, не забезпечать позитивних зрушень без пошуку і впровадження шляхів оптимізації фізичного виховання (ФВ) у загальноосвітніх навчальних закладах (ЗНЗ) як одного з вагомих здоров'яформуючих чинників [6, 7].

Національною доктриною розвитку фізичної культури (ФК) і спорту визначено вдосконалення сфери ФК, забезпечення оптимальної рухової активності у повсякденній діяльності, масове залучення дітей до початкових занять спортом. Однак система шкільного ФВ має низку проблем, які потребують вирішення: незадовільний стан матеріально-технічної бази, недостатнє бюджетне фінансування, недостатнє пропагування здорового способу життя, низька оздоровча ефективність ФВ, відсутність належного медичного контролю над організацією ФВ, недосконала система оцінки фізичної підготовленості школярів. У зв'язку з критичною ситуацією у сфері ФК актуальною є розробка методичних підходів до проведен-

ня гігієнічної оцінки ефективності ФВ (Концепція Державної програми розвитку фізичної культури і спорту на 2007-2011 роки, схвалена розпорядженням Кабінету Міністрів України від 08.06.2006 р. № 326-р.).

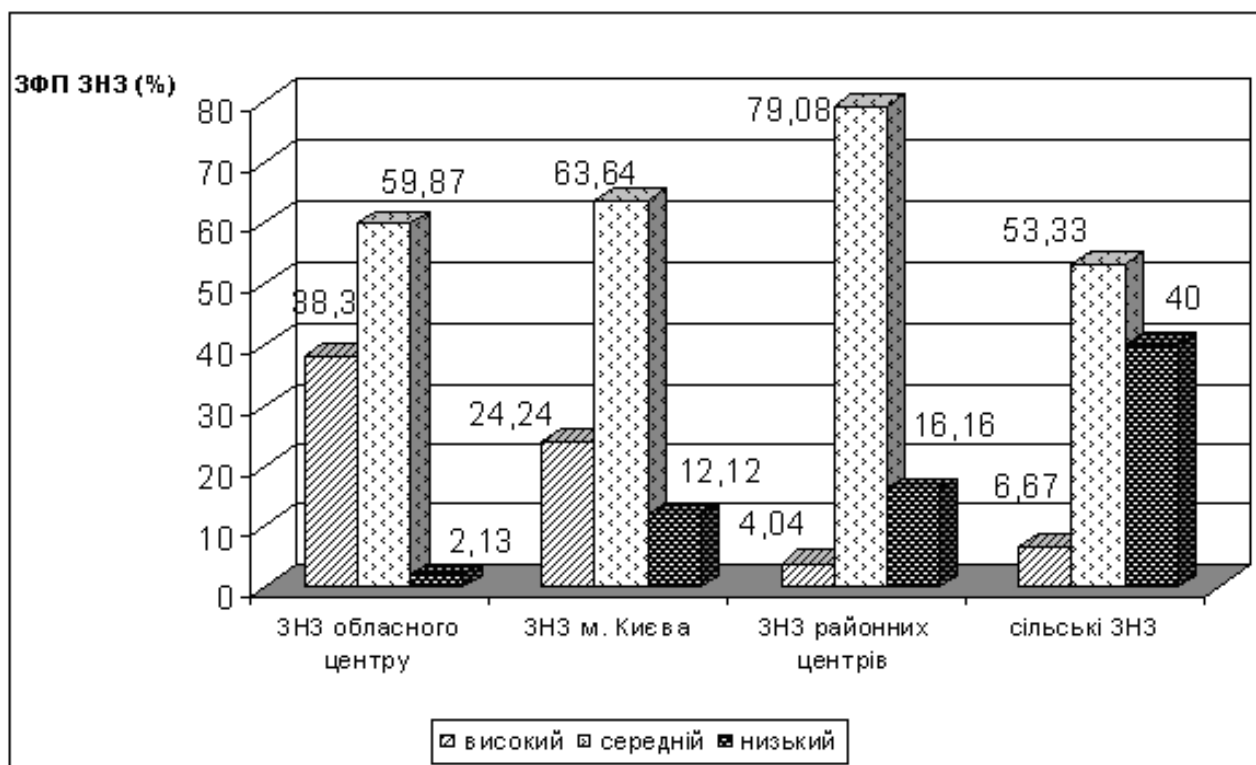
**Метою дослідження** було оцінити використання здоров'яформуючого потенціалу навчальних закладів різних регіонів та проаналізувати спортивно-оздоровчу активність школярів.

**Матеріали та методи дослідження.** Дослідження були проведені на базі 99 шкіл м. Києва та 120 шкіл Сумської області.

Комплекс гігієнічних досліджень містив чотири модулі: 1) характеристику будівлі та внутрішньошкільного середовища; 2) оздоровчу інфраструктуру навчального закладу; 3) характеристику персоналу навчального закладу; 4) спортивно-оздоровчу активність учнів школи. До першого блоку дослідження включено оцінку відповідності гігієнічним вимогам будівлі школи, розташування спортивних залів, наявність інвен-

Рисунок

**Питома вага рівнів здоров'яформуючого потенціалу навчальних закладів різних регіонів України**



**HYGIENIC CONDITION OVER THE USE OF HEALTH-FORMING POTENTIAL OF EDUCATIONAL INSTITUTION**

**Kalinichenko I.O., Pol'ka N.S., Zaika L.M., Tolokol'nikov O.Y.**

*On the basis of complex investigation there has been carried out evaluation of school environment, infrastructure of an educational institution and physical and sanitary activity of school children. Regional peculiarities of health-preserving*

*levels of educational institutions' potential have been highlighted.*

*The correlation between schools and children's health and resistance to diseases has been defined. As a result a necessity of further development of methodological study of secondary schools has been defined.*

**Key words: health-preserving levels of educational institutions' potential, school children, hygienic condition, school environment.**

тарних, душових кімнат, роздягалень. Визначалися параметри мікроклімату (температура, вологість), освітлення з використанням стандартних методів і приладів.

Оздоровча інфраструктура навчальних закладів характеризувалася роботою медичних кабінетів, басейнів, тренажерних залів, проведенням днів здоров'я, наявністю спеціальних медичних груп та їх роботою. Крім того, визначали укомплектованість персоналу шкіл, на який покладається відповідальність за формування здоров'я та здорового способу життя учнів.

Критеріями спортивно-оздоровчої активності учнів школи обрано щоденне проведення до занять гімнастики, динамічних перерв, годин здоров'я, кількість занять ФК на тиждень, розподіл учнів за групами здоров'я, кількість спортивних секцій та охоплення спортивно-масовою роботою школярів.

Для оцінки одержаних даних використано трибальну шкалу: 1) відповідність показника гігієнічним вимогам — 3 бали; 2) порушення, які можуть бути ліквідовані — 2 бали; 3) невідповідність показника гігієнічним вимогам — 1 бал [8, 9]. Розраховано середні величини показників, рівні ЗФП НЗ (високий, середній, низький) та визначено питому вагу ЗНЗ за обраними критеріями.

**Результати досліджень та їх обговорення.** Високий рівень ЗФП визначено у 75,00% міських шкіл і лише у 25,00% — сільських. Серед шкіл обласного центру високий рівень ЗФП мають

38,30% ЗНЗ, у м. Києві — 24,24%, у школах районних центрів переважає середній рівень ЗФП (79,08%), найвищу питому вагу низького рівня ЗФП установлено у школах сільської місцевості (40,00%) (рис.).

Кількість учнів, які навчаються у школах, відповідала проектній місткості тільки в обласному центрі. У столичних школах наповненість становила 72,0%, у школах районних центрів — 78,4%, у сільських школах — 51,85% від запланованої кількості, що є свідченням загальнодержавної демографічної кризи.

Зважаючи на те, що організація навчального процесу у школах є динамічною керованою системою, проведено аналіз зв'язку між інтегральною оцінкою ЗФП НЗ і низькою показників, що характеризують стан здоров'я учнів. Встановлено, що серед шкіл усіх регіонів існує закономірний вплив високого рівня ЗФП НЗ на зменшення питомої ваги третьої групи здоров'я з найбільш тісним зв'язком у школах обласного центру ( $r=-0,4168$ ,  $p<0,05$ ). Під час аналізу характеру зв'язку ЗФП НЗ і особливостей розподілу дітей за групами здоров'я встановлено, що у школах сільської місцевості з високим ЗФП НЗ спостерігається перевага першої групи здоров'я і логічною зворотною тенденцією кількості дітей другої та третьої груп ( $p<0,05$ ). Така закономірність порушується у школах міст різного підпорядкування, а саме: у школах з вищим ЗФП НЗ навчається менше здорових дітей і збільшується група школярів

з функціональними відхиленнями, що підтверджується позитивним кореляційним зв'язком ( $r=0,5109$ ,  $p<0,05$  — для обласного центру і  $r=0,5109$ ,  $p<0,05$  — для шкіл районних центрів). Виявлену закономірність, ймовірно, можна пояснити тим, що впровадження здоров'язберігаючих технологій (ЗЗТ) і підвищення фізкультурно-оздоровчої активності учнів шкіл було зумовлено саме низьким рівнем здоров'я дітей у цих навчальних закладах.

Впровадження ЗЗТ та їхній вплив на здоров'я дітей, рівень якого визначався за групами здоров'я, має віддалену особливість оцінки результатів. Це спонукало використати рівень резистентності організму за кількістю гострих респіраторних захворювань протягом навчального року для оцінки ефективності ЗФП НЗ.

Серед обстежених шкіл усіх регіонів існує вірогідний зворотний зв'язок захворюваності на ГРВІ з рівнем ЗФП НЗ ( $r=-0,4185$ ,  $p<0,001$ ), що підтверджує ефективність впровадження ЗЗТ і фізкультурно-спортивної діяльності учнів шкіл. З огляду на те, що інтегральна оцінка ЗФП НЗ складалася з п'яти модулів, до яких входили пункти про різну за напрямком і характером діяльність ЗНЗ, встановлено достовірний позитивний вплив факторів, об'єднаних у модуль "Характеристика будівлі та внутрішньошкільного середовища" ( $r=-0,2172$ ,  $p<0,05$ ).

Навчальні заклади, в яких проведено комплексну оцінку, мали типові будівлі у рай-

центрах, у 97,98% — м. Києва, у 96,67% — обласного центру. Серед 21,20% обстежених шкіл сільської місцевості будівлі навчальних закладів були не типовими, а тільки пристосованими до навчання.

Розподіл майданчика на функціональні зони виконано в усіх школах райцентрів і сіл. У ЗНЗ міст виявлено відхилення у 13,0% навчальних закладів.

Однією з важливих санітарно-гігієнічних вимог до спортивно-оздоровчої зони є покриття спортивного майданчика. Визнано, що найбільш оптимальним є варіанти комбінованого покриття (асфальтовані бігові доріжки з дренажним твердим покриттям поля або використання тільки дренажного твердого покриття з трав'янистим ігровим полем). Такі варіанти покриття спортивних майданчиків існують у 65,52% шкіл обласного центру і 67,87% шкіл міста Києва. У школах сільської місцевості встановлені рекомендації витримано у 21,21% ЗНЗ.

Спортивний зал — обов'язковий елемент складу основних приміщень сучасних навчальних закладів. Відповідність гігієнічним вимогам щодо площі спортивного залу встановлено серед 97,99% столичних шкіл і 82,76% — обласного центру. Серед шкіл райцентрів у 26,09% випадків і 24,24% — сільської місцевості спортивний зал був меншим за рекомендований.

Висота спортивного залу менше 6 м підвищує ризик спортивного травматизму і зменшує об'єм циркулюючо-

го повітря. З такими недоліками функціонують 27,59% шкіл обласного центру, 30,43% ЗНЗ районних центрів і 21,87% шкіл сільської місцевості. Дотримання вимог до висоти спортивного залу встановлено у 92,63% шкіл м. Києва.

Комплекс допоміжних приміщень спортивного залу є необхідною умовою ефективної фізкультурно-спортивною діяльності ЗНЗ. Майже в усіх школах функціонують інвентарні кімнати спортивного залу. У поодиноких випадках інвентарна кімната була об'єднана з кімнатою викладачів. Спортивні зали шкіл райцентрів і сіл мають по дві роздягальні кімнати. Однак у 9,53% ЗНЗ обласного центру і 3,12% шкіл м. Києва спортивні зали працюють з однією роздягальною через різні причини (ремонт, відсутність необхідної площі, використання з іншою метою), що зумовлює збільшення часу на переодягання школярів до і після уроку ФВ та високу скученість учнів на перервах. Порушенням елементарних гігієнічних вимог є цілковита відсутність функціонуючих душових кімнат або їх використання не за призначенням у школах районних центрів і сіл, у 76,19% ЗНЗ обласного центру і 63,16% шкіл м. Києва. Встановлені недоліки умов ФВ не сприяють залученню учнів до секційних занять спортом, позаурочних фізкультурно-оздоровчих занять, до участі у змаганнях.

Відповідні умови і чистота повітря досягаються завдяки вентиляції, яка забезпечує приплив чистого і видалення забрудненого повітря. Механічна витяжка використовується у школах тільки у поодиноких випадках (3,77% ЗНЗ Києва, 8,33% — м. Сум, 8,51% — районних центрів). У більшості випадків здійснюється природне наскрізне провітрювання (у 90,32% шкіл міст і 69,70% — сільської місцевості). На жаль, 21,21% сільських шкіл не провітрюють приміщення, у

містах такі недоліки виявлено у 3,29% оглянутих ЗНЗ. У навчальних закладах, що дотримувалися режиму провітрювання, кратність його проведення була різною. Спостерігається регіональна залежність: у школах райцентрів і сіл спортивний зал провітрювався після кожного уроку, у школах міст — від 43% до 65% випадків.

Заняття на уроках ФВ потребують дотримання температурного режиму у зоні комфорту у спортивному залі і роздягальнях. У холодну пору року встановлено відповідність температурних показників у спортивних залах 90,32% столичних шкіл, 65,91% — м. Суми, 50,09% — райцентрів і 42,86% ЗНЗ сільської місцевості. Середня температура у роздягальнях відповідала нормі (19-23°C) тільки у школах райцентрів. Температура нижче 19°C встановлена у 60,0% шкіл обласного центру та у 38,67% шкіл столиці і сільської місцевості через різні причини (недостатню температуру теплового носія, аварію на тепломережах, періодичне відключення опалення).

Показники вологості у спортивних залах у середньому відповідали припустимим величинам (40-60%), проте 29,41% шкіл столиці, 51,85% — обласного центру, 14,29% — райцентрів і 15,38% — сіл мали перевищення цієї межі.

Незважаючи на те, що вимоги до освітлення спортивних залів передбачають його рівень для зорової роботи малої точності, повне дотримання норм встановлено за величиною СК і КПО у школах обласного центру і м. Києва у 95,38%, у 77,78% шкіл райцентрів і 72,56% сільських ЗНЗ.

Ефективне викладання ФК у школах забезпечується наявністю необхідного спортивного інвентаря, що регламентовано відповідним каталогом до навчальних програм. Повністю забезпечено навчальний процес з ФВ у 95,74% шкіл Києва, 84,85% шкіл обласного центру, 82,14% —

міст районів і 76,04% шкіл сільської місцевості. Однак у 17,71% міських шкіл спортивний інвентар потребує відновлення, а 51,52% шкіл сіл мають спортивний інвентар у незадовільному стані.

Впровадження ЗЗТ у навчальний процес покладено на весь персонал закладу освіти. Чільне місце посідає діяльність шкільних медичних працівників, яка визначена наказом МОЗ України № 33 від 23.02.2000 р. "Про штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров'я". Однак лише 33,33% міських шкіл і шкіл райцентрів мають укомплектовані посади шкільних лікарів. У 13,13% ЗНЗ Києва, 22,22% шкіл обласного центру і в усіх сільських школах лікарі не працюють. Міські навчальні заклади забезпечені лікарською допомогою переважно лікарями-сумісниками. Повністю укомплектовані медичними сестрами районні школи і на 50,00% — сільські школи. У містах забезпечення медичними сестрами встановлено у 81,48% шкіл обласного центру і 84,85% шкіл м. Києва.

Не менш важливою є проблема матеріально-технічного забезпечення навчальних закладів, що відображається у цілковитій відсутності тренажерів, басейнів, лижної бази у школах сільської місцевості і частково у містах районного підпорядкування. Тільки 33,33% міських шкіл мають можливість запропонувати школярам лижну підготовку, 11,0% шкіл великих міст мають басейни або орендують їх для занять плаванням.

Кількість уроків фізичної культури, динамічні перерви, години здоров'я, ранкова гімнастика характеризують обсяг рухової активності школярів протягом робочого дня і тижня. Зокрема ранкову гімнастику введено лише у 17,19% обстежених шкіл і тільки для початкових класів. Для середнього та старшого шкільного віку організуються динамічні перерви у

48,44% міських ЗНЗ і 50,0% сільських шкіл. Про фактичне збільшення уроків ФК до трьох на тиждень у сітці розкладу занять для школярів 5-11-х класів, без урахування додаткового уроку футболу, вказали адміністрації 7,34% шкіл.

Особливо важливим є збільшення рухової активності школярів за рахунок позаурочної спортивно-масової роботи. У середньому серед обстежених шкіл зареєстровано  $4,04 \pm 0,24$  секції. У обласному центрі їх кількість в 1,97 рази більша, ніж у м. Києві. Незважаючи на те, що у школах сільської місцевості кількість секцій найменша ( $2,24 \pm 0,24$ ), питома вага школярів, які відвідують спортивні секції, у селах більша ( $30,29 \pm 3,12\%$ ), ніж у Києві ( $22,06 \pm 1,66\%$ ), у Сумах ( $25,67 \pm 3,62\%$ ) та районних центрах ( $21,08 \pm 1,99\%$ ).

Поглиблене вивчення формування фізкультурних груп дозволило виявити закономірну перевагу основної фізкультурної групи над іншими градаціями. Проте питома вага підготовчої групи у 2,77 рази нижча у школах обласного центру, ніж у школах інших регіонів. Ймовірно, це свідчить про недостатню роботу з групою дітей-реконвалесцентів після перенесених захворювань на грип, ангіну, пневмонію.

За даними проведеного дослідження,  $3,92 \pm 0,23\%$  школярів віднесено за станом здоров'я до спеціальної медичної групи (СМГ). Найбільше дітей та підлітків з відхиленнями у стані здоров'я, які складають СМГ, зареєстровано у місті Києві ( $4,91 \pm 0,35\%$ ) та у районних центрах ( $3,75 \pm 0,41\%$ ). Однак відвідують заняття СМГ тільки  $61,08 \pm 3,97\%$  школярів, причому у школах сільської місцевості взагалі відсутні заняття з цією категорією дітей. Ситуація пояснюється недостатнім фінансуванням цього виду діяльності вчителів, відсутністю фахівців реабілітологів та недостатньою укомплектованістю шкіл медичними пра-

цівниками. За результатами дослідження, тільки у 5,03% шкіл заняття зі СМГ проводяться тричі на тиждень окремо від занять ФВ, у 49,25% — двічі на тиждень. На жаль, у 42,71% обстежених ЗНЗ заняття взагалі не проводяться.

Загальновідомо, що за умови недостатньої уваги до профілактики стомлення, нервового перенапруження та оздоровлення школярів засобами ФВ втрачається можливість збереження здоров'я підростаючого покоління. Свідченням такого підходу є недостатній рівень контролю з боку медичних працівників шкіл до уроків ФВ. Зокрема у 28,22% обстежених ЗНЗ медичні працівники взагалі не відвідують уроки ФВ, найбільше таких навчальних закладів встановлено у м. Києві (38,95%) та сільських школах (33,33%). Частково це можна пояснити відсутністю конкретних вимог до кратності відвідувань лікарем занять ФВ, проведення лікарсько-педагогічного контролю на уроках ФВ та завантаженістю медичних працівників-сумісників плановою роботою у навчальних закладах.

### Висновки

Результати проведеного дослідження дозволили виявити характерні особливості організації навчального процесу та використання ЗЗП НЗ. Відмінності мали різноплановий характер і переважно пов'язані з матеріально-технічним забезпеченням, укомплектованістю штату фахівців, що визначило перевагу у використанні ЗЗП у міських школах порівняно зі школами сільської місцево-

сті. Однак охоплення школярів спортивно-оздоровчою роботою та оздоровлення учнів засобами ФВ є недостатніми і потребують особливої уваги з боку адміністрації шкіл, педагогічних колективів, батьків і громадськості. Перспективним напрямком у подальшому є впровадження нових методологічних підходів до оцінки якості використання ЗФП НЗ.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Національна доктрина розвитку освіти // Фізичне виховання у школі. — 2002. — № 4. — С. 6-7.

2. Лукьянова Е.М. Медицинские и педагогические аспекты проблемы сохранения здоровья детей // Международный медицинский журнал. — 2003. — Т. 9, № 3. — С. 6-9.

3. Бирюкова Н.А. Здоровьесберегающие технологии в общеобразовательных учреждениях // Гигиена и санитария. — 2006. — № 1. — С. 76-77.

4. Методические рекомендации: Здоровьесберегающие технологии в общеобразовательной школе: методология анализа, формы, методы, опыт применения / Под ред. М.М. Безруких, В.Д. Сонькина. — М.: Триада-фарм, 2002. — 114 с.

5. Сапуга І.Є. Стан здоров'я дітей України. Фактори "ризиків" шкільного середовища // Основи здоров'я та фізична культура. — 2007. — № 9. — С. 12-14.

6. Шиян Б.М. Теорія і методика фізичного виховання школярів. Ч. 1. — Тернопіль: Богдан, 2001. — 272 с.

7. Сухарев А.Г. Здоровье и физическое воспитание детей и подростков. — М.: Медицина, 1991. — 272 с.

8. ДСанПіН.-5.5.2.008-01: Державні санітарні правила і норми влаштування, утримання загальноосвітніх навчальних закладів та організації навчально-виховного процесу. — К., 2001. — 54 с.

9. Антомонов М.Ю. Математическая обработка и анализ медико-биологических данных. — К., 2006. — С. 62-65.

# ЛІКАР ЗА ОСВІТОЮ, ВЧЕНИЙ ЗА ПОКЛИКАННЯМ

## До 70 років від дня народження Миколи Івановича Омелянця

9 квітня 2008 р. виповнилося 70 років від дня народження відомого у країні та за її межами вченого-гігієніста Омелянця Миколи Івановича, лауреата Державної премії України у галузі науки і техніки 2007 р., доктора медичних наук, професора.

М.І. Омелянець — лікар за освітою, вчений за покликанням. Лікарську діяльність на посаді лікаря гігієніста-епідеміолога розпочав у санітарно-епідеміологічній станції у Таджикистані 1961 року після закінчення санітарно-гігієнічного факультету Дніпропетровського медичного інституту. З 1963 р. уся його трудова діяльність була пов'язана з наукою. Закінчивши аспірантуру Київського НДІ загальної і комунальної гігієни (нині ДУ "Інститут гігієни і медичної екології АМН України"), він працює тут науковим співробітником (1966-1967), ученим секретарем (1967-1975), завідувачем лабораторії радіаційної гігієни та екстремальних умов середовища перебування (1975-1981). У 1974 р. Микола Іванович захистив докторську дисертацію з гігієни водопостачання екіпажів космічних кораблів. У 36 років він — доктор медичних наук, у 39 років — професор за фахом "гігієна". Розроблені за його участю системи одержання води для пиття і миття тіла, повітря для дихання з вологовмісних відходів життєдіяльності людини, пристрою для забезпечення водою космонавтів при виході у відкритий космос стали основою для здійснення тривалих польотів людини у космос. За ці розробки він має 6 авторських свідоцтв. Ним була створена наукова школа з проблем гігієни си-

стем життєзабезпечення людини в екстремальних умовах.

На час, коли професор М.І. Омелянець очолював лабораторію радіаційної гігієни, припадав найбухливіший період упровадження атомної енергетики у СРСР. Програмою її розвитку в Україні передбачалося будівництво 40 атомних станцій усіх типів — АЕС, АТЕЦ, АСТ, АСПТ. 1977 року за наполяганням М.І. Омелянця вперше у СРСР лабораторія, що не входила у систему 3 ГУ МОЗ СРСР, отримала право на проведення наукових досліджень на АЕС. Це дозволило почати гігієнічні дослідження на ЧАЕС, зняти нульові фони на Південно-Українській, Рівненській і Хмельницькій АЕС, які тоді споруджувалися. З урахуванням експертних висновків лабораторії було відхилено проекти будівництва ЧАЕС-2, Одеської АТЕЦ, Кримської та Чигиринської АЕС, кількох АСТ і АСПТ. В основу оцінки Програми розвитку атомної енергетики в Україні було покладено запропоновану професором М.І. Омелянцем та його учнями концепцію еколого-гігієнічних критеріїв з урахуванням радіаційної ємності території й було розроблено зонування території України. Для розв'язання актуальних завдань при Президії АН України було створено Наукову раду з соціально-економічних і еколого-гігієнічних проблем розвитку атомної енергетики в Україні. Реалізацію багатьох розробок перервала аварія на ЧАЕС, але сьогодні розроблені тоді пропозиції отримують новий розвиток. Загальносоюзне значення мали виконані під керівництвом вченого роботи з використання води водоім-