

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
«ЗАПОРІЗЬКА ПОЛІТЕХНІКА»
Інститут управління та права**

А.В. Віндюк, Д.Д. Гурова, О.М.Корнієнко,

РЕКРЕАЛОГІЯ ТА КУРОРТНА СПРАВА

*Навчальний посібник
Видання 2-ге, перероблене і доповнене*

Запоріжжя • НУ «Запорізька політехніка» • 2022

УДК 338.48-6:615.8(075.8)
В48

*Рекомендовано до друку Вченою радою
Національного університету «Запорізька політехніка»
(протокол № 10 від 29.06. 2022 р.)*

Рецензенти:

Безкоровайна Л. В. – доктор педагогічних наук, доцент, професор кафедри туризму та готельно-ресторанної справи Запорізького національного університету;

Статьєв С. І. – кандидат педагогічних наук, доцент, завідувач кафедри фізичної реабілітації та здоров'я людини Класичного приватного університету.

В48

Віндюк А. В.

Рекреалогія та курортна справа: Навчальний посібник для студентів спеціальностей «Готельно-ресторанна справа», «Туризм». / А. В. Віндюк, Д. Д. Гурова, О. М. Корнієнко. – Запоріжжя : НУ «Запорізька політехніка», 2022. – 268 с.

ISBN 978-617-529-372-0

У навчальному посібнику розглянуто теоретичні положення рекреалогії та курортології, практичні рекомендації щодо організації санаторно-курортного лікування. Посібник містить інформацію про природні лікувальні ресурси та їх використання у санаторно-курортному лікуванні, систему курортно-оздоровчих закладів та їх можливості у відтворенні здоров'я.

Посібник призначено для студентів спеціальностей «Готельно-ресторанна справа», «Туризм», для фахівців в галузі туризму, готельно-ресторанної справи та рекреації.

УДК 338.48-6:615.8(075.8)

ISBN 978-617-529-372-0

© Віндюк А. В., 2022
© Гурова Д. Д., 2022
© Корнієнко О. М., 2022
© Національний університет
«Запорізька політехніка», 2022

ЗМІСТ

ВСТУП	5
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ РЕКРЕАЛОГІЇ ТА САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛІКУВАННЯ.....	7
1.1. Поняття рекреації, рекреаційної діяльності. Основні напрямки рекреаційної діяльності. Вільний час як передумова рекреаційної діяльності.....	7
1.2. Основні поняття рекреалогії, курортології.....	11
1.3. Розвиток науки про курорти.....	16
Питання для самоперевірки та рекомендована література...	20
РОЗДІЛ 2. РЕКРЕАЦІЙНА ДІЯЛЬНІСТЬ.....	22
2.1. Рекреаційний потенціал. Класифікація рекреаційної діяльності.....	22
2.2. Рекреаційні заняття. Типи та цикли рекреаційної діяльності.....	26
2.3. Рекреаційне проектування.....	31
Питання для самоперевірки та рекомендована література...	41
РОЗДІЛ 3. РЕКРЕАЦІЙНІ ТА ТЕРИТОРІАЛЬНО-РЕКРЕАЦІЙНІ СИСТЕМИ.....	43
3.1. Рекреаційна система: поняття, складові, функції, види, структура, елементи.....	43
3.2. Територіальна рекреаційна система та її підсистеми....	48
3.3. Рекреаційна мережа. Установи лікувально-оздоровчого відпочинку.....	56
3.4. Особливості проектування і будівництва рекреаційних установ.....	61
Питання для самоперевірки та рекомендована література	64
РОЗДІЛ 4. ПРИРОДНІ ЛІКУВАЛЬНІ РЕСУРСИ ТА КУРОРТНІ ТЕРИТОРІЇ.....	67
4.1. Поняття природних лікувальних ресурсів та курортних територій.....	67
4.2. Клімат.....	74
4.3. Мінеральні води.....	81
4.4. Лікувальні грязі.....	92
Питання для самоперевірки та рекомендована література..	99

РОЗДІЛ 5. ПРОЦЕДУРИ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛІКУВАННЯ	101
5.1. Кліматолікувальні процедури.....	101
5.2. Водолікувальні процедури.....	106
5.3. Грязелікувальні процедури.....	130
5.4. Фізіотерапія.....	139
5.5. ЛФК та масаж.....	156
Питання для самоперевірки та рекомендована література	166
РОЗДІЛ 6. ОРГАНІЗАЦІЯ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛІКУВАННЯ	168
6.1. Стандарти якості санаторно-курортного лікування.....	168
6.2. Організація санаторно-курортного харчування.....	176
6.3. Організація зустрічі, прийому та розміщення в санаторно-курортних установах.....	179
Питання для самоперевірки та рекомендована література	187
РОЗДІЛ 7. ОРГАНІЗАЦІЯ ДІЯЛЬНОСТІ КУРОРТНИХ ПІДПРИЄМСТВ.....	189
7.1. Особливості діяльності санаторно-курортних підприємств.....	189
7.2. Управління санаторно-курортним підприємством.....	203
7.3. Умови надання санаторно-курортних послуг.....	207
Питання для самоперевірки та рекомендована література...	211
РОЗДІЛ 8. ПРИНЦИПИ ТА ХАРАКТЕРИСТИКА КУРОРТНОЇ СПРАВИ В ІНДУСТРІЇ ГОСТИННОСТІ	213
8.1. Принципи організації санаторно-курортного лікування	213
8.2. Характеристика курортно-рекреаційних ресурсів санаторно-курортних закладів.....	220
Питання для самоперевірки та рекомендована література	229
ГЛОСАРІЙ ТЕРМІНІВ ТА ВИЗНАЧЕНЬ.....	231
ДОДАТКИ.....	252

ВСТУП

Сучасні умови життєдіяльності людського суспільства пов'язані з істотним підвищенням значення рекреації. Вплив рекреації на розвиток різних галузей матеріального виробництва і сфери послуг постійно зростає. Значення рекреації особливо підвищується у зв'язку з негативними наслідками науково-технічного прогресу, погіршенням природного середовища і урбанізацією. Рекреаційна діяльність тісно пов'язана з природоохоронними заходами, поліпшенням медичного обслуговування, розширенням послуг харчування, торгівлі і побуту, відпочинку і розваги.

Одночасно рекреаційна сфера формується як самостійна індустрія, нова складова економічної системи. Розвиток рекреаційної індустрії припускає безперервний пошук оптимального співвідношення між освоєнням природних ресурсів і відновленням їх властивостей, між збереженням унікальних природних зон і задоволенням потреб населення у відпочинку. Актуальною проблемою у сфері рекреаційної діяльності є визначення необхідності в різних типах рекреаційних установ з урахуванням характеру і динаміки потреб в їх послугах.

Чинники, що впливають на формування рекреації, можна поділити на соціально-економічні, медико-біологічні, природні і матеріальні. Соціально-економічні – це потреби населення у відпочинку, які залежать від способу життя людини, а також від можливостей суспільства; медико-біологічні чинники – стан здоров'я і психо-фізіологічні особливості населення; природні – географічне положення і умови проживання людини; матеріальними чинниками є рекреаційні ресурси і їх просторове розміщення.

Стратегічною метою державної політики у сфері діяльності курортів є формування та розвиток ефективного, прибуткового та конкурентоспроможного на світовому ринку курортного комплексу, створення оптимальної системи надання доступного та результативного санаторно-курортного лікування і відпочинку для широких верств населення відповідно до гарантованого рівня медико-санітарної допомоги, забезпечення потреб громадян України та іноземців курортно-рекреаційними послугами на рівні

світових стандартів, а також екологічно збалансованого і ефективного природокористування.

Курорти України мають значний лікувально-оздоровчий потенціал, що з успіхом використовується в санаторно-курортному лікуванні. Особливої уваги потребує комплекс питань з організації курортних послуг. Набуває важливого значення вироблення регламентацій діяльності у межах зон санітарної діяльності курортів.

Реалізація державної політики у сфері діяльності курортів повинна стати одним з пріоритетних напрямків національної соціальної політики та економіки.

В навчальному посібнику розкриваються основні характеристики санаторно-курортної діяльності України, розкриті основні поняття. Представлено перелік курортів області, викладаються особливості управлінням санаторно-курортними комплексами, функціональні складові курортного підприємства, умови надання санітарно – курортних послуг.

У навчальному посібнику приведено широкий понятійний апарат у сфері рекреації та курортології. Навчальний посібник розраховане на викладачів, студентів спеціальностей «Готельно-ресторанна справа», «Туризм», для фахівців в галузі туризму, готельно-ресторанної справи та рекреації.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ РЕКРЕАЛОГІЇ ТА САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛІКУВАННЯ

1.1. Поняття рекреації, рекреаційної діяльності, рекреаційної діяльності. Вільний час як передумова рекреаційної діяльності

1.2. Основні поняття рекреалогії, курортології

1.3. Розвиток науки про курорти

Питання для самоперевірки та рекомендована література

1.1 .Поняття рекреації, рекреаційної діяльності

Слово «рекреація» з лат. «recreatio» – відновлення сил, польск. rekreacja – відпочинок, з франц. «recreation» – розвага, відпочинок, зміна дій, що виключають трудову діяльність і характеризують простір, пов'язаний із цими діями.

Рекреація – це просте чи розширене відтворення життєвих (фізичних і духовних) сил людини. Таке визначення переважно прийняте серед спеціалістів рекреологів.

Відомо і поширено серед спеціалістів визначення поняття рекреації як системи заходів, пов'язаних із використанням вільного часу для оздоровчої, культурно-пізнавальної, спортивної діяльності людей на спеціалізованих територіях, що розташовані за межами місця їхнього постійного проживання. Рекреація характеризується обсягом часу, необхідного для відновлення сил, і діяльністю, спрямованою на це відновлення.

М. Нудельман визначає поняття так: «Рекреація – це процес відновлення фізичних, духовних і нервово-психічних сил людини, що забезпечується системою заходів і здійснюються у вільний від роботи час на спеціалізованих територіях».

Ю. Лобанов інтерпретує рекреацію як «діяльність людей, спрямовану на відновлення своїх фізичних і психічних сил, розвиток особистості». У Ю. Храмова «рекреація – це усі форми дозвілля людини в закритих помешканнях, відкритому просторі й урбанізованому середовищі».

Рекреація – необхідна умова для нормального життя людини, засіб компенсації навантажень і відновлення працездатності (М. Долішній).

Ф. Гусейнов визначає це поняття як галузь народного господарства, пов'язану з освоєнням територій для відпочинку, лікування, туризму, ігрових форм дозвілля, націлених на оздоровлення, розваги, удосконалення і розвиток особистості. Вищесказане узагальнюють М. Мироненко і І. Твердохлебов, а найбільш широка інтерпретація поняття дається В. Мамутовим і А. Амошею: «Рекреація – це суспільне явище, що відображає відношення з приводу відновлення і розвитку життєвих сил людини».

З огляду на багатогранність визначення рекреації можна застосовувати цей термін, приймаючи до уваги галузь господарства, пов'язану з освоєнням рекреаційних ресурсів, формуванням санаторно-курортних, туристичних, оздоровчо-пізнавальних зон; галузь невиробничої сфери, пов'язану з наданням різноманітних рекреаційних послуг; систему заходів, сукупність явищ і відношень, пов'язану з заповненням вільного часу; діяльність або поведження людей, спрямованих на відновлення своїх фізичних, психічно-моральних сил, розвиток; самий процес відновлення, реабілітації, відпочинок, оздоровлення; наслідок задоволення рекреаційних потреб.

В містобудуванні під рекреацією прийнято розуміти сукупність засобів, за допомогою яких можна перетворювати природне та урбанізоване середовище, і в першу чергу – створювати сприятливі умови побуту і праці, для того щоб вільний час, загальний об'єм якого постійно зростає, можна було ефективніше використати для відновлення трудового потенціалу та всебічного розвитку особистості.

Рекреаційна діяльність – це система заходів, пов'язаних з використанням вільного часу для оздоровчої, культурно-пізнавальної діяльності людей на спеціалізованих територіях.

Розрізняють два основних напрямки рекреаційної діяльності з точки зору створення та споживання рекреаційних послуг.

Рекреаційна діяльність відпочивальників – діяльність, що спрямована на реалізацію рекреаційних потреб, відтворення та розвиток фізичних і духовних сил людини, її інтелектуальне вдосконалення та характеризується самоцінністю не тільки результатів, але й самого процесу.

Рекреаційна діяльність організаторів відпочинку – діяльність, що спрямована на формування оптимальних умов відпочинку населення, система надання послуг, шляхів створення, забезпечення, функціонування та розвитку рекреаційних систем.

Рекреаційна діяльність спрямована на задоволення таких основних потреб:

- 1) фізіологічних (сон, харчування, гігієна, рухливість);
- 2) психофізіологічних (відпочинок-релаксація, профілактика, туризм);
- 3) духовно-інтелектуальних (дозвілля, фізична рекреація, свято, гра).

Функціональний профіль рекреаційної діяльності подано на рис. 1.1.

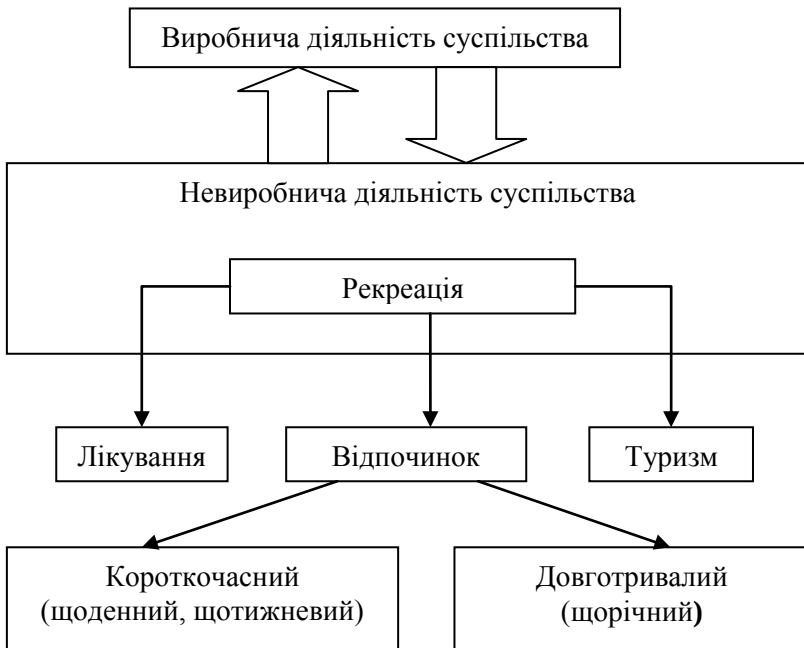


Рис. 1.1. Функціональний профіль рекреаційної діяльності

Коротка характеристика основних напрямків рекреаційної діяльності.

Лікування-профілактика – напрямок рекреаційної діяльності, що передбачає розширене відтворення втрачених у процесі трудової діяльності життєвих сил людини.

Даний напрямок включає такі основні види рекреаційних занять: бальнео-, грязе-, клімато-, водолікування. Всі ці рекреаційні заняття належать до групи розвитку, а саме до рекреаційно-лікувальних.

Туризм – найбільш поширений напрямок, що передбачає перебування рекреантів поза межами свого постійного місця проживання, включає в себе величезну кількість різноманітних занять, пов'язаних з подорожуванням і екскурсіями. Рекреаційні заняття даного напрямку належать, як і лікувально-профілактичні, до групи розвитку, але є переважно рекреаційно-пізнавальними.

Відпочинок – також надзвичайно поширений напрямок рекреаційної діяльності, що має складну, розгалужену структуру рекреаційних занять, адже він виконує кілька функцій рекреаційної діяльності. До найбільш поширених рекреаційних занять належать ті, що пов'язані з дозвіллям, святом, грою і т.д.

Фізична рекреація – невід'ємна частина діяльності людини, пов'язана з заняттям спортом та фізкультурою. Рекреаційні заняття даного напрямку належать до групи розвитку (рекреаційно-спортивні) та частково до групи відновлення (рекреаційно-оздоровчі).

Вільний час є одним із критеріїв, що характеризує рівень розвитку суспільства та відіграє величезну роль у формуванні особистості, покращення її побутових умов існування та культурного вдосконалення.

Вільний час виконує дві основних функції:

- ✓ відновлення життєвих сил людини, втрачених в процесі виробничої діяльності;
- ✓ розвиток (духовний та фізичний).

Крім того, вільний час розподіляється нерівномірно протягом життя людини, і виділяються такі складові вільного часу:

☑	Інклюзивний	}	короткочасна РД.
☑	Щоденний		
☑	Епізодичний	}	довготривала РД.
☑	Щотижневий		
☑	Щоквартальний		
☑	Щорічний		
☑	Пенсійний		

В залежності від функціонального профіля існують такі види рекреаційної діяльності:

Рекреація щоденна – постійна рекреаційна діяльність: короткочасні прогулянки, ранкова зарядка, купання, читання і т.п.

Рекреація щотижнева – рекреаційна діяльність, віднесена на кінець робочого тижня. Реалізується у рамках уїк-енду: поїздки за місто, відпочинок у дачній місцевості та ін.

Рекреація інклюзивна – рекреаційна діяльність, вбудована в побутову та трудову діяльність.

Рекреація відпусткова – рекреаційна діяльність, віднесена на кінець робочого року. Реалізується у рамках відпускнуго циклу рекреаційної діяльності.

Інклюзивна, щоденна, епізодична і частково щотижнева РД – виконує компенсаторну функцію, а інші види, включаючи і частково щотижнєву, – розширену.

Рекреація розширена – рекреаційна діяльність, що дозволяє компенсувати затрати життєвих сил людини з певним запасом.

Рекреація компенсаторна – рекреаційна діяльність, що компенсує затрати життєвих сил людини до нормального рівня.

1.2. Основні поняття рекреалогії, курортології

Про рекреалогію як самостійну галузь наукового пізнання почали говорити у 90-х роках ХХ століття. Це було значною мірою обумовлено тим, що численні проблеми рекреації вже не могли бути розв’язані в межах географії, соціології, медицини чи валеології, оскільки рекреаційна діяльність набула значення міждисциплінарного об’єкта.

Становлення рекреалогії відбувалося принаймні у двох напрямках. Один із них представлений теоретико-методологічними розробками у різних галузях природничих і суспільних наук, а другий полягає в осмисленні рекреації як специфічної сфери суспільної діяльності, пов'язаної з відновленням здоров'я людини. Акумулювавши в собі ці підходи, рекреалогія виступає сьогодні як міждисциплінарна галузь знання, що досліджує теоретичні проблеми, пов'язані з відновленням життєвих сил людини; як практика його організації; як важлива галузь господарства держави.

В. Сидоров пропонує розмежовувати широке і вузьке трактування рекреалогії. Так, у широкому розумінні це – система суспільно-природничих наук, яка вивчає відтворення здоров'я людей шляхом відновлення їх сутнісних сил; умови, причини, особливості, механізми і рушійні сили процесу відновлення на різних етапах; закони і закономірності функціонування і розвитку рекреаційних систем, їх зв'язки з іншими сферами суспільного життя і виробництва. У вузькому розумінні рекреалогія є теоретичною дисципліною, що вивчає закони і закономірності функціонування і розвитку сфери відтворення здоров'я, механізми, які є основою соціальної політики і стратегії вдосконалення суспільної практики формування і відтворення здоров'я людини, та їх прояви і взаємодію.

У географії найбільш вживаним є визначення рекреалогії (від лат. *гестео* – відновлюю та грец. *logos* – вчення) як галузі знань про причини та способи здійснення рекреаційної діяльності як невід'ємної складової життя кожної людини та суспільства, соціально-культурні, економічні, антропо-екологічні механізми організації цієї діяльності та її наслідки.

Організація рекреаційної діяльності здійснюється на основі комплексного підходу, тому рекреалогія виступає не як «чиста» наука, а як міждисциплінарна наукова дисципліна, що вивчає процеси і методи відновлення здоров'я людини.

Рекреалогія – це комплексна суспільно-природнича наука про передумови, способи здійснення, наслідки та закономірності процесів відтворення психо-фізіологічного здоров'я людини.

Первинне накопичення матеріалу про рекреаційні ресурси, територіальну організацію рекреаційної діяльності та її суспільні наслідки; а також формування понятійно-термінологічного апарату і системи методів дослідження відбувалося в рамках багатьох наук, але найбільш значний розвиток ця проблематика здобула у межах географії (рекреаційна географія), економіки (рекреаційна економіка), антропоєкології і медицини (рекреаційна медицина).

Саме міждисциплінарний характер вивчення рекреаційних проблем в умовах наукової інтеграції обумовив визначення предметної суті нової науки на основі специфічного об'єкта дослідження, властивого даній галузі знання.

Об'єктом рекреалогії виступає рекреаційна система (М. Мироненко ототожнює поняття «рекреаційна система» та «рекреаційний район») як об'єктивне і соціальне утворення, яке охоплює рекреантів, природні комплекси, технічну інфраструктуру, сферу обслуговування, виробничу сферу, трудові ресурси, систему розселення. Таким чином, рекреаційна система – це комплексна гео-система, що поєднує в собі соціальні, техногенні та природні комплекси і має своєю метою відтворення психо-фізіологічних сил людини. Окремі дослідники вважають об'єктом рекреалогії відпочинок як різноманітну діяльність, спрямовану на відновлення здоров'я.

Рекреаційна система одночасно може розглядатись як складова суспільної системи, суспільного життя, суспільного виробництва, певної сфери людської діяльності. Інтеграція різних напрямів рекреаційної діяльності в єдину систему відновлення здоров'я обумовлена рівнем суспільних відносин.

Виокремлення об'єкта рекреалогії є результатом рекреаційного природокористування як форми взаємодії суспільства і природного середовища, яка реалізовується через систему заходів з освоєння, використання, перетворення та охорони природних комплексів. Воно має регіональну локалізацію і може розглядатися як складова регіональної економічної та соціальної політики.

Предметом рекреалогії є різноманітні аспекти і об'єктивні закономірності становлення, функціонування і перспективного

розвитку рекреаційних систем загалом та їх підсистем, зокрема, включаючи основні поняття рекреалогії (відпочинок, рекреація, вільний час, рекреаційна діяльність, рекреаційні ресурси, рекреаційний потенціал тощо).

Дещо відособленим видається трактування об'єкта і предмета рекреаційної географії Д. Ніколаєнком: «Об'єктом дослідження ... є об'єкти та суб'єкти рекреації в різних соціокультурних утвореннях». Під об'єктом рекреації автор розуміє певний фон рекреаційної діяльності (матеріальні предмети, системи, процеси і явища тощо), що активізується під впливом певних факторів, але не має самостійного значення. Суб'єктами рекреації є люди, що провадять рекреаційну діяльність у відповідності із стандартами, що діють у межах певного соціокультурного утворення.

Предмет рекреалогії змінюється в залежності від зміни об'єкта в різних соціокультурних системах. З кінця 90-х років предметом дослідження рекреаційної географії стало вивчення просторових закономірностей розміщення рекреаційних об'єктів і особливостей поведінки людей у процесі рекреаційної діяльності.

Даний підхід заслуговує на увагу принаймні з таких причин:

- він декларує відмову від вузької орієнтації на територіальну рекреаційну систему (ТРС) як предмет рекреаційної географії;
- ставить визначення об'єкта і предмета рекреалогії в залежність від зміни соціокультурних систем у певному географічному просторі;
- наголошує на системному дослідженні рекреації в її соціокультурній різноманітності;
- відкриває простір для дискусії в рамках науки.

На відміну від багатьох інших наук, у рекреалогії має місце також суб'єкт, яким виступає людина як носій рекреаційних потреб. Безпосередньо рекреалогія обумовила виникнення нової галузі господарства – курортології.

Курортологія – розділ медицини, що вивчає властивості клімату, мінеральних вод, лікувальних грязей та інших природних лікувальних чинників і механізми їх дії на організм людини при їх лікувально-профілактичному застосуванні; розділ медицини,

що розробляє наукові основи організації курортної справи і санаторно-курортного лікування.

Курортологія – медична наукова дисципліна, що вивчає цілющі властивості природно-кліматичних і преформованих фізичних чинників, характер їх дії на організм людини, можливості їх використання для лікування і профілактики захворювань, а також з метою оздоровлення.

Сучасна курортологія визначається як медична навчальна дисципліна, що вивчає лікувальні властивості природних фізичних факторів, характер їх дії на організм людини, можливості їх застосування з лікувальною і профілактичною метою на курортах і поза їх межами. Вона розробляє методики та рекомендації щодо раціонального використання цілющих факторів навколишнього середовища з лікувальною і оздоровчою метою.

Курортологія як наука базується на наступних напрямках:

1) бальнеологія (лат. balneum – ванна) – наука про лікувальні води, бальнеотерапія - використання мінеральної води з лікувальною метою;

2) кліматологія – вчення про клімат, кліматотерапія – використання клімату з лікувальною і оздоровчою метою:

2.1) геліологія – наука про сонце, геліотерапія – використання сонячних променів з лікувальною і оздоровчою метою;

2.2) аерологія – вчення про повітря, аеротерапія – використання повітря з лікувальною і оздоровчою метою;

2.3) таласологія – вчення про море; таласотерапія (греч. thalassa – море) – лікування морським кліматом і купаннями у поєднанні з сонячними ваннами;

3) дієтологія – вчення про харчування, дієтотерапія – використання харчування в лікувально-оздоровчих цілях;

4) кінезітерапія – лікування рухом, фізична культура – активний відпочинок і лікувальна фізична культура (ЛФК);

5) фізіотерапія – використання преформованих фізичних чинників (штучних чинників) з лікувальною метою.

Самостійний розділ вивчає питання організації, планування і будівництва курортів. Курортологія використовує також досягнення і методи суміжних наукових дисциплін – загальної кліма-

тології, фізіології, гідрогеології, гігієни, психології, економіки і інших.

1.3. Розвиток науки про курорти

Наука про курорти розвивалася в міру накопичення знань про цілющі природні фактори (клімат, мінеральні води, лікувальні грязі та ін.) і у зв'язку з розширенням мережі курортів і розвитком курортної справи в цілому. Сучасна курортологія – це медична наукова дисципліна, яка вивчає цілющі властивості природних фізичних факторів, характер їх впливу на організм людини, можливості застосування з метою лікування і профілактики на курортах, яка досліджує показання і протипоказання для санаторно-курортного лікування і методи застосування курортних факторів при різних захворюваннях. Крім того, до завдань курортології входять пошуки курортних ресурсів, вивчення потреби населення у санаторно-курортному лікуванні і розробка наукових обґрунтувань її організації, принципів і нормативів курортного будівництва і благоустрою, включаючи питання санітарної охорони рекреаційних зон. Розділами курортології є бальнеологія, бальнеотерапія і бальнеотехніка; грязелікування; медична кліматологія і кліматотерапія; самостійний розділ вивчає питання організації, планування і будівництва курортів. Курортологія використовує досягнення і методи суміжних наукових дисциплін – загальної кліматології, гідрогеології, фізіології, гігієни та ін.

Цілющі властивості багатьох природних факторів відомі з давніх часів. Примітивні будівлі для водолікування у місцях виходу мінеральних вод були свого роду прототипами бальнеологічних курортів. Чутки про лікувальні властивості деяких вод поширювалися далеко за межі відповідних місцевостей, приваблюючи безліч хворих. «Чудові» джерела та інші цілющі фактори ставали основою лікувальних тасмниць храмів, нерідко були предметом релігійного культу. У переказах, пам'ятках архітектури та інших видів мистецтва знайшли відображення факти використання мінеральних вод служителями культів для здійснення обрядів і разом з тим для демонстрації «зцілення» страждених. Так, у найдавнішій пам'ятці індійської літератури «Рігведі» міс-

тяться дані про «священні купелі» при храмах, у яких занурювали хворих людей. У працях древньокитайських вчених повідомляється про джерела цілющих вод. У Старому та Новому Завітах згадуються Силоамська купіль, священне озеро Бетesda під Єрусалимом, у яких купали хворих. У творах Гомера, Арістотеля йдеться про використання мінеральних вод з метою лікування у Стародавній Греції; Плутарх свідчить, що гарячі джерела на о. Евбея залучали хворих із самих віддалених її районів. З'явився звичай будувати у таких лікувальних місцевостях житло для здавання у найм приїжджим.

До числа найбільш древніх (бронзове століття) матеріальних свідчень лікування мінеральними водами належать залишки капітальних споруджень на джерелах вуглекислих вод в околицях сучасного швейцарського курорту Санкт-Мориц. У Греції виявлені руїни древніх водолікарень. Історія дає численні свідчення використання римлянами на територіях, завойованих ними, існуючих до них, споруджень для лікувального застосування мінеральних вод і навіть запозичення релігійних культів, пов'язаних з цим. Руїни подібних споруджень періоду римського панування збереглися у районі сучасних курортів Беїле-Еркулане і Синджорз-Беї у Румунії, Будапешта (древнього Аквинкума) і на узбережжі оз. Балатон (Угорщина), на території курортів Вараждинське Топлице і Добрна (Словенія), Хисар (Болгарія), Баден (Швейцарія), Баден (Австрія), Вісбаден (ФРН), Екс-ле-Бен (Франція), Бат (Великобританія), біля Тимгада в Алжирі та ін. На території Італії, особливо в Лаціумі, і на узбережжі Неаполітанської затоки існували численні курорти з мінеральними джерелами; великою популярністю користувався курорт Байї (нині Бая) з терасообразно розташованими термами – завдяки мальовничому узбережжю і мінеральним джерелам улюблене місце відпочинку римської знаті. Тут розташовувалися вілли, що належали Марію, Помпею, Цезарю та ін. В «Енеїді» Вергілія описано лікувальне джерело (Акве-Альбу-ле), де у період імперії тут створений грандіозний бальнеологічний комплекс із басейном на 1000 чоловік, віллами аристократів. Імператори будували у Римі на місцях виходу багатьох мінеральних джерел розкішно обладнані терми.

Таким чином, можна вважати, що термальні води були тим природним фактором, на основі використання якого з'явилися перші курорти. У Древній Греції і Римі застосовувалися з метою лікування й інші природні фактори. Так, храми Асклепія (Ескулапа) будувалися у місцевостях, відомих не тільки своїми джерелами мінеральних вод, але і цілющим чистим повітрям, багатою рослинністю «священних гаїв». У знатних римлян користувалася популярністю приморська кліматична лікувальна місцевість Анцио.

У раннім середньовіччі відомими курортами були Пломб'єр-ле-Бен і Ахен – улюблене місце відпочинку імператора Карла Великого. Надалі прославилися мінеральні джерела Спа і Котре, відродилася слава (XIII ст.) відомих у стародавності джерел Абано-Терме. Поступово джерела переходили у власність монастирів, цілющу дію мінеральних вод пов'язували з заступництвом святих. З деяких новоявлених курортів виділявся Карлсбад (нині Карлові-Вари), заснований у середині XIV століття, який продовжував розвиватися й упорядковуватися завдяки підтримці государів і вельмож: Баден-Баден, що став популярним курортом з початку XIV століття, у XVI столітті мав вже 12 ванних будинків. З XVI століття відроджується як курорт Бакстон. Цікаво, що мінеральні води сучасного Бад-Ельстера були відомі з XIV століття, але перше згадування про нього як про курорт належить лише до кінця XVII століття.

У літературі XVI – XVII ст. починають розглядатися питання будівництва, устаткування і порядку експлуатації курортних установ – бальнео- і грязелікарень. Так, у середині XVI століття у Карлсбаді вперше введено податок, що стягувався з пацієнтів, і встановлено порядок проведення лікувальних заходів. На початку XVII століття у Франції створена курортна інспектура, завдання якої – нагляд за станом курортів і їх експлуатацією. При цьому користування курортами продовжувало залишатися винятковим привілеєм знаті. Тільки у XVIII – XIX ст. у зв'язку з розвитком промисловості, торгівлі і транспорту починається інтенсивний розвиток європейських курортів на основі комерційного підходу. Пожвавлення курортної справи супроводжувалося розширенням

кола їх відвідувачів за рахунок представників буржуазії, великих чиновників, інтелігенції. З ініціативи англійського лікаря

Р. Рассела у 1792 р. засновано перший дитячий приморський санаторій у Маргіті; потім дитячі курорти виникли в Італії і Франції. У XIX – початку XX ст. відбувається офіційне відкриття більшості сучасних європейських курортів, які все більше здобували вигляд не стільки лікувальних комплексів, скільки місць відпочинку і туризму.

Сучасні курорти європейських країн, як правило, мають у своєму розпорядженні першокласні готелі, пансіонати, місця розваг, багаті курзали і т. д. Санаторії, бювети, питні галереї, грязелікарні обладнані за останнім словом техніки, але хворим, що прибувають на курорти, зазвичай не пропонується суворий розпорядок дня, вони самі вибирають час для лікувальних процедур і не зобов'язані діяти за лікарською порадою. Таким чином, ці курорти обслуговують в умовах високого комфорту головним чином відпочивальників і туристів. При цьому вартість послуг і лікування висока. Для постановки курортної справи характерна відсутність загальнодержавної системи організації і управління курортами, які перебувають у веденні або місцевих органів самоврядування, або акціонерних товариств, або приватних осіб. Туристичні організації вкладають великі кошти у благоустрій курортів, їх рекламу, оскільки вони розташовані здебільшого в мальовничих місцевостях, нерідко на територіях, багатих археологічними пам'ятками. Держава, як правило, обмежує свою роль контролем за дотриманням курортного законодавства, субсидуванням компаній і акціонерних товариств на гідрогеологічні вишукування, будівництво загальнокурортних споруджень. Органи охорони здоров'я здійснюють контроль за дотриманням санітарно-гігієнічного режиму на курортах, але не приймають участі у визначенні порядку добору хворих для санаторно-курортного лікування, у розробці показань і протипоказань з направлення на курорти та ін. (у ряді країн ці функції частково виконують лікарі страхових компаній). У 1958 р. власники курортів організували Міжнародну федерацію з курортної справи, у першочергові завдання якої входили і соціальні проблеми курортної справи, зокрема організація курортної допомоги інвалідам Другої світової

війни. Надалі діяльність цього товариства звелася до рішення економічних питань «курортної індустрії»; на десятих скликаних федерацією міжнародних конгресах були розглянуті проблеми підвищення якості бальнеотехнічних споруджень, удосконалювання методів експлуатації курортних багатств. Силами компаній, які входять у федерацію, на курортах Західної Європи проведені значні роботи зі стандартизації і класифікації мінеральних вод та лікувальної грязі і з багатьох питань гідротермальної техніки.

На вітчизняних же курортах система медичного обслуговування хворих передбачає обов'язковий лікарський контроль за проведенням призначеного курсу лікування. Велика частина курортів перебуває у веденні курортних рад профспілкового підпорядкування, інші – підлягають курортним управлінням міністерств охорони здоров'я і соціального забезпечення. Тісний організаційний зв'язок між відомствами охорони здоров'я і соціального забезпечення, який полегшує можливість комплексного рішення медико-соціальних питань курортного лікування, – одна з важливих особливостей організації курортної справи. Хворі одержують на пільгових умовах путівки на санаторно-курортне лікування відповідно до висновку лікаря (за місцем проживання чи роботи). На деяких курортах організовані центри відновлювального лікування хворих, які втратили працездатність.

Питання для самоперевірки

1. Які існують визначення поняття рекреація?
2. Що спільного та яка різниця між поняттями «рекреація» та «туризм»?
3. Дайте визначення поняттю «рекреаційна діяльність».
4. Які основні напрямки рекреаційної діяльності?
5. Вільний час як передумова рекреаційної діяльності.
6. Як розподіляється загальний фонд часу людини?
7. Які складові вільного часу та види рекреаційної діяльності в залежності від цих складових?
8. Дайте визначення поняття «рекреалогія».
9. Дайте визначення поняття «курортологія».
10. Що є об'єктом та предметом рекреалогії?

11. На яких напрямках базується курортологія як наука?
12. Як розвивалась наука про курорти?

Рекомендована література.

1. Бейдик О. О. Географія туризму. Тлумачний словник термінів. К.: ВПЦ «Київський університет», 1993. 56 с.
2. Крачило Н. П. География туризма. К.: Вища школа. Главное издательство, 1987. 208 с.
3. Лукьянова Л. Г., Цыбух В. И. Рекреационные комплексы: Учеб. пособие. / Под общ. ред. В. К. Федорченко. К.: Вища шк., 2004. 346 с.
4. Сидоров В. М. Рекреалогия – система наук об отдыхе. К., 1990.
5. Стафійчук В. І. Рекреалогія: навчальний посібник. Херсон: ОЛДІ ПЛЮС, 2017. 428 с.
6. Фоменко Н. В. Рекреаційні ресурси та курортологія. Івано-Франківськ, 2001. 235 с.

РОЗДІЛ 2. РЕКРЕАЦІЙНА ДІЯЛЬНІСТЬ

2.1. Рекреаційний потенціал. Класифікація рекреаційної діяльності

2.2. Рекреаційні заняття. Типи та цикли рекреаційної діяльності

2.3. Рекреаційне проектування

Питання для самоперевірки та рекомендована література

2.1. Рекреаційний потенціал. класифікація рекреаційної діяльності

Необхідною умовою розвитку рекреації є наявність рекреаційного потенціалу, який може оцінюватися в різних масштабах: на рівні світу, країни, району і т. д.

Під рекреаційним потенціалом розуміється уся сукупність природних, культурно-історичних і соціально-економічних передумов для організації рекреаційної діяльності на певній території (Д. В. Ніколаєнко, 1998). Іноді рекреаційним потенціалом називають співвідношення між фактичною і гранично можливою чисельністю туристів, що визначається з наявності рекреаційних ресурсів.

Дуже часто під рекреаційним потенціалом розуміється наявність на території певних унікальних або, принаймні, цікавих не лише для місцевих жителів об'єктів. Хоча це не цілком обов'язкова ознака, а тільки бажаний варіант. Рекреаційний потенціал території дуже мінливий і залежить від особливостей соціокультурної освіти, в межах якої вона розташована (Д. В. Ніколаєнко, 1998). Поняття рекреаційного потенціалу містить також «умови і чинники розвитку рекреаційної діяльності».

У науковій літературі зустрічаються усілякі класифікації і угруповання рекреаційної діяльності. Найчастіше в їх основі лежать: мета подорожі; характер організації; правовий статус; тривалість подорожі й перебування рекреанта у визначеному місці; сезонність; характер пересування рекреанта; його вік; активність занять і т.д.

Виділення критеріїв рекреаційної діяльності за тривалістю і місцем проведення часу дуже істотно.

За тривалістю рекреації виділяються туризм і екскурсії. Визначення тимчасової відмінності між екскурсіями і туризмом досить однозначне – це добовий цикл. Усе, що займає в рекреаційній діяльності менше 24 годин, є екскурсія; більше 24 годин – туризм.

Види рекреаційної діяльності різноманітні. Так, усі види відпочинку можна розділити на дві великі групи: стаціонарні і мобільні. Інша класифікація розглядає відпочинок як тривалу категорію (лікувальний, оздоровчий, спортивний і пізнавальний туризм) і короткочасну категорію.

За сезонною ознакою в цих групах відпочинку можна виділити літні, зимові і види відпочинку перехідних сезонів. За віковими показниками розрізняють відпочинок дошкільників, школярів, молоді, осіб середнього віку і відпочинок літнього населення. Крім того, виділяють відпочинок сімейний, індивідуальний, змішаний, організований і неорганізований. У міжнародній практиці виділяється конгресний туризм (В. Б. Нефедова, 2001).

За громадською функцією і технологією: лікувальна, оздоровча, спортивна і пізнавальна рекреаційна діяльність.

Лікувально-курортна рекреація розрізняється за основними природними лікувальними чинниками: клімат, грязь, мінеральні води. Умови лікувально-курортної рекреації повинні строго відповідати медично-біологічним нормам.

Оздоровча і спортивна рекреація найбільш різноманітна. Великою популярністю у всьому світі користується пляжно-купальний відпочинок. Крім того, сам відпочинок у воді і на воді включає різноманітні рекреаційні заняття. Прогулянковий і промислово-прогулянковий відпочинок включає: прогулянки на повітрі, огляд пейзажів, збір грибів і ягід, морських дарів і т.д.

Маршрутний туризм може бути спортивним, оздоровчим. За характером подоланих перешкод він підрозділяється на рівнинний і гірський. Він тісно пов'язаний з пізнавальним краєзнавчим туризмом. За характером використовуваних способів пересування він може бути пішохідним, моторизованим і т.д. Різний і радіус його дій: місцевий, регіональний, державний.

Великий розвиток отримав водний туризм, як прогулянковий, так і спортивний. Ці види туризму поєднуються з пляжно-купальним туризмом. Усе більш популярним стає підводний спортивний туризм з метою фотополювання і підводного полювання на морських тварин з елементами пізнавального туризму (наприклад, археологічний підводний туризм). Відома також популярність риболовецького і мисливського туризму. Особливо широкого поширення набувають фото- і кінополювання, що мають на меті не матеріальне збагачення, а відпочинок на природі і реалізуючі пізнавальні форми туризму. Мисливський туризм – один з найдорожчих видів іноземного туризму (наприклад, африканське сафарі). Отримали широкий розвиток також гірсько-лижний туризм і альпінізм.

Пізнавальна рекреація. Пізнавальні аспекти властиві значній частині рекреаційних занять. Проте виділяються суто пізнавальні рекреаційні заняття, пов'язані з інформаційним використанням культурних цінностей: огляд культурно-історичних пам'ятників, пам'яток, ознайомлення з новими районами, містами, країнами, з їх етнографією, економікою, культурою, природою і т.д.

Своєрідне місце в міжнародному і внутрішньому туризмі займають конгресний туризм, виставки, ярмарки, спортивні змагання, фестивалі і паломництво до святих місць. Ці заходи викликають досить значні туристські потоки.

Розподіл вільного часу залежно від характеру його використання на щоденне, щотижневе і щорічне є важливим у методичному відношенні, оскільки служить основою при вивченні структури відпочинку і використання вільного часу для рекреаційних цілей.

Диференційований таким чином вільний час дозволяє розглянути рекреаційну діяльність за періодичністю та територіальною ознакою. Використання щоденного вільного часу безпосередньо пов'язане з житлом і міським середовищем. Щотижнева рекреація залежить від розміщення приміських рекреаційних об'єктів і дач. Використання щорічного вільного часу пов'язане з розміщенням рекреаційних об'єктів курортного типу. Відповідно виділяють рекреацію у середині населеного пункту; місцеву що-

тижневу (приміську – уїкенд); щорічну регіональну, державну або міжнародну.

За характером організації рекреація ділиться на регламентовану (сплановану путівкою) і самодіяльну (дикий відпочинок).

За числом учасників розрізняють індивідуальний (включаючи сімейний) і груповий туризм. Велике значення має такий показник, як щільність соціальних контактів, що виражається числом рекреантів на одиницю площі. Прагнення до максимальної самоти може бути назване центробіжністю, а до максимальних контактів – доцентровою.

За ознакою рухливості туризм буває стаціонарним і кочовим. Це задоволено – таки умовне ділення. При виділенні стаціонарного туризму підкреслюється, що в даному випадку подорож здійснюється заради перебування на якомусь курорті. До стаціонарних форм туризму належать лікувальний туризм і окремі види оздоровчо-спортивного туризму. Кочовий туризм припускає постійне пересування, зміну місця перебування. У зв'язку з цим матеріально-технічна база туризму все більше тяжіє до шляхів. Відбувається розвиток рекреаційного господарства вшир разом з одночасним поглибленням територіального розподілу праці у рекреаційній галузі.

Багато видів рекреації мають сезонний характер. Сезонність породжує багато соціально-економічних проблем. Клімат і погода виступають найістотнішими і об'єктивнішими чинниками сезонності. Сезонність ще залежить від стереотипів людей. Відпустки підприємства дають в основному влітку, канікули в освітніх установах теж влітку, люди прагнуть поїхати відпочивати в період з червня по вересень. Лише санаторно-курортні установи мають цілорічний характер обслуговування, але і тут сезонність (хоча і у меншій мірі) теж має місце.

За характером використовуваних транспортних послуг туризм ділиться на автомобільний, автобусний, авіаційний, залізничний, теплохід (морський, річковий і озерний).

За правовим статусом туризм ділиться на національний (внутрішній) і міжнародний (іноземний). Міжнародний туризм підрозділяється на активний і пасивний залежно від його впливу на платіжний баланс країни. Для кожної країни подорож її гро-

мадян в інші держави називається пасивним туризмом, а приїзд іноземців – активним туризмом.

За тривалістю перебування міжнародний туризм буває короткостроковим і тривалим, якщо тривалість туристської подорожі складає не більше 3 діб, то його відносять до короткострокового туризму, а більше 3 діб – до тривалого.

Рекреаційні потреби реалізуються у певних видах рекреаційної діяльності, під якою розуміється діяльність у вільний час, спрямована на відновлення і розвиток психічних, фізичних і духовних сил людини.

З основного визначення рекреаційної діяльності витікає те, що рекреаційна діяльність – це система заходів, пов'язаних з використанням вільного часу для оздоровчої, культурно-пізнавальної діяльності людей на спеціалізованих територіях.

Необхідно відмітити 3 основних тенденції в еволюції рекреаційної діяльності :

- зростання відносного значення оздоровчих, спортивних і пізнавальних занять;
- відносне зниження лікувальних занять при абсолютному зростанні усіх видів занять;
- виникнення нових, таких рекреаційних занять, що раніше не практикувалися.

2.2. Рекреаційні заняття. типи рекреаційної діяльності. цикли рекреаційних занять

Головним обґрунтуванням типізації рекреаційної діяльності виступає її функціональна орієнтація. Можна виділити дві основних функції вільного часу:

- 1) функція відновлення сил людини, що поглинаються сферою праці і іншими непорушними заняттями;
- 2) функція духовного і фізичного розвитку.

Відновні функції (психо-фізіологічні) включають: харчування, сон, рух. Вони виконують функції простого відновлення психо-фізіологічних параметрів. Функції розвитку (духовно-інтелектуальні) включають: оздоровлення, пізнання, спілкування.

Види рекреаційної діяльності мають певну кількість заходів реалізації, званими рекреаційними заняттями.

Серед сукупності занять, що здійснюються в процесі рекреаційної діяльності, можна виділити власне рекреаційні заняття (купання, піші прогулянки, збір грибів і ягід і т.д.) на відміну від задоволення повсякденних фізіологічно необхідних потреб (сон, живлення).

Типологія власне рекреаційних занять виокремлює дві групи, що об'єднує 4 основні типи занять.

1. Група відновлення:

а) рекреаційно-лікувальні заняття (спрямовані на задоволення психо-фізіологічних потреб);

б) рекреаційно-оздоровчі заняття.

2. Група розвитку:

а) рекреаційно-спортивні заняття;

б) рекреаційно-пізнавальні заняття.

Рекреаційно-лікувальні заняття є системою занять, жорстко визначуваних методами санаторно-курортного лікування. Тип рекреаційно-оздоровчих занять набагато різноманітніший. Сюди входять прогулянки, купання, повітряні і сонячні ванни, ігри, збір грибів і ягід, полювання, пасивний відпочинок і т. д.

Рекреаційно-спортивні заняття спрямовані переважно на розвиток фізичних сил людини. Рекреаційно-пізнавальні заняття покликані духовно розвивати людину. Багато видів рекреаційних занять у реальній ситуації комбінуються. Рекреант може свідомо протягом певного відрізка часу комбінувати рекреаційні заняття. Вочевидь, що чим більше поєднань, тим ефективніше протікає рекреаційна діяльність, оскільки в одиницю часу більше задовольняється рекреаційних потреб.

Елементарні рекреаційні заняття – внутрішньо цілісна, однорідна, не роздільна на технологічні компоненти рекреаційна діяльність.

Основою для програм відпочинку, конструювання циклів рекреаційних занять служать елементарні рекреаційні заняття. За даними зарубіжних соціологів, число ЕРЗ подвоюється кожні 10 років, на початок XXI століття їх налічувалося вже більше 80 тис. видів.

Кожне з ЕРЗ може бути віднесене до класу тих, що лідирують або «ведених», залежно від того, чи є воно цільовим заняттям з позиції рекреаційних функцій. За цією основою виділяються:

- цільові ЕРЗ, що стали головним мотивом рекреаційної діяльності;
- додаткові ЕРЗ, що не реалізують основну мету рекреації, але різноманітять цикл рекреаційних занять, оживляючи його;
- супутні ЕРЗ, що не дають специфічного рекреаційного ефекту, але необхідні при фізіологічних і технологічних обмеженнях.

ЕРЗ знаходяться у певній взаємозалежності в межах одного циклу. З цих позицій їх характеризують:

- взаємозамінюваність (альтернативність) – можливість без видимого збитку для цілей рекреації замінити одне ЕРЗ на інше;
- взаємообумовленість – відношення, що призводить до поняття «Режим рекреаційної діяльності», до побудови циклів;
- рекреаційний режим – це послідовність ЕРЗ з фіксацією їх тривалості та інтенсивності в циклі рекреаційних занять;
- протипоказаність – несумісність деяких ЕРЗ між собою в цей відрізок часу.

Найважливішою характеристикою ЕРЗ є аттрактивність рекреаційної діяльності – індивідуальна або групова привабливість занять рекреаційної діяльності і їх поєднань.

Тип рекреаційної діяльності – однорідне угруповання елементарних рекреаційних занять, кожне з яких взаємозамінне і альтернативне для усіх інших елементарних рекреаційних занять цієї групи.

Найбільш прийнятними типами рекреаційної діяльності є:

- для щоденного відпочинку – прогулянковий відпочинок, любительські заняття на відкритому повітрі, спортивні ігри і вправи, водні процедури, ігри в приміщенні і т.д.;
- для щотижневого відпочинку – рухливі заняття на воді, спортивний туризм, спортивні ігри і вправи, екскурсійний, рибо-

ловецько-мисливський туризм, любительські заняття на відкритому повітрі і т. д.;

- для відпустки – кліматичний, спортивний, риболовецько-мисливський, бальнеологічний, екскурсійний туризм, заняття на воді.

ТРД підрозділяються на:

- цільові;
- додаткові;
- супутні.

Цільові ТРД – циклоутворюючі типи рекреаційної діяльності, виступають головним тановки і спеціалізацію.

Додаткові ТРД у рамках циклу створюють можливості різноманітності рекреаційну діяльність, організувати її в специфічних варіантах.

Супутні ТРД є фоном основної рекреаційної діяльності.

Інтенсивність рекреаційної діяльності – оцінка рівня задоволення рекреаційних потреб. Конкретні види діяльності у вільний час, виконуючи функції відновлення сил індивіда, своєю послідовністю утворюють комбінації добового, тижневого, річного і життєвого циклів рекреаційної діяльності. Вони розрізняються за можливостями задовольняти ті або інші рекреаційні дії в одиницю часу, що і визначає їх інтенсивність. Туризм є найінтенсивнішим видом рекреаційних занять, оскільки в одиницю часу здатний задовольнити максимум рекреаційних потреб людини.

Стійка комбінація рекреаційних занять, що повторюються, за певний відрізок часу дістала назву циклу рекреаційної діяльності.

ЦРЗ формуються з оптимальних поєднань ЕРЗ, відповідних поняттю «Рекреаційний режим», і утворюють ієрархію: добові, тижневі, річні і життєві ЦРЗ.

Добовий цикл рекреаційної діяльності, як певне поєднання комплексів одночасних занять або занять, що здійснюються протягом невеликих відрізків часу, може бути розглянутий як первинний осередок. Добові цикли можуть багаторазово повторюватися протягом певного тривалого відрізка часу. Можна виділити цикли відпустки, життєвий цикл, цикл, характерний для певної вікової градації (дитинство, юність і т. д.).

Життєві цикли рекреаційної діяльності проявляються в чергуванні видів і форм рекреації, географічних районів і т.д. Цикли рекреаційної діяльності можна розрізняти і за їх громадськими функціями і технологіями: лікувальні, оздоровчі, спортивні і пізнавальні.

Різноманітність, комбінування і циклічність рекреаційних занять безпосереднім чином пов'язані з властивостями рекреаційних територій і їх організацією. Різноманітності занять повинна відповідати різноманітність рекреаційних ресурсів. Комбінування і циклічність також можливі за наявності різноманітних ресурсів на певній території.

Цикл рекреаційної діяльності - взаємозв'язане і взаємообумовлене поєднання типів рекреаційної діяльності, що виникає на базі ведучого ТРД.

Цикл рекреаційних занять – 1) програма відпочинку, що дозволяє на основі поведінкових можливостей і зразків реалізовувати певну рекреаційну мету, мотивації і домагання в конкретних умовах; 2) взаємозв'язане і взаємообумовлене поєднання ЕРЗ, що виникає на базі провідного (основного) заняття.

Кожна людина, самостійно, частіше неусвідомлено, конструє цикли рекреаційних занять виходячи з власних уявлень про корисність елементарних занять, їх аттрактивності, обсягу рекреаційного часу, звичок, моди, цін на послуги і товари, грошових прибутків та інших чинників. Найчастіше самостійно організована діяльність недостатньо відповідає рекреаційним потребам.

ЦРЗ повинні задовольняти двом фундаментальним вимогам:

- корисність;
- індивідуальна привабливість (аттрактивність).

У циклах рекреаційних занять ЕРЗ підрозділяються на цільові, додаткові і супутні, виходячи з функціональної орієнтації. Наприклад, екскурсії будуть цільовими для реалізації пізнавальної функції, додатковими – для оздоровчої і супутніми – для лікувальної.

При моделюванні циклів рекреаційних занять як основні розглядаються різні типи стосунків :

- взаємодоповнювана — можливість деяких рекреаційних занять використовуватися обов'язково в комплекті, в певній пропорції. Стосунки взаємодоповнюваної визначають включення і послідовність деяких додаткових рекреаційних занять; визначаються провідними рекреаційними заняттями циклу.

- взаємозамінюваність — можливість альтернативного використання різних видів рекреаційної діяльності, а також можливість альтернативи для цього виду діяльності. Стосунки взаємозамінюваності надзвичайно важливі в організації туристичної діяльності для досягнення оптимальних параметрів ЦРЗ і визначають можливості не лише моделювання, але і вибору туристом циклу рекреаційної діяльності.

При конструюванні ЦРЗ враховується також наступне:

- кожен цільовий тип рекреаційної діяльності утворює один або декілька циклів;

- специфіка циклів формується на основі одного і того ж цільового заняття;

- визначаються додаткові типи рекреаційної діяльності, найбільш високі значення коефіцієнтів аттрактивності, що отримали.

2.3. Рекреаційне проектування в туризмі

Туроператор — фахівець, який разом з іншими завданнями займається проектуванням туру:

- визначенням рекреаційної спеціалізації туристичних центрів;

- прокладенням туристичних маршрутів;

- розробкою програм відпочинку;

- виміром ефективності програм відпочинку;

- розрахунком параметрів туру.

Розроблені численні процедури туроперейтинга, що допомагають туроператорові ефективно вирішувати ці завдання. У цій главі пропонується концепція рекреаційного проектування турів, заснована на принципі рекреаційного проектування В. С. Преображенського.

Рекреалогія – наука про розширене відтворення живих сил людини – фізичних, інтелектуальних і духовних. Відповідно до предмета її дослідження найбільш важливими для неї виступають питання оптимізації рекреації за допомогою спеціальних технологій рекреаційного проектування.

В. С. Преображенський протиставляє дві дослідницькі позиції у вирішенні цієї проблеми: «від ресурсу» і «від потреб». Аналізуючи базисну модель рекреаційної системи, він вказує на провідну роль в ній людини-туриста як центральної підсистеми, відмічаючи, що стани і властивості усіх інших підсистем залежать від вимог центральної підсистеми, а цільова функція рекреаційної системи визначається як максимально можливе задоволення рекреаційних потреб людини.

У основу аналізу виникаючих суб'єкт-об'єктних стосунків, згідно з

В. С. Преображенським, покладена проста схема взаємовідношення людини-туриста і середовища: Л – С.

Відповідно до цієї схеми, якщо дослідник віддає перевагу людському чиннику, то він працює з класом антропоцентричних систем, тобто систем, хазяїном яких виступає людина з її потребами, мотиваціями, перевагами, системою оцінок.

Якщо дослідник визначає як провідну підсистему навколишній світ (неважливо, природний або культурно-історичний комплекс), він вимушено працює з класом натуроцентричних моделей, де «правлять» інші цінності: охорона природи, регламентація діяльності людини.

Згідно з вченням В. С. Преображенського, діяльність – це інваріантна частина системи, що зв'язує суб'єкта з ландшафтом. При цьому зв'язок несе в собі як сутнісні ознаки суб'єкта, так і сутнісні ознаки ландшафту. Принцип Преображенського дозволяє точно локалізувати діяльність не лише як зв'язок, але і як структуру. Дійсно, стану діяльності інваріантні усі інші стани рекреаційної системи. Наприклад, відмінності пізнавальної, курортної і спортивної рекреаційної діяльності визначають специфіку вимог і станів природного комплексу, обслуговуючого персоналу, технічних систем, функцій управління в рекреаційній системі.

Рекреаційне проектування – варіативне моделювання програм відпочинку і обслуговуючих їх систем з урахуванням вимог рекреації. Рекреаційне проектування розглядається як функція туроператора на стадії розробки проекту туру. Це завдання, як правило, має для туроператора цілком конкретний характер – розробити рекреаційну програму туру. Користуючись моделлю рекреаційного проектування, можна значно спростити і прискорити його конкретну реалізацію.

У основу моделювання покладені принцип ієрархії рекреаційної діяльності (І. В. Зорін, В. О. Квартальнов, 1994), а також діяльнісно-ландшафтний принцип рекреаційного проектування В. С. Преображенського.

Ці два принципи дозволяють розглядати рекреаційне проектування як структурно-модульний процес, схожий із завданням складання слів з букв, пропозицій – із слів і, нарешті, тексту – з пропозицій.

Азбука туроператора, виходячи з цих принципів, повинна містити замість букв комбінації рекреаційної діяльності.

Рекреаційна діяльність – діяльність людей, що спрямована на розширене відтворення їх живих сил і характеризується відносною різноманітністю поведінки людей і самоцінністю її процесу.

ЕРЗ – основа формування програм відпочинку. Соціологи налічують близько 100 тис. ЕРЗ, і число їх кожні 10 років подвоюється. Очевидно, що операція такою базою вимагає застосування типізації ЕРЗ і відомості їх в більшій групі – типи рекреаційної діяльності. Для цього використовуються такі властивості ЕРЗ, як альтернативність і взаємозамінюваність. Умовою об'єднання декількох ЕРЗ в один ТРД є можливість без видимого збитку для цілей рекреації замінити одне ЕРЗ іншим.

До одного типу рекреаційної діяльності належать взаємозамінні елементарні рекреаційні заняття (таблиця. 2.1). Ця умова виявляється дуже важливою в практиці конкретного туроперейтинга, коли можливостей для здійснення якого-небудь ЕРЗ може і не бути, але необхідно компенсувати цей недолік пропозицією туристові інших ЕРЗ. Наприклад, в негрибний період можна запропонувати туристам збирати ягоди, трави, горіхи і тому подібне.

Таблиця 2.1 – Типи рекреаційної діяльності

Індекс ТРД	Назва ТРД	Приклади ЕРЗ
β_1	Купання	Плавання у відкритому водоймищі, плавання в критому басейні, зимове купання, купання в джерелах і т.п.
β_2	Водні атракціони	Водні гірки, водоспади, джакузі, ігри на воді і т.п.
β_3	Водні процедури	Лазня, душ, ванни, водний масаж і т.п.
β_4	Сонячні ванни	Загоряння, інсоляції і т.п.
β_5	Гірськолижний спуск	Слалом, швидкісний спуск, сноуборд і т.п.
β_6	Катання зимові	Катання на лижах, ковзанах, санях, снігокатах і т.п.
β_7	Лижний інструктаж	Інструктаж, тренінг, навчання і т.п.
β_8	Альпінізм	Сходження, рух по траверсу, спуск і т.п.
β_9	Скелелазіння	Скелелазіння
β_{10}	Спелеотуризм	Спелеотуризм
β_{11}	Туристський похід	Походи некатегорійні: піші, гірські, лижні, водні, авто-, вело-, мото-, кінні і т.п.
β_{12}	Прогулянка	Ходьба в щадному режимі
β_{13}	Рухливі ігри	Загальна фізична підготовка, боулінг, бодібілдинг і т.п.
β_{14}	Спілкування	Бесіда, розмова, обмін думками і т.п.
β_{15}	Участь у виставках	Експонування, презентація і т.п.
β_{16}	Ділові зустрічі	Переговори, підписання договору, обговорення програм і т.п.
β_{17}	Шопінг	Купівлі роздрібні, купівлі оптові, придбання сувенірів і т.п.
β_{18}	Клімато-лікування	Використання кліматичних чинників : цілющого повітря, ультрафіолетової радіації, комфортної погоди і т.п.
β_{19}	Бальнеолікування	Використання мінеральної води, джерельної води, кумису, кефіру і т.п.
β_{20}	Грязелікування	Використання ропи, мулу, мінеральної грязі і т.п.

β21	Теренкур	Дозована ходьба
β22	Експерсії авто- бусні	Місцеві пізнавальні поїздки у супроводі експурсовода з використанням автобуса
β23	Експерсії піші	Місцеві пізнавальні прогулянки з експурсо- водом
β24	Відвідування музеїв	Пізнавальне відвідування музеїв, будинків- музеїв, виставок і т.п.
β25	Інформаційно- пізнавальна дія- льність	Індивідуальна розробка маршруту, викори- стання карт, буклетів, путівників і т.п.
β26	Збір ягід, грибів	Збір ягід, грибів, горіхів, трав і т.п.
β27	Рибний лов	Зимовий лов, спінінг, проводка і т.п.
β28	Полювання	Полювання зимове, літнє, з собакою, ната- ска і т.п.
β29	Заготівлі	Заготівлі ягід, грибів, овочів, фруктів, трав і т.п.
β30	Відвідування святих місць	Відвідування монастирів, святих місць і т.п.
β31	Релігійні таїнст- ва	Хрещення, причастя, сповідь і т.п.
β32	Участь в релігій- них святах	Літургія, основні, приходські свята і т.п.
β33	Круїз	Річковий, морський, озерний круїзи
β34	Морські прогу- лянки	Прогулянки на скутері, катері, водні лижі, водний мотоцикл і т.п.
β35	Дайвінг	Підводне плавання, підводне полювання, підводні зйомки і т.п.
β36	Яхтинг	Управління яхтою, катером і т.п.
β37	Експедиція	Спеціально організована подорож, марш- рут з науково-дослідницькими і пошукови- ми цілями
β38	Повітряний політ	Польоти на повітряній кулі, дельтаплані, моноплані, парашуті, вертольоті, літаку і т.п.
β39	Робінзонада	Пригоди, що переживаються наодинці
β40	Кінна прогулян- ка	Поїздки на конях, верблюдах, оленях і т.п.
β41	Автомобільна поїздка	Поїздки на особистому автомобілі, ралі і т.п.
β42	Театр	Відвідування спектаклів, постановок, кон-

		цертів і т.п.
β43	Видовища	Відвідування нічних клубів, шоу, фестивалів і т.п.
β44	Розважальне харчування	Відвідування знаменитих ресторанів, кафе, барів, національна кухня і т.п.
β45	Малорухомі ігри, казино	Казино, більярд і т.п.
β46	Танці	Танці, бал і т.п.
β47	Категорійний туристський похід	Походи категорійні: піші, гірські, водні, лижні, кінні і т.п.
β48	Спортивні ігри	Футбол, волейбол, городки, лапта і т.п.
β49	Туристська, спортивна підготовка	Учбові, тренувальні походи, тренування і т.п.
β50	Інструкторська підготовка	Середня і вища інструкторська підготовка і т.п.
β51	Підвищення кваліфікації	Придбання нових професійних знань, навичок, умінь і т.п.
β52	Інсентив-туризм	Поєднання завдань навчання, підвищення кваліфікації і відпочинку
β53	Участь в наукових конгресах	Семінари, секції, з'їзди, конгреси і т.п.
β54	Участь у фестивалях мистецтв	Виступи, експозиції, презентації і т.п.
β55	Відвідування спортивних змагань	Відвідування олімпіад, чемпіонатів, змагань, матчів і т.п.
β56	Наукові дискусії	Обговорення наукових проблем, симпозіум і т.п.
β57	Участь в меморіалах	Відвідування пам'ятних місць і подій
β58	Трекінг	Піший похід без багажу
β59	Природоохоронна діяльність	Відновлення порушень ландшафту, природного комплексу, біоценозу і т.п.
β60	Ландшафтні спостереження	Огляд унікальних, типових, аттрактивних ландшафтів
β61	Наукова екологічна діяльність	Охорона природи з науковими цілями
β62	Участь в місцевих	Участь в побутових святах: весілля, день

	вих святах	народження і т.п.
β63	Спостереження за незвичайними явищами	Спостереження за незвичайною поведінкою тварин, рослинами, діями і т.п.
β64	Любительська праця	Садівництво, городництво, тваринництво, квітникарство і т.п.
β65	Навчання ремеслам	Гончарна справа, вишивання, різьблення і т.п.
β66	Участь в народних святах	Фольклорні, етнічні свята, концерти і т.п.
β67	Творчі заняття	Літературні заняття, живопис і т.п.

Уся різноманітність ЕРЗ в класифікації представлена 67 типами рекреаційної діяльності. По суті, ТРД і є своєрідні букви, з яких туроператор може скласти слова, – цикли рекреаційної діяльності, а далі з циклів і пропозиції – програму відпочинку.

При конструюванні циклів рекреаційної діяльності важливими властивостями типів рекреаційної діяльності виступають взаємообумовленість і взаємопротипоказність. Саме вони дозволяють зводити ТРД в нові комбінації – цикли рекреаційної діяльності.

ЦРД представляє як би сюжетну канву майбутньої туристської програми, дозволяє на основі поведінкових можливостей і зразків реалізувати конкретні рекреаційні цілі, мотивації і домагання туристів за допомогою вибору поєднань ТРД як еталонів рекреаційної діяльності.

У відсутність ТРД кожна людина самостійно неусвідомлено конструює ЦРД, виходячи з власних уявлень про корисність і атрактивність рекреаційної діяльності, звичок, моди, цін, грошових прибутків і інших чинників.

Найчастіше таким чином самостійно організована діяльність недостатньо відповідає рекреаційним потребам. Розроблена процедура формування ЦРД дозволяє виконати цю роботу за туриста і рекомендувати йому оптимальні поєднання елементарних рекреаційних занять. ЦРД виступають структурною композицією рекреаційної діяльності, що має внутрішню цілісність і консерва-

тивність, є предметом організації і конструювання в рекреаційних системах і туристських центрах.

Таким чином, ЦРД складають системну структуру, що адекватно відбиває властивості і стосунки як суб'єкта, так і об'єкта рекреації. З їх допомогою можливо врахувати рекреаційні потреби і сформулювати вимоги до умов їх реалізації, визначити технологію обслуговування.

Всього за допомогою оптимізації отримане 17 різних ЦРД:

- χ_1 – водний;
- χ_2 – альпійський;
- χ_3 – альпіністський;
- χ_4 – активно-оздоровчий;
- χ_5 – комерційно-діловий;
- χ_6 – курортний;
- χ_7 – культурно-історичний;
- χ_8 – мисливсько-риболовецький;
- χ_9 – паломницький;
- χ_{10} – приморський;
- χ_{11} – пригородницький;
- χ_{12} – розважальний;
- χ_{13} – спортивний;
- χ_{14} – фестивально-конгресний;
- χ_{15} – екологічний;
- χ_{16} – екзотичний;
- χ_{17} – етнографічний.

У таблиці 2.2 приводяться цикли рекреаційної діяльності (χ_1 – χ_{17}) як поєднання типів рекреаційної діяльності.

ТРД підрозділяються на цільові (А), додаткові (В) і супутні (С).

Наприклад, екскурсія автобусна буде цільовим ТРД у рамках культурно-пізнавального циклу, додатковим ТРД – у рамках водного, активно-оздоровчого, курортного ЦРД і супутнім ТРД – в альпійському і комерційно-діловому ЦРД.

Таблиця 2.2 - Структурна композиція циклів рекреаційної діяльності

Індекс ТРД	Назва ТРД	χ ¹	χ ²	χ ³	χ ⁴	χ ⁵	χ ⁶	χ ⁷	χ ⁸	χ ⁹	χ ¹⁰	χ ¹¹	χ ¹²	χ ¹³	χ ¹⁴	χ ¹⁵	χ ¹⁶	χ ¹⁷	Структура ТРД
β1	Купання	А	С	–	В	С	С	–	С	С	В	–	С	С	С	С	С	С	1–2–11
β2	Водні атракціони	А	–	–	С	С	С	С	–	–	В	–	В	–	С	–	–	–	1–2–5
β3	Водні процедури	А	С	С	С	С	В	С	В	С	С	С	С	С	С	С	В	В	1–4–12
β4	Сонячні ванни	А	С	С	С	–	С	–	С	–	В	С	С	С	–	С	–	–	1–1–9
β5	Гірськолижний спуск	–	А	–	–	–	–	–	–	–	С	–	В	–	–	–	–	–	1–1–1
β6	Катання на лижах, санях, снігокатах	–	А	–	В	–	–	–	С	С	–	С	С	С	–	С	С	С	1–1–8
β7	Лижний інструктаж	–	А	–	С	–	–	–	–	–	–	–	С	–	–	–	–	–	1–0–2
β8	Альпінізм	–	–	А	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	1–0–0
β9	Скелелазіння	–	–	А	–	–	–	–	–	–	С	–	С	–	–	–	–	–	1–0–0
β10	Спелеотуризм	–	–	А	–	–	–	–	–	–	С	–	С	–	–	–	–	–	1–0–2
β11	Туристський похід	С	–	–	А	–	–	С	–	–	С	В	–	–	–	В	С	С	1–2–5
β12	Прогулянка	В	С	–	А	С	С	В	С	В	С	С	С	–	–	С	–	С	1–3–9
β13	Рухливі ігри	С	С	С	А	С	С	–	–	–	С	С	С	С	С	–	С	–	1–0–11
β14	Спілкування	С	С	–	А	В	С	В	В	С	С	–	С	С	В	–	С	С	1–2–9
β15	Участь у виставках	–	–	–	–	А	–	–	–	–	–	–	С	С	С	–	С	–	1–0–4
β16	Ділові зустрічі	–	–	–	–	А	–	С	С	–	–	–	–	–	С	С	–	С	1–0–5
β17	Шопінг	С	С	–	С	А	С	С	С	–	С	–	С	–	С	С	С	В	1–1–13
β18	Кліматолікування	В	С	С	В	–	А	–	С	–	С	–	–	С	–	С	–	–	1–2–6
β19	Бальнеолікування	С	С	С	С	–	А	–	–	В	–	–	–	–	–	С	–	–	1–1–5
β20	Грязелікування	С	–	–	С	–	А	–	–	–	С	–	–	–	–	С	–	–	1–0–4
β21	Теренкур	С	–	–	С	–	А	–	–	–	–	–	–	–	–	С	–	–	1–0–3
β22	Експерсії автобусні	В	С	–	В	С	В	А	–	В	В	С	С	С	В	С	С	В	1–7–7
β23	Експерсії піші	В	В	С	В	С	С	А	–	В	С	В	С	–	С	В	С	В	1–7–7
β24	Відвідування музеїв	С	С	С	С	С	С	А	–	С	С	С	С	–	С	В	В	В	3–3–11
β25	Інформаційно-пізнавальна діяльність	С	С	С	С	С	В	А	С	В	С	С	С	С	В	С	С	В	1–4–12
β26	Збір ягід, грибів	–	С	С	С	–	–	–	А	С	–	С	С	В	–	С	С	С	1–1–7

β27	Рибний лов	В	С	–	С	–	С	–	А	С	В	В	С	В	–	С	С	С	1–4–8
β28	Полювання	С	С	С	С	С	–	–	А	–	С	С	С	В	–	С	В	С	1–2–10
β29	Заготівлі	С	–	–	С	–	–	–	А	С	–	В	С	С	–	С	С	С	1–1–8
β30	Відвідування святих місць	С	С	–	С	С	С	В	–	А	С	С	С	–	С	С	С	В	1–2–11
β31	Релігійні тайнства	С	–	–	С	С	С	С	–	А	С	–	–	–	–	–	–	С	1–0–7
β32	Участь в релігійних святах	С	С	–	С	С	С	С	–	А	С	С	–	–	С	С	В	С	1–3–9
β33	Круїз	С	–	–	–	–	–	В	–	С	А	С	В	–	В	–	С	С	1–3–5
β34	Морські прогулянки	В	–	–	В	В	С	С	–	С	А	В	С	–	С	С	С	С	1–4–8
β35	Дайвінг	В	–	–	С	–	–	–	В	–	А	В	С	С	–	С	С	С	1–3–6
β36	Яхтинг	С	–	–	С	В	–	–	С	–	А	В	В	С	С	С	С	–	1–3–7
β37	Експедиція	В	–	В	С	–	–	В	С	С	С	А	–	В	–	В	В	В	1–7–4
β38	Повітряний політ	С	В	В	С	–	–	В	–	С	–	А	В	С	С	–	С	–	1–4–6
β39	Робінзонада	В	–	–	С	–	–	–	В	–	С	А	С	–	–	В	С	С	1–3–5
β40	Кінна прогулянка	С	В	С	В	С	–	С	С	С	–	А	В	В	–	В	В	С	1–6–7
β41	Автомобільна поїздка	С	С	–	В	В	С	В	С	С	С	А	В	В	С	С	С	С	1–7–7
β42	Театр	С	–	–	С	С	С	В	–	С	–	С	А	–	В	–	С	В	1–3–7
β43	Видовища	В	С	–	С	В	С	В	–	–	С	–	А	–	С	–	В	В	1–5–5
β44	Розважальне харчування	С	С	–	С	С	С	В	С	–	В	С	А	–	С	В	В	В	1–5–8
β45	Малорухомі ігри, казино	В	С	–	С	В	С	С	–	–	В	В	А	–	С	–	–	–	1–4–5
β46	Танці	С	С	–	С	С	С	С	–	–	С	С	А	–	В	–	С	С	1–1–12
β47	Категорійний туристський похід	В	С	С	–	–	–	–	–	–	–	–	–	А	–	–	–	–	1–1–2
β48	Спортивні ігри	В	С	–	С	С	С	–	–	–	В	С	С	А	В	–	С	С	1–3–8
β49	Туристська, спортивна підготовка	С	В	В	С	–	–	–	–	–	С	С	С	А	С	С	С	С	1–2–9
β50	Інструкторська підготовка	С	С	В	С	–	–	–	С	–	С	С	–	А	–	В	С	С	1–2–8
β51	Підвищення кваліфікації	С	–	–	С	В	–	С	С	С	С	–	–	С	А	С	–	В	1–1–8
β52	Інсентив-туризм	С	С	–	С	С	С	С	–	–	С	–	С	–	А	–	–	–	1–2–6
β53	Участь в наукових конгресах	С	С	–	С	В	–	С	–	С	–	–	С	–	А	В	–	С	1–2–7
β54	Участь у фестивалах мис-	С	–	–	С	С	С	В	–	В	С	–	В	–	А	С	–	В	1–3–6

	тецтв																		
β55	Відвідування спортивних змагань	С	–	–	С	С	С	С	–	–	С	С	С	–	А	–	–	С	1–0–9
β56	Наукові дискусії	–	–	–	–	С	С	В	С	С	–	–	–	С	А	С	–	С	1–1–7
β57	Участь в меморіалах	–	С	С	С	С	–	С	–	С	–	–	С	С	А	С	С	С	1–0–11
β58	Треккінг	–	С	С	С	–	–	–	С	–	–	С	–	С	С	А	–	–	1–0–7
β59	Природоохоронна діяльність	С	С	С	С	–	–	–	В	С	С	С	С	В	–	А	С	С	1–2–10
β60	Ландшафтні спостереження	С	В	В	С	–	С	С	В	С	С	С	С	В	–	А	С	С	1–4–10
β61	Наукова екологічна діяльність	С	–	С	–	–	С	–	С	–	С	С	–	В	В	А	С	С	1–2–8
β62	Участь в місцевих святах	С	С	С	С	С	С	В	–	В	С	С	С	С	С	С	А	В	1–3–12
β63	Спостереження за незвичайними явищами	С	С	С	С	–	–	–	В	С	С	С	С	С	С	В	А	С	1–2–11
β64	Любительська праця	–	–	–	В	–	–	–	С	В	–	С	С	С	–	С	С	А	1–2–6
β65	Навчання ремеслам	С	С	С	С	–	–	В	С	С	С	В	С	С	С	С	С	А	1–2–12
β66	Участь в народних святах	С	С	С	С	С	С	В	С	В	С	С	В	С	В	В	В	А	1–6–10
β67	Творчі заняття	С	С	С	В	С	С	В	С	В	С	С	В	С	С	С	В	А	1–5–11

Питання для самоперевірки

1. Що таке рекреаційний потенціал?
2. Дайте визначення поняття «рекреаційна діяльність», які її види?
3. Які основні тенденції в еволюції рекреаційної діяльності?
4. Що таке рекреаційні заняття?
5. Що таке елементарні рекреаційні заняття та їх властивості?
6. Що таке типи рекреаційної діяльності?
7. Які типи рекреаційних занять розрізняють?
8. Як формуються цикли рекреаційної діяльності?
9. Яким вимогам повинні відповідати цикли рекреаційної діяльності?

10. Що враховується при конструюванні ЦРЗ?
11. В чому полягає принцип рекреаційного проектування В.С. Преображенського?
12. Що таке рекреаційне проектування?

Рекомендована література.

1. Зорин И. В., Вендина О. И. Моделирование циклов рекреационных занятий // Социально-географические проблемы повышения эффективности туристско-экскурсионного обслуживания. Минск: БГУ, 1978.
2. Преображенский В. С., Веденин Ю. А. Экология человека и организация рекреационной деятельности // Проблемы экологии человека. М.: Наука, 1986.
3. Преображенский В. С., Веденин Ю. А. География и отдых. М.: Знание, 1971. 47 с.
4. Преображенский В. С., Веденин Ю. А. Рекреология как одно из направлений экологии человека // Вестник АМН СССР. М.: Медицина, 1989.
5. Стафійчук В. І. Рекреологія: навчальний посібник. Херсон: ОЛДІ ПЛЮС, 2017. 428 с.
6. Теория рекреологии и рекреационной географии / Под ред. В. С. Преображенского, Ю. А. Веденина, И. В. Зорина. М.: ИГ АН СССР, 192 с.
7. Фоменко Н. В. Рекреаційні ресурси та курортологія. К.: Центр навчальної літератури, 2007. 312 с.

РОЗДІЛ 3. РЕКРЕАЦІЙНІ ТА ТЕРИТОРІАЛЬНО-РЕКРЕАЦІЙНІ СИСТЕМИ

3.1. Рекреаційна система: поняття, складові, функції, види, структура, елементи

3.2. Територіальна рекреаційна система та її підсистеми

3.3. Рекреаційна мережа. Установи лікувально-оздоровчого відпочинку

3.4. Особливості проектування і будівництва рекреаційних установ

Питання для самоперевірки та рекомендована література

3.1. Рекреаційна система: поняття, складові, функції, види, структура, елементи

Існує велика кількість визначень цих понять. Вчення про рекреаційні системи, розроблене професором В. С. Преображенським ще в 60-х роках ХХ століття, було центральним в усіх наукових дослідженнях. При цьому базисним поняттям для подібного роду дослідженням є поняття «рекреаційна система».

Рекреаційна система – соціальна демоекологосистема (тобто екологічна система, в центрі якої стоїть людина, населення), що складається з взаємопов'язаних підсистем, головною метою функціонування якої є задоволення рекреаційних потреб.

Рекреаційна система – складна соціальнокерована (частково самокерована) система, центральною підсистемою якої є суб'єкти туризму, а цільовою функцією – якнайповніше задоволення їх рекреаційних потреб (І. В. Зорин, В. О. Квартальнов).

Рекреаційні системи складаються із взаємопов'язаних підсистем:

- Природні та культурні комплекси;
 - Технічні системи (інженерні споруди та транспортна інфраструктура);
 - Рекреанти (група відпочивальників);
 - Обслуговуючий персонал;
 - біосоціальні системи
 - Орган управління.
- 

Природний комплекс – взаємозв’язане і взаємообумовлене поєднання природних об’єктів і явищ – виступає не лише як ресурс, але і як умова задоволення рекреаційних потреб людей. Специфічними характеристиками природних комплексів є їх міс-ткість, стійкість, комфортність, різноманітність, привабливість.

Група відпочивальників характеризується параметрами пове-дінки, що описуються за допомогою циклів рекреаційних занять. Стосунки з іншими підсистемами диференціюються залежно від соціальної, вікової, психологічної, національної, професійної, регіональної і індивідуальної вибіркової певних груп людей, умов і ресурсів рекреації.

Технічні системи забезпечують звичайну життєдіяльність відпочивальників і обслуговуючого персоналу і задовольняють специфічні рекреаційні потреби туристів.

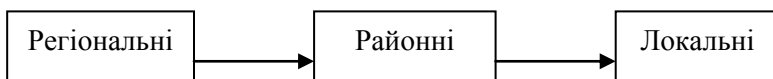
Обслуговуючий персонал за допомогою технічних систем виробляє, збирає, зберігає і доставляє відпочивальникам ком-плекс послуг, видаляє і утилізує відходи.

Орган управління зіставляє інформацію про міру задоволен-ня потреб туристів з інформацією про стан інших підсистем і про наявність матеріальних і фінансових резервів, приймає гос-подарські рішення.

Досить часто виділяють ще такі специфічні складові рекреа-ційної системи: Системи розселення, які в значній мірі вплива-ють на структуру та функціонування рекреаційної системи. Най-головніші характеристики, які враховуються при оцінці систем розселення:

- форма розселення: моноцентрична, поліцентрична, дис-персна, лінійна;
- тип розселення: міське, сільське, рекреаційне змішане;
- вид розселення: автономне, смугове, групове;
- структура розселення: паралельно-сполучена, суміщена, відокремлена.

Урбанізовані системи – відображають таксономічний ранг рекреаційної системи. А саме:



Основні функції рекреаційної системи:

1. Медико-біологічні функції полягають в організації системи з метою санаторно-курортного лікування та оздоровлення рекреантів.

2. Соціально-культурні функції полягають у задоволенні культурних, пізнавальних та духовних потреб рекреантів переважно через такий напрямок рекреаційної діяльності, як туризм.

3. Економічні функції:

- просте і розширене відтворення робочої сили;
- формування міжгалузевих рекреаційних комплексів в нгк;
- прискорення розвитку господарської структури певного регіону, за рахунок розвитку рекреаційної галузі;
- поява нових робочих місць;
- зростання капіталовкладень в рекреаційних районах;
- значні надходження іноземної валюти за рахунок іноземного туризму.

4. Політичні функції:

- позитивний імідж країни чи території на міжнародній арені;
- патріотичне виховання населення тощо.

Екологічні функції полягають у збереженні природи в більш-менш незмінному стані, за рахунок раціонального рекреаційного природо-користування, а також в екологічному вихованні населення.

Види рекреаційних систем.

1. Класифікація рекреаційних систем за переважаючими напрямками рекреаційної діяльності:

1.1. Лікувальний тип РС базується та орієнтується на природні лікувальні ресурси (кліматичні, бальнеологічні, бальнеогрязьові). Наприклад: Трускавець, Моршин, Євпаторія, Миргород, Куяльник і т.д.

1.2. Оздоровчий тип РС сприяє відновленню та розвитку фізичних і духовних сил людини, профілактику захворювань, зняття втоми. Для даного типу характерні переважно такі типи рекре-

аційних занять: купання, сонячні та повітряні ванни, прогулянки і т.п.

1.3. Спортивний тип РС передбачає високі вимоги до природних об'єктів та наявність інженерних споруд.

1.4. Пізнавальний тип РС пов'язаний з реалізацією функції духовного розвитку через використання природних та культурних цінностей. Даний тип в значній мірі характеризується поліфункціональністю.

2. Класифікація рекреаційних систем за характером урбанізаційних процесів.

Урбанізовані характеризуються наявністю моно- та поліцентричних систем розселення (агломерацій, мегаполісів) з провідною промисловою функцією, які вимагають організації приміської та позаміської рекреації.

Рекреаційно-урбанізовані характеризуються наявністю потужних рекреаційних міст, центрів, агломерацій, які забезпечують організацію короткочасного та тривалого відпочинку, санаторно-курортного лікування та туризму.

Не урбанізовані – для даного виду характерна наявність рекреаційних поселень поза зоною активного впливу великих промислових центрів, міст, агломерацій з дисперсною (розкиданою) формою розселення для забезпечення переважно довготривалого відпочинку, спеціалізованого (спортивного) туризму та лікування.

У рекреаційній системі важливо враховувати такі властивості: цілісність, динамічність, надійність, ефективність, ієрархічність і т.д.

Оцінка ефективності функціонування рекреаційної системи може вироблятися за двома критеріями: зовнішньому і внутрішньому. Внутрішній критерій може бути за змістом соціальним (рівень задоволення потреб, задоволеність відпочинком); економічним (максимізація прибутку); соціально-економічним (задоволення попиту).

До територіальної рекреаційної системи належить рекреаційна система, у якій стосунки між елементами опосередковані територією. До одного з основних типів рекреаційних систем відноситься агломерація.

Агломерація – тип територіальної рекреаційної системи, що виникає на базі великого туристського центру з великою площею зони урбанізації, що поглинає суміжні населені пункти.

Туристська агломерація відрізняється вищою мірою концентрації об'єктів індустрії туризму, а також високою щільністю туристів і екскурсантів і високою мірою комплексності і інтеграції індустрії туризму; чинять значний вплив на навколишню територію, видозмінюючи її економічну структуру і соціальні аспекти життя населення. Приклади туристської агломерації: Балеарські, Канарські, Сейшельські та ін. острови, Кавказькі Мінеральні Води, Коста-Брава, Долина Луари, Іль-де-Франс, Майамі, Акапулько, Каліфорнійське узбережжя і т.д.

Будь-які складні рекреаційні системи мають і відповідні типи структури. Виділяють два основні типи структур:

- ієрархічний;
- територіальний.

Ієрархічна структура характерна для складної рекреаційної системи, в якій існує розподіл безлічі складових її елементів на підмножини різних рівнів, – підсистеми, що мають властивість цілісності, певною мірою саморегулювання і пов'язані багатоступінчастими стосунками підпорядкування підсистем одних рівнів іншим – вищим.

Територіальна структура є сукупністю територіальних зв'язків між елементами системи. Територіальна структура реалізується у туризмі як сукупність територіальних зв'язків між підсистемами рекреаційної системи. До територіальної структури, наприклад, належать: планувальна структура курорту; територіальна структура туристських потоків; територіальна організація рекреаційної діяльності; територіальна організація туристського обслуговування; територіальна структура туристського попиту; територіальна структура туристського ринку і т.д.

Виділяють також і деякі різновиди композиційних елементів рекреаційних систем, до яких відносяться, зокрема, такі компоненти:

- субстрат,
- елемент,

— структурний елемент рекреаційної системи.

Під субстратом розуміється каркас рекреаційної системи, обов'язковий набір її підсистем, що становить основу її функціонування.

Елементом рекреаційної системи є об'єкт, що приймається єдиним, нерозкладним в цьому конкретному дослідженні, частина системи, що виконує в ній певну функцію. У рекреаційних системах за елементи беруться: турист, рекреаційне заняття, службовець туристської організації, ландшафт, готельний номер і т.д.

Структурним елементом називається компонент рекреаційної системи, який виконує певну функцію.

3.2. Територіальна рекреаційна система та її підсистеми

Класичне визначення належить авторів вчення про ТРС

В.С. Преображенському. Він визначив територіальну рекреаційну систему як соціальну географічну систему, що складається з взаємозв'язаних підсистем: природних і культурних комплексів, інженерних споруд, обслуговуючого персоналу і відпочивальників (рекреантів), характеризується функціональною і територіальною цілісністю.

Декілька відмінне визначення ТРС дає Т. В. Ніколаєнко. Територіальна рекреаційна система – форма організації рекреаційної діяльності на певній території, у межах якої досягається максимальний взаємозв'язок, просторова і функціональна координація різних підсистем, що беруть участь в реалізації рекреаційної функції цієї території.

Фактично, ТРС як форма організації рекреаційної діяльності – явище у край рідкісне, але виключно важливе для інтенсивного освоєння певної території. Створення на території, що цікавить, ТРС гарантує максимальне рекреаційне освоєння в мінімальні терміни. В цілому ж, ТРС – лише крайня форма територіальної організації рекреації. В більшості випадків освоєння території в рекреаційних цілях не досягає подібного рівня (Д. В. Ніколаєнко, 1998).

Розглянемо тепер підсистеми рекреаційної системи детальніше.

Відпочивальники – центральний елемент рекреаційної системи, що визначає сам факт її виникнення і розвитку. З позицій соціології і екології це подієва група, тобто зобов'язана своїм існуванням деякій події – в даному випадку виникненню вільного від непорушних занять часу.

У міру розвитку систем рекреаційного обслуговування і поглиблення знань про рекреаційну діяльність зростала потреба в ще більш поглибленому вивченні відпочивальників. Було звернено увагу на те, що на характер потреб, вибірковість до видів, форм і умов рекреаційної діяльності впливають приналежність людини до певної соціальної і національно-етнічної групи, його культурна орієнтація, умови і спосіб життя, попередній досвід рекреаційної діяльності, наявна інформація про можливості задоволення потреб і реальна (доступна) мережа рекреаційних установ і місць відпочинку.

Останнім часом увага притягується не лише до соціопсихологічних і культурно-психологічних груп, але і до груп, що виділяються за темпераментом, мобільністю психіки. У цьому бачиться прагнення наблизитися до самої особи відпочивальників. Запропоновані десятки класифікацій подібних груп. Так, в типології, розробленою У. Шелдоном, враховуються взаємозв'язки людей з природою. Їм виділені наступні типи:

Ектоморфний тип відрізняється прагненням зосередитися на своєму внутрішньому стані, сприймати навколишній світ, виходячи зі свого настрою, а не таким, яким він є насправді.

Мезоморфний тип характеризується любов'ю до природи, як джерела оптимізму, місця діяльності. Для них природа – об'єкт дії.

Ендоморфний тип тип релаксуючий, чуттєвий, відкритий для сприйняття природи, такий, що відчуває її нюанси – фізичні і естетичні.

Характеристики груп відпочивальників не є чимось стабільним. Вони міняються у міру зміни суспільства. Зокрема, зростання рухливості населення у результаті розвитку транспорту, розширення можливостей вибору видів, форм і умов рекреаційної діяльності, природно, повинні розширити можливості задоволення потреб людей типу «спринтерів» або «коней, що біжать». В

той же час наявність стабільної групи типу «стасрів» або «черепах» зумовлює певний консерватизм поведінки маси відпочивальників.

Таким чином, підсистему «відпочивальники» складає безліч гетерогенних груп, що відрізняються як потребами, так і ціннісними установками у межах їх задоволення, різним сприйняттям елементів інших підсистем і інших груп відпочивальників.

Найважливішими загальними рисами групи відпочивальників виступають:

- вибірковість;
- здатність до адаптації;
- самоорганізація.

Вибірковість визначається як формування відпочивальниками свого відношення до інших підсистем і до інших малих груп самої підсистеми на основі не просто інформації, а оціночних суджень в умовах вищої, ніж в умовах праці, свободи вибору. Основу цієї властивості складає відмінність вимог до умов діяльності.

Адаптацією називають процес пристосування до змінюваних властивостей кожної з підсистем системи і до їх комбінацій за допомогою психофізіологічних, поведінкових і соціокультурних механізмів. Адаптаційні можливості людини грають особливо важливу роль в організації рекреаційної діяльності, оскільки сама суть цієї діяльності полягає в прагненні до зміни місць і відвідування районів, що мають інші, чим місце проживання, природні і кліматичні умови.

Однією з властивостей підсистеми «відпочивальники» виступає тенденція до самоорганізації малих партнерських груп, що виступають осередками самоорганізації діяльності, яка у міру розвитку рекреаційної культури населення і вдосконалення рекреаційних систем дістає можливість проявлятися усе більшою мірою.

Природні і культурно-історичні комплекси в рекреаційній системі характеризуються передусім мірою відповідності потребам відпочивальників (комфортністю і привабливістю) і потре-

бам органу управління – просторовою і тимчасовою місткістю і надійністю.

Комфортність фізіологічна і психофізіологічна. Якщо перша найтісніше пов'язана з кліматичними умовами, то друга багато в чому визначається характером відкритості або закритості пейзажів, відчуттям тісноти від скупчення людей або навпаки самотності, сенсорної надмірності або недостатності, темпу зміни вражень, звукової насиченості та ін.

Надійність – здатність безвідмовно задовольняти потреби. Поняття це охоплює як стійкість комфортної погоди, так і можливість відвідувань культурного комплексу в будь-який слушний для відпочивальників час.

У першому наближенні можуть бути виділені системи, в яких провідна роль належить або природним, або культурним комплексам. Прикладом перших можуть служити бальнеологічні курорти, прикладом других – відомі міста (Рим, Венеція, Нью-Йорк, Лондон, Париж та ін.). Природні комплекси є головними при організації курортно-лікувального, оздоровчого і спортивного відпочинку. Роль культурних комплексів особливо велика в культурно-пізнавальному туризмі.

Цей процес має ряд стадій:

1. Вилучення природних тіл з ландшафту в процесі любительських занять (полювання, рибного лову, збору грибів і ягід).
2. Використання природних чинників без вилучення їх з природи (купання, сонячні ванни).
3. Сприйняття пізнавальної і естетичної інформації (туризм, прогулянки).
4. Передача іншим людям своїх знань про природу, її красу (організатор туристських груп).

У числі таких стадій можуть бути названі співпереживання, прагнення людей зберегти найбільш цінні природні біоценози, облаштувати, відновити зруйновані ділянки природи.

Таким чином, намічається як би два типи стосунків до природи у межах рекреаційної системи:

- 1) перетворення природи відповідно до вимог населення за організацією місць масового відпочинку, пристосованих для розміщення там численного контингенту відпочивальників;

2) пристосування, адаптація відпочивальників до вже існуючих природних комплексів, прагнення людей побудувати свої взаємини з природою на основі збереження тих, що вже сформувалися раніше природних комплексів.

Серед найважливіших властивостей природних комплексів як підсистем рекреаційної системи називають передусім:

- аттрактивність;
- надійність;
- місткість.

Аттрактивність природних комплексів визначається комфортністю умов відпочинку і відповідністю між властивостями природного комплексу і технологією рекреаційної діяльності їх естетичними якостями. Комфортність відпочинку обумовлена передусім кліматичними і мікрокліматичними характеристиками природного комплексу – температурним режимом, режимом вологості і опадів, атмосферним тиском, числом днів сонячного сяйва та ін. Проте не менш важливу роль грають психологічні емоційні характеристики природи. Привабливість природних комплексів тісно пов'язана з технологією відпочинку, прагненням людей вибрати саме такі поєднання природних елементів, які найбільшою мірою відповідають вимогам тих або інших циклів занять.

Естетичні властивості природи також впливають на аттрактивність природних комплексів. При цьому слід мати на увазі, що естетична оцінка будь-яких об'єктів багато в чому суб'єктивна і залежить від самого суб'єкта – його культури, походження, традиційного середовища життєдіяльності.

Надійність природних комплексів визначається передусім їх стійкістю до рекреаційних навантажень, а також їх різноманітністю, оскільки це дає можливість відпочивальником міняти характер використання цього комплексу, зумовлює лабільність їх поведінки.

Стійкість природних комплексів пояснюється їх можливостями протистояти різним діям – природним і антропогенним. Найкраще вивчена стійкість природних комплексів як прогулянкових угідь, що знайшло віддзеркалення в уявленні про їх рекреаційну дигресію.

Надійність природних комплексів багато в чому залежить від різноманітності компонентів, що входять в нього, зумовлюють можливість продовження рекреаційного природокористування при зміні занять. В цьому випадку зникнення того або іншого природного компонента не приведе до повного припинення рекреаційного використання природного комплексу, оскільки завжди можливо зорієнтувати відпочивальника на інший вид діяльності.

Культурні комплекси. Це поєднання об'єктів матеріальної і духовної культури. Серед них і штучні споруди, і самі люди з їх мовою, звичаями, традиціями, обрядами та ін. Коли говорять про великий територіальний культурний комплекс, мають на увазі не лише архітектурні ансамблі, але і усе соціокультурне середовище, традиції і звичаї, що збереглися в народі, особливості його побуту і господарської діяльності.

Культурні комплекси забезпечують реалізацію багатьох функцій необхідних для нормального функціонування рекреаційної системи. Вони створюють можливість ефективнішого оздоровлення і курортного лікування, підвищуючи естетичну цінність середовища, її різноманітність, роблять її більш привабливою для відпочивальників. Особливо велике їх значення в задоволенні пізнавальних потреб людей. Залежно від цінності, стійкості і місткості культурного комплексу формуються вимоги до інших підсистем рекреаційної системи, зокрема, до чисельності груп відпочивальників, потужності інженерних споруд, тривалості функціонування систем та ін.

Культурні комплекси, як і природні, входять в рекреаційну систему у вигляді цілісного утворення. В той же час, в них можна виділити і окремі об'єкти або елементи, що виконують різні функції. Серед них об'єкти пізнавального туризму і екскурсій, елементи соціально-культурної інфраструктури. Провідну роль в організації пізнавального туризму грають культурно-історичні пам'ятники, виробничі підприємства, унікальні інженерні споруди, міські ансамблі.

Існують різні підходи і форми включення культурно-історичних пам'ятників в систему рекреаційно-туристського обслуговування. Серед найбільш поширених – організація музеїв і

екскурсійно-туристських маршрутів. Особливий інтерес для організаторів туризму представляють великі комплекси, що включають безліч культурних і природних об'єктів. Такими комплексами виступають історичні міста, музеї-заповідники, монастирські комплекси, пам'ятники ландшафтної архітектури, природні ландшафти, культурні ландшафти, природно-технічні системи.

Технічні комплекси. Технічні підсистеми покликані полегшити відпочивальникам доступ і адаптацію до природних комплексів, збільшити надійність їх функціонування. Вони служать також адаптуючими засобами, що задовольняють потреби відпочивальників і обслуговуючого персоналу. Розвиток природно-технічних і технічних систем, вдосконалення технічних пристроїв, що полегшують працю обслуговуючого персоналу, створює нові можливості для включення в рекреаційні системи новітніх елементів, природних і культурних компонентів, дозволяють забезпечити їх кращу доступність і збереження.

Набір споруд і пристроїв, використовуваних в рекреаційних системах, практично неозорий. За «жорсткістю» конструкцій це можуть бути і капітальні будови, і сезонні споруди. За функціональним призначенням серед них зустрічаються різноманітні елементи інженерної інфраструктури, елементи благоустрою, що коригують пристрої, спортивні споруди, культурно-розважальні установи, лікувально-оздоровча інфраструктура і т.д.

Серед найбільш важливих властивостей технічних підсистем відмітимо:

- екологічність,
- надійність.

Надійність технічних споруд визначається можливостями протистояти процесам, що ведуть до фізичного і морального зносу, до зниження комфортності умов відпочинку. Вони повинні мати певний запас міцності, що захищає їх від руйнівних функціональних перевантажень. Особливо місце займає безвідмовність і безаварійність роботи систем енерго- і водопостачання, очисних споруд і каналізаційних мереж, систем забезпечення мінеральною водою.

Оскільки властивості природних і культурних комплексів виступають важливими системоутворювальними чинниками, не

менша увага при створенні і функціонуванні технічних підсистем має бути приділена зусиллям збереження довкілля.

Обслуговуючий персонал. Роль обслуговуючого персоналу в системі визначається тим, що він забезпечує взаємозв'язок відпочивальників з природними і культурними комплексами, технічними системами, а також спілкування їх між собою. Цим поняттям охоплюється широка група людей, зайнятих як безпосередньо побутовим, медичним, культурним, транспортним обслуговуванням відпочивальників, так і експлуатацією технічних і природно-технічних споруд, природних і культурних комплексів.

І.В. Зорин встановив, що у великих розвинених системах виявляється своєрідне ешелонування цієї групи. Кожен ешелон характеризує міру близькості обслуговуючого персоналу до відпочивальників.

Так, перший ешелон, або контактну групу утворюють особи, які через свої обов'язки безпосередньо контактують з відпочивальниками. Другий ешелон формують робочі і такі, що служать, забезпечують діяльність технічної підсистеми, природних і культурних комплексів в межах підприємств відпочинку. Третій ешелон складають працівники загальнокурортних служб, що забезпечують прямі потреби підприємств відпочинку. Наступні ешелони формуються працівниками, що роблять послуги обслуговуючому персоналу.

Органи управління. Позначений цим поняттям елемент рекреаційної системи, як і будь-який орган управління, повинен забезпечити: збереження структури системи, підтримку режиму її діяльності, реалізацію цілей, загальних функцій системи.

Слід підкреслити, що у сфері рекреаційної діяльності є як мінімум два рівні управління. Перший з них – це управління, розташоване як би поза конкретною системою. Воно складає елемент суперсистеми – формує рекреаційну політику регіону, вивчає потреби, планує, проектує і приймає рішення про створення або розвиток конкретних рекреаційних систем, управляє потоками відпочивальників, погоджує рекреаційну діяльність з іншими видами діяльності і т.д. До цієї системи належать законодавчі органи, що розробляють загальну стратегію рекреаційного забез-

печення населення, рекреаційну політику як частину загальної соціальної політики.

Інший характерний рівень – орган управління, що входить як невід’ємна частина в будь-яку конкретну рекреаційну систему, забезпечує організацію зв’язку між усіма підсистемами і через це загальну стійкість системи і ефективність виконання нею своєї функції.

3.3. Рекреаційна мережа. установи лікувально-оздоровчого відпочинку

Рекреаційна мережа – сукупність розташованих у країні (ре-спубліці, області, районі) рекреаційних установ. До них належать установи лікувально-оздоровчого відпочинку, спортивного і пізнавального туризму.

Основним показником розвитку рекреаційної мережі є щільність рекреаційних установ, рівна числу місць в них, що доводяться на 1 тис. км² території. Відповідно до цього території розподіляються на сильно, середньо і слабо рекреаційно розвинені. Функціональна відмінність рекреаційних установ обумовлена їх орієнтацією на той або інший вид рекреаційної діяльності. Цей же чинник визначає і міру розвитку їх матеріальної бази.

Завдяки різноманітності функціональної орієнтації рекреаційне господарство поділяється на декілька субгалузей, важливою і найбільш важливою з яких є субгалузь, що об’єднує установи лікувально-оздоровчого відпочинку.

Установи лікувального відпочинку – санаторії, санаторії-профілакторії і пансіонати з лікуванням, а також окремо функціонуючі курортні поліклініки, водо- і грязелікарні, що обслуговують відпочивальників курсівками, мають у своєму розпорядженні найпотужнішу матеріальну базу. Це обумовлено тим, що відпочинок рекреантів у них поєднується з лікуванням, яке вимагає серйозного медичного оснащення.

До установ лікувально-оздоровчого відпочинку належать: санаторії, санаторії-профілакторії, пансіонати з лікуванням, будинки відпочинку, пансіонати і бази відпочинку.

Санаторії. Перший санаторій у Росії «Марциальні Води» був організований Петром I у 1719 р. За тривалий період розвитку санаторно-курортної справи було створено понад 14 тисяч установ лікувально-оздоровчого відпочинку.

Санаторії є основними лікувальними установами на курортах, де з лікувально-профілактичною метою застосовують природні лікувальні чинники у поєднанні з дієтотерапією, ЛФК, фізіотерапією і іншими методами лікування. Велике значення грають також місцеві (розташовані поза курортами) санаторії, особливо для хворих, яким рекомендовано перебування у звичних кліматичних умовах або протипоказані далекі поїздки.

Медичне оснащення санаторіїв залежить від двох причин: основних природних лікувальних чинників, які застосовуються у здравниці, і від її профілю. По домінуючому природному лікувальному ресурсу курорти поділяються на кліматичні, де основним лікувальним чинником виступає біоклімат, бальнеологічні, в яких лікування ґрунтується на вживанні мінеральних вод, і грязьові. Можливе поєднання різних природних ресурсів на курортах: кліматобальнеологічні або кліматогрязьові, кліматобальнеогрязьові курорти.

Санаторії для дорослих і для дітей можуть бути або однопрофільними – для лікування однорідних захворювань, або багатопрофільними, такими, що складаються з декількох спеціалізованих відділень. Основна спеціалізація, проведена з урахуванням вимог медичної науки і потреби населення у санаторно-курортному лікуванні, передбачає санаторії для хворих із захворюваннями органів кровообігу; травлення, дихання (нетуберкульозного характеру); рухи і опори; нервової системи; обміну речовин; сечовивідних шляхів; нирок; гінекологічними і шкірно-венерологічними захворюваннями та ін. Є санаторії і відділення вужчого профілю, де лікуються хворі за спеціально розробленими медичними свідченнями. Є також спеціалізовані санаторії для лікування хворих з професійними захворюваннями органів дихання, бронхіальною астмою, діабетом та ін.

Нині встановлені наступні типи санаторіїв для дорослих:

1. Для хворих туберкульозом легеневої і позалегеневої локалізації.

2. Кардіологічні для осіб із захворюваннями органів кровообігу.

3. Для лікування захворювань органів травлення і порушень обміну речовин.

4. Лікування опорно-рухового апарату.

5. Неврологічні санаторії.

6. Урологічні санаторії для лікування захворювань нирок і сечовивідних шляхів нетуберкульозної етіології.

7. Для лікування професійних захворювань.

8. Багатопрофільні санаторії.

Терміни лікування хворих у санаторіях диференційовані залежно від характеру і тяжкості захворювання і типу курорту і варіюють, як правило, від 20 до 45 днів. Так, на кліматичних курортах і в приміських санаторіях, де проводять лікування хворих із захворюваннями органів дихання і функціональними розладами нервової системи, термін лікування 24 дні; у санаторіях для лікування хворих з професійними хворобами легенів – 30 днів, для хворих з наслідками травм і захворювань спинного мозку – 45 днів. У ряді випадків можливе продовження термінів лікування. Терміни перебування хворих в санаторіях туберкульозного профілю суто індивідуальні, нерідко тривалі.

Санаторії мають найрозвиненішу матеріальну базу і, як правило, найбільшу територію.

Територія санаторно-курортної установи поділяється на три основні функціональні зони:

- лікувальну,
- господарську
- селітебну.

Найобширніша зона – лікувальна, в якій розміщуються спальні і лікувальний корпуси, зимовий і літній спорткомплекс, їдальня, дозвіллевий центрдозвілля, кліматоспороди і санаторний парк. Спальні корпуси є готельним комплексом зі всім необхідним оснащенням. Їдальня відрізняється від ресторану обов'язковим наданням відпочивальникам відповідного дієтичного харчування. Окрім неї, як правило, є безалкогольні бари і фітобари.

Лікувальний корпус складається з декількох відділень (функціональної діагностики, фізіотерапії, тепло- і світлолікування, інгаляторія, психотерапії, лікувальної фізкультури, механотерапії, гідропатії й т.д.) і кабінетів (масажу, акупунктури, мануальної терапії, галотерапії «гірське повітря», стоматологічного та ін.), а також водолікарні з ваннами, душовими кабінами і басейнами, питним бюветом і грязелікарнею. Багато санаторіїв за медичним оснащенням наближуються, а інколи і перевершують медичні клініки. Центр дозвілля зазвичай включає бібліотеку, ігрову, більярдну, кіноконцертний і танцювальний зали. На території лікувальної зони розташовуються кліматоспроруди (кліматопавільйон з аеросолярієм, лікувальний пляж, теренкури).

Господарська і селітебна зони мають бути віддалені від лікувальної на значну відстань і відокремлені від останньою густою смугою зелених насаджень. У господарській зоні знаходяться котельня, гаражі, майстерні, пральні і складські приміщення. Селітебна зона призначена для мешкання обслуговуючого персоналу.

У санаторії найбільша кількість обслуговуючого персоналу по відношенню до установ рекреаційної мережі: лікарі-курортологи різних спеціальностей, медсестри, фахівці з дієтичного харчування, покоївки, аніматори, що займаються організацією дозвілля відпочивальників, гідрогеологи, що стежать за роботою свердловин з мінеральною водою, працівники бухгалтерії, санаторного транспорту, майстерень і інших побутових служб.

У формуванні санаторної мережі і її розміщенні по території України зіграли роль два чинники: тяжіння цих установ до районів, що володіють всілякими природними лікувальними ресурсами і тривалим комфортним періодом, та наближеність їх до місць найбільшого попиту на лікувальний відпочинок (тобто до місць з високою щільністю населення).

Останнім часом виразно стала виявлятися тенденція до розширення санаторної мережі в безпосередній близькості від великих міст з орієнтацією на лікування місцевого населення. Це пояснюється дією географічного стресу на хворих і літніх людей, що важко адаптуються до зміни тимчасових і кліматичних умов.

Санаторії створювалися в основному як підприємства цілорічного відпочинку. Цикл лікування в них складав від 21 до 24 днів. Сьогодні терміни лікування всілякі. Можливе скорочення лікування до одного – двох тижнів.

Санаторії-профілакторії організовувалися при підприємствах і були орієнтовані на оздоровлення співробітників в ранішній і вечірній неробочий час. Отже, їх характерною особливістю є наближеність до підприємств: вони не можуть бути віддалені від виробництва більш ніж на одночасову доступність. Як правило, для їх розміщення вибиралися території, що озеленювали в найближчій околиці. Територія санаторіїв-профілакторіїв і їх ємкість істотно менша, ніж санаторіїв. На території України санаторії-профілакторії сконцентровані в основному довкола великих промислових центрів. Їх матеріальна база наближається до санаторної, а інколи не поступається останній.

Пансіонати з лікуванням мають декілька меншу лікувальну базу в порівнянні з санаторіями, але якщо вони знаходяться у великих курортних зонах, що мають в своєму розпорядженні курортні поліклініки, то можуть збагачувати курс лікування відпочивальників прикріпленням до цих поліклінік.

Мережа установ відпочинку нараховує будинки відпочинку, пансіонати і бази відпочинку. Дома відпочинку з'явилися в 20-х роках ХХ ст., відразу після Жовтневої революції. Пансіонати отримали розвиток лише після Великої Вітчизняної війни. Ці установи орієнтовані на оздоровчий відпочинок населення. Спочатку в них відпочивали лише дорослі, але поступово вони перепрофілювалися на родинний відпочинок з дітьми. Тривалість відпочинку в пансіонатах складала 12 або 24 дні. Сьогодні перебування відпочивальників в них необмежений. Багато хто користується послугами цих установ для відпочинку у вихідні дні.

Як і санаторії, будинки відпочинку і пансіонати мають досить розвинену матеріально-технічну базу, що складається із спальних корпусів, їдальні, кіноконцертного і танцювального залів, ігрових, бібліотеки, спорткомплексу і декількох лікарських кабінетів (терапевтичного, стоматологічного, масажу, аеросолярія). Багато будинків відпочинку і пансіонати мають у своєму розпорядженні басейни, сауни, тенісні корти, човнові станції, пункти

прокату спортінвентарю. По їх території прокладаються доріжки здоров'я, а в околицях – маршрути ближнього туризму.

Географія розміщення будинків відпочинку і пансіонатів схожа з географією санаторної мережі, проте значна їх концентрація разом з приморськими територіями спостерігається у найгустіше заселеній частині України.

Бази відпочинку – матеріально найменш оснащені установи відпочинку, як правило, належать різним підприємствам і призначені в основному для родинного відпочинку. Найчастіше вони функціонують в літній період. Велика частина баз відпочинку приймає відпочивальників на вихідні дні або на термін від 1 тижня до 12 днів. Правда, зараз термін мешкання на базах відпочинку необмежений.

Значна кількість таких баз знаходиться на порівняно невеликому віддаленні від місць попиту. В той же час виділяється побережжя Азовського моря, де ця група установ переважає. Багато підприємств, розташованих у центральних і навіть північних регіонах країни, організували там бази відпочинку.

Раніше бази відпочинку відрізнялися низькою комфортністю: легкі збірні літні будиночки без опалювання з примітивними зручностями і загальною кухнею, де відпочивальники самі могли приготувати їжу, або досить спрощені їдальні. Поступово відбувалася заміна дрібних баз відпочинку на комфортабельніші, у тому числі цілорічної дії. Кількість обслуговуючого персоналу тут істотно менше, ніж в інших установах відпочинку.

3.4. Особливості проектування і будівництва рекреаційних установ

Світова практика демонструє велику кількість прикладів будівництва рекреаційних установ. Номенклатура типів об'єктів рекреації (будівель, споруд і їх комплексів) відрізняється строкастістю і різноманітністю. Така різноманітність обумовлена багатством поєднань різних форм відпочинку і структури контингенту відпочивальників.

Типи рекреаційних установ зазвичай класифікують на основі вступу ряду розпізнавальних характерних ознак, таких як стаціо-

нарність, сезонність експлуатації, функціональна специфіка, величина. Ці ознаки названі у багатьох авторів і є основою класифікацій, представлених у спеціальній і нормативній літературі.

Одна з ознак відмінності установ відпочинку – стаціонарність.

Стаціонарні споруди – це нерухомі об'єкти, до них належать усі капітальні будівлі, що розраховані на постійну експлуатацію до моменту повної амортизації.

Нестаціонарні споруди – це ті, які можна переміщати на інше місце, до них належать усі транспортабельні споруди для нічлігу і обслуговування відпочивальників: намети, автопричіпи, збірно-розбірні будиночки і тому подібне.

Нестаціонарні рекреаційні об'єкти розділяють на стабільні (намети, будиночки та ін.) і мобільні (автопричіпи, туристське судно і тому подібне).

Іншим критерієм ділення є сезонність експлуатації, у зв'язку з чим розрізняються установи цілорічної і сезонної (скажімо, тільки літньою або, навпаки, тільки зимовою) експлуатації. Цілорічними і сезонними можуть бути як стаціонарні, так і нестаціонарні об'єкти.

Стаціонарні і нестаціонарні рекреаційні будівлі і пристрої у різних своїх комбінаціях разом з супутніми спорудами і інженерною інфраструктурою формують рекреаційні комплекси (центри), де концентруються основні маси відпочивальників. Комплекси, як і окремі будівлі і споруди, можуть мати ту або іншу функціональну спеціалізацію.

За функціональним профілем слід виділити поліфункціональні рекреаційні комплекси, в яких поєднані функції курортного лікування і відпочинку, або відпочинку і туризму, або відпочинку дорослих і дітей і т.д.; та спеціалізовані, де домінує спеціалізація (наприклад, туристські комплекси, центри дитячого відпочинку, спортивно-рекреаційні комплекси, центри курортного лікування).

Наступним критерієм ділення рекреаційних установ є їх величина, інакше потужність (місткість), яка виражається кількістю місць нічлігу або числом відпочивальників у пік навантаження, тобто в день сезону максимальної завантаженості. Величина рекреаційного комплексу найпомітнішим чином впливає як на саму

побудову його структури, систему обслуговування, організацію транспортного зв'язку, так і на характер і масштаби перетворення природного оточення.

Існують різні рекомендації за оптимальною величиною рекреаційних комплексів. Так, для приморських територій з великими просторами акваторій і великими пляжів місткість рекреаційних комплексів приймається у межах від 2 до 10 тис. місць. Рекреаційні центри, сформовані на основі озер і річок, де рекреаційні ресурси нижчі, мають, зазвичай, меншу місткість і підрозділяються на малі – до 0,5 тис. місць, середні – 0,5 – 2,5 тис. місць, великі – більше 2,5 тис. місць. Для північних районів рекомендується наступна місткість рекреаційних центрів: для центрів цілорічного використання – 2 – 5 тис. чол., для центрів сезонного (зимового або літнього) використання – 1 – 7 тис. чол., для спеціалізованих центрів – 0,5 – 2 тис. чол.

Важливу роль для визначення оптимальної величини рекреаційного комплексу відіграють екологічні і психоемоційні чинники відпочинку. Формування рекреаційних комплексів з урахуванням цих чинників сьогодні повинне розглядатися як пріоритетний напрям у протидії рентабельному підходу, що склався економічно, який обертається на практиці непомірною експлуатацією рекреаційних ресурсів завдяки безоглядним підприємницьким інтенціям. Опубліковані у спеціальній літературі рекомендації величини рекреаційних центрів з урахуванням цих чинників суперечливі і вимагають уточнення і додаткових досліджень.

Світовий досвід рекреаційного будівництва демонструє приклади зведення як надвеликих, з дуже високою місткістю, рекреаційних комплексів, так і малих, майже мініатюрних. Наприклад, місткість великих комплексів, що складаються із пансіонатів і готелів, на приморському узбережжі Анталії порівнянна за числом відпочивальників у них з чисельністю населення малого міста, а місткість невеликої конурбації вілл обмежується декількома родинами.

В наслідок цього припустимо класифікувати рекреаційні комплекси за числом відпочивальників на мінікомплекси місткістю до 500 чол., комплекси місткістю 500 – 2000 чол., макрокомплекси місткістю 2000 – 5000 чол. і мегакомплекси місткістю по-

над 5000 чол. Термін «рекреаційний центр», який часто можна зустріти в літературі як синонім слова «комплекс», належить швидше до макро- і мегакомплексів. Цей термін найчастіше використовується для характеристики великих містобудівних утворень, наприклад, таких як поліфункціональні комплекси, спеціалізовані туристські селища, або навіть міста.

Однією з провідних тенденцій у світовій, у тому числі і вітчизняній, практиці будівництва останнім часом стала тенденція зменшення популярності великих рекреаційних комплексів на користь малих, зокрема таких, як дрібні пансіонати і будинки відпочинку, туристські бази і притулки, кемпінгові селища. Це свідчить про перевагу формування у мережі рекреаційних установ невеликих рекреаційних комплексів, супідрядних за масштабом природному оточенню, протиставлених за своїм архітектурним рішенням потужним центрам відпочинку з високою мірою урбанізації.

Рекреаційні комплекси – це не лише будівлі, споруди, інші штучно-технічні об'єкти, але і сама територія з усіма особливостями її природного ландшафту. При цьому саме якості ландшафту визначають рекреаційні можливості (потенціал) території і є спонукальною причиною наміру зведення будь-якого рекреаційного пристрою.

Тут позначається друга ключова проблема – проблема вибору місця для розміщення рекреаційного об'єкту. Місцю розташування об'єктів рекреації фахівці надають виключно важливе значення, тим більше, якщо йдеться про розміщення елітних рекреаційних комплексів.

Питання для самоперевірки.

1. Що таке рекреаційна система та її складові підсистеми?
2. Які специфічні складові рекреаційної системи?
3. Які основні функції рекреаційної системи?
4. Які існують види рекреаційних систем?
5. Властивості, які слід враховувати у рекреаційній системі?
6. Типи структури, які мають складні рекреаційні системи?
7. Що є елементом рекреаційної системи?

8. Наведіть приклади ієрархічної і територіальної структур рекреаційних систем.

9. Який зміст вчення про територіальні рекреаційні системи. Назвіть переваги і недоліки вчення про ТРС.

10. Дайте визначення територіальних рекреаційних систем (за Д.В. Ніколаєнком і В.С. Преображенським).

11. Намалюйте схематично базисну модель рекреаційної системи.

12. Відпочивальники як центральний елемент рекреаційної системи.

13. Які загальні риси групи відпочивальників?

14. Як характеризуються природні і культурно-історичні комплекси у рекреаційній системі?

15. Які найважливіші властивості природних комплексів як підсистеми рекреаційної системи?

16. Технічні підсистеми як елемент рекреаційної системи та їх найбільш важливі властивості?

17. Яка роль обслуговуючого персоналу та органу управління у рекреаційній системі?

18. Що таке рекреаційна мережа? Що є основним показником розвитку рекреаційної мережі?

19. Які установи належать до установ лікувально-оздоровчого відпочинку?

20. Які встановлені типи санаторіїв для дорослих?

21. На які три основні функціональні зони поділяється територія санаторно-курортної установи?

22. Порівняйте санаторії-профілакторії та пансіонати з лікуванням.

23. Як проводиться оцінка територій для подальшого рекреаційного використання?

24. Які можна виділити особливості територіальної організації функціональних рекреаційних мереж?

Рекомендована література

1. Веденин Ю. А. Динамика территориальных рекреационных систем. М.: Наука, 1982. 212 с.

2. Велично В. В. Організація рекреаційних послуг: навч. посібник. Х.: Харк. нац. ун-т міськ. госп-ва ім. О. М. Бекетова. 2013. 202 с.
3. Зорин И. В. Социально-экономическая программа долгосрочного развития рекреационных систем. Минск: БГУ, 1978.
4. Игнатенко А.М. Рекреационно-территориальные системы: научные основы развития и функционирования. – К.: УМК, 1989.
5. Стафійчук В. І. Рекреалогія: навчальний посібник. Херсон: ОЛДІ ПЛЮС, 2017. 428 с.
6. Крачило Н. П. География туризма. К.: Вища школа. Главное издательство, 1987. 208 с.
6. Николаенко Д. В. Рекреационная география. М., 2001.
7. Скрипнік Н. Рекреаційна географія. Навчальний посібник. К.: Видавництво Центр навчальної літератури. 2019. 296 с.
8. Фоменко Н. В. Рекреаційні ресурси та курортологія. К.: Центр навчальної літератури, 2007. 312 с.

РОЗДІЛ 4. ПРИРОДНІ ЛІКУВАЛЬНІ РЕСУРСИ ТА ПРИРОДНІ ТЕРИТОРІЇ КУРОРТІВ

4.1. Поняття природних лікувальних ресурсів та курортних територій

4.2. Клімат

4.3. Мінеральні води

4.4. Лікувальні грязі

Питання для самоперевірки та рекомендована література

4.1. Поняття природних лікувальних ресурсів та курортних територій

Поняття природних лікувальних ресурсів та природних територій курортів розкривається у Законі України «Про курорти», який прийнятий 5 жовтня 2000 р. До природних лікувальних ресурсів у відповідності зі ст. 6 Закону, належать мінеральні і термальні води, лікувальні грязі та озокерит, ропа лиманів та озер, морська вода, природні об'єкти і комплекси із сприятливими для лікування кліматичними умовами, придатні для використання з метою лікування, медичної реабілітації та профілактики захворювань.

Закон розрізняє особливо цінні та унікальні природні лікувальні ресурси та загальнопоширені природні лікувальні ресурси.

Особливо цінні та унікальні природні лікувальні ресурси – ресурси, які рідко (не часто) зустрічаються на території України, мають обмежене поширення або невеликі запаси у родовищах та є особливо сприятливими і ефективними для використання з метою лікування, медичної реабілітації та профілактики захворювань.

Загальнопоширені природні лікувальні ресурси – ресурси, які зустрічаються у різних регіонах України, мають значні запаси та придатні для використання з метою лікування, медичної реабілітації та профілактики захворювань.

Лікувально-оздоровча місцевість – природна територія, що має мінеральні та термальні води, лікувальні грязі, озокерит, ропу лиманів та озер, кліматичні та інші природні умови, сприятли-

ві для лікування, медичної реабілітації і профілактики захворювань.

Україна володіє величезними лікувальними природними ресурсами, необхідними для організації санаторно-курортного лікування: джерелами мінеральних вод різноманітного хімічного та газового складу, озерами та лиманами з лікувальними грязями, цілющим кліматом в багатьох регіонах країни.

За загальноприйнятою класифікацією, курорти підрозділяють на бальнеологічні (основний лікувальний фактор – мінеральні води різноманітного фізико-хімічного складу), грязьові (лікувальні грязі – мулові та торф'яні), бальнеогрязьові (мінеральні води та лікувальні грязі), кліматичні (клімат), бальнеокліматичні (мінеральні води та клімат) і кліматобальнеогрязьові (клімат, мінеральні води та лікувальні грязі).

Завдяки географічному положенню, геологічній будові та гідрогеологічним умовам в Україні є всі названі різновиди курортів.

По-перше, Україна має величезні запаси лікувальних мінеральних вод. До них належать природні води, які містять в підвищених концентраціях ті чи інші мінеральні (рідше органічні) компоненти та гази і мають певні фізичні властивості.

В залежності від складу особливостей і лікувального значення всі природні мінеральні (грунтові) води підрозділяються на шість основних бальнеологічних груп. На території України є мінеральні води усіх основних бальнеологічних груп:

- група А – загальнолікувальні води (Миргород, Куяльник, Трускавець, Моршин, Феодосія, Слов'янськ, Євпаторія, Одеса, Очаків, Кирилівка, Бердянськ);
- група Б – вуглекислі води (Поляна, Голубине, Сойми, Шаян, Кваси, Свалява);
- група В – сульфідні та миш'якові води (Любінь Великий, Немирів, Синяк, Черче);
- група Г – залізисті води (Горна Тиса);
- група Д – бромні, йодні води (Трускавець, Березовськ);
- група Є – радонові, радіоактивні води (Хмільник);
- група Ж – кременисті, терми (Саки, Євпаторія).

По-друге, великі запаси в Україні лікувальних грязей, як торф'яного, так і мулового спектрів (Миргород, Хмільник, Черче, Любінь Великий, Горинь, Саки, Феодосія, Куяльник, Бердянськ, Кирилівка, Слов'янськ, Маріуполь та інші).

По-третє, основним лікувальним фактором більшості курортів є м'який, цілющий клімат.

Природні лікувальні можливості, які має Україна, дозволяють розширити діючі і будувати нові курорти, а також оздоровчі заклади різного профілю.

В той же час слід позначити, що виявлені можливості використовуються недостатньо. В 80-х роках Одеським НДІ курортології зроблена оцінка стану курортного комплексу України. В результаті констатовано, що із більш ніж 1000 свердловин і джерел раціонально експлуатувалось тільки 47 водопунктів, більше половини використовувалось для господарських потреб і у системах зрошування, а інші зовсім не включалися до господарського обігу.

З часу, коли була виконана названа оцінка, ситуація не покращилась.

У відповідності до Закону України «Про курорти», за характером природних лікувальних ресурсів курорти України поділяються на курорти державного та місцевого значення.

До курортів державного значення належать природні території, що мають особливо цінні та унікальні природні лікувальні ресурси і використовуються з метою лікування, медичної реабілітації та профілактики захворювань.

До курортів місцевого значення належать природні території, які мають загальнопоширені природні лікувальні ресурси і використовуються з метою лікування, медичної реабілітації та профілактики захворювань.

Закон України «Про курорти» детально регламентує порядок підготовки, подання клопотань та прийняття рішень про оголошення природних територій курортами.

У ст. 1 Закону України «Про курорти», йдеться, що курортна територія (курорт) – це освоєна природна територія на землях оздоровчого призначення, що має природні лікувальні ресурси, необхідні для їх експлуатації будівлі та споруди з об'єктами ін-

фраструктури, використовується з метою лікування, медичної реабілітації, профілактики захворювань та для рекреації і підлягає особливій охороні.

Підготовка і подання клопотань про створення чи оголошення територій та об'єктів курортними можуть здійснюватися центральними та місцевими органами виконавчої влади, органами місцевого самоврядування, науковими установами, громадськими об'єднаннями та іншими зацікавленими підприємствами.

Прийняття рішень про оголошення природних територій курортними повинно відбуватись одночасно з затвердженням меж округів і зон санітарної охорони курортів.

Округ санітарної охорони (ст. 28 Закону України «Про курорти») – це територія земельної поверхні, зовнішній контур якої збігається з межею курорту. У межах цієї території забороняються будь-які роботи, що призводять до забруднення ґрунту, повітря, води, завдають шкоди лісу, іншим зеленим насадженням, сприяють розвитку ерозійних процесів, негативно впливають на природні лікувальні ресурси, санітарний та екологічний стан природних територій курортів.

Відповідно до ст. 30 Закону України «Про курорти» округ санітарної охорони поділяється на три зони:

- перша зона (зона суворого режиму);
- друга зона (зона обмежень);
- третя зона (зона спостережень).

Перша зона – зона суворого режиму (ст. 31 Закону України «Про курорти») охоплює місця виходу на поверхню мінеральних вод, території, на яких розташовані родовища лікувальних грязей, мінеральні озера, лимани, вода яких використовується для лікування, пляжі, а також прибережну смугу моря і прилеглу до пляжів територію, завширшки не менше, як 100 метрів.

На території першої зони (зони суворого режиму) забороняється:

- користування надрами, не пов'язане з використанням природних лікувальних ресурсів, розорювання земель, провадження будь-якої господарської діяльності, а також інші дії, що впливають або можуть вплинути на розвиток небезпечних геоло-

гічних процесів, на природні лікувальні фактори курорту та його екологічний баланс;

- прокладення кабелів, у тому числі підземних кабелів високої напруги, трубопроводів, інших комунікацій;
- спорудження будь-яких будівель та інших об'єктів, не пов'язаних з експлуатаційним режимом та охороною природних і лікувальних факторів курорту;
- скидання дренажно-скидних та стічних вод;
- влаштування стоянок автомобілів, пунктів їх обслуговування (ремонт, миття тощо);
- влаштування вигребів (накопичувачів) стічних вод, полігонів рідких і твердих відходів, полів фільтрації та інших споруд для приймання та знешкодження стічних вод і рідких відходів, а також кладовищ і скотомогильників;
- проїзд автотранспорту, не пов'язаний з обслуговуванням цієї території, використанням родовищ лікувальних ресурсів або природоохоронною діяльністю;
- постійне і тимчасове проживання громадян (крім осіб, які безпосередньо забезпечують використання лікувальних факторів).

На території першої зони (зони суворого режиму) дозволяється проводити діяльність, пов'язану з використанням природних лікувальних ресурсів, на підставі науково обґрунтованих висновків і результатів державної санітарно-гігієнічної та екологічної експертизи виконувати берегоукріплювальні, протизсувні, протиобвальні, протикарстові та протикорозійні роботи, будувати хвилерізи, буни та інші гідротехнічні споруди, а також влаштовувати причали.

Забудова цієї території (нове будівництво, реконструкція, реставрація, капітальний ремонт та упорядкування об'єктів містобудування) здійснюється відповідно до законодавства, державних стандартів і норм, затвердженої містобудівної документації.

Для першої зони санітарної охорони встановлено досить суворий режим заборони будівництва та діяльності. Навряд чи знайдеться курорт на території нашої країни, де б не було явищ,

які забороняються в цій зоні. Суворі вимоги Закону і до другої зони.

Друга зона – зона обмежень (ст. 32 Закону України «Про курорти») охоплює: територію, з якої відбувається стік поверхневих і ґрунтових вод до місця виходу на поверхню мінеральних вод або до родовища лікувальних грязей, до мінеральних озер та лиманів, місць неглибокої циркуляції та прісних вод, які формують мінеральні джерела; природні та штучні сховища мінеральних вод і лікувальних грязей; територію, на якій знаходяться санаторно-курортні заклади та заклади відпочинку і яка призначена для будівництва таких закладів; ліси та інші зелені насадження, використання яких без дотримання вимог природоохоронного законодавства та правил, передбачених для округу санітарної охорони курорту, може призвести до погіршення природних і лікувальних факторів курорту.

На території другої зони (зони обмежень) забороняється:

- будівництво об'єктів і споруд, не пов'язаних з безпосереднім задоволенням потреб місцевого населення та громадян, які прибувають на курорт;
- проведення гірничих та інших видів робіт, не пов'язаних з безпосереднім упорядкуванням території;
- спорудження поглинаючих колодязів, створення полів підземної фільтрації;
- забруднення поверхневих вод під час здійснення будь-яких видів робіт;
- влаштування звалищ, гноєсховищ, кладовищ, скотомогильників, а також накопичувачів рідких і твердих відходів виробництва, інших відходів, що призводять до забруднення водоймищ, ґрунту, ґрунтових вод, повітря;
- розміщення складів пестицидів і мінеральних добрив;
- здійснення промислової вирубки зелених насаджень, а також будь-яке інше використання земельних ділянок і водоймищ, що може призвести до погіршення їх природних і лікувальних факторів;

— скидання у водні об'єкти сміття, стічних підсланевих і баластних вод, витікання таких вод та інших речовин з транспортних (плавучих) засобів і трубопроводів.

Всі багатоквартирні будинки у межах другої зони (зони обмежень) повинні мати водопровід та каналізацію. Туалети у приватних будинках в обов'язковому порядку мають бути обладнані водонепроникними вигребами. Території тваринницьких ферм асфальтуються та обладнуються водовідвідними канавами з водонепроникними відстійниками для поверхневих вод. При в'їзді на територію ферм споруджуються капітальні санпропускники з дезінфекційними бар'єрами.

У разі масового поширення небезпечних та карантинних шкідників і хвороб рослин у лісах та інших зелених насадженнях за погодженням з державною санітарно-епідеміологічною службою дозволяється використання нешкідливих для людини і таких пестецидів, що швидко розкладаються у довкіллі.

На жаль заборони, які встановлені для другої зони, на багатьох курортах не діють, а тому є численні порушення санітарних норм, на усунення яких знадобиться не один рік.

Третя зона – зона спостережень (ст. 33 Закону України «Про курорти») охоплює всю сферу формування і споживання гідромінеральних ресурсів, лісові насадження навколо курорту, а також території, господарське використання яких без дотримання встановлених для округу санітарної охорони курорту правил може несприятливо впливати на гідрогеологічний режим родовищ мінеральних вод і лікувальних грязей, ландшафтно-кліматичні умови курорту, на його природні та лікувальні фактори.

На території третьої зони (зони спостережень) забороняється:

— будівництво підприємств, установ і організацій, діяльність яких може негативно впливати на ландшафтно-кліматичні умови, стан повітря, ґрунту та вод курорту;

— спуск на рельєф неочищених промислових та побутових стічних вод, проведення вирубок зелених насаджень (крім санітарних рубок).

Третя зона (зона спостережень) є водночас межею округу санітарної охорони курорту і на її території дозволяється проведення видів робіт, які не впливатимуть негативно на лікувальні та природні фактори курорту, не погіршуватимуть ландшафтно-кліматичних, екологічних і санітарно-гігієнічних умов.

Слід відмітити, що і Земельний кодекс України передбачає відповідний режим використання земель оздоровчого призначення.

На землях оздоровчого призначення (ст. 48 Земельного Кодексу України) забороняється діяльність, яка суперечить їх цільовому призначенню або може негативно вплинути на природні лікувальні властивості цих земель.

На територіях лікувально-оздоровчих місцевостей і курортів встановлюються округи і зони санітарної (гірничо-санітарної) охорони.

У межах округу санітарної (гірничо-санітарної) охорони забороняються передача земельних ділянок у власність і надання у користування підприємствам, установам, організаціям і громадянам для діяльності, несумісної з охороною природних лікувальних властивостей і відпочинком населення.

4.2. Клімат

Україна характеризується різноманітним поєднанням природних умов і ландшафтів, які мають великі потенційні можливості для широкого розвитку лікувального і оздоровчого відпочинку. Сприятливий клімат всієї території країни дозволяє широко використовувати кліматотерапію як один із основних методів лікування та профілактики специфічних хвороб.

Клімат, як багаторічний режим погоди, формується внаслідок взаємодії основних кліматичних чинників: сонячної радіації, циркуляції повітря та впливу земної поверхні. Кліматичні умови України характеризуються загальністю, чіткими сезонними контрастами, зростанням континентальності з північного заходу на південний схід, формуванням кліматичних відмінностей у гірських областях та на узбережжях морів.

Територія України розташована у двох кліматичних зонах – помірній і субтропічній. Кліматична зона помірних широт включає всю рівнинну частину території країни, українські Карпати та Кримські гори, а субтропічна – Південний берег Криму. У кліматичній зоні помірних широт в Україні виділяють дві кліматичні області: атлантико-континентальну, яка охоплює зону мішаних лісів та лісостепу, і континентальну, яка охоплює зону степу.

Клімат зони мішаних лісів є найбільш сприятливим для відпочинку і лікування людей з захворюваннями органів дихання, нервової та серцево-судинної систем, з обмінними порушеннями та ін. Клімат зони можна використовувати для розширення адаптаційних можливостей людей, які через обставини змушені працювати на територіях з екстремальними метеорологічними умовами. Найбільш сприятливим для відпочинку є теплий період з травня по жовтень і несприятливим – з листопада по квітень з піками в грудні, лютому – березні. Період серпень – початок вересня в межах зони є досить стабільним періодом без особливих екстремальних перепадів основних метеорологічних елементів, що особливо сприятливо для відпочинку ослаблених хворих.

Слід враховувати, що у хвойному лісі можливе погіршення самопочуття хворих із серцево-судинними захворюваннями. Має значення дія озону, що утворюється при окисленні ефірних олій. Концентрація озону зростає зі збільшенням температури повітря. У молодому хвойному лісі вона вища, ніж у старому. Після перебування протягом 2 год. у лісі з наявністю озону 0,004 мг/л (гранично припустима концентрація 0,0001 мг/л) у хворих відзначається сухість у роті, загруднинний біль, зниження уваги, безсоння, кашель. Велику роль у впливі на кардіологічних хворих, появі алергічних реакцій відіграє пінен - головна діюча основа легких ефірно-олійних речовин хвойного лісу.

Для зони лісостепу характерні помірна сонячна радіація, переважаання рівнинної поверхні і наявність лісових масивів. В умовах лісових масивів істотно змінюється хімічний склад повітря, що залежить перш за все від структури порід дерев. Клімат лісостепової зони є найбільш сприятливим для відпочинку і лікування людей із захворюваннями органів дихання, травлення, нервової та серцево-судинної систем, з обмінними порушеннями та

ін. Найбільш сприятливим для відпочинку та лікування є теплий період із травня по жовтень.

Зона степів характеризується рівнинами, розташованими на висоті 150 – 250 м над рівнем моря, річковими долинами. Значна кількість годин сонячного сяння і переважання антициклонального режиму погод забезпечують тут можливість проведення кліматолікування у найбільш оптимальних умовах протягом усього року. За біологічною значущістю сонячної радіації зона степів характеризується невеликим періодом ультрафіолетової недостатності і сильною біологічною активністю сонячної радіації у теплий період року. Літо сонячне, тепле і сухе, триває із середини травня до середини вересня. Для степової зони характерна велика повторюваність сонячних погод із переважанням спекотних і сухих. При таких особливостях є небезпека перегрівання організму, тому найбільш сприятливі умови для проведення аеротерапії – у ранкові часи. Восени режим погоди близький до літа і також сприятливий для лікування. Лише наприкінці жовтня починається період обложних дощів. Варіації погодного режиму в осінній період є більш вираженими, ніж улітку.

Клімат степової зони є сприятливим для використання всіх видів кліматолікування. Найбільш сприятливим для відпочинку та лікування є теплий період з травня по жовтень. У цей період на півдні зони можна широко використовувати таласотерапію як основний метод кліматолікування. Метеоумови для повітряних ванн степової зони в теплий період року характеризуються як прохолодні та комфортні у природних умовах. Літні місяці характеризуються значною повторюваністю спекотного дискомфорту на південному сході зони, що може викликати метеопатичні реакції, особливо у хворих на серцево-судинні захворювання.

Клімат Південного берега Криму належить до середземноморського і поширюється на район від Алушти до Фороса. У цьому районі розташовані кліматичні курорти Ялта, Алушта, Місхор. Для Південного берега Криму характерні: до 2200 год. сонячного сяння на рік, невелика кількість опадів, переважно у холодний період року. Зіставлення кліматичних і ландшафтних характеристик курортів Південного берега Криму і середземноморських курортів кількох країн дальнього зарубіжжя показало,

що за сукупністю показників курорти України належать до числа найкращих причорноморських курортів.

На Південному березі Криму зима м'яка, помірно хмарна, переважає безморозна погода з переходом температури через 0°C . Безморозний період починається наприкінці березня і продовжується 250 – 300 днів. У квітні формується стійкий погодний режим із переважанням сонячних помірно вологих погод і стає можливим проведення активних видів кліматолікування. Літо дуже тепле, сонячне, помірно сухе, середня місячна температура липня $22 - 24^{\circ}\text{C}$, повторюваність сонячної погоди досягає 20 днів і більше. Сприятливим чинником для тепловідчуття людини у теплий період року є бризи. Мінливість погодного режиму і метеорологічних елементів влітку найменша протягом року, а також порівняно з іншими регіонами. Подібний режим погоди з дещо нижчим рівнем температур зберігається до початку листопада. Достатня кількість сонячного тепла, велика усталеність погоди, помірні температури і вологість повітря дозволяють широко здійснювати усі види кліматолікування. Купальний сезон триває 110 – 120 днів.

При направленні хворих на курорти цієї зони в осінній період слід мати на увазі можливість різкого контрасту погодних умов при поверненні їх у райони постійного мешкання. При реакліматизації можливі прояви негативних клімато- і метеопатичних реакцій, а також простудні захворювання. Сполучення м'якого клімату, теплого моря, барвистих пейзажів гір і лісів, багатой рослинності забезпечують винятково сприятливі умови для здійснення кліматотерапії в осінній період і дозволяють широко проводити аеротерапію у вигляді прогулянок і верандного використання повітря. У зв'язку з мінливістю погоди потрібне строге дозування процедур.

Середземноморський тип клімату поширюється і на південно-східне узбережжя Кримського півострова (район Феодосії). Близькість моря, кримських передгір'їв і південного степу визначають особливості клімату. Літо спекотне, проте переноситься легко завдяки освіжаючій дії бризів. Зима коротка, м'яка, середня температура лютого 0°C , часто вища.

При використанні курортів приморської зони треба враховувати, що при вітрах із моря може змінюватися вміст в повітрі хлористих солей. На ділянках, розташованих за 1 км від моря, він зростає в 7 разів стосовно вмісту хлористих солей при вітрах із суші. Найвища концентрація солей при східному вітрі, найменша – при північному вітрі. На території пляжу концентрація хлористих солей приблизно в 20 разів більша, ніж на відстані 1 км від моря. При хвилюванні моря вміст солей у повітрі підвищується.

Клімат приморської зони, що прилягає до південноукраїнських степів (курорти одеської групи, Євпаторія, Бердянськ, Скадовськ, Очаків та ін.), помірно континентальний, поєднує особливості морського і степового клімату. Близькість моря послаблює зимові морози і літню спеку. Безморозний період 230 днів. Ясних сонячних днів у році понад 290. Річна кількість опадів 200 – 400 мм. Літо тут тривале, тепле. Зима характеризується переходом температури через 0°C. Морське повітря в прибережній смузі насичене аерозолями морських солей бром, хлору, йоду. Ця зона сприятлива для кліматолікування протягом усього року, особливо для хворих на гіпертонічну хворобу, ішемічну хворобу серця, атеросклероз, неврози.

Відмінною рисою гірського клімату є менша міждобова мінливість основних метеорологічних чинників. Гірське повітря характеризується більшою чистотою, насиченістю негативними іонами. Кількість годин сонячного сяння, біологічна активність ультрафіолетової частини спектра в горах зростає. Вертикальне розташування поясів створює своєрідні умови і великі можливості для лікування та відпочинку.

Таким чином, визначаючи кліматичні особливості території України, в її межах можна виділити такі зони, які враховують особливості курортного кліматолікування.

Відносно сприятлива зона охоплює зону мішаних лісів, середньогірні та високогірні гірські пояси Карпат і Криму і характеризується значною лісистістю порівняно з іншими зонами. Відрізняється значною мінливістю кліматичних умов і класів погод у холодний і перехідні періоди року. Літо тепле і помірно тепле у гірських районах. Зима характеризується значними контрастами у світловому і динамічному режимі основних метеорологічних

елементів. Зона достатньо зволожена. Теплий період року характеризується більш стійким режимом погоди. Сприятливі для кліматолікування погоди в цій зоні становлять 50 – 65% днів на рік. Проте в зв'язку із значною повторюваністю хмарних і дощових погод у літній період метеоумови для аеротерапії характеризуються як прохолодні та холодні в природних умовах, і лише в ідейній частині комфортні умови повітряних ванн спостерігаються у липні в 50% днів. Розширення комфортних умов до 85% можливе шляхом використання коригуючих пристроїв. Контрастна мінливість погодного режиму з малосприятливою для організму людини погодою нерідко перевищує 35% днів на рік. Найбільш оптимальним періодом для кліматолікування є період із травня по серпень.

Сприятлива зона охоплює зону лісостепу і степу та низькогірні гірські пояси Карпат і Криму. Період оптимальної геліотерапії збільшується до 5 місяців (квітень – вересень). Літо тепле і дуже тепле в південній частині. Літній період характеризується великою стійкістю погоди, невеликою міждобовою мінливістю та добовою амплітудою. Найбільшу повторюваність мають сонячні помірновологи і вологі погоди (до 90% в окремі місяці). Проте високі температури в липні – серпні нерідко створюють умови перегрівання організму (5 – 10%). У прибережних районах дні зі спекотними класами погод зменшуються внаслідок охолоджуючого впливу морських бризів. Зимовий період характеризується підвищеною хмарністю, низькими температурами і підвищеною швидкістю вітру. Метеоумови при аеротерапії в літній період характеризуються як прохолодні та комфортні в природних умовах. У південній частині можливе широке використання таласотерапії. Найбільш оптимальним періодом для кліматолікування є період із травня по вересень.

Достатньо сприятлива зона охоплює Південний берег Криму. Літо дуже тепле, зима м'яка. Стійкого переходу температури через 0°C в межах зони не спостерігається. Протягом року спостерігаються дуже стійкі погодні умови, сприятливі для метеочутливих людей. Контрастна мінливість погодних умов становить 18 – 32%. Найбільша мінливість метеоумов спостерігається в листопаді-грудні та лютому – квітні, а мінімальна – в серпні – вересні.

Оптимальним періодом для таласотерапії є період із кінця квітня по жовтень. Сприятливий морський клімат без різких коливань створює достатньо комфортні умови для лікування протягом всього року хворих різних вікових категорій і особливо дітей.

Вплив клімату на життєві процеси здійснюється через погоду, яка діє на фізіологічні системи людського організму всією сукупністю своїх властивостей, визначаючи її стан і самопочуття. Людина в кожний конкретний момент знаходиться під одночасним впливом багатьох геофізичних (сонячна радіація, земний магнетизм) і метеорологічних (температури, вологість повітря, швидкість вітру тощо) чинників. Дія цих факторів по-різному відображається на органах і системах людського організму в цілому, також при різноманітному поєднанні цих елементів в різний час доби чи року та в різноманітних ландшафтних умовах. Тобто, клімат з успіхом широко використовують на будь-якому курорті як основний лікувальний чи оздоровчий фактор.

Практично в усі сезони і в усіх кліматичних зонах широко застосовується вплив на організм людини відкритого свіжого повітря (аеротерапія), сонячного опромінювання (геліотерапія). На півдні території нашої країни, на узбережжі Чорного та Азовського морів, використовується таласотерапія як один з основних методів кліматолікування з використанням гідротерапевтичних факторів, пов'язаних з перебуванням біля моря (морська терапія, при якій на організм людини діє морське повітря, насичене солями, озоном, фітонцидами морських водоростей, летучими ароматичними речовинами).

На сьогодні ми добре знаємо про дію на організм окремих природних чинників – метеорологічних елементів, хімічних властивостей атмосфери, космічних випромінювань, дії електромагнітних та гравітаційних полів. Відпрацьовані методики профілактики та лікування різними кліматичними умовами – кліматом помірної зони, жаркої та холодної зони, кліматом гір, морів. Створено ряд імітованих кліматичних чинників – клімат соляних шахт, радонових копалень, аерозолів для інгаляцій, аналогічних туманам для транспульмонального використання, а також дії їх на шкіру, слизові оболонки, як пошкоджені так і здорові, для рефлексорного впливу.

Отже, такі метеорологічні чинники, як температура, тиск, вологість, вітер, а також електричне і магнітне поля, променева енергія, хімічні речовини, що виділяють у повітря рослини та водні поверхні, є тими природними подразниками, що безпосередньо чи при взаємодії один з одним, впливають на організм людини, а в окремих випадках їх вплив може мати вирішальне лікувальне чи оздоровче значення.

4.3. Мінеральні води

Під самим терміном «мінеральні води», який сам по собі досить умовний і залежить від набутого в кожній країні досвіду лікування та від наявності тих чи інших елементів чи сполук, розчинених у підземних водах, від рівня наукових досліджень, спрямованих на вивчення терапевтичного впливу мінеральних вод на організм людини, мають на увазі води, в яких вміст розчинних солей оцінюється мінімальною мінералізацією 1,0 гм/дм³, згідно з ГОСТ 13273-88.

Не менш важливим показником є наявність лікувального впливу мінеральної води на організм людини при внутрішньому, внутрішньопорожнинному та зовнішньому застосуванні.

Особливе місце за рівнем унікальності терапевтичної дії посідає мінеральна вода «Нафтуса», лікувальні властивості якої пов'язують з наявністю в ній органічних речовин. Наголошувалося, що єдиним представником цієї унікальної води є трускавецька «Нафтуса». За минулі роки науковцями – геологами розвідані експлуатаційні запаси аналогічних вод, які в сумі перевищують запаси Трускавецького родовища більше, ніж у 15 разів. За наявними запасами «Нафтусі» Україна зараз посідає провідне місце у світі.

Потрібно відзначити, що якість мінеральних вод, їх бальнеологічну цінність визначають не лише наявність в них корисних компонентів, але й відсутність або мінімальний вміст шкідливих компонентів. Цей вміст не повинен перевищувати гранично допустимих концентрацій (ГДК). Однак існуючі ГДК також видаються не дуже обґрунтованими. Вміст деяких компонентів може коригуватися. Іноді ставлення до них змінюється докорінно, що

можна проілюструвати на прикладі селену. За даними останніх досліджень, цей елемент відіграє важливу роль у детоксикації в організмі людини солей важких металів та хлорорганічних сполук, має яскраво виражені радіо-протекторні властивості.

Дефіцит селену фіксують в організмі людини при атеросклерозі, гіпертонічній хворобі, пародонтозі, злоякісних утвореннях.

Все це свідчить про необхідність подальшого вивчення впливу розчинних у воді хімічних елементів та їхніх сполук і коригування сучасних даних ГДК.

Мінеральні води широко поширені у товщі земної кори, заповнюють щілини і тріщини в гірських породах. Процеси формування мінеральних вод визначені закономірностями. В результаті геологорозвідувальних робіт виділені області-зони, у яких утворюються мінеральні води конкретного іонно-сольового і газового складу з наявністю тих чи інших мікрокомпонентів, температури і т.д. Ці зони одержали назву «провінцій» мінеральних вод. На сьогодні виділено дев'ять основних бальнеологічних груп мінеральних вод, а у групі – різні гідрохімічні типи, а саме:

- мінеральні води, дія яких визначається іонним складом і мінералізацією;

- вуглекислі води;
- сірководневі (сульфідні) води;
- залізисті води;
- бромні, йодні і йодобромні води;
- кременисті термальні води;
- миш'яковисті води;
- радонові (радіоактивні) води;
- борутримуючі води.

Для зарахування мінеральних вод до тієї чи іншої бальнеологічної групи використовується сукупність кількісних показників і ознак:

- загальна мінералізація вод;
- іонний склад мінеральних вод;
- газовий склад і газонасиченість;
- вміст у водах терапевтично активних компонентів (мінеральних і органічних);

- радіоактивність вод;
- активна реакція води, яка характеризується величиною рН;
- температура вод.

Основні критерії оцінки мінеральних вод наведені у таблиці 4.1.

Таблиця 4.1. – Основні критерії оцінки мінеральних вод

Основні показники	Норми для визнання води мінеральною	Показники	Найменування вод
Загальна мінералізація г/л	Більш 1	1 – 5	Слабкої мінералізації
		5 – 10	Малої мінералізації
		10 – 15	Середньої мінералізації
		15 – 35	Високої мінералізації
		35 – 70	Слабкі ропні
		70 – 150	Ропні
		>150	Міцні ропні
Іонний склад, екв, %	–	Cl, Na>20 інші іони	Хлоридні натрієві
		<20	
		HCO ₃ , Ca, Mg >20	Гідрокарбонатні магнієво-кальцієві
		Ca>Mg	
		Інші іони	
		>20	
		Cl, HCO ₃ , Na >20	Хлоридні, гідрокарбонатні, натрієві
		HCO>Cl	
		Інші іони	
		<20 і т.д.	
Газовий склад, % за об'ємом	–	CO ₂ >10 інші гази<10	Вуглекислі
		N ₂ , CH ₄ >10	Азотно-метанові

		$\text{CH}_4 > \text{N}_2$	
		Інші іони	
		<10	
		і т.д.	
Газонасиченість	–	>1000	Високогазонасичені
		$1000 - 100$	Середньогазонасичені
		<50	Дуже слабкогазонасичені
CO_2 вільний (розчинений), г/л	1,4 для зовнішнього використання	0,5 – 1,4	Слабковуглекислі
		1,4 – 2,5	Вуглекислі середньої концентрації
	0,5 для внутрішнього використання	$>2,5$	Сильновуглекислі (які виділяють спонтанний CO_2 «газуючи»)
Загальна	10	10 – 50	Слабкі сірководневі
$(\text{H}_2\text{S} + \text{HS})$, мг/л		50 – 100	Сірководневі середньої концентрації
		100 – 250	Міцні сірководневі
		>250	Дуже міцні сірководневі
		якщо $\text{pH} < 6,5$	Сірководневі
		якщо $\text{pH} 6,5 - 7,5$	Сірководнево-гідросульфідні або гідросульфідні-сірководневі
		якщо $\text{pH} > 7,5$	Гідросульфідні
As, мг/л	0,7	0,7 – 6,0	Миш'яковисті
		5,0 – 10,0	Міцні миш'яковисті (миш'якові)
Fe ($\text{Fe}^{2+} + \text{Fe}^{3+}$), мг/л	10	10 – 40	Залізисті
		40 – 100	Міцні залізисті
		>100	Дуже міцні залізисті
Br, 1, мг/л	25	25	Бромні

	5	5	Йодні
H ₂ SiO ₃	50	50	Кременисті
(+HCO ₃), мг/л			
H ₃ BO ₃ або	50	50	Борні
HBO ₂ , мг/л	35	35	
Радіоактивність (наявність Rn), нКи/л	5	5 – 20	Дуже слабкорадонові
		20 – 40	Слабкорадонові
		40 – 80	Помірнорадонові
		80 – 120	Середньорадонові
		120 – 200	Високорадонові
		>200	Надвисокорадонові
Реакція води, рН	–	<3,5	Сильнокислі
		3,5 – 5,6	Кислі
		5,5 – 6,8	Слабокислі
		6,8 – 7,2	Нейтральні
		7,2 – 8,5	Слабколужні
		>8,5	Лужні
Температура, С°	–	Нижче – 20	Дуже холодна
		20 – 34	Прохолодна
		34 – 37	«Індиферентна»
		37 – 39	Тепла
		39 – 45	Гаряча

Незважаючи на досить тривале вивчення великої групи біологічно-активних елементів мінеральних вод, кількісні критерії, прийняті в нашій країні і за кордоном, у достатній мірі умовні. В сучасній бальнеотерапевтичній практиці використовуються позначені в таблиці кількісні критерії для мінеральних вод.

Мінеральні води, дія яких визначається іонним складом і мінералізацією. Дана група мінеральних вод поєднує різні за іонним складом води з мінералізацією від 1 до 300 г/л (розсоли з більш високою мінералізацією, за деяким винятком, у практиці курортології не використовуються). Вони складають основну масу підземної гідросфери і поширені надзвичайно широко у межах І провінції.

До цієї групи належать: сульфатні і сульфатно-хлоридні води, які формуються у верхній зоні осадового чохла в породах, що містять гіпс або ангідрид, розчинення і вилуження яких приводить до накопичення у водах сульфатів.

Сульфатні води різного катіонного складу є основним типом лікувальних питних вод. Для лікувального внутрішнього застосування використовуються сульфатно-хлоридні і сульфатно-гідрокарбонатні води.

Хлоридні води є переважно у підземній гідросфері, займаючи велику частину осадового чохла. Залягають зазначені води, як правило, у морських осадових відкладеннях на глибині 100 – 150 м на рівнинах і 250 – 350 м у більш пересічених і піднесених районах.

Звичайно серед хлоридних вод переважають натрієві води, рідше кальцієво-натрієві. Хлоридні кальцієві, кальцієво-магнієві розсоли поширені обмежено; як правило, вони містять високі концентрації бромиду й утворюють самостійну бальнеологічну групу. Мінералізація хлоридних вод коливається в дуже широкому діапазоні: серед них представлені води від малої і середньої мінералізації до розсолів (від 35 до 270 г/л). За газовим складом хлоридні води належать до азотних і азотно-метанових вод.

Вуглекислі води. Однією з найбільш великих і цінних у лікувальному відношенні груп природних мінеральних вод є вуглекислі, які широко використовуються як різноманітні питні мінеральні води.

Відповідно до сучасних норм до вуглекислих належать підземні води, що містять 0,5 г/л розчиненої вуглекислоти. Ця величина прийнята як порогове значення для питних вод.

Основні області розвитку вуглекислих вод пов'язані з II і III провінціями (Карпатська, Кавказька, Памірська, Тянь-Шанська, Східно-Саянська, Забайкальська, Приморська, Сахалінська, Центрально-Камчатська).

Важливою особливістю вуглекислих мінеральних вод є наявність у них широкої гами мікроелементів, у тому числі біологічно активних: кремнекислоти, миш'яку, заліза, бору і деяких інших (літію, цезію, рубідію, ртуті, фтору, германію).

Сульфідні (сірководневі) води. Являючись ефективним лікувальним фактором, вони здавна використовуються для лікування; перші примітивні курорти і бальнеолікарні, наприклад у Прикарпатті, Прибалтиці, з'явилися наприкінці XVI – початку XVII століть. На сьогодні сульфідні (сірководневі) води широко використовуються для лікування на багатьох великих курортах і в бальнеолікарнях: Мацеста, Талги, Шихово, Гарячий Ключ, Немирів, Кемері, Усть-Качка та ін.

Сульфідні води дуже різноманітні за умовами формування, за іонним вмістом, концентрацією H_2S+HS і мінералізацією.

Найбільш поширені хлоридні натрієві води; менш поширені сульфатні кальцієві і магнієво-кальцієві, сульфатно-хлоридні натрієві і гідрокарбонатно-хлоридні натрієві.

Багато сульфідних вод містить біогенний сірководень, що утворився у результаті підновлення сульфатів сульфатредуючими бактеріями з використанням органічної речовини корінних порід.

За походженням сульфідні води різноманітні, найбільш широко поширені води змішаного (атмосферного і морського) і атмосферного генезису.

Залізисті води. До залізистих мінеральних вод зараховують води із сумарним змістом заліза ($Fe^{2++}Fe^{3+}$) більш 10 мг/л. Залізо надходить у підземні води за рахунок руйнування гірських порід і мінералів (головним чином, сульфідів) інфільтраційними водами у визначених геоструктурних зонах земної кори. Найбільш розповсюдженими підгрупами по газовим вмістом є залізисті азотні і вуглекислі води (I і II провінції). Азотні залізисті води формуються у зонах окислювання рудних родовищ внаслідок інтенсивного видужування заліза кислими (рН 1,5 – 3,0) рудничними водами і характеризуються, переважно, сульфатним або хлоридно-сульфатним складом.

Друга група азотних залізистих вод генетично пов'язана з підземними водами пухких четвертинних відкладів, для яких характерні різний катіонний склад, в аніонній частині – переважно сульфати і гідрокарбонати, а рівень мінералізації відповідає прісним водам (0,3 – 0,7 г/л); вміст заліза не перевищує 0,070 г/л.

Найбільше поширення серед усіх груп залізистих вод мають вуглекислі води. Підвищений вміст заліза у вуглекислих водах відзначається практично у всіх основних провінціях, що обумовлено спільністю геохімічних умов формування: джерелом надходження заліза у вуглекислі води є породи, при вилужуванні яких у присутності вуглекислоти утворюються двовалентні з'єднання, головним чином бікарбонати заліза, що мають високу розчинність.

Залізисті води є дуже цінними питними лікувальними водами, на базі яких діють великі санаторні комплекси (Дарасун, Маріальні води, Полюстрово, Джермук, Шаян, Анкаван та ін).

Бромні, йодні і йодобромні води. Лікувальне використання цієї групи вод визначається наступними граничними значеннями: для Вг - 25 мг/л і для І – 5 мг/л за умови перерахування на 10 г/л загальної мінералізації.

Умови накопичення броміду і йоду в підземних водах відрізняються, внаслідок чого міцні розсоли часто містять мало йоду (а іноді йод у них відсутній); у той же час бром, як правило, є супутником йоду; йодні води з низьким вмістом броміду зустрічаються порівняно рідко. Оскільки накопичення високих концентрацій броміду в підземних водах пов'язано, головним чином, із процесом концентрування морських вод, то за складом вони є переважно хлоридними натрієвими, кальцієво-натрієвими чи кальцієвими розсолами.

Загальна кількість броміду залежить від засоленості осадової товщі артезіанського басейну і коливається від декількох мг/л до 9 – 10 г/л. Розчинені гази представлені, в основному, азотом і метаном, іноді присутні сірководень і вуглекислота.

Високі концентрації йоду зустрічаються як у розсолах, так і в менш мінералізованих водах. За хімічним складом це хлоридні натрієві і гідрокарбонатно-хлоридні-натрієві води; за газовим складом вони переважно метанові, у ряді випадків із сірководнем і іноді вуглекислотою.

Кременисті термальні води. Це велика група вод з вмістом кременя – кислоти (H_2SiO_3) більш 50 мг/л і температурою більш 35°C. Дана група найбільш широко представлена серед вуглекислих вод (II – III провінції) і азотних терм (IV провінція), що фор-

муються при видужуванні силікатів кислих вивержених порід. Кременисті термальні води поширені в областях прояву новітніх і сучасних тектонічних і вулканічних процесів: Закавказзя, Памір, Тянь-Шань, Прибайкалля, Копет-Даг, Приамур'я, Примор'я, Камчатка.

Основними особливостями азотно-кременистих термальних вод є: низька мінералізація (до 0,5 г/л і 0,5 – 1,0 г/л), різко лужна реакція середовища (рН від 8,5 до 9,5), висока температура (від 35 – 50 до 100 – 200°C у глибоких частинах родовищ), високі концентрації фтору, радону.

Вуглекислі кременисті терми також досить широко поширені, головним чином у межах гірнотектонічних регіонів (Кавказ і Закавказзя, Памір, Тянь-Шань, Камчатка). У порівнянні з азотними термами дана група має більш високу мінералізацію (3 – 7 г/л рідко до 10 – 15 г/л), кондиційний вміст вуглекислоти (0,9 – 1,1 г/л) і температуру до 50 – 75°C.

Метанові кременисті терми порівняно малопоширені. За хімічним складом і мінералізацією вони різноманітні – від слабкомінералізованих (4 – 5 г/л) до високомінералізованих (більш 15 г/л).

Розподіл кремнекислоти, головного біологічно активного компонента, чітко контролюється температурним режимом мінеральних вод. Як правило, концентрація H_2SiO_3 до 50 мг/л відзначається в слабкотермальних (20 – 35°C) водах; при збільшенні температури до 50°C вміст H_2SiO_3 складає 80 – 100 мг/л. Максимальні концентрації кремнекислоти (до 150 мг/л) характерні для високотермальних вод.

Кременисті терми являють собою дуже цінні лікувальні мінеральні води як питного, так і бальнеологічного профілю.

Миш'яковисті води. До даної групи належать підземні води з концентрацією миш'яку (за елементарною формою) більше ніж 0,7 мг/л. Миш'як накопичується у підземних водах внаслідок проявів цілого ряду геохімічних процесів, головними з яких є:

- вилужування з гірських порід у умовах високих температур і тисків у присутності O_2 ;
- надходження миш'яку з глибинних ендегенних (магматичних) еманцій і розчинів;

— витяг миш'яку кислими рудничними водами при руйнуванні мінералів (реальгар, аурипігмент) гідротермальних родовищ миш'якових руд.

За ступенем збагачення підземних мінеральних вод миш'яком виділяються:

- слабкі – вміст As від 0,7 до 5,0 мг/л;
- міцні – вміст As від 5 до 10 мг/л;
- дуже міцні – вміст As більш 10 мг/л.

Вуглекислі миш'яковисті води характеризуються різноманітним іонним складом від гідрокарбонатного натрієвого і кальцієво-натрієвого до хлоридного натрієвого з діапазоном мінералізації від 3 – 5 до 20 – 35 г/л. Велика частина вуглекислих миш'яковистих вод належать за рівнем концентрації миш'яку до слабких, значно менша – до міцних і лише окремі родовища – до дуже міцного.

Радіоактивні води (радонові). До радіоактивних відносяться води, що містять у підвищених кількостях радон (Rn) і радій (Ra). Радон надходить до води з гірських порід у результаті розпаду радію, що міститься в них.

Головне значення в утворенні радіоактивних вод має склад і структура гірських порід. Найбільш інтенсивно процес надходження радію і радону у води протікає в сильно роздроблених (чи тріщинуватих) породах при порівняно невеликій швидкості руху води.

У лікувальних цілях використовуються радонові води ($Rn > 5$ нКи/л) і зрідка радоно-радієві. Виділяються дві підгрупи радіоактивних мінеральних вод за бальнеотерапевтичними ознаками: підгрупа А – радонові води простого складу, у яких радон є єдиним лікувальним компонентом; підгрупа Б – радонові води складного складу, де, крім радону, є інші біологічно активні компоненти або властивості, наприклад, кремнієва кислота, вуглекислий газ, підвищена температура.

Основну масу радонових вод складають мінеральні води першої підгрупи: це холодні киснево-азотні слабкомінералізовані води неглибокої циркуляції атмосферного походження. Вміст

радону в них може досягати сотень нКи/л. Широке використання радонових вод даної підгрупи здійснюється на Україні.

Радонові води підгрупи Б поширені переважно в гірнотектонічних районах. Найбільш широко представлені азотно-кременисті лужні термальні води, що характеризуються порівняно невисокою активністю – до 20 нКи/л (Белокуриха, Ходжа-Оби-Гарм та ін.). Дуже важливими в бальнеологічному відношенні є вуглекислі слабко- і середньомінералізовані холодні і субтермальні води з концентраціями радону від 10 – 40 до 100 – 200 нКи/л, що мають широкий діапазон лікувальної дії (Хмільник, Ургучан, П'ятигорськ).

Борвмісні води. Борвмісні мінеральні води, до яких відносяться підземні води з концентрацією мета-борної кислоти (HBO_2) не менш 50 мг/л.

Терапевтичні властивості цих вод визначаються не бором, а іонно-сольовим складом або іншими біологічно активними компонентами, без власної дії бору. Фізичний вплив самого бору, як лікувального елемента, у даний час важко оцінити, оскільки не вивчене бальнеологічне значення бору, не встановлені його кількісні критерії, показання для використання цих вод.

Відомо, що бор має яскраво виражену біологічну, фармакологічну і токсичну дію; він може впливати на процеси обміну, має антимікробні властивості, а за певних умов викликає борні токсикози. Враховуючи той факт, що присутність бору в мінеральних водах досить часто в аномально високих кількостях (до 2 г/л HBO_2 і більше), що перевищують у десятки і сотні разів нормативні показники, а також дуже широкий розвиток даної групи вод, необхідно досконало вивчити дію цих вод на організм людини і виділити їх у спеціальну групу.

За газовим вмістом виділяють чотири групи борвмісних мінеральних вод:

- вуглекислі;
- метанові і азотно-метанові;
- азотно-вуглекислі;
- слабковуглекислі фумарольні.

Вуглекислі і метанові борвмісні води складають основну і найбільш розповсюджену групу. Азотно-вуглекислі і слабковуглекислі фумарольні мають обмежений розвиток.

4.4. Лікувальні грязі

Велике значення серед інших лікувальних факторів мають лікувальні грязі. До природних лікувальних грязей відносяться різні за генезисом утворення (переважно відклади боліт, озер, лиманів та морських заток), які складаються з води, мінеральних та органічних речовин і являють собою однорідну тонко дисперсну пластичну масу з певними тепловими та іншими фізико-хімічними властивостями.

Утворення лікувальних грязей – це складний природний процес, який визначається взаємодією геолого-гідрологічних, кліматичних, фізико-хімічних і біологічних чинників. Останній формується внаслідок біохімічних процесів – життєдіяльності, загибелі, розкладу рослинного і тваринного світу, синтезу різних речовин – та відіграє суттєву роль при утворенні органічних мінеральних речовин у грязі, обумовлює їх біологічно активні властивості. Слушно вважається, що лікувальна грязь – це не сформований назавжди мертвий субстрат, а «живе» середовище, яке заселене багатьма мікроорганізмами. У торфових і мулових грязях мікроорганізмами заселена вся товща покладів, особливо її верхня частина.

До фізико-хімічних чинників відносяться метаморфізація природних вод в умовах різних водоймищ; хімічні взаємодії вод, які покривають грязьові поклади чи живлять їх; змішування вод різної мінералізації та складу; концентрування вод і випадання хімічних речовин; обмінно-адсорбційні процеси між водою і грязьовими покладами та інші.

Кліматичні чинники визначаються атмосферними опадами, температурою повітря, швидкістю випаровування та іншими.

Геолого-гідрогеологічні чинники складаються з будови та складу покладів, де здійснюється процес грязеутворення, вивітрювання порід, зносу та осаджування матеріалів, особливостей водоймища та інших.

Згідно з загальноприйнятою і діючою на сьогодні класифікацією типи лікувальних грязей за основними фізико-хімічними показниками, які визначають їх лікувальні властивості, поділяються:

- за вмістом водорозчинних солей у грязьовому розчині;
- за вмістом сульфідів;
- за зольністю;
- за реакцією середовища.

Одним із головних чинників пелоїдів є мінералізація і склад грязьового розчину, які, в значній мірі, визначають їх лікувальні властивості. В зв'язку з цим, в залежності від мінералізації, грязі поділяються на:

- прісноводні – до 1 г/дм³;
- низькомінералізовані – 1 – 15 г/дм³;
- середньомінералізовані – 15 – 35 г/дм³;
- високомінералізовані – 35 – 150 г/дм³;
- соленасичені – більше 150 г/дм³.

Як приклад, в таблиці 4.2 надаються основні типи сульфідних мулових грязей.

Таблиця 4.2 – Основні типи лікувальних грязей України

Типи і різновиди лікувальних грязей	Мінералізація грязьового розчину г/дм ³	Вміст сульфідів % на природну грязь	Зольність, % на суху речовину	pH	Родовище
Сульфідні мулові грязі					
Низькомінералізовані					
Слабо-сульфідні	1 – 15	0,01 – 0,15	>90	6,0–9,0	Будацький лиман (Одеська обл.), оз. Богайли (Крим), Маріупольська затока (Донецька обл.), Ялтинська затока (Донецька обл.), Новоазовська затока (Донецька обл.), Самсонівська затока (Донецька обл.), оз. Прокоф'євське (Херсонська

					обл.), Бердянська затока (Запорізька обл.), Тилігульський лиман (Миколаївська обл.),
Середньо-сульфідні	1 – 15	0,15 – 0,50	>90	7,0–9,0	оз. Сліпне (Донецька обл.), оз. Лужне (Дніпропетровська обл.), Хаджибейський лиман (Одеська обл.), оз. Сасик-Сіваш (Крим),
Сильно-сульфідні	1 – 15	>0,50	>90	7,0–9,0	
Середньомінералізовані					
Слабо-сульфідні	15 – 35	0,01 – 0,15	>90	7,0–9,0	оз. Бурнас (Одеська обл.), р.Ташенак (Запорізька обл.), оз. Солоне (с. Озерни Запорізька обл.), р. Великий Утлюк (Запорізька обл.), оз. Лікувальне (Запорізька обл.), Обитічна затока (Запорізька обл.), оз. Солоне (Херсонська обл.), оз. Соляне (Гопри) (Херсонська обл.), Бейкуський лиман (Миколаївська обл.), оз. Солоний Лиман (Дніпропетровська обл.)
Середньо-сульфідні	15 – 35	0,15 – 0,50	>90	7,0–9,0	оз. Ріпне (Донецька обл.), Аджі-Су (Крим)
Сильно-сульфідні	15 – 35	>0,50	>90	7,0–9,0	
Високомінералізовані					
Слабо-сульфідні	35 – 150	0,01 – 0,15	>95	7,0–9,0	оз. Мойнаки (Крим), оз. Шагани (Одеська обл.), оз. Албей (Одеська обл.), оз. Солонец-Тузли (Миколаївська обл.), оз. Велике (Запорізька обл.),
Середньо-сульфідні	35 – 150	0,15 – 0,50	>95	7,0–9,0	оз. Бакальське (Крим), оз. Ярилгач (Крим), оз. Джарилгач (Крим), оз. Килиз-Яр (Крим), оз. Аджиголь (Крим), оз. Кипчак

					(Крим), оз. Саки – Західний басейн (Крим), Куяльницький лиман (Одеська обл.)
Сильно-сульфідні	35 – 150	>0,50	>95	7,0–9,0	Оз. Ойбурське (Крим)
Соленасичені					
Слабо-сульфідні	>150	0,01 – 0,15	>95	7,0–9,0	оз. Лиман (Херсонська обл.), оз. Генічеськ (Херсонська обл.), оз. Салькове (Херсонська обл.)
Середньо-сульфідні	>150	0,15 – 0,50	>95	7,0–9,0	оз. Галгаське (Крим), оз. Конрадське (Крим), оз. Узунлар (Крим), оз. Кояш (Крим), оз. Тобечник (Крим), оз. Аджи-Байчи (Крим), оз. Кругле (Крим)
Сильно-сульфідні	>150	>0,50	>95	7,0–9,0	оз. Чокрак (Крим), оз. Аірчинське (Крим), оз. Саки – Західний басейн (Крим), оз. Червоне (Крим)

В основі курортного лікування лежить використання мінеральних вод, лікувальної грязі як факторів, що сприятливо впливають на здоров'я і самопочуття людини.

Лікувальні грязі ще називають пелоїдами – від грецького слова «pelos» – мулова глина.

До складу грязей входить до 15 різних мікроелементів: йод, мідь, свинець, берилій, цирконій, стронцій, ванадій, марганець, титан, молібден та ін.

Наявність мікроорганізмів у грязі приводе до перевтілення речовини грязі, редукції сульфатів, забезпеченню гnilісних процесів. Мікроорганізми виділяють речовини типу антибіотиків (пеніциліно- і стрептоміциноподібних), виконуючи пряму антибактеріальну дію на ряд патогенних мікробів (А. Л. Шинкаренко, 1949; О. Ю. Волкова, 1952).

В результаті розпаду органічних речовин під дією мікроорганізмів утворюються аміносполучення, солі жирних кислот. У грязі знаходяться такі органічні кислоти, як мурашина, оцтова,

смоляна, гумінова, які викликають подразнення при аплікації на шкіру.

У грязях виявлені також біологічно активні органічні речовини типу жіночих статевих гормонів (фолікулін, синестрол), біогенних стимуляторів.

У комплекс біологічно активних речовин відкладів прісних вод входять каротиноїди, ферменти, вітаміни, гуміноподібні сполуки, легкі жирні кислоти.

Гази знаходяться у розчині або, якщо їх вміст перевищує розчинність, виділяються у вигляді вільного газу – летучого компонента. Це – сірководень, метан, азот, вуглекислий газ, водень та ін.

Важливе значення надається сірководню, який у складі «летучого комплексу», на думку ряду авторів, може проникати через неущожену шкіру та мати терапевтичний ефект.

Коротка характеристика основних типів лікувальних грязей

Місцем утворення лікувальних грязей є різноманітні водоймища (озера, стариці річок, моря, затоки, болота), а також ділянки земної кори, в яких внаслідок тектонічних причин виникають зони виносу на поверхню подріблених глинистих порід, підземних вод і газів, що обумовлюють утворення сопочних грязей. За генезисом, який відображає головні особливості складу і властивості, лікувальні грязі поділяються на чотири генетичних типи:

- торфові;
- мулові сульфідні;
- сапропелеві;
- сопочні.

Лікувальні грязі – це однорідна маса густої консистенції, пластична, характеризується високою вологістю, теплоємністю і малою теплопровідністю, великою адсорбційною здатністю.

Нативна лікувальна грязь практично не повинна містити патогенні мікроорганізми, що дозволяє класти її на відкриті рани і виразки.

Торфові грязі – це болотні відклади, які складаються переважно з розкладених чи напіврозкладених рослинних залишків.

Торфоутворення відбувається в умовах недостатчі кисню та високої вологості під дією мікроорганізмів. Торфові поклади в Україні формуються, переважно, в лісовій і лісостеповій зонах.

Мулові сульфідні грязі – це мул солоних водоймищ, утворених у результаті розкладання флори і фауни мікроорганізмами.

До складу входить сірководень, сіркове залізо. За зовнішнім виглядом мінеральні сульфідні грязі – це чорна або темно-сіра пластична маса з запахом сірководню. За структурою вони є досить складним біо-фізико-хімічним комплексом, в який входять рідка (грязьовий розчин) і тверда (грубодисперсний кістяк і тонкодисперсний комплекс) фази, насичені численними мікроорганізмами.

Формування сульфідних мулових грязей проходить у водоймищах підвищеної мінералізації, що обумовлює накопичення органіано-мінеральних відкладів на дні цих водоймищ. Мулові сульфідні грязі знаходяться в озерно-джерельних, материкових, приморських і морських водоймищах.

Морські сульфідні мулові грязі – це накопичення мулових відкладень на дні морських заток; вони мають незначну концентрацію сульфідів та високий вміст глинистих речовин, постійний іонний склад і середню мінералізацію грязьового розчину, які близькі за своїм складом і мінералізацією до морської води. До цього типу мулових грязей належать родовища пелоїдів Бердянської, Обитічної, Таганрозької, Ялтинської, Новоазовської заток.

Приморські сульфідні мулові грязі – це відкладення мулу у приморських озерах та затоках, які частково або повністю відмежовані від моря косами чи піщано-гравійними пересипами. За мінералізацією та іонним складом грязьового розчину приморські грязі близькі до морських вод. До цього підтипу пелоїдів відносять родовища озер і лиманів Приазов'я, лимани Північного і Кримського Причорномор'я (Куяльницький, Хаджибейський, Бузацький, Тілігульський лимани, Сакське, Чокрацьке, Велике, Косянське озера та ін.).

Материкові сульфідні мулові грязі – це донні відклади солоних озер (оз. Гопри, оз. Солоний Лиман).

Озерно-джерельні мулові грязі – це відклади мулу невеликих водоймищ, які живляться за рахунок підземних мінеральних вод.

Місцем формування родовищ в Україні є карстові озера (оз. Сліпне, оз. Ріпне).

Сапропелеві грязі – це мул прісних водоймищ, що утворився внаслідок розкладу фауни і флори під впливом мікроорганізмів.

Найбільші відклади сапропелів на Шацьких озерах. В Україні ні сапропелі в лікувальній практиці не застосовуються.

Сопочні грязі – це глинисті відклади неоднорідного механічного складу, які утворюються внаслідок витискання на поверхню під тиском вуглеводневих газів та води подрібненого глинистого матеріалу у вигляді розрідженої маси.

В Україні сопочні грязі знаходяться на Керченському півострові. Вони містять в собі підвищену концентрацію мікроелементів і малу кількість органіки. В лікувальній практиці не застосовуються.

Механізм дії лікувальних грязей на організм людини. В основі лікувальної дії грязі лежать тепловий, фізичний, хімічний та біологічний фактори, які визначають терапевтичну ефективність. До речі, до фізичних факторів грязелікування відносять електричний (слабкий статичний струм, який виникає між тілом та гряззю) і механічний (переміщення грязі відносно шкіри людини – мікромасаж, тиск маси грязі на тіло людини).

Сукупність теплової, електричної, механічної дії лікувальної грязі сприяє проявленню хімічного впливу грязі.

Останні покращують проникнення хімічних активних речовин, які знаходяться в пелоїдах, у середину організму через неушкоджену шкіру (транsepідермально, через устя потових та сальних залоз). Найбільшу проникаючу властивість мають речовини, які добре розчиняються у воді та жирах (гумінові, гормоноподібні сполучення та ін.), а також «летучий компонент» грязі (гази, що легко проникають через шкіру), антибіотики, біогенні стимулятори, мікроелементи, органічні кислоти та ін. Потрапляючи у середину організму, вони чинять терапевтичну дію. Позитивний клінічний ефект теплолікування характеризується протизапальними, розсмоктуючими (рубці, спайки), десенсибілізуючими, антиспастичними (по відношенню до м'язів), імуннокоригуючими, стимулюючими, репаративними процесами в тканинах та органах.

Питання для самоперевірки

1. Що таке природні лікувальні ресурси?
2. Дати визначення поняття «особливо цінні та унікальні природні лікувальні ресурси».
3. Що таке лікувально-оздоровча місцевість?
4. Як підрозділяють курорти за загальноприйнятій класифікацій?
5. Які природні території належать до курортів місцевого значення?
6. Що таке курортна територія (курорт)?
7. Що таке округ санітарної охорони (ст. 28 Закону України «Про курорти»)? На які зони він поділяється?
8. Як характеризуються кліматичні умови України?
9. Дайте визначення поняття «мінеральні води»?
10. Які дев'ять основних бальнеологічних груп мінеральних вод виділено на сьогодні?
11. Яку сукупність кількісних показників і ознак використовують для віднесення мінеральних вод до тієї чи іншої бальнеологічної групи?
12. Які основні критерії оцінки мінеральних вод?
13. Що належить до природних лікувальних грязей?
14. Які є типи лікувальних грязей за основними фізико-хімічними показниками, що визначають їх лікувальні властивості?
15. Як поділяються грязі в залежності від мінералізації?
16. Що таке пологіди?
17. Які мікроелементи входять до складу грязей?
18. Дайте коротку характеристику основним типам лікувальних грязей?
19. Що таке лікувальні грязі?
20. Що таке торфові грязі?
21. Що таке мулові сульфідні грязі?
22. Що таке сапропелеві грязі?
23. Що таке сопочні грязі?
24. Який механізм дії лікувальних грязей на організм людини?

Рекомендована література.

1. Бейдик О. О. Словник-довідник з географії туризму, рекреації та рекреаційної географії. К.: Палітра, 1997.
2. Бойчук Ю. Д., Солошенко Е. М., Бугай О. В. Екологія і охорона навколишнього середовища. Суми: Університетська книга, 2002.
3. Вишневецький В. І. Річки і водойми України: стан і використання. К., 2000.
4. Грищенко Ю. М. Основи заповідної справи. Рівне: РДТУ, 2000.
5. Гродзинський Д. М., Шеляг-Сосонко Ю.Р. Проблеми збереження та відновлення біорізноманіття в Україні. К.: Академперіодика, 2001.
6. Заставний Ф. Д. Географія України. Львів: Світ, 1994.
7. Коротун І. М., Коротун Л. Н., Коротун С. І. Природні ресурси України. Рівне, 2000.
8. Леоненко В. Б., Стеценко М. П., Возний Ю. М. Атлас об'єктів природно-заповідного фонду України. К.: ВПЦ «Київський університет», 2003.
9. Мацола В. І. Рекреаційно-туристичний комплекс України. Львів, 1997.
10. ТОВАЖНЯНСЬКИЙ Л. Л., СОЛОДКИЙ В. Д., МАСІКЕВИЧ Ю. Г. Заповідна справа. Харків: НТУ «ХПІ», 2002.
11. Фоменко Н. В. Рекреаційні ресурси та курортологія. Івано-Франківськ, 2001.
12. Царик Л., Чернюк Г. Природні рекреаційні ресурси. Методи оцінки і аналізу. Тернопіль, 2001.

РОЗДІЛ 5. ПРОЦЕДУРИ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛІКУВАННЯ

5.1. Кліматолікувальні процедури

5.2. Водолікувальні процедури

5.3. Грязелікувальні процедури

5.4. Фізіотерапія

5.5. ЛФК та масаж

Питання для самоперевірки та рекомендована література

5.1. Кліматолікувальні процедури

Сучасні досягнення курортної терапії та досвід лікування різних хворих у санаторіях переконує в тому, що успіх санаторно-курортного лікування обумовлений не тільки застосуванням лише основних курортних факторів (грязелікування, бальнеолікування, кліматотерапія), але і впливом на хворого цілої низки інших лікувально-профілактичних заходів, що входять до санаторно-курортного комплексу.

Правильна організація лікувально-профілактичної роботи на курорті та в санаторії може бути визнана лише тоді, коли широко і раціонально будуть використовуватись різні елементи санаторного комплексу.

У санаторно-курортних умовах на хворого певним чином впливає все оточення, яке здійснює вплив на його нервово-психічну сферу. Маємо на увазі особливості клімату, комфорт, красу природи (хронологічний фактор), рослинність, благоустрій парків та особливо море.

Елементи санаторно-курортного середовища, які викликають у хворих позитивні емоції, слід розцінювати як лікувально-профілактичні засоби складного санаторно-курортного комплексу.

Практично у всі сезони та на всіх кліматичних зонах широко застосовується вплив на організм людини відкритого свіжого повітря (аеротерапія), сонячне опромінення (геліотерапія), таласотерапія.

Аеротерапія – використання впливу відкритого свіжого повітря з лікувальною та профілактичною метою. Аеротерапія є основою кліматолікування, складовою частиною санаторно-кліматичного режиму. Підвищення оксигінації при аеротерапії сприяє нормалізації порушених функцій організму та, в першу чергу, центральної нервової системи. Особливою дією є удосконалення та тренування механізмів терморегуляції, покращення психо-емоційного стану, активізації окисних процесів.

Аеротерапія може проводитися у вигляді слабо- або недозованих процедур, багатогодинного (добового) перебування на свіжому повітрі під контролем медичного персоналу. Дозована аеротерапія організовується на захищених від сонця відкритих майданчиках – аераріях, у формі повітряних ванн, тривалість яких визначається станом хворих, температурою, вологістю та рухом повітря. Корисними є кліматокінезотерапія, ходьба, біг, їзди на свіжому повітрі.

У комплексному лікуванні хворих широко застосовується призначення дозованих кліматопродур. Кліматотерапія призначається після 2 – 3 днів періоду адаптації. Кліматолікування суворо дозується та призначається трьома режимами: I – щадний, II – щадно-тренувальний, III – тренувальний з урахуванням перебігу захворювання, його ступеня і форми.

Показання для призначення кліматолікувальних режимів

I режим – щадний: запальні захворювання суглобів та хребта, ревматизм та ревматоїдний артрит I (мінімального) ступеня активності процесу, анкілозуючий спондилоартрит, інфекційні артрити специфічної етіології, а також при супроводжуючих захворюваннях: гіпертонічна хвороба I – II стадії, захворювання міокарда та клапанні вади серця при недостатності кровообігу I – II стадії, неврастенія з порушенням компенсації, хронічні неспецифічні захворювання органів дихання з легенево-серцевою недостатністю, хронічні нефрити без порушення функції нирок.

II режим – щадно-тренувальний: ревматизм в неактивній фазі, дегенеративні захворювання суглобів та хребта: деформуючий артроз, міжхребетний остеохондроз, спондилоз, остеохондропатія, хронічний остеомієліт, доброякісний поліартрит, вібраційна хвороба, захворювання позасуглобних м'яких тканин (пері-

артрит, тендовагініт, бурсит, міозит), захворювання периферійної нервової системи у стадії ремісії, гінекологічні захворювання (загин матки, безплідність, первинна функціональна недостатність яєчників), супутні хвороби: гіпертонічна хвороба І стадії, захворювання міокарда та клапанні пороки серця, без порушення кровообігу, хронічні неспецифічні захворювання органів дихання при відсутності легенево-серцевої недостатності.

ІІІ режим – тренувальний: при задовільній адаптації до кліматичних факторів, стійкій компенсації патологічного процесу у віці до 50 років, а також здоровим людям.

Примітки: при визначенні кліматичного режиму необхідно враховувати загальний кінцевий стан, стадію, ступінь, хід, активність процесу, а також супутні захворювання серцево-судинної системи, органів дихання, виділення та ін.

В процесі санаторно-курортного лікування стан хворого може змінюватися, відповідно змінюється і кліматолікувальний режим.

При призначенні повітряних ванн враховується холодне навантаження (ступінь охолодження організму): слабка з тепловіддачею 20 – 25 ккал/м², середня 30 – 35 ккал/м², сильна 40 – 45 ккал/м². Холодове навантаження збільшують щодня або через день на 5 ккал/м².

Для призначення повітряних ванн та морського купання враховується еквівалентно-ефективна температура (ЕЕТ), яка характеризує стан тепловідчуття людини, що знаходиться в тіні та радіаційно еквівалентно-ефективна температура (РЕЕТ), що характеризує ступінь тепловідчуття людини, що перебуває на сонці.

Показники ЕЕТ та РЕЕТ умовно виражаються в С° (градус Цельсія).

При визначенні ЕЕТ враховуються температура, вологість повітря та швидкість вітру. При визначенні РЕЕТ крім цього враховується ще й сонячна радіація в гр.ккал/см² хв. – геліотерапія.

Геліотерапія посилює дихання тканин, гіпосенсибілізує, прискорює загоювання ран та виразок, що довго загоюються, затримує розвиток атеросклерозу, активізує процеси дезинтоксикації.

Особливістю дії є додатковий лікувальний ефект при захворюваннях шкіри, гіповітамінозі Д та ін.

Параметри процедур:

а) режим сонячної радіації: слабкий (від 5 до 20 кал/см², середній (від 5 до 40 кал/см²), інтенсивний (від 5 до 80 кал/см²);

б) сонячні ванни можна дозувати також в біодозах за еритемним потоком, при цьому 5 кал/см² приблизно дорівнюють одній лікувальній дозі або біодозі;

в) радіаційна еквівалентно-ефективна температура (РЕЕТ) при щадному режимі не менше ніж 15°C, при щадно-тренувальному – не менше ніж 14°C;

г) тривалість процедур дозується у хвиликах, залежно від місяця та часу дня, визначається за спеціальними актинометричними таблицями;

д) періодичність – щодня, на курс 15 – 20 процедур.

Таласотерапія – один із основних методів кліматолікування, який включає використання гідротерапевтичних факторів, що пов'язані з перебуванням біля моря (морську терапію, при якій на організм людини впливає морське повітря, насичене солями, озonom, фітонцидами морських водоростей, летючими ароматичними речовинами). Таласотерапія сприяє тренуванню нервово-гуморальних, серцево-судинних та інших механізмів терморегуляції, обміну речовин, дихальній функції, підвищує життєвий тонус організму, має загартовуючу дію.

Параметри процедур:

а) режим холодого навантаження: слабкий (від 15 до 25 ккал/м²), середній (від 15 до 35 ккал/м²), інтенсивний (від 15 до 45 ккал/м²);

б) режим дозування: при наступних процедурах холодове навантаження збільшують щодня або через день на 5 ккал/м²;

в) еквівалентно-ефективна температура: при щадному режимі (№ 1) – не менше ніж 17°C, температура води не менше ніж 20°C; щадно-тренувальному (№ 2) – не менше ніж 15°C, температура води не менше 18°C; тренувальному (№ 3) – не менше ніж 12°C, температура води не менше ніж 16°C;

г) тривалість процедур дозується у хвиликах за спеціальними дозиметричними таблицями;

д) періодичність процедур – щодня, на курс 15 – 20 сеансів.

В літній період (з травня по жовтень) призначаються наступні кліматопроцедури:

Повітряні ванни: по I режиму при ЕЕТ не нижче 17°C; по II режиму при ЕЕТ не нижче 15°C; по III режиму при ЕЕТ не нижче 12°C.

Морські купання:

— по I режиму при ЕЕТ не нижче 17°C та температури води не нижче 19°C;

— по II режиму при ЕЕТ не нижче 16°C та температури води не нижче 18°C; по III режиму при ЕЕТ не нижче 15°C та температури води не нижче 17°C.

Сонячні ванни: при I режиму при РЕЕТ від 15°C до 23°C; при II режиму при РЕЕТ від 14°C до 24°C; при III режиму при РЕЕТ від 12°C до 29°C.

Пісочні ванни: по I режиму – 15 хв. по II режиму – 20 хв. по III режиму – 30 хв.

В холодну пору року (жовтень – квітень) призначаються наступні кліматопроцедури:

Повітряні ванни в кліматопавільйоні: по I режиму при ЕЕТ не нижче 17°C; по II режиму при ЕЕТ не нижче 15°C; по III режиму при ЕЕТ не нижче 12°C.

Обтирання морською водою: по I режиму – щадна схема, по II режиму – основна схема, по III режиму – основна схема.

Ультрафіолетові опромінення (УФО в кліматопавільйонах): по I режиму – сповільнена схема, по II режиму – основна схема, по III режиму – прискорена схема.

Сонячні ванни в екранованих кабінах: по I режиму – при РЕЕТ від 15°C до 23°C; по II режиму – при РЕЕТ від 14°C до 24°C; по III режиму – при РЕЕТ від 12°C до 29°C.

Кліматотерапевтичні споруди:

— кліматопавільйони для приймання повітряних та сонячних ванн, для денного і нічного сну на відкритому повітрі можуть бути розташовані на садово-парковій ділянці або на даху лікувального чи спального корпусу;

— аерарій – захищений від вітру і сонця відкритий майданчик з ліжками для приймання повітряних ванн;

- солярій – захищений від вітру відкритий майданчик з ліжками для приймання сонячних ванн;
- аеросолярій – майданчик для приймання повітряних і сонячних ванн;
- лікувальний пляж – частина загального або самостійний пляж з обмеженою зоною купання та плавання хворих, де встановлюються різноманітні конструкції, тенти для захисту від сонця, обладнаний медпункт;
- теренкур – доріжки в садово-парковій зоні для дозованої ходьби на свіжому повітрі, на яких розмічені відстані, нерізко виражені підйоми та спуски; через кожні 100-150 метрів розташовані лави для відпочинку хворих;
- кліматомедичний басейн – відкритий басейн з підігрівом прісної або мінеральної води. Вони мають плавальну зону, місця і обладнання для гідрокінезотерапії, водну зону відпочинку, місця для відпочинку на краю басейна, теплі купальні з підігрітою водою для обмивання до та після процедур в басейні;
- відкритий ігровий майданчик у садово-парковій зоні для спортивних і простих ігор на свіжому повітрі.

5.2. Водолікувальні процедури

Водолікувальні процедури чинять на організм складні і різноманітні дії. Під впливом водолікувальної процедури в організмі настає низка змін з боку нервової, серцево-судинної та інших систем, а також теплорегуляції і обміну речовин, що виявляються у пацієнтів по-різному. Ці зміни можуть бути показниками як сприятливого, так і несприятливого перебігу лікування. Сукупність їх називають фізіологічною реакцією. Проте, у якому напрямку відбуваються ці зміни, визначають по судинній реакції шкіри. Медична сестра, яка проводить ту чи іншу процедуру, повинна спостерігати за реакцією на процедури пацієнта. При сприятливій реакції шкіра червоніє і стає теплою; одночасно пацієнт відзначає добре самопочуття, бадьорість та відчуття приємного тепла. Така реакція є обов'язковою для кожної водолікувальної процедури. Якщо ж процедура виконана неправильно, то спосте-

рігається зворотна картина: шкіра стає блідою і холодною, з'являється тремтіння, нерідко «гусяча шкіра». У цьому випадку процедуру слід припинити. Спостерігаючи за фізіологічною реакцією, потрібно слідкувати і за станом пульсу та дихання.

Залежно від температури водолікувальні процедури поділяють на холодні (нижче 25°C), прохолодні (25 – 32°C), теплі (36 – 39°C) і гарячі (вище 38°C). Індиферентною звичайно вважають температуру води 34 – 35°C.

Водолікувальні процедури можуть бути місцевими і загальними. До загальних належать: душ, обливання, обтирання, ванни; до місцевих – ручна, ніжна, сидяча ванна, зрошення, а також грілка, компрес та ін.

Компрес – спеціальна пов'язка, змочена різними розчинами. Він може бути холодним, гарячим, зігріваючим і медикаментозним. Методика виконання: змочену у воді або у медикаментозному розчині марлеву серветку добре віджимають і накладають на місце впливу, зверху кладуть клейонку або пергаментний папір, потім вату і фіксують бинтом. Холодні компреси не фіксують, тому що їх часто міняють – через 5 – 10 хв. Зігріваючий компрес залишають на 6 – 8 годин і навіть на добу.

Показання до застосування компресів – місцеві запальні процеси, наслідки травматичних пошкоджень.

Обливання відносять до найпростіших водолікувальних процедур. Вони можуть бути загальними і місцевими.

Загальні обливання. Роздягненого пацієнта садять на низьку лавочку, що знаходиться у ванні. Медична сестра, яка стоїть позаду пацієнта, виливає на нього два – три відра води. Звичайно температура води у першому відрі 33 – 30°C, у наступних – на 1 – 2°C нижча.

Струмінь води повільно спрямовують таким чином, щоб вода стікала по спині та грудях. Відро слід тримати якомога ближче до тіла. Процедуру проводять щоденно, поступово знижуючи температуру води до 20°C. Після обливання пацієнта легко розтирають сухим простиралом до порожевіння шкіри. Ослабленим хворим рекомендують відпочинок лежачи, більш міцним – прогулянку. Процедура викликає збудження. Звичайно її застосовують з метою гартування, як захід, що передує переходові до

більш активних водолікувальних процедур. Обливанням закінчують і інші водолікувальні процедури (теплі та гарячі ванни).

Місцеві обливання проводять з гумового шланга або лійки (без сітки), переважно у ранні години. Звичайно проводять обливання ніг та спини.

Хворий сідає на табурет, схиливши голову вперед, а струмін води із шланга спрямовують вздовж хребта, починаючи з верхніх грудних хребців. У домашніх умовах хворий сідає на край ванни таким чином, щоб при обливанні спини вода стікала у ванну. Процедура має тонізуючу дію.

Показання:

- загальне обливання з метою загартування;
- при неврастенічних розладах;
- обливання верхніх та нижніх кінцівок при нападах бронхіальної астми, розширенні вен, підвищенні пітливості ніг.

Обтирання. Під час загального обтирання впливу підлягає все тіло пацієнта.

Пацієнт стає на дерев'яну решітку, простирadlo змочують у воді з температурою 28°C (в ході наступних процедур її поступово знижують до 20°C). Викрутивши простирadlo, ним швидко обвивають пацієнта, який стоїть з піднятими догори руками. Той, хто проводить процедуру, лівою рукою фіксує вільний край простирadla під правою паховою ділянкою пацієнта, а правою рукою обводить простирadlo навколо тіла, починаючи з лівої пахової ділянки; пацієнт опускає руки, простирadlo накладають на спину через праве і ліве плече та закріплюють до шиї. Через простирadlo, яке щільно прилягає до тіла, його швидко і енергійно розтирають. Розтирання проводять одночасно на передній і задній поверхнях. Через 1 – 3 хв. мокре простирadlo знімають і міняють на сухе, яким швидко і енергійно витирають тіло пацієнта. Після процедури, тепло загорнувши пацієнта, кладуть на 20 – 30 хв. на кушетку.

Після того, як у результаті розтирання настає приємне відчуття тепла, для посилення дії процедури, не знімаючи простирadla, пацієнта обливають більш холодною водою (24 – 20°C), а потім ще раз проводять розтирання. Обливання можна повторювати два-три рази.

Фізіологічна дія обтирання зумовлена температурою та механічним подразненням. Обтирання застосовують при функціональних захворюваннях нервової системи та для загартування організму.

Часткове обтирання застосовують для слабких і пацієнтів, які мерзнуть. Роздягнутого пацієнта накривають простирадлом і ковдрою, а рушником, змоченим водою (температура 30 – 32°C), енергійно розтирають поступово звільнені від ковдри частини тіла. Наприклад, розтирають одну ногу до появи реакції, а потім її розтирають сухим рушником і закутують. Те ж роблять і з другою ногою, грудьми, спиною і руками. Обтирання починають із вказаної вище температури води, щоденно знижують її на один градус і доводять до 25 – 20°C. Одночасно збільшують інтенсивність розтирання. Звичайно обтирання проводять зранку в ліжку, коли тіло пацієнта зігріте.

Для посилення подразнюючої дії води до неї додають горілку, одеколон, сіль.

Іноді пацієнт спочатку погано переносить дотик холодного мокрого простирадла. У таких випадках процедуру проводять при контрастній температурі води: спочатку розтирають рушником, змоченим гарячою водою (40 – 45°C), потім змоченим холодною водою і, нарешті, сухим рушником.

Укутування. Укутування бувають вологими та сухими, загальними і місцевими, їх проводять в окремому, ізольованому від шуму приміщенні водолікувального відділення, а також у домашніх умовах.

Вологі укутування. При загальних вологих укутуваннях на кушетці або ліжку розстеляють дві бавовняні ковдри таким чином, щоб кушетка була вкрита їх подвійним шаром. Поверх них розстеляють змочене водою (температура 25 – 20 – 15°C) і викручене простирадло із грубого полотна так, щоб одна половина звисала з кушетки більше, ніж друга. Ковдру і простирадло необхідно добре розгладити, щоб не допустити утворення складок. Хворий швидко лягає на простирадло (верхній край простирадла повинен знаходитися на рівні його потилиці) і піднімає руки. Медична сестра стає збоку і коротким боковим кінцем простирадла накриває передню поверхню тіла. Хворий опускає руки

вздовж тулуба, а медична сестра тісно обвиває його тіло довгим боковим кінцем простирадла поверх рук, просунувши частину простирадла між ногами і закривши вільний кінець простирадла під спину пацієнта. Нижнім кінцем простирадла обвивають ноги. Після цього хворого щільно обвивають ковдрою через плече ззаду наперед, спочатку верхню, а потім нижню частину тіла. Вільний нижній кінець ковдри загортають під ноги.

Процедуру слід проводити точно, швидко і акуратно. Шию хворого обвивають сухим рушником для попередження подразнення від бавовняної ковдри. На голову кладуть рушник, змочений холодною водою, який, в міру його зігрівання, міняють. Якщо пацієнт зігрівся і відчуває сонливість, то охолодження голови припиняють. Залежно від тривалості процедури можна отримати різні реакції-відповіді організму.

Під час вологих укутувань виділяють три фази. Перша фаза складається з трьох етапів.

Короткочасний (1 – 2 хв.). Він зумовлений дією холодного простирадла на все тіло пацієнта. Подразнення холодом викликає поглиблення дихання і збільшення частоти скорочень серця. Досить швидко перший етап змінюється другим. Рефлекторно розширюються судини шкіри, посилюється прилив крові до периферії, тіло зігрівається, збільшується його тепловіддача. Перша фаза триває в середньому 15 – 20 хв. Вона збудливо діє на нервову систему, забирає тепло (отже, знижує температуру) і посилює обмін речовин. Загорнений у розігріте простирадло хворий, відчуваючи приємне тепло, засинає.

У другій фазі, яка триває 20 – 30 хв., дихання та пульс сповільнюються, артеріальний тиск знижується. Цією фазою користуються для лікування хворих, які перебувають у збудженому стані, страждають безсонням.

Якщо хворий продовжує лежати загорненим у простирадло, то настає третя фаза дії процедури укутування, що триває в середньому 30 хв. Під час процедури відбувається затримка тепла в організмі, оскільки теплоутворення перевищує тепловіддачу. Відбувається перегрівання організму, яке зумовлює потогінну дію процедури. Вона характеризується вторинним прискоренням ди-

хання і частоти пульсу, деяким збудженням і неспокоєм. Цю фазу слід застосовувати при запаленні нирок, подагрі та ін.

Передбачити тривалість окремих фаз реакції при укутуванні у різних осіб важко, тому медична сестра повинна систематично стежити за станом хворого. Сподівана реакція у деяких пацієнтів може і не з'явитись. Іноді лікар перед укутуванням призначає гарячу ручну чи ножну ванну або зігрівання у місцевій світлотепловій ванні.

Якщо укутування проводять удень, то після нього показаний короточасний (1 – 1,5 хв.) дощовий душ температурою 35 – 25°C протягом 5 – 7 хв. Якщо укутування проводять увечері перед сном, то хворого після нього витирають зігрітим простирадлом і вкладають у ліжко.

Тривалість процедури залежить від захворювання. При деяких гарячкових станах, щоб посилити тепловіддачу (жарознижуюча дія), вологе укутування проводять 10 – 12 хв. і повторюють два-три рази підряд. При безсонні і у стані різкого збудження, при деяких формах гіпертонічної хвороби укутування повинно тривати 30 – 40 хв., при ожирінні, хронічних захворюваннях суглобів, інтоксикаціях – 60 хв. і більше.

Укутування протипоказане хворим на туберкульоз легенів, при підвищеній пітливості, хворобах шкіри, серцевого м'яза.

Часткові укутування поділяють на половинні і три четвертинні. Їх застосовують у тих випадках, коли загальне укутування з різних причин провести не вдається або ж воно протипоказане. Під час половинного укутування загортають тільки нижню половину тулуба, при тричвертних – до пахових ділянок (руки залишають вільними). Техніка часткових укутувань така ж, як і загальних.

Сухі укутування. Методика сухих укутувань така ж, як і вологих, але хворого обгортають сухим махровим простирадлом. Сухі укутування бувають загальними і частковими. Тривалість процедури від 30 до 60 хв. Сухі укутування призначають, якщо хворий не переносить холодного і мокрого простирадла. Вони викликають заспокійливу і потогінну дію.

Ванни. Ванни можуть бути загальними і місцевими (частковими), різної температури, тривалості і складу води.

За температурою води умовно розрізняють ванни холодні (нижче 20°C), прохолодні (20 – 33°C), індіферентні (34 – 36°C), теплі (37 – 39°C) і гарячі (40°C і вище).

Тривалість ванни тісно пов'язана з її температурою: теплі ванни повинні мати середню тривалість (10 – 15 хв.), індіферентні – довгу, холодні ж і гарячі – звичайно коротку (1 – 5 хв. і більше).

Прісні ванни. Ванни з водопровідної води називають прісними. Для загальної ванни потрібно 200 – 250 л води. В міру охолодження води у ванні (через кожні 5 – 7 хв.) можна повільно підливати теплу воду. Пацієнт повинен сидіти у ванні розслаблено, без напруження. Голова його знаходиться вище рівня води і спирається на стінку ванни, ноги впираються у стінку ванни або у поперечину.

Рівень води у ванні повинен доходити до середини грудної клітки пацієнта, оскільки більш високий рівень ускладнює дихання і негативно впливає на кровообіг.

Медична сестра під час приймання ванни слідкує за реакцією хворого, за його пульсом та диханням. Для уникнення приливу крові до голови або при скаргах на відчуття важкості у голові голову і обличчя хворого перед ванною зволожують холодною водою або кладуть на голову рушник, змочений у холодній воді. Якщо у пацієнта прискорюється серцебиття або з'являються неприємні відчуття в ділянці серця, то змочений холодною водою рушник кладуть на ділянку серця. Після ванни на пацієнта накладають попередньо зігріте простирадло, а потім проводять сухе розтирання.

Гарячі і холодні ванни звичайно закінчують водолікувальними процедурами контрастних температур. Так, після гарячих ванн застосовують обливання одним-двома відрами води або одноквилинним дощовим душем з температурою 32 – 30°C. Після холодних ванн слід провести сухе розтирання тіла. Прохолодними водолікувальними процедурами (обливаннями, душами) можна закінчувати і теплі ванни. Після ванн хворого витирають зігрітим простирадлом. Рекомендується повний спокій (лежачи) протягом 20 – 30 хв. Хворий відпочиває одягнений.

Вплив прісних ванн в основному зумовлений температурою води.

Ванни індиферентної температури тривалістю 10 – 15 хв. мають заспокійливий вплив. Ці ванни рекомендують хворим, що перебувають у стані збудження.

Прохолодна короткочасна ванна, забираючи з організму тепло, підвищує обмін речовин, має тонізуючий вплив на серцево-судинну систему і збуджуючий вплив на нервову. Такі ванни у комбінації з одночасним енергійним розтиранням застосовують для осіб міцної будови тіла з порушенням жирового обміну.

Гаряча ванна затримує тепло в організмі і підвищує обмін речовин, збуджує нервову та серцево-судинну систему. Механічну дію води можна посилити шляхом енергійних розтирань безпосередньо у ванні. З цієї ж метою використовують і посилення руху води у ванні (хвильова або проточна вода).

Для лікування і гартування застосовують загальні та місцеві контрастні ванни.

Загальні ванни приймають у розташованих поряд ваннах великої місткості: одна з температурою води 38 – 42°C, друга – 10 – 24°C. Спочатку хворий занурюється на 2 – 3 хв. у ванну з гарячою водою, а потім на 1 хв. у ванну з холодною водою. Таку процедуру проводять 3 – 6 раз, закінчують її холодною ванною. Після процедури хворого розтирають рушником.

Для місцевих ванн використовують дві посудини з гарячою (42 – 45°C) та холодною (15 – 20°C) водою, у які по черзі занурюють руки або ноги, причому в гарячу ванну на 30 – 60 сек., в холодну – 10 – 20 сек. Процедуру повторюють 4 – 5 разів. Набули розповсюдження гідрокінезотерапевтичні ванни – басейни різних розмірів з теплою (проточною) водою, у яких пацієнт може займатися лікувальною гімнастикою. При цьому знижується чутливість рецепторів шкіри, поліпшується лімфо і кровообіг, зменшується болючість рухів, збільшується їх об'єм. Ці процедури показані при захворюваннях опорно-рухового апарата, наслідках поліомієліту, хронічних невритах та ін.

Медикаментозні ванни. Для посилення хімічної дії у ванну додають ароматичні речовини, солі, гази і т. п.

Великої популярності набули ароматичні (хвойні ванни). Їх готують наступним чином: до ванни з прісною водою додають 1 – 2 ложки густого натурального соснового екстракту; можна застосувати і сосновий порошок (100 г на ванну); хвойні таблетки 1 – 2 на ванну або вивар із 100 – 200 г соснових голок. Вода набуває зелено-рожевого кольору (флуоресціює) і має приємний запах хвої. Температура цих ванн 34 – 36°C, тривалість 10 – 15 хв.

Більшу подразнюючу дію мають хлоридно-натрієві (соляні) ванни. До прісної води додають морську або грубого помолу кухонну сіль (2 – 6 кг на ванну, що становить 0,5 – 3% об'єму ванни), з кожною наступною ванною поступово підвищують концентрацію солі. Ванни з великим вмістом солі (10 кг та більше на ванну) називають ропними.

Розчин солі готують у дерев'яних бочках. Для приготування ванни невисокої концентрації кухонну сіль насипають у марлевий мішечок і підвищують до крану з гарячою водою (у ванну потрапляє чистий розчин солі).

Лужні або содові ванни готують з білої терпентинові емульсії або жовтого терпентинового розчину (15 – 60 мл), приготованих за спеціальним рецептом. Їх попередньо розводять водою з температурою 50 – 60°C і виливають у ванну, що наповнена 200 л водопровідної води необхідної температури (починаючи з температури 37°C і підвищуючи її на 0,5°C при кожній наступній ванні до 39°C).

Ванни, що мають тривалість 8 – 12 хв., звичайно приймають через день; курс лікування 10 – 15 ванн.

Для попередження опіків шкіри, при прийманні таких ванн особливо чутливі ділянки (пахові ділянки, пахвинні складки, промежину, статеві органи, ділянки, на яких є садно) попередньо змащують вазеліном.

Для дітей застосовують гірчичні ванни, приготовлені таким чином: у ванну, заповнену водою потрібної температури, занурюють марлевий мішечок з гірчицею (1 – 2 г/л). Попередньо гірчицю розмішують з теплою водою до кашоподібної консистенції. Гірчиця доволі швидко розчиняється у воді. Звичайна температура води 37 – 38°C, тривалість ванни 5 – 8 хв. Після ванни дитину обливають теплою водою і вкладають у ліжко, накриваючи зігрі-

тим простирадлом і ковдрою на 30 – 40 хв. Така ванна викликає різке почервоніння шкіри. Її застосовують при капілярному бронхіті, запаленні легенів.

Газові ванни. До них належать перлинні, вуглекислі, кисневі, азотні та інші. Під час приймання цих ванн, окрім дії температури і тиску води, велике значення має наявність у воді газу. Газові ванни поділяють на природні та штучні.

Для перлинної або повітряно-газової ванни використовують ванну, на дно якої покладена дерев'яна решітка з кількома рядами тоненьких металевих трубочок, що мають маленькі отвори для виходу бульбашок повітря. Ванну наповнюють прісною водою з температурою 35 – 37°C. Повітря під тиском подається компресором у трубочки і при виході з її отворів викликає збурення води, а бульбашки переливаються у воді як перлини. Пацієнт, який знаходиться у такій ванні, має приємні відчуття внаслідок механічного впливу бульбашок повітря та різниці температурного впливу води і повітря на рецептори шкіри. Ванна має заспокійливу дію і ефективна при функціональних розладах нервової системи. Тривалість процедури 10 – 15 хв., курс лікування 15 – 20 ванн.

Штучні вуглекислі ванни можна отримати фізичними або хімічними методами. Перший метод застосовують у водолікарнях; для нього потрібний спеціальний прилад – сатуратор, який насичує воду вуглекислим газом.

Основним діючим фактором у вуглекислій ванні є вуглекислий газ. При зануренні тіла у таку ванну шкіра швидко покривається великою кількістю дрібних бульбашок вуглекислого газу і, таким чином, ніби відгороджується від води. Оскільки теплопровідність вуглекислого газу є меншою від теплопровідності води, то при тій же температурі води вуглекисла ванна здається теплішою від прісної. Бульбашки вуглекислого газу, що відриваються від шкіри, змінюються іншими. Ділянки шкіри, стикаючись поперемінно з частинками води і газу, підлягають дії контрастних температур.

Бульбашки вуглекислого газу, покриваючи більшу частину поверхні шкіри та подразнюючи її, викликають легке поколювання. У відповідь на подразнення рефлекторно викликається

судинна реакція шкіри. Почервоніння її супроводжується відчуттям приємного тепла.

Всмоктуючись в кров, вуглекислий газ діє на центральну нервову систему. Внаслідок спільного впливу температури води, її тиску та вуглекислого газу дихання стає глибоким і повільними, число серцевих скорочень зменшується, а сила їх збільшується. Розширення капілярів шкіри викликає переміщення крові з депо (ділянка печінки і глибокі шари шкіри) до периферії, збільшує об'єм циркулюючої крові.

Внаслідок проходження крові через легені в організм потрапляє більша кількість кисню, поліпшується кровопостачання серцевого м'яза та підвищується обмін речовин. Артеріальний тиск дещо знижується. Добова кількість виділеної сечі після вуглекислих ванн збільшується.

Приготування вуглекислої ванни потребує достатнього досвіду медичної сестри. Важливо врахувати температуру води, що газується у сатураторі, а також температуру і кількість води, що наливається у ванну в негазованому стані. Процес газування добре проходить при тиску 2 атм. Для приготування ванни в середньому потрібно 500 см³ вуглекислого газу.

Вуглекислу ванну слід приймати після відпочинку, через 30 – 40 хв. після легкого сніданку. У ванну пацієнт повинен занурюватися повільно, щоб не збовтувати воду, і сидіти у ванні спокійно. Щоб запобігти вдиханню хворим вуглекислого газу, який збирається над поверхнею води, ванну доцільно накривати вологим простирадлом. Після процедури хворого витирають зігрітим простирадлом і дають 30 хв. відпочинку.

Залежно від захворювання та стану здоров'я пацієнта спочатку встановлюють температуру вуглекислих ванн 36 – 35°C або 34 – 33°C, а потім поступово знижують її до 33 – 32°C або 32 – 30°C. Тривалість ванни 6 – 12 хв. Ванни приймають звичайно через день. Курс лікування 12 – 14 ванн.

Вуглекислі ванни застосовують переважно для лікування захворювань серцево-судинної системи (вади серця, хронічні міокардити, міокардіодистрофії, порушення серцевого ритму функціонального генезу, гіпотонія).

У вигляді зрошень порожнини рота вуглекислу воду застосовують у стоматології.

Протипоказанням до ванн є недостатність кровообігу I – II ступеня, порушення кровообігу з частими приступами стенокардії, наявність ознак запального процесу в серці.

Штучні сульфідні ванни. Основним діючим фактором є сірководень, який з води надходить у шкіру пацієнта і викликає її почервоніння. Поглинаючись шкірою, він частково у ній затримується, про що свідчить специфічний запах шкіри після прийому ванни; частина сірководню потрапляє у кров.

Поєднана дія температури та тиску води і активність речовин, що утворюються у тканинах під впливом сірководню, поліпшує кровообіг і обмін у тканинах; число серцевих скорочень зменшується; артеріальний тиск знижується. Дія сульфідних ванн на кровообіг та обмін речовин інтенсивніша, ніж дія вуглекислих ванн.

Отримання сірководню полягає у витісненні його соляною кислотою з сірчистого натрію. Як правило, застосовують ванни, що містять 75 – 200 мг сірководню в 1 л води.

Сульфідні ванни готують наступним чином. У ванну наливають 150 – 200 л прісної води з температурою 35 – 37°C, згідно з рецептом висипають гідрокарбонат натрію, вливають технічну хлористоводневу кислоту і розчин сірчистого натрію. Воду перемішують дерев'яною лопаткою, внаслідок чого вона набуває зеленуватого кольору і має запах сірководню.

Для приготування сульфідної ванни потрібен 10%-ий розчин сірчистого натрію, технічна хлористоводнева кислота (щільність 1,14) та гідрокарбонат натрію. Під час приготування розчину сірчистого натрію користуватися гумовими рукавичками. Хлористоводневу кислоту слід переливати з великих бутилів у двох – та трилітрові. Для попередження вдихання шкідливих випарів хлористоводневої кислоти персонал повинен користуватися протигазами.

Оскільки з сульфідної ванни у повітря виділяється значна кількість сірководню, то такі ванни слід проводити в ізольованому приміщенні, найкраще окремому, з самостійною приточно-втяжною вентиляцією. Температура води у приміщенні повинна

бути 24 – 25°C. Стіни і підлогу вкривають плитками, а металеві частини (труби, калорифери) – масляним лаком.

Найкращими для проведення сульфідних ванн є фаянсові або бетонні, облицьовані метлаською плиткою ванни. Тривалість ванни – спочатку 5 – 6 хв., поступово її збільшують на 1 – 2 хв., доводячи до 12 хв. Ванни призначають в основному через день. Курс лікування 10 – 14 ванн.

Сульфідні ванни застосовують при деяких захворюваннях серцево-судинної системи, хронічних захворюваннях суглобів та м'язів ревматичного або обмінного характеру, хронічних запальних процесах жіночих статевих органів, невритах і радикулітах, деяких хворобах шкіри, патології периферичних судин (ендартеріїт, посттромбофлебітичний синдром).

Ці ванни не можна застосовувати при захворюваннях серця в стані декомпенсації, ендо- і міокардиті, вираженій стенокардії, гіпертонічній хворобі з порушенням мозкового та коронарного кровообігу, захворюваннях печінки та нирок, туберкульозі, вагітності (починаючи з 5 місяців), гострих запальних процесах у суглобах, злоякісних пухлинах і т. п.

Штучні радонові ванни. У радоновій ванні, крім температурного, хімічного та інших факторів, діючим фактором є радон. З радону утворюються продукти його розпаду, які осідають на поверхні тіла. Мікроскопічний шар з цих елементів, що носить назву наведеної радіації, має лікувальні властивості. Радіоактивність води вимірюють у кюрі (Ки).

Під впливом радонових ванн шкіра біліє, артеріальний тиск, як правило, знижується, поліпшується функція серцево-судинної системи, підвищується обмін речовин. Ванни мають і виражений болезаспокійливий вплив.

Штучну радонову ванну готують із застосуванням препарату радію. Із розчину радію використовують радон, що безперервно утворюється. Спочатку готують концентрований розчин радонової води, а з нього щоденно отримують розчин радону необхідної концентрації. У ванну, що заповнена прісною водою з необхідною температурою (в основному 35 – 37°C), виливають попередньо приготовлений розчин радону. Щоб не втрачати радон і рів-

номірно розподілити його у воді, насичену радоною воду виливають із пляшки у ванну під водою.

Концентрація радону у штучній радоновій ванні, зазвичайно, досягає 36,4 – 72,8 нКи/л. Тривалість радонової ванни спочатку 8 – 10 хв., потім її поступово збільшують на 1 – 2 хв. і доводять до 15 хв. Ванни проводять щоденно або через день. Курс лікування 15 – 20 ванн.

Радонові ванни показані при артритах не туберкульозного походження, хронічних спондилоартритах, радикулітах, поліневритах і хронічних запальних процесах органів малого тазу, захворюваннях серцево-судинної системи, нервової системи, тіреотоксикозі на початкових стадіях.

Азотні ванни, як і вуглекислі, готують за допомогою апарата насичення, у який азот надходить з балона. Насичену азотом воду спрямовують у ванну. При зануренні хворого у таку ванну його тіло покривається густим шаром дрібних бульбашок азоту. Проявляється своєрідна судинна реакція, яка полягає у зменшенні кровонаповнення периферичних судин за рахунок звуження капілярів, особливо у венозному руслі, блідості шкіри. Такий стан не тривкий і змінюється помірно вираженою гіперемією. Азот, що проходить через шкіру, впливає, переважно, на нервову систему, має седативну, болезаспокійливу та десенсибілізуючу дію. Азотні ванни рекомендуються для лікування початкових форм гіпертонічної хвороби, гіперстенічної форми неврастенії, нейроцистострофічних захворювань шкіри, інфекційно-алергічних уражень суглобів, тіреотоксикозу.

Кисневі ванни можна приготувати хімічним і механічним шляхом. При хімічному способі виготовлення користуються дво-вуглекислою содою, 5 %-им розчином мідного купоросу і пергидролом. При механічному способі кисень надходить у ванну з кисневого балону. Робота з кисневими балонами вимагає дотримання спеціальних правил техніки безпеки.

За механізмом седативної дії кисневі ванни мають багато спільного з перлиними. Але у кисневій ванні, при достатньо високій концентрації насичення і особливо при створенні умов вдихання кисню, що накопичився над водою, має значення і фізіологічне надходження кисню через верхні дихальні шляхи. Наси-

чення організму киснем сприятливо позначається на стані серцево-судинної системи, відбувається стимуляція обмінних процесів, особливо окисно-відновних.

Кисневі ванни показані при захворюваннях серцево-судинної системи, початкових стадіях атеросклерозу. Проводять ванни при температурі води 36 – 37°C, тривалість процедури 10 – 15 хв. На курс призначають 10 – 15 ванн.

Півванни. Під час цієї процедури тіло пацієнта енергійно розтирають. Для півванни потрібна широка ванна, наполовину заповнена водою (до рівня пупка пацієнта, який у ній сидить).

Процедуру виконують таким чином: пацієнт, попередньо змочивши голову та груди водою з ванни, сідає у приготовлену ванну ближче до її нижнього кінця і починає розтирати собі груди і ноги. Медична сестра черпає невеликою посудиною воду з ванни і швидко (до 10 раз) поливає спину хворого, а далі енергійно розтирає її руками до почервоніння шкіри. Потім хворий пересувається до головного кінця ванни, і медична сестра таким же чином проводить обливання грудей, рук, ніг з наступним їх розтиранням до появи хорошої реакції. Іноді комплекс обливань і розтирань може бути протягом однієї процедури повторений два – три рази. Після виходу пацієнта з ванни його витирають сухим підігрітим простирадлом.

Залежно від температури води, тривалості півванни та інтенсивності розтирань процедура може мати збуджуючий або заспокійливий вплив.

Півванни починають з температури води 34 – 35°C і поступово знижують її до 25°C. Якщо пацієнта, що знаходиться у ванні, «морозить», то процедуру припиняють. Пацієнта слід добре розтерти і зігріти (сухе укутування).

Півванни при температурі води 25 – 30°C, швидких обливаннях та енергійних розтираннях тривалістю 5 – 6 хв. мають збуджуючу, а при температурі води 32 – 35°C, слабких розтираннях без обливання тривалістю 10 – 12 хв. – заспокійливу дію.

Успіх процедури значною мірою залежить від техніки її виконання.

Швидке і раціональне її проведення забезпечує сприятливий ефект, а повільне може викликати зворотну дію.

Процедури проводять щоденно або через день. Курс лікування 15 – 18 процедур.

Пітванни показані при функціональних розладах нервової системи з явищами як збудження, так і депресії, а також при незначному ступені малоокрів'я.

Місцеві (часткові) ванни. До місцевих (часткових) ванн належать процедури, що впливають на певну частину тіла. Широко застосовуються сидячі, ручні, ніжні ванни, місцеві ванни з поступовим підвищенням температури води.

Сидячі ванни. Для таких ванн призначені спеціальні емальовані або фаянсові ванни. Процедуру проводять таким чином: пацієнт сідає у ванну, занурюючи у воду ділянку тазу, живіт та верхню частину стегон. На голову йому кладуть змочений холодною водою рушник. Не покриті водою ділянки тіла загортають у простирадло і ковдру, а ступні ніг занурюють у тазик з гарячою водою. Застосовують і проточні сидячі ванни (у яких вода під час процедури циркулює, змінюючись свіжою) з душем на ділянку попереку і з висхідним душем.

Сидячі ванни з температурою 40 – 42°C тривалістю 10 – 15 хв. показані при приступках нирковокам'яної хвороби, запальних процесах у ділянці малого тазу, ванни з температурою 36 – 37°C тривалістю 20 – 30 хв. – при інфільтраціях та спастичних явищах у ділянці малого тазу, а ванни з температурою 12 – 15°C тривалістю 5 – 7 хв. – при атонічному запорі, слабкості сечового міхура та ін.

Під час процедури медична сестра повинна слідкувати, перш за все, за станом серцево-судинної системи пацієнта.

Ванни для рук. Для цих ванн використовують посуд з оцинкованого заліза, в домашніх умовах можна користуватися тазиком. Під час проведення ванн для рук у воду занурюють передпліччя, одну або обидві кисті.

Такі ванни для рук поділяють залежно від температури і тривалості: теплі – 37 – 38°C, 20 – 30 хв., гарячі – 20 – 44°C, 10 – 20 хв. та холодні – 8 – 14°C, 5 – 12 хв.

Для посилення подразнюючої дії можна застосовувати ванну контрастних температур. В одній ванночці температура води досягає 40 – 45°C, у другій – 18 – 10°C. Хворий занурює руку спо-

чатку в гарячу воду на 30 – 60 сек., потім у холодну на 10 – 15 сек., повторюючи цю процедуру чотири – п'ять разів. Закінчують процедуру холодною ванночкою. Місцева реакція почервоніння шкіри при цьому повинна бути добре вираженою.

Холодні ванни для рук показані при гострих запальних процесах на руках, ванни контрастних температур – при пітливості, акроціанозі, гарячі – для розсмоктування інфільтратів і т. д.

Ванни для ніг. Для таких ванн використовують спеціальний посуд з оцинкованого заліза, а також тазики і відра. Ніжні ванни можуть бути низькими (для стопи) і високими (для колін).

Застосовують теплі, гарячі або холодні ніжні ванни. Тривалість їх така ж, як і ванн для рук. Під час приймання ніжних ванн контрастних температур пацієнта закутують у тепле простирадло і на голову кладуть рушник, змочений холодною водою. Дія цих ванн аналогічна дії ванн для рук. Ніжні ванни показані при приливах крові до голови, болях голови, безсонні, гострому риніті, трахеобронхиті, бронхіальній астмі, стенокардії.

Ванни з поступовим підвищенням температури (ванни по Гауффе). Ці ванни частіше застосовують для рук або ніг.

Процедури проводять таким чином: пацієнт, сидячи на табуреті, занурює одну або обидві руки чи ноги, або всі кінцівки у відповідні ванночки. Ванночки мають кришки з отворами для термометра. Пацієнт одягнений у халат або вкритий теплим простирадлом чи ковдрою. На голову йому кладуть рушник, змочений холодною водою. Початкова температура води у ванні 36 – 37°C. Поступово додаючи гарячу воду, температуру води підвищують і протягом перших семи – десяти хвилин доводять до 44 – 45°C. На цей час у хворого починається потовиділення. Почервоніння шкіри особливо виражене на кінцівках, занурених у ванну. Разом з периферичними розширюються і більш глибокі кровоносні судини, і ванна діє подібно до гарячої загальної ванни. Пацієнти переносять її порівняно легко, тому що випаровування поту відбувається з великої поверхні тіла, яка не підлягає впливові нагрітої води. Ванна триває ще 10 – 12 хв., після чого пацієнта витирають і вкладають на 30 – 40 хв. на кушетку, попередньо загорнувши у нагріте простирадло. Ці ванни можна застосовувати через день або щоденно. Курс лікування 12 – 15 ванн.

Процедура має рефлекторну дію – зменшує кількість серцевих скорочень, поліпшується функція серця, знижується артеріальний тиск і підвищується обмін речовин. Ці ванни показані при деяких формах гіпертонічної хвороби, захворюваннях серцевого м'яза внаслідок атеросклерозу, функціональних розладах серцево-судинної системи, сечокиислому діатезі.

Підводно-кишкове промивання, яке раніше не зовсім правильно називали субаквальними (підводними) ваннами, застосовують при деяких хворобах органів травлення. Одночасно з прийомом водяної ванни під водою промивають кишечник.

У великій ванні (ємністю не менше 400 л) встановлюють спеціальний апарат, який, при допомозі трубок, з'єднаний з нагнітаючим та всмоктуючим резервуарами. Він являє собою сидло, порожнина якого переходить у трубку, яку називають каловідводом. Вода надходить у кишечник пацієнта через еластичний зонд, який вводять у пряму кишку. Завдяки відсмоктуючому пристрою, промивні води потрапляють з кишечника через каловідвід у каналізацію. Приток та відток води регулюється затискачами, що містяться на трубках, з'єднаних з резервуарами.

Підводно-кишкове промивання проводять через 2 години після очисної клізми. Пацієнта попередньо садять у ванну з температурою води 37 – 38°C. Наконечник, з'єднаний з нагнітаючим резервуаром, змащують вазеліном і вводять у пряму кишку. Всі частини апарата повинні бути щільно з'єднані між собою для попередження попадання промивних вод у ванну. Після 5 – 6 хв. перебування пацієнта у ванні в кишечник з нагнітаючого резервуару вводять воду з температурою 38 – 39°C, після чого закривають нагнітаючий і відкривають відсмоктуючий резервуар.

Промивання починають з 1,5 – 2 л води, поступово під час процедури доводять її кількість до 7 – 8 л (поки промивні води не стануть чистими). Воду слід вводити повільно, а виводити швидко. Вся процедура триває 40 – 50 хв.

Після закінчення процедури пацієнт приймає дощовий душ з температурою 35 – 36°C, після якого відпочиває 20 – 30 хв. Всі частини апарата після закінчення процедури повинні бути добре промитими та продезінфікованими. Курс лікування 4 – 5 ванн, по дві на тиждень.

Підводне кишкове промивання показане при колітах, запорах спастичного характеру, хронічних гепатитах, глистових інвазіях (після застосування протиглистових медикаментів) та ін.

Протипоказаннями для їх застосування є гострий і виразковий коліти, множинні спайки черевної порожнини, значні зміни з боку серцево-судинної системи, нефрити, злоякісні ураження шлунково-кишкового тракту.

Душ – водолікувальна процедура, під час якої на тіло людини спрямовують під тиском один або багато струменів води.

У водолікувальному відділенні душ частіше розташовують в окремих кабінках і з'єднують з системою водопостачання при допомозі спеціального пристрою - душової кафедри.

У кафедрі розміщена система, що підводить і відводить воду, і два змішувачі для перемішування холодної з водопроводу і гарячої з котельні води. Там є манометри і термометри для вимірювання температури і тиску води. З кожного змішувача вода необхідної температури потрапляє у горизонтально розміщену трубку, звідки по прокладених під підлогою відвідних трубах спрямовується до душових установок. На поверхні кафедри розміщені вентиля від кожного змішувача і відповідної труби. Поворотом вентиля можна відкрити кран того чи іншого душу і спрямувати в нього воду з горизонтальної труби.

Розрізняють такі душі: дощовий, голчастий, висхідний, циркулярний, струминний (душ Шарко), віялоподібний та шотландський.

За зростаючою інтенсивністю впливу душі розташовуються в такому порядку: дощовий, голчастий, віялоподібний, циркулярний, струминний.

Дія водяних душів зумовлена великою тепловіддачею і впливом механічного фактора.

Має значення і фактор часу дії цієї процедури. Короткі холодні та гарячі душі (1 – 3 хв.) мають збуджуючий вплив, тонізують м'язи, підвищують тонус судин; довготривалі (3 – 10 хв.), особливо теплі, діють заспокійливо.

Розрізняють душі з низьким тиском води (0,3 – 1,0 атм.), середнім (1,5 – 2,0 атм.) і високим (3,0 – 4,0 атм.).

Показаннями до застосування душів є функціональні розлади центральної нервової системи, порушення обміну речовин, окремі серцево-судинні захворювання.

Струминний душ проводиться рухомим великим струменем води, що викидається під тиском 2,0 – 3,0 атмосфери з гумового шлангу (через металевий наконечник), закріпленого на панелі кафедри. Цей душ є найбільш ефективною водолікувальною процедурою, в якій поєднується інтенсивна дія тиску і температури води.

Техніка проведення цієї процедури така: після того, як на кафедрі приготовлена вода відповідного тиску та температури, пацієнт, роздягнувшись і змочивши голову та лице холодною водою, стає напроти кафедри на відстані 3,0 – 3,5 метрів спиною до медичної сестри – душера, яка проводить душ. Медична сестра, легко притиснувши вихідний отвір наконечника душу пальцем, обливає хворого струменем у вигляді віяла з ніг до голови ззаду, а потім спереду. Після цього хворий повертається спиною і суцільний струмінь води спрямовують спочатку по одній нозі знизу вгору до попереку, а потім по другій два-три рази до того часу, поки не з'явиться хоча б слабо виражена реакція почервоніння шкіри. Далі струмінь води спрямовують вздовж хребта і, запропонувавши пацієнтові повернутися боком до кафедри і підняти руки, обливають його струменем з ніг до пахової ділянки спочатку з одного, а потім з другого боку. Після цього, запропонувавши хворому повернутися обличчям, душер 2 – 3 рази проводить душ суцільним струменем по ногах і віялоподібним – по ділянці живота і грудей.

На початку процедури температура води досягає 30 – 32°C, а потім її поступово знижують на 2 – 3°C, після 5 – 6 процедур температуру можна доводити до 20°C і нижче. Тиск, починаючи з 1,5 до 2,0 атмосфер, поступово доводять до 3,0 атмосфер. Тривалість процедури 1 – 2 хвилини. Душ проводять щоденно. Відпочинку після душу не призначають.

Правильно проведена процедура викликає почервоніння шкіри. Після процедури хворого слід витерти насухо. Струминний душ іноді призначають після інших процедур, найчастіше після ванни.

Застосування струминного душу показане при порушеннях обміну речовин (ожирінні I – III ступеню).

Віялоподібний душ – різновидність струминного, при якому з допомогою спеціальної лопаточки струменеві надається форма віяла.

Шотландський душ (душ змінної температури). Тіло пацієнта підлягає поперемінно протягом 30 – 40 секунд дії гарячого, а потім 15 – 30 секунд холодного (25 – 10°C) струменю води. Зі збільшенням числа процедур різницю температури води у різних шлангах збільшують і вона може становити 30 – 35°C. Ці душі, як загальні, так і місцеві, проводять щоденно або через день. На курс лікування призначають 15 – 20 процедур тривалістю 2 – 3 хвилини.

Дошовий душ являє собою трубчастий кронштейн, розміщений на висоті 2 метри від підлоги, на вільному кінці якого під кутом 45° на різьбі закріплена сітка типу садової лійки. Вода з численних отворів сітки витікає у вигляді розсіяного потоку дрібних струменів і падає на тіло пацієнта у вигляді дощу.

Голчастий душ отримують з допомогою сітки, подібної до сітки дошового душу. Але у кожний отвір сітки вгвинчують металеві трубочки зі звуженим діаметром. Тонкі струмені цього душу викликають почуття, що нагадує поколювання голкою.

Дошовий і голчастий душі можна застосовувати як самостійні процедури, а також як заключні після інших процедур – ванни, укутування. Тривалість душу холодного та прохолодного 1 – 2 хвилини, теплого – від 2 до 3 – 4 хвилин. Душ проводять щоденно.

Пиловий душ. На тіло потрапляють не краплі води, а лише їх найдрібніші частинки (водяний пил). Цього досягають з допомогою спеціального розпилювача. При цьому механічний фактор впливу майже відсутній.

Описані душі застосовуються як для загального, так і для місцевого впливу при різній температурі. Тривалість їх 1 – 5 хвилин, воду подають під тиском 1,0 – 1,5 атмосфер. Процедури проводять щоденно. Усього на курс лікування призначають 15 – 20 процедур.

Душі показані при функціональних розладах нервової системи.

Циркулярний душ являє собою конструкцію з вертикальних труб, з'єднаних між собою внизу та вгорі кільцями. У трубах є малі отвори, з яких на хворого, що знаходиться в середині конструкції, спрямовуються тонкі струмені води.

Велика кількість струменів води, що виходять з малих отворів труб, з усіх боків обливає пацієнта, який знаходиться у центрі. Звичайно тривалість теплового душу 3 – 5 хвилин, прохолодного та холодного – 2 – 3 хвилини. Душ проводять щоденно або через день; на курс лікування призначається 10 – 20 процедур.

Показаннями для призначення такого душу є стани, що протікають з ослабленням нервових процесів (астенічні стани, реконвалесценти).

Висхідний душ або душ на промежину. Сітку для дощового душу закріплюють на трубі над підлогою так, щоб розпилений струмінь води під тиском викидався вгору. Над сіткою встановлюють тринищу з дерев'яним сидінням, яка довкола відгороджена спеціальною ширмою. Під час прийому душу пацієнт обов'язково занурює ноги у тазик з теплою водою. Теплий висхідний душ тривалістю 3 – 5 хвилин застосовують при проктитах та запальних процесах у ділянці малого тазу, прохолодний при геморої, холодний – при деяких формах статевої слабості. Тривалість прохолодного і холодного висхідного душу 2 – 3 хвилини. Душ проводять щоденно.

Кишковий (ректальний) душ. Ректальний душ приймають, сидячи на унітазі. Воду для душу подають з резервуара по гумовому шлангу, з'єднаному з S-подібною металевою трубкою, закріпленою у верхньому відділенні унітазу. Резервуар (бак) для води на 15 – 20 літрів, до якого підведена гаряча і холодна вода, встановлюють на висоті 120 – 150 см над рівнем унітазу. Пацієнт зручно сідає на унітаз і сам вводить в пряму кишку на глибину 10 – 20 см гумовий наконечник, який стерилізується кип'ятінням, змащений вазеліном і одягнутий на металеву S – подібну трубку. Надходження води з бака (порціями по 1,5 – 2 літра) хворий регулює залежно від відчуття ним позиву на акт дефекації. Тривалість цієї процедури 10 – 15 хвилин. За цей час пацієнт проводить

п'ять – шість наповнень і випорожнень кишечника (не виймаючи наконечника). Температура води 38°C. Курс лікування 6 – 8 процедур (по 2 процедури на тиждень). Після процедури потрібен відпочинок протягом 15 – 20 хвилин. Курс лікування можна повторити після 8 – тижневої перерви.

Перед процедурою очищувальної клізми не роблять. Замість води можна користуватися природною мінеральною водою слабкої концентрації, сольовим розчином (0,1 – 0,2%), розчином ромашки та ін. Показання і протипоказання до проведення кишкового душу ті ж, що і для проведення підводних кишкових промивань.

Гідроколонотерапія – це лікувально-оздоровча процедура, що дозволяє зробити глибоке очищення товстого кишечника і зрошення його різними лікарськими розчинами. Технічно вона являє собою чергування фаз наповнення й спорожнення кишечника за допомогою спеціального ректального комплексу.

У відмінності від звичайної клізми і різних кишкових зрошень, промивна рідина під час процедури гідроколонотерапії піднімається високо в товстий кишечник, завдяки постійній подачі її як у фазі наповнення, так і у фазі спорожнення кишечника. Таким чином, за час процедури по кишечнику проходить, залежно від її тривалості, від 30 до 60 літрів води. Незважаючи на такий обсяг рідини, що проходить по кишечнику під час процедури, пацієнти, як правило, не відчують болі і дискомфорту, тому що постійно автоматично здійснюється контроль параметрів температури і тиску розчину, який поступає. Це виключає різкі температурні перепади і гідродинамічні удари під час процедури. Крім того, блок візуального контролю дозволяє оцінювати вид кишкових викидів і їх ефективність, а лічильник літражу рідини проводить контроль обсягу введеного розчину в ході кожного наповнення кишечника і за всю процедуру.

Ефекти, що супроводжують курс гідроколонотерапії, – це поліпшення загального самопочуття, підвищення працездатності, нормалізація сну, відчуття легкості і нормалізація функцій внутрішніх органів. Причому відзначається нормалізація функції не тільки органів травлення, але й органів малого тазу за рахунок активізації мікроциркуляції в них. Пацієнтам дуже подобається

ефект «плоского живота» і зниження ваги тіла після курсу гідроколонотерапії, а також поліпшення кольору й стану шкіри.

Методика проведення: – кількість води, що надходить у кишечник, безперервно контролюється. У процесі послідовних заповнень і спорожнювань відбувається повне очищення кишечника.

Кількість процедур, необхідних кожному пацієнтові для оздоровлення, індивідуальна і залежить від рівня «зашлакованості» організму, а також поставленої перед курсом лікування мети. У середньому – 3 – 4 процедури. Максимально за один курс призначається не більше 6 процедур з інтервалом 1 день. Це оптимальний інтервал між процедурами. Він необхідний для природного відновлення кишкової мікрофлори і адаптації організму до виробленого впливу. Якщо буде потреба, цей інтервал можна збільшити до 3-х днів. Тривалість процедур також індивідуальна для кожного пацієнта і залежить від реакції кишечника і організму, в цілому, на гідроколонотерапію. Якщо в ході процедури ефективні кишкові викиди починаються відразу від її початку і до 30 – 40 хвилини закінчуються, немає необхідності продовжувати процедуру довше. Для кожного пацієнта складається індивідуальна програма оздоровлення і корекції виявлених порушень здоров'я.

Показаннями до гідроколонотерапії є: захворювання органів системи травлення в стадії ремісії; захворювання шкіри: дерматити різної етіології, фурункульоз, піодермія, псоріаз, косметологічні проблеми: вугрові висипання, передчасне старіння шкіри, целюліт; хвороби обміну речовин: ожиріння, цукровий діабет; хронічні запальні захворювання органів малого тазу (простатит, аднексит, вульвовагиніт, цистит) у стадії ремісії; ознаки порушення функцій імунної системи, наприклад, часті простудні захворювання; ознаки аутоінтоксикації, такі як головні болі, немотивована слабкість, зниження працездатності; детоксикація в програмах комплексного лікування алкоголізму і наркоманії, у програмах комплексної реабілітації деяких категорій онкологічних хворих (наприклад, після комплексного лікування із приводу раку молочної залози).

Протипоказання до гідроколонотерапії наступні: будь-які гострі й хронічні захворювання в стадії загострення; захворювання,

які супроводжуються важким загальним станом пацієнта; ниркова і печінкова недостатність; анемія важкого ступеня; післяопераційний період до 6 місяців; грижі передньої черевної стінки; холелітиаз; спасчна хвороба; кишкові кровотечі в анамнезі; гострий геморой; анальна тріщина; гострий і хронічний парапроктит; гострий криптит, сфинктерит, виражений проктосигмоїдит; ерозивно-виразкові ураження прямої кишки; поліпоз кишечника; злоякісні новоутворення органів черевної порожнини і малого тазу; вагітність у будь-якому терміні, місячні; період лактації; фіброміома матки та кисти яєчників уперше виявлені або збільшення їх розмірів; аденома передміхурової залози другого й третього ступеня.

Несумісні процедури: душ високого тиску (Шарко, віяловий, циркулярний), аплікації грязьові, озокеритові, мінеральні ванни індивідуально; ректальні, озокеритові тампони; діатермія, УВЧ, ДМВ у теплових дозах; дуоденальне зондування, беззондовий дренаж, трансдуоденальне промивання і будь-які інші кишкові процедури; рентгенологічне обстеження шлунково-кишкового тракту, холецистографія, орографія; тривалі прогулянки, екскурсії (з перевагою); тренажерний зал, сауна, басейн.

5.3. Грязелікувальні процедури

Еволюційний шлях методів та методик лікування був досить тривалий. Вважається одним із найстаріших методів грязелікування – єгипетський. Древні єгиптяни добували з дна річки мул, намащували його на тіло і нагрівалися на сонці до тих пір, поки грязь не перетворювалась на потріскану шкірку і тут же змивалась. Це були грязьові аплікації сонячного нагріву. Цей метод застосовується і в наш час. На березі грязьових лиманів можна бачити людей, обмазаних лікувальною гряззю, які гріються на сонці. Таке самолікування досить небезпечне без медичного контролю, оскільки часто приводить до ускладнень, особливо при захворюванні серцево – судинної системи.

В давнину мав місце метод «грязьових медальйонів» – грязь нагрівали на сонці і клали в неї хворого.

В сучасній курортній технології ці методики не використовуються. Цей метод має свої переваги в тому, що він досить економічний, не потребує енергетичних витрат, які йдуть на підігрів грязі, не треба будувати грязелікарні. Лікування проводиться одноразово з кліматотерапією. Між тим вагомим недоліком є те, що таке лікування повністю було залежне від погодних умов, неможливість дозування температурного фактора та консистенції грязі. Все це спонукало на пошук штучного підігріву грязі.

Найбільш оптимальний і найменше травматичний метод нагрівання «живої» лікувальної грязі – на водяній бані в закритих ємностях з подвійними стінками, між якими проходить гаряча вода або нагріта пара.

Перед нагріванням грязь очищують від черепашок, піску та інших домішок, оскільки ці домішки нагріваються швидше грязі і можуть викликати опіки шкіри.

Найбільше розповсюдження в грязелікарнях мали натуральні грязьові ванни. Для відпуску однієї процедури потрібно було нагріти 300 – 320 кг грязі до 40°C, тривала процедура 10 – 30 хв. Це була досить важка процедура. Готувалися також розчинні грязьові ванни за трьома модифікаціями:

- густі ванни – 2 частини грязі + 1 частина ропи на ванну 250 – 300 л;
- середньої консистенції – 1 частина грязі + 1 частина ропи;
- рідкі ванни – 2 частини ропи + 1 частина грязі. Ці ванни і зараз використовуються в лікуванні хворих.

Відпускалаь процедура при температурі 35 – 36°C тривалістю 10 хв.

В сучасних грязелікарнях найпоширеніший метод – грязьові аплікації. Технологія відпуску процедури: на грязьовому тапчані почергово розстилають ковдру, поліетиленову плівку, простирadlo. Попередньо нагріту грязь до необхідної температури викладають на простирadlo, кладуть в неї хворого, намащують його тіло, закутують простирadлом, поліетиленовою плівкою, ковдрою у вигляді конверта (щоб не було втрат тепла під час відпуску процедури).

Розрізняють аплікації по площі:

– загальні грязьові аплікації – покривається усе тіло, крім голови (25 кг);

– куртка (15 кг) – штани (15 кг), труси (8 кг), шкарпетки (3 кг), панчохи (8 кг), рукавички (3 кг).

Розрізняють грязьові аплікації високої температури (45 – 50°C), помірної температури (42 – 44°C), митиговані аплікації (38 – 40°C), індиферентної температури (34 – 36°C), холодні (менше 30°C), тривалість процедури від 10 до 20 хв.

Принцип розстановки процедур під час лікування може бути:

– «згущений» метод – призначається грязьова процедура 2 – 3 дні підряд, перерва 1 день, курс 15 – 18 аплікацій;

– при курсі середньої інтенсивності процедуру призначають через день, курс 12 – 14 аплікацій;

– при «розрідженому» методі процедура призначається через 2 дні на третій, курс лікування 8 – 10 аплікацій.

Після закінчення процедури грязь з тіла хворого знімається і він приймає дощовий душ (36 – 37°C). Після цього необхідний відпочинок 1 – 1,5 години. Небажані в цей день перевтома та переохолодження.

Грязьові припарки – це полотняний мішечок, наповнений гряззю, нагрітою до 45°C по В. В. Гуку, який прикладають на поверхню тіла хворого, а зверху покривають серветкою та ковдрою, тривалість процедури від 30 хв. до 24 годин. Під час грязелікування певне значення має не тільки розмір аплікації, а й локалізація.

Розрізняють наступні методи накладання грязі:

Місцевий аплікаційний. Лікувальну грязь накладають безпосередньо на область патологічного осередку (поперек, коліно та ін.)

Фістафокальний (парафокальний). Для запобігання загострення патологічного процесу грязь накладають не на зону осередку, а на ділянку тіла, розташовану близько до нього.

Рефлекторно-сегментарний метод. Грязьові аплікації накладають не на область ураження, а на область проекції сегментів хребтового мозку. Це грязьові «комірці» при необхідності дії на головний мозок; аплікація на VII – X грудні сегменти для дії на

шлунок, печінку, жовчний міхур; на Х грудний – II поперековий для отримання ефекту на підшлункову залозу; на XII грудний – III поперековий для впливу на товсту кишку і т.д.

Реперкусивний метод. На основі сенсорних вегетативних рефлексів, по типу симпатичного ефекту, грязь накладають на ділянку тіла, симетричну ураженій ділянці (приклад, при невриті лицьового нерва на симетричну ділянку обличчя, наслідки переломів та травм – на симетричну ногу і т.п.).

Досить широко використовують метод порожнинного грязелікування. У вигляді піхвових та ректальних тампонів. Грязь для тампонів особливо ретельно очищується від сторонніх механічних речовин (черепашок, камінців, піску та ін.), так як вони можуть сприяти опікам слизових оболонок. Особливу увагу приділяють бактеріологічному дослідженню, щоб запобігти інфекційному враженню. Підігрівається грязь до 44 – 46°C, тривалість процедури 20 – 30 хв., курс лікування 14 – 18 процедур.

Між тим, не завжди можна використовувати грязьові аплікації, це пов'язано з деякими фактами стану здоров'я хворого (захворювання серцево-судинної системи, похилий вік та інше). В таких випадках грязьові аплікації можуть стати сильним подразником і тому доцільно застосовувати електрогрязелікування – це сполучення грязьових процедур з різними видами електричного струму у вигляді гальваногрязей, електрофореза грязьових розчинів, діадинамо-грязелікування, грязь-індуктотерапії, фонофорезу грязьових компонентів та інше.

Лікувальні грязі застосовуються, переважно, на етапах відновлювального лікування та при хронічному перебігу захворювань. Вибір тактики грязелікування базується безпосередньо на інформації, отриманій при клініко-лабораторних та інструментальних обстеженнях хворого. Враховуються особливості віку, компенсаторні можливості, активність патологічного процесу, супутня патологія, вплив метеофакторів на перебіг хвороби, стан адаптаційних систем, що визначають реактивність та інші фактори.

Найбільш інформативним та простим тестом для контролю реакції організму хворого на відпуск грязьової процедури (до та після) є вивчення частоти пульсу та стан артеріального тиску, температури тіла.

Основні показання для грязелікування:

- хвороби опорно-рухового апарату: артрит, поліартрит, поліартроз, міозит, міальгія, тендовагініт, остеомієліт, наслідки травми хребта, суглобів, кісток, м'язів, сухожиль, остеохондроз хребта;

- хвороби нервової системи: невралгія, невропатія, радикулярний синдром, полі-невропатія, наслідки енцефаліту, мієліту, поліомієліту, травм головного та спинного мозку, периферичної нервової системи;

- гінекологічні хвороби: вульвовагініт, периметрит, параметрит, сальпінгофорит, гіпофункція статевих залоз, первинне та вторинне безпліддя, наслідки операції на жіночих статевих органах з приводу запальних процесів;

- захворювання ЛОР-органів: хронічні фронтити, гайморит, етмоїдит, риніт, тонзиліт, ларингіт, фарингіт, мастоїдит, неврит слухового нерва;

- внутрішні хвороби: хронічний бронхіт, гастрит, гепатит, виразка шлунка та дванадцятипалої кишки, гастроентерит, пієло-нефрит;

- свіжі рубцево-спайкові та склерозуючі процеси.

Лікування глиною, піском, парафіном, озокеритом відноситься до лікувальних факторів, дія яких базується, переважно, на застосуванні тепла.

Парафін, який отримують при перегонці нафти, є сумішшю високомолекулярних вуглеводів. Він широко застосовується в лікувальній практиці завдяки своїм фізичним властивостям: дуже низька теплопровідність, велика теплоємність та здатність діяти на тканини тиском (при зменшенні його в об'ємі у міру застигання). З медичною метою застосовують білий парафін зі щільністю 0,9 і температурою плавлення 45 – 52°C.

Парафін нагрівають на водяній бані і необхідно слідкувати, щоб при нагріванні у парафін, в результаті конденсації пари, не потрапила вода. Оскільки теплопровідність води значно вища, ніж у парафіну, то при одній і тій же температурі води і парафіну (наприклад, 52 – 53°C), краплина води викличе опік.

Якщо забрати воду механічним шляхом не вдається, то слід нагріти парафін до 100°C.

При контакті зі шкірою парафін забруднюється виділеннями сальних та потових залоз, а також продуктами лущення шкіри, і тому після закінчення процедури його слід промити на ситі під потужним струменем води і висушити.

Перед повторним вживанням парафіну його стерилізують при температурі 110 – 120°C протягом 10 хв., а потім дають йому остигнути до потрібної температури. До парафіну, що використовується повторно, слід кожен раз додавати 20 – 25% свіжого парафіну. Одним і тим самим парафіном слід користуватися не більше 5 – 7 раз. Парафін, що контактував з поверхнею рани чи слизовими оболонками, повторно не використовують. Ділянку шкіри, що підлягає дії парафіну, обмивають і ретельно висушують; волосся, що заважає проведенню процедури, виголюють або змащують шкіру з волоссям вазеліновим маслом, після чого починають накладання парафіну.

Є кілька методик парафінолікування.

Бюветно-аплікаційна методика. На відповідні ділянки тіла накладають паляницю (аплікацію) із застиглого парафіну. Паляниці готують так: розплавлений парафін розливають у кювети, вистелені медичною клейонкою, що виступає за краї на 5 см. Товщина паляниці 3 – 4 см. Зовнішня поверхня паляниці застигає, а в середині парафін зберігається у киселеподібному стані. Паляницю виймають з кювета разом із клейонкою і накладають на відповідну ділянку тіла, яку потім накривають ватником і обгортають ковдрою.

Серветно-аплікаційна методика. Прокладки, кожна з яких складається з кількох шарів вати і марлі, поміщають у парафіно-нагрівач разом з парафіном. Просочуючись розплавленим парафіном, прокладки стають носіями нагрітого парафіну.

Прокладку, дещо більшу за розмірами і просочену парафіном нижчої температури, кладуть безпосередньо на відповідну ділянку шкіри, а решту прокладок (дві – чотири) – на неї ж пошарово. Прокладки накривають клейонкою, зверху кладуть ватник і обкутують простирадлом і ковдрою.

Методика парафінової ванночки або мішечка. Для дії на кисті або стопи можна застосовувати відповідної форми фанерні ящики або клейончасті мішечки. У ящики або мішечки, заповнені

розплавленим парафіном, занурюють попередньо змащену тонким шаром парафіну уражену кисть або стопу.

Методика нашарування. Малярним пензлем на шкіру швидко і рівномірно наносять кілька шарів розплавленого парафіну. Перший тонкий шар парафіну, контактуючи зі шкірою, швидко віддає їй тепло (температура шкіри і парафіну зрівнюється) і створює так званий захисний шар. Він же повільно передає організмові тепло розміщених вище, сильно нагрітих шарів. На застиглий перший шар парафіну наносять декілька шарів парафіну до загальної товщини 1 см. Подальша техніка проведення процедури така, як при серветно-аплікаційній методиці.

Застосовують парафін різної температури, переважно 52 – 53°C і вище. Перша процедура триває 30 – 40 хв., а потім поступово тривалість її доводиться до години і більше. Після закінчення процедури застиглий парафін можна легко забрати зі шкіри.

При лікуванні жіночих статевих органів парафін використовують у вигляді вагінальних тампонів, часто у поєднанні з аплікаціями на низ живота і поперекову ділянку. Лікування тампонами починають з температури парафіну 52 – 53°C і підвищують її через кожну 1 – 2 процедури на 1 – 2° С, доводячи до 57 – 58°C. Тривалість процедур – 1 година. Парафінолікування проводять через день або щоденно, його можна проводити і в домашніх умовах. Курс лікування 5 – 25 процедур.

Парафін зігріває тканини, які знаходяться під ним, і впливає на них тиском, що сприяє більш глибокому їх прогріванню. При підвищенні температури шкіри у ній посилюється циркуляція крові, з'являється потовиділення, незначно частішає пульс. Лікувальний вплив при місцевому застосуванні парафіну полягає у його розсмоктуючій, болезаспокійливій та антиспастичній дії. Особливо сприятливо парафін впливає на шкіру. Парафінолікування поліпшує крово- і лімфообіг, підвищує тканинний обмін і трофіку шкіри, яка стає еластичною і ніжною.

Парафінолікування показане при підгострих та хронічних захворюваннях суглобів, м'язів, при забоях, ранах, що повільно загоюються, тендовагінітах, рубцях, холециститі, невритах, невралгіях, хронічних запальних процесах жіночої статеві сфери та ін.

Озокерит (гірський віск) – щільна воскоподібна маса, що в основному складається з церезину, парафіну, мінеральних масел та смол. Для лікування застосовується медичний озокерит або озокерит-стандарт, з котрого повністю видалені вода, луги та кислоти, а також смоли. Озокерит плавиться при температурі 52 – 53°C.

Лікувальна дія озокериту базується на його фізичних та хімічних властивостях. Він має велику теплоємність і дуже низьку теплопровідність, значну теплозатримуючу здатність і вигідно відрізняється від мулової грязі та торфу здатністю повільно і тривало віддавати тепло організмові.

Дослідження показали, що у лікувальній дії озокериту мають значення і хімічні речовини, які містяться у ньому; деякі з них можуть через шкіру проникати в організм.

Під впливом нагрітого озокериту відбувається розширення капілярної сітки шкіри, розкриваються додаткові капіляри, посилюється крово- та лімфообіг, зникають застійні явища, чим до повної міри пояснюється помітне розсмоктування інфільтрату та протизапальна дія озокеритових аплікацій.

Техніка нагрівання озокериту така ж, як і парафіну. Нагрівають озокерит на водяній бані у витяжній шафі, тому що при його нагріванні виділяються шкідливі газоподібні речовини.

Зазвичай, озокерит нагрівають до 60°C. При повторному використанні озокериту його стерилізують при 100°C протягом півгодини і додають 25% свіжого озокериту.

Якщо додати до озокериту 30% парафіну, то він менше кришиться, не забруднює білизну і аплікація легко знімається.

Існують дві основні методики лікування озокеритом.

Кюветно-аплікаційна методика. У кювети, вистелені медичною клейонкою, наливають розплавлений озокерит (товщина шару 3 – 4 см).

При застиганні він гусне і перетворюється в паляницю. У середині паляниці озокерит зберігається рідким, а температура його на 4 – 5°C вища, ніж на поверхні. Коли температура на поверхні озокериту досягає 40°C, його разом з клейонкою виймають із кювета і накладають на відповідну ділянку тіла, яку потім загор-

тають у простирадло і теплу ковдру. Ця методика найбільш ефективна і зручна.

Серветно-аплікаційна методика. Прокладки, виготовлені з 3 – 4 шарів трикотажної тканини чи 6 – 8 шарів марлі, або ж мішечки з марлі, в яких прошивається вата шаром 2 – 3 см, просочують розплавленим озокеритом у нагрівальному апараті. Після цього прокладки виймають, досконально витискають їх великим корнцангом (щоб не стікав рідкий озокерит) і розкладають на клейонці для вистигання до потрібної температури.

В основному, використовують 2 – 3 прокладки, клейонку і ватник. Безпосередньо на шкіру кладуть прокладку більших розмірів з температурою 45 – 48°C; решту прокладок, що мають вищу температуру (52 – 55°C), накладають зверху і фіксують бинтом, а всю ділянку обгортають простирадлом і ковдрою. Кусочки озокериту, що прилипли до шкіри, легко забрати протиранням її ваткою з маслом. Залишки озокериту на клейонці і столі, де його готують для процедури, стирають нафтою.

Процедуру проводять щоденно або через день, курс лікування 15 – 20 процедур. Після кожної процедури хворий повинен відпочивати не менш як півгодини. Озокеритолікування показане при артритих і періартритих травматичного та обмінного походження, рубцевих змінах, радикулітах, запальних процесах жіночої статеві сфери та ін.

Глину для лікування можна успішно застосовувати при відсутності грязей, використовуючи її пластичні та жирні сорти.

Перед вживанням глину просушують і очищають від домішків (пісок, камінці та інше). Добре розпушену глину змішують з 10% розчином хлориду натрію до отримання рівномірної (мазеподібної) консистенції для застосування у вигляді паляниць і більш рідкої – для лікування ваннами. Потім глину нагрівають у відрах на водяній бані до 37 – 43°C. Паляниці з глиною накладають на відповідні ділянки тіла – суглоби, хребет та ін. Накладену на шкіру паляницю закривають медичною клейонкою і фланеллю, закріплюють бинтом і зверху кладуть ґрілку. Тривалість процедури 20 – 30 хв. і більше. Після зняття паляниці залишки глини змивають теплою водою. Процедури проводять через день, на

курс лікування 10 – 20 процедур. Нагріта глина діє, здебільшого, теплом і тиском.

Лікування глиною показане при захворюваннях опорно-рухового апарату, периферичної нервової системи та при хронічних запальних процесах у ділянці малого тазу.

Пісок з лікувальною метою застосовують, переважно, на приморських курортах. Промитий і висушений пісок просівають крізь чисте сито і нагрівають до 115 – 120°C, а потім змішують з холодним сухим піском.

Для рук або ніг застосовують місцеві ванни, використовуючи при цьому невеликі дерев'яні ящики з подвійними стінками. Температура піску 52 – 55°C, тривалість процедури 30 хв. і більше.

Загальна ванна являє собою довгий ящик з подвійними стінками, на дно якого насипають гарячий пісок шаром 10 – 12 см. Пацієнт сідає у ванну і його засипають (не доходячи до грудей) шаром гарячого піску товщиною 5 см, температура піску 45 – 50°C, тривалість ванни 20 – 30 хв. І місцеву, і загальну ванну зверху закривають простирадлом та ковдрою. Після закінчення ванни пацієнт приймає теплий душ і відпочиває.

Піщана ванна діє на організм, переважно, теплом, показана при хронічних захворюваннях суглобів, радикулітах, хронічних запальних процесах у ділянці малого тазу.

Основні протипоказання до грязелікування і взагалі теплолікування: сепсис та гарячкові стани; усі види пухлин та хвороб білої крові, поліцитемія, еритремія; локальні гнійні процеси; різноманітні захворювання у фазі загострення; ІХС з частими нападами стенокардії або із стенокардією напруження; гіпертонічна хвороба у II та III стадіях; цироз печінки, нефросклероз; серцево-судинна недостатність.

5.4. Фізіотерапія

Значення фізичних методів лікування безперервно зростає. Це зумовлено тим, що збільшення кількості медикаментів і їх широке застосування викликає сенсibilізацію організму, внаслідок чого виникає медикаментозна алергія. Існує багато детально

вивчених і обґрунтованих фізичних методів з широким діапазоном дії.

Ефективність методів лікування забезпечується правильним вибором необхідного подразника з урахуванням віку хворого, загальної реактивності організму, характеру і стадії захворювання, активності процесу, інтенсивності больового синдрому, супутніх захворювань, площі та локалізації подразнення, сили та тривалості дії.

Часто доцільне поєднання кількох фізичних методів, які доповнюють один одного, впливають на окремі патогенетичні ланки або різні саногенетичні механізми. Однак, позитивний терапевтичний ефект можливий лише при оптимальному дозуванні та поєднанні сумарного подразника.

Фізіотерапія («фізис» – гр. природа) означає лікування природою. Загальна фізіотерапія вивчає вплив на організм людини фізичних факторів, які застосовуються з лікувальною та профілактичною метою.

В практиці фізіотерапії як науки про лікувальні застосування фізичних факторів зовнішнього середовища, використовуються природні та штучно створені (преформовані) фізичні фактори.

До преформованих фізичних факторів належать трансформуючі форми електричної та механічної енергії, які доступні для застосування в лікувальній практиці.

Сьогодні використовують різноманітні фізичні фактори, в тому числі ті, які входять до складу довкілля. У вислові І. П. Павлова, по суті, закладені основи фізіотерапії, а саме, шляхом дії різними фізичними факторами на організм ми маємо змогу впливати на його фізіологічні функції, а отже, і на різні патологічні процеси.

Ще на зорі свого розвитку людство інстинктивно шукало у промінні сонця, воді та повітрі захист від своїх недуг. Значно пізніше людина вивчила цілющі властивості трав, тваринних клітин і інших засобів, а навчившись добувати вогонь, вона пізнала цілющу силу тепла і диму – перших штучно отриманих фізичних факторів.

Одночасно з зовнішніми фізичними факторами людина навчилася застосовувати з лікувальною метою розтирання травмо-

ваних ділянок, рухи хворою рукою, ногою, головою. Все це стало емпіричним початком лікувального масажу та гімнастики.

Лікувальне застосування штучно отриманих фізичних факторів йшло пліч-о-пліч з розвитком природознавчих і технічних наук. Жодне відкриття в фізиці та техніці не обминало медицини і, в тій чи іншій формі, ввійшло в арсенал фізичних методів боротьби з недугами.

Фізіотерапія має дуже широкий за фізичними властивостями та лікувальною дією набір природних і штучних фізичних факторів, які отримують переважно шляхом трансформування електричної енергії у різні види і форми енергії для активного впливу на організм людини.

Можна вважати, що фізичні фактори, які діють на організм, є важливим етапом пристосування організму до нових умов. Основна роль у пристосованих організмах належить нейрогуморальним факторам, які здійснюються рефлекторним шляхом.

Довгий час вважалося, що природні та штучно створені з лікувальною метою фізичні фактори мають неспецифічну дію і підвищують загальну реактивність організму, активізуючи його захисні сили. Фундаментальні дослідження дають змогу стверджувати, що поряд з неспецифічною фізичний фактор має дію, яка притаманна лише йому. Специфіка реактивних відповідей організму на вплив фізичних факторів найбільш чітко виявляється при застосуванні малої інтенсивності фізичних факторів, тоді як при більшій інтенсивності ця специфіка маскується загальними неспецифічними процесами, що виникають в тканинах, на які фактор діє. Передусім, це утворення тепла, хімічні і навіть структурні зміни.

Основними принципами сучасної фізичної терапії при захворюваннях внутрішніх органів є:

- принцип нервізму, що означає єдність нервового та гуморального шляхів, по яких реалізується вплив енергії фізичних факторів на організм від молекулярних процесів до діяльності організму як цілого;

- патогенетичний принцип використання природних і преформованих фізичних факторів, що реалізуються на основі

призначення їх залежно від специфічних властивостей фактору і впливу на певні процеси у тканинах організму;

- принцип використання переважно малих доз енергії фізичних факторів, в основі яких лежить дія на функціональні системи організму через нервову систему і на стимуляцію з її допомогою процесів самовідновлення;

- принцип застосування фізичних факторів на ранній стадії порушення патологічним процесом функціонального стану і діяльності фізіологічних систем організму, які забезпечують гомеостаз;

- принцип широкого комплексного застосування фізичних, фармакологічних та інших лікувальних методів у поєднанні з лікувальною фізичною культурою для впливу на патологічний процес.

Класифікація преформованих лікувальних фізичних факторів

Група 1. Електричні струми низької напруги: гальванічний струм і медикаментозний електрофорез, імпульсні струми постійного та змінного напрямку.

Група 2. Електричні струми високої напруги: дарсонвалізація.

Група 3. Електричні та магнітні поля: постійне електричне поле високої напруги, постійне магнітне поле низької напруги, змінне магнітне поле високої частоти, змінне електричне поле ультрависокої частоти, електричне поле надвисокої частоти.

Група 4. Світло: інфрачервоне, видиме, ультрафіолетове, монохроматичне (когерентне) випромінювання.

Група 5. Механічні коливання: інфразвук (вібрація), ультразвук.

Група 6. Штучно створене повітряне середовище: аероіони, гідроаероіони, аерозолі та електроаерозолі.

Група 7. Змінний повітряний тиск.

Лікування постійним струмом. Гальванізація. Діючий фактор - постійний (гальванічний) електричний струм низької напруги (30 – 80 В) і невеликої сили (до 50 мА).

Тривалість процедури 10 – 20 хв. На курс лікування 10 – 15 процедур.

Показання для гальванізації: виразкова, гіпертонічна хвороба, мігрень, бронхіальна астма, вазомоторний риніт, невралгії, неврити, гастрит, коліт, дискінезія жовчного міхура, для розсмоктування запальних інфільтратів, поліпшення трофічних процесів.

Часткові протипоказання: індивідуальна підвищена чутливість до струму, пошкодження та хвороби шкіри в місцях накладання електродів, наявність гострих запальних процесів.

Електрофорез. Медикаментозний електрофорез – це метод поєднаної дії постійного струму та лікувальної речовини. При електрофорезі обидва ці фактори зумовлюють складну специфічну реакцію на рецептори шкіри, збудження яких передається на центральну нервову систему та вищі вегетативні центри.

Лікувальні процедури, які вводять за допомогою постійного струму, утворюють в шкірі іонне депо. Медикамент зі шкірного депо повільно переходить в русло крові та лімфи. Звідти ліки розносяться по всьому організму.

Ефективність дії електрофорезу можна посилити, поєднуючи його з іншими факторами, що підвищують проникненість судин: вакуумелектрофорез, електрофонофорез, індуктотермоелектрофорез.

Суттєвим недоліком цього методу є неможливість точного визначення кількості речовини, яка потрапляє в організм внаслідок електрофорезу.

Показання для електрофорезу визначаються фармакологічною дією медикаментів з урахуванням показань до використання постійного струму.

Протипоказання ті ж, що і для гальванізації. Крім того, протипоказане введення медикаментів, які хворий не переносить і які викликають у нього алергічну реакцію.

Лікування імпульсними струмами низької напруги та низької частоти

Для лікування та діагностики використовують імпульсний струм – постійний струм з імпульсами, що періодично повторюються (поштовхами). Імпульсні струми різняться за формою, частотою (в Гц) і тривалістю (в мс) імпульсів. Найчастіше використовують три види імпульсних струмів:

- струм з імпульсами прямокутної форми (струми Ледюка)
- посилює процеси гальмування в корі головного мозку та дає змогу викликати стан, аналогічний фізіологічному сну (електросон);
- струм з імпульсами трикутної форми (з гострою вершиною) – тетанізуючий, викликає скорочення м'язів і його використовують для вправ м'язів при ослабленні їх функції (електрогімнастика);
- струм з імпульсами експоненціальної форми (поступово зростаюча і спадаюча крива) – застосовується для електрогімнастики.

Фізико-хімічна суть дії імпульсних струмів низької частоти полягає в тому, що всі зміни, викликані його дією, відбуваються залежно від частоти імпульсів, а ступінь їх проявів визначається частотою, формою, тривалістю імпульсів.

Основні переваги імпульсних методик фізіотерапії: дія на первинний орган, функція якого порушена, повільний розвиток привикання тканин і систем організму до дії фізичного фактору, більш глибока терапевтична дія, чітка специфічна лікувальна дія, інтенсивна терапевтична дія при мінімальному навантаженні на організм.

Електродіагностика – метод визначення функціонального стану збудливих тканин (м'язів, нервів) за реакцією на дозований вплив електричним струмом. Класичну електродіагностику проводять по рухових пунктах нервів та м'язів. Руховий пункт нерва – це ділянка, де стовбур нерва розміщений найбільш поверхнево. Руховий пункт м'яза – це проекція зони входження і розщеплення нерва у м'язі.

Показання: первинна м'язова атрофія внаслідок порушення периферійного рухового нейрона, вторинна атрофія м'язів як наслідок тривалої іммобілізації після перелому, пластичних операцій, атонії гладких м'язів внутрішніх органів та ін.

Протипоказання: жовчно-, нирковокам'яна хвороба, схильність до кровотечі, спастичний стан гладких м'язів, вплив на мімічні м'язи при підвищеній їх збудливості, переломи кісток до

моменту їх консолідації, вивихи, трофічні виразки, тромбофлебіт, протягом місяця після операції накладання шва на нерв.

Електростимуляція – метод електротерапії, при якому штучний електричний сигнал замінює природний нервовий імпульс, збуджуючи орган до дії. Електростимуляцію поперечно смугастих м'язів роблять по рухових пунктах нервів і м'язів. Тривалість процедури 10 – 15 хв. Хворий не повинен відчувати біль. Відсутність скорочення м'язів або різкий біль свідчать про помилки у проведенні процедури.

Діадинамотерапія – метод електролікування за допомогою низькочастотних пульсуючих струмів, введений в лікувальну практику французьким лікарем-стоматологом П'єром Бернаром. Це постійні імпульсні струми напівсинусоїдальної форми, частотою 50 і 100 Гц, що використовуються в різних поєднаннях. Апаратура генерує такі різновиди діадинамічних струмів (ДДС): однотактний безперервний, двотактний безперервний, переривистий однотактний ритмічний струм або «ритм синкопа», струм модульований короткими періодами, струм модульований довгими періодами та різновиди хвильових струмів.

За один сеанс можна діяти не більш, ніж на три ділянки, а загальна процедура не повинна перевищувати 20 хв. Процедури проводять щоденно, а при інтенсивному болю – двічі на день. Курс 5 – 7 днів, повторний курс через 10 – 12 днів.

Дія струму: під впливом цих струмів відбувається ритмічне скорочення м'язів, що посилює кровообіг і веде до значного стимулювання трофічних процесів у тканинах як в ділянці впливу, так і в рефлекторно пов'язаних з нею частинах організму. Діадинамічні струми мають чітку безпечну дію.

Показання: ДДС застосовуються при лікуванні багатьох захворювань, що супроводжуються больовими синдромами і порушенням кровообігу та трофіки: захворювання периферичної нервової системи, суглобів і хребта, при свіжих травматичних пошкодженнях м'яких тканин (забиті місця, розтягнення сухожиль, гематоми), облітеруючих захворюваннях судин, початкових явищах варикозного розширення вен, мігрені, дискінезії шлунка, кишечника, жовчних шляхів.

Протипоказання: індивідуальне несприйняття струму, гнійна інфекція, больові синдроми, зумовлені переломами та вивихами кісток, тромбоемболії, нирково-, жовчнокам'яна хвороба.

Ампліпульстерапія – метод електролікування, що виражається в дії на організм модульованими синусоїдальними струмами (СМС) звукової частоти. Метод запропонував радянський вчений В. Г. Ясногородський. Використовується змінний синусоїдальний струм частотою 5000 Гц, який модульований струмом низької частоти (10 – 150 Гц), внаслідок чого утворюються серії модульованих імпульсів. Високочастотна складова СМС полегшує його проникнення через шкіру і сприяє глибокому розповсюдженню в тканинах.

Ампліпульстерапію частіше всього призначають при різних больових синдромах. Використовують для введення лікарських розчинів за допомогою випрямленого струму.

Флюктуоризація – метод електролікування з використанням імпульсного струму синусоїдальної форми частотою в діапазоні 20 – 2000 Гц, амплітуда і частота якого хаотично змінюється. Ці струми, як і всі імпульсні струми, активно впливають на закінчення чутливих нервів і чинять знеболюючу дію. Особливо широко цей метод лікування застосовується в стоматологічній практиці.

Електросон – метод електролікування, в основі якого лежить дія імпульсним струмом низької частоти і малої сили на центральну нервову систему (головний мозок), внаслідок чого виникає стан, близький до фізіологічного сну. Процедури проводять в тихій затемненій кімнаті, частота імпульсу струмів 5 – 75 Гц, сила 15 – 20 мА, тривалість 20 – 60 хв., курс до 20 процедур. Хворому на закриті очі та ділянку соскоподібних відростків накладають електроди з гідрофільними прокладками, змочених водою або ізотонічним розчином хлориду натрію. Можна електроди накладати не на очі, а на лоб.

Біологічна дія: імпульсний постійний струм малої сили низької частоти у методиці електросну є слабким, монотонним, ритмічним подразником, що викликає ефект охоронного гальмування у центральній нервовій системі – сон з одночасною стимуляцією мозку.

Електросон здатен ліквідувати розумову та фізичну втому, поліпшити самопочуття і настрій хворого, сприяти підвищенню працездатності. Курс електросну знижує підвищений артеріальний тиск, підвищений вміст холестерину в крові, спостерігається тенденція до зниження рівня цукру в крові. Електросон зменшує біль голови, біль у ділянці серця, поліпшує нічний сон, нормалізує шлункову секрецію. Електросон не є фізіологічним сном.

У механізмі лікувальної дії електросну виділяють дві фази: гальмування, пов'язане зі стимуляцією імпульсним струмом підкоркових утворень, яка клінічно виявляється дрімотою, сонливістю, сном і розгальмування, пов'язане активізацією функціональної здатності мозку, систем саморегуляції, яка клінічно виражається бадьорістю, гарним настроєм, підвищеною працездатністю.

В наш час електросон застосовують практично в усіх галузях медицини.

Протипоказання: крім загальних, є несприятливість струму, загальні захворювання середовищ ока, відшарування сітківки, екзема і дерматит на обличчі, істерична форма неврозу.

Лікування імпульсними струмами високої напруги

Для лікувального впливу застосовують змінні електричні коливання з частотою від сотень кілогерц до тисяч мегагерц. Їх можна підводити до тканин у вигляді імпульсів змінного струму високої напруги, електричного поля високої частоти, електричного поля надвисокої частоти.

Дія струмів і полів ВЧ, УВЧ, НВЧ викликає в тканинах переміщення іонів та інших заряджених частинок і молекул. Тепловий ефект залежить від частоти коливань, сили струму, характеру тканини. Він найменший при дарсонвалізації, а найбільший при індуктотермії. Біофізичні процеси в тканинах внаслідок впливу факторів ВЧ, УВЧ, НВЧ не обмежуються лише процесами теплоутворення. Виникає нетеплова або осциляторна дія. Змінюється збудливість і провідність нервових клітин, активність обмінних функцій. Специфічність дії визначається саме осциляторним ефектом.

Дарсонвалізація – лікування високочастотним імпульсним струмом високої напруги та малої сили. Ці струми використовуються для місцевої дії. Загальний процес дії 5 – 15 хв.

Під час місцевої процедури височастотний струм впливає на рецептори, що знаходяться в шкірі. Ці подразнення рефлекторним шляхом викликають реакції-відповіді внутрішніх органів і систем. Підвищується тонус вен. Тепловий вплив струмів майже не проявляється.

Показання: варикозне розширення вен гомілок, гемороїдальних вен, хвороба Рейно I та II стадії, трофічні виразки, тріщини анального отвору, функціональні захворювання нервової системи, пародонтоз, вазомоторний риніт, неврит слухового нерву, зменшення тургору шкіри, випадіння вій, волосся, головний біль, біль в області серця функціонального походження.

Протипоказання: несприймання струму, істерія, стан після інфаркту протягом 6 міс, кровотечі, активний туберкульоз.

Лікування електричним та магнітним полями

Франклінізація або електростатичний душ – це метод лікування, при якому діючим фактором є постійне електричне поле високої напруги. Пацієнт знаходиться в постійному електричному полі між електродами з великою різницею потенціалів. Франклінізація – історично одна з перших електролікувальних процедур. Напруга при загальній франклінізації становить 40 – 50 кВ, тривалість 10 – 20 хв., курс 12 – 20 процедур.

За рахунок «стікання» заряду виникає «тихий» електричний розряд і утворюється підвищена концентрація аероіонів та озону. Вони вдихаються, подразнюють рецептори і викликають своєрідну гуморальну дію: нормалізуються показники крові, проявляється седативна та десенсибілізуюча дія, нормалізується сон, артеріальний тиск, зменшується фізична і розумова втома, підвищується працездатність.

Показання: функціональні захворювання ЦНС, гіпертонічна хвороба I – II стадій, втома.

УВЧ-терапія – метод лікування, при якому діючим фактором є змінне електричне поле ультрависокої частоти, підведене до тканини з допомогою конденсаторних пластин.

Тривалість дії у дорослих 10 – 15 хв., у дітей – 5 – 12 хв., курс 4 – 15 процедур.

Механізм дії: дія поля викликає спрямоване коливання іонів. Зміна положення іонів супроводжується утворенням тепла. За-

стосування електричного поля УВЧ у нетепловій дозі викликає чітку осциляторну дію. Реакції-відповіді організму пов'язані з сумарним ефектом дії електричного поля УВЧ.

Показання: гострі запальні процеси в органах і системах, радикуліт, невралгія, міозит, хвороба Рейно, облітеруючий ендартеріт, гострі та підгострі запалення матки та придатків, отити, фурункули.

Протипоказання: злоякісні новоутворення, системні хвороби крові, серцева недостатність II – III ступеня, інфаркт міокарду, туберкульоз в активній формі.

Магнітотерапія – метод фізіотерапії, при якому на організм людини діють постійним (ПМП) або змінним (ЗмМП) низькочастотним магнітним полем. Тканини організму діаманітні, тобто під дією магнітного поля не намагнічуються, проте багатьом складовим елементам тканин (вода, формені елементи крові) можуть в магнітному полі надаватися магнітні властивості. Під дією ПМП знижується збудливість ЦНС, прискорюється проходження нервових імпульсів. ЗмМП посилює гальмові процеси в ЦНС.

Магнітні поля чинять протизапальну, протинабрякову дію. Покращується мікроциркуляція, стимулюються регенеративні, репаративні процеси в тканинах.

Тривалість процедури до 40 хв., курс до 30 дн.

Показання: гіпертонічна хвороба, ішемічна хвороба серця, захворювання периферичних судин, органів опори та руху, ЦНС, шкіри.

Протипоказання: гіпотонія, НЦД з лабільним кров'яним тиском, наявність імплантованих кардіостимуляторів, гіпокоагуляція крові, люди, що за родом професії контактують з магнітними полями.

Індуктотермія – метод високочастотного лікування, при якому на пацієнта діє магнітне поле, яке утворюється навколо витків високочастотного кабелю, з'єднаного з генератором. Внаслідок цього в тілі пацієнта виникають індукційні (вихрові) струми.

Процедури дозують за силою струму та за інтенсивністю відчуття хворим тепла. Тривалість процедури 15 – 30 хв., курс – 10 – 15 від., дітям призначають з 5-ти річного віку.

Показання: підгострі та хронічні запальні захворювання внутрішніх органів, суглобів, сечостатевої системи, захворювання з підвищеним тонусом поперечносмугастих або гладких м'язів.

Протипоказання: гнійні процеси, злоякісні новоутворення, наявність металевих предметів, активний туберкульоз, схильність до кровотеч, гарячкові стани.

Мікрохвильова терапія – метод, що базується на застосуванні з лікувальною метою надчастотних електромагнітних коливань (кількість коливань досягає мільярдів герц), при цьому використовуються дециметрові хвилі, сантиметрові, міліметрові.

Тривалість процедури 10 – 20 хв., курс 10 – 15 процедур.

В терапевтичних дозах мікрохвилі мають болезаспокійливу, протизапальну, бактеріостатичну дію, вони поліпшують трофіку тканин, стимулюють процеси регенерації. Підвищення температури веде до значного розширення судин, прискорення кровообігу в цілому і в зонах опромінення.

Показання: дегенеративно-дистрофічні захворювання суглобів, хребта, захворювання периферичних нервів, ревматоїдний поліартрит, виразкова хвороба шлунка, облітеруючі захворювання судин кінцівок, синусити, хронічні та підгострі запалення жіночих статевих органів.

Протипоказання: злоякісні новоутворення, активний туберкульоз, тиреотоксикоз, вагітність, набряк тканин, після курсу рентгенотерапії не раніше, ніж через 2 тижні та ін.

Лікування механічними коливаннями. Ультразвук. Звукові хвилі – результат коливання пружного середовища. Слуховий апарат людини сприймає звукові коливання від 16 Гц до 16 кГц. Звукові хвилі з частотою більшою, ніж 16 кГц, мають назву ультразвукових. В фізіотерапії використовують хвилі з частотою 800 – 900 кГц.

Фізіологічна дія: базується на механічному і тепловому факторах та фізико-хімічних змінах в живому організмі, викликаних ними. Ультразвукові коливання викликають своєрідний масаж елементів тканин.

Процедуру виконують на обмежених ділянках тіла площею 150 – 200 см². Процедури дозують за інтенсивністю ультразвуку

(Вт/см²) та їх тривалістю, не більше 10 – 15 хв. на всі поля. Процедуру призначають щоденно, через день, курс 10 – 15 від.

Широкого розповсюдження набуло застосування ультразвука в поєднанні з деякими лікарськими речовинами у вигляді емульсії, мазі, що одночасно є контактним середовищем – ультрафонофорез. Дія ультразвука посилюється фармакологічним впливом відповідних медикаментів. При лікуванні ультразвуком слід утриматися від застосування рентгенорадіотерапії. В зв'язку з тим, що післядія ультразвукових процедур є тривалою, не рекомендується повторювати курс процедур раніше, ніж через 3 – 5 міс.

Показання: деформуючий артроз, остеохондроз, радикуліт, хвороба Бехтерева, контрактури (початкова стадія), невралгії, рубці, спайки, виразкова хвороба шлунку, 12-палої кишки, астматичний бронхіт, гінекологічні хвороби.

Протипоказання: злоякісні новоутворення, хвороби крові, вагітність, виражений атеросклероз, гіпотонія, порушення мозкового кровообігу, цукровий діабет. Не слід впливати на ділянку голови, серця, виразку шлунка, яка кровоточить, матку при вагітності.

Лікування оптичним випромінюванням. Світлолікування (фототерапія) – метод фізіотерапії, який з лікувальною та профілактичною метою використовує різні варіанти світла. Варіанти світлолікування розрізняються залежно від використовуваної довжини хвилі. До фототерапії належить також лазеротерапія.

Місцеве ультрафіолетове опромінення – лікувальний метод, де діючим фактором є ультрафіолетові промені в еритемних дозах.

В організмі УФО викликає фотоелектричний ефект, приводить до активації біохімічних процесів, впливає на метаболічні та фізіологічні реакції клітин. Особливості дії: еритемоутворення, бактеріостатична, протизапальна, трофічна, десенсибілізуюча. Глибина проникнення до 1 мм.

Показання: захворювання внутрішніх органів, шкіри, хірургічні захворювання, ЛОР-хвороби, наслідки поранень та травм органів опори та руху, захворювання суглобів, рожеве захворювання.

Протипоказання: гіпертиреоз, системний червоний вовчак, підвищена чутливість до променів.

Параметри процедур: методика місцева, рефлекторно-сегментарна, фракціонована. Інтенсивність впливу визначається в біодозах; режим інтенсивності: слабкий до 1 – 2 біодоз, середній до 3 – 5 біодоз, сильний до 6 – 8 біодоз. Повторне опромінення на одне поле призначають 1 раз на 2 – 3 дні. При загальному УФО опроміненні схеми впливу: основна (1,4 – 3 біодози), уповільнена (1,8 – 2,5 біодоз), прискорена (1,2 – 4 біодози).

Інфрачервоне опромінення – лікувальний метод впливу опромінення з утворенням на місці його поглинання тепла. Енергія ІЧ-опромінення переходить в теплову енергію, виникає судинна реакція як результат дії тепла і збудження терморцепторів. Збільшується місцева васкуляризація тканин, підвищується кількість крові, що живить тканини.

Особливості дії: спазмолітична, розсмоктуюча, протизапальна в хронічній фазі запалення, трофічна. Глибина проникнення до 4 – 5 см.

Показання: підгострі та хронічні запальні процеси, міозит, невралгія, рани, виразки, що погано загоюються, контрактури, спайки, хронічні запальні процеси внутрішніх органів.

Протипоказання: гострі запально-гнійні захворювання, доброякісні та злоякісні пухлини, кровотечі, недостатність кровообігу II – III ст.

Опроміненню підлягає обмежена ділянка шкіри, яка звільняється від одягу. Відстань до рефлектора 30 – 100 см. Вплив 15 – 30 хв., 20 – 25 процедур.

Видиме опромінення – лікувальний метод впливу з виникненням на місці його поглинання тепла сильнішого, ніж при застосуванні інфрачервоного опромінення. Опромінення здатне посилювати місцеві обмінні процеси, прискорювати окислювально-відновлювальні процеси, покращувати мікроциркуляцію. Виникнення тепла в тканинах пов'язано з броунівським рухом молекул. Тривалість 20 хв., курс 5 – 20 процедур.

Особливості дії: посилення кровотоку, спазмолітична, розсмоктуюча, протизапальна в хронічній фазі запалення. Глибина проникнення до 1 – 2 см.

Показання: хронічні запальні процеси, міозит, невралгія, гемолітична жовтуха новонароджених.

Протипоказання: гострі запально-гнійні захворювання, доброякісні та злоякісні пухлини, кровотечі, недостатність кровообігу II – III ст.

Лазеротерапія – лікувальний метод, де діючим фактором є лазерне випромінювання.

Червоний діапазон: в механізмі дії на тканини має значення загально енергетичний вплив на рівні молекул і атомів, тепла енергія, вплив електромагнітного поля, фотохімічний та фотоелектричний ефект.

Особливості дії: стимуляція регенерації, стимуляція неспецифічних факторів імунітету, імуномодуляція, протибольова, протизапальна дія, активація ендокринних органів. Глибина проникнення 1 – 2 см.

Показання: дистрофічні процеси, запальні захворювання в різних фазах, порушення мікроциркуляції в тканинах, стани, при яких необхідно стабілізувати імунні процеси.

Протипоказання: доброякісні утворення в зонах опромінення, тиреотоксикоз, злоякісні пухлини.

Інфрачервоний діапазон: в механізмі дії мають значення тепла енергія, тиск світла, а за допомогою потужної енергії – ударний ефект, вплив магнітного поля, фотохімічний ефект. Глибина проникнення до 6 см.

Терапія лазерним скануючим променем – метод, при якому лазерний промінь освітлює необхідну зону в автоматичному чи ручному режимі. В основу автоматичного сканування покладено принцип зміни в просторі положення лазерного променя, а це дає змогу зосередити освітлювання окремих ділянок тіла різного розміру з використанням фігур різної конфігурації.

Показання: загальні для лазеротерапії, потреба впливу на значну ділянку тіла (суглоби, хребет, проекція внутрішніх органів), відкриті рани, виразки, тромбофлебіт, захворювання шкіри, особливо з мокненням.

В одному сеансі насвітлюють площу не більш, ніж 800 см².

Лікування аерозолями

Аерозольтерапія – лікувальний метод із застосуванням аерозольних лікарських речовин. В результаті подрібнення лікарської речовини значно збільшується активна поверхня та біологічна активність її дії на слизову оболонку дихальних шляхів і на весь організм при відносно малих дозах медикаментів. Лікарські речовини, що вводяться інгаляційним шляхом, потрапляють в мале коло кровообігу, обминаючи печінку, чим забезпечується більша активність препарату.

Особливості дії: безпосередній вплив водяної пари та лікарських речовин на бронхо-легеневу систему і організм пацієнта, залежно від лікарського препарату.

Показання: захворювання верхніх дихальних шляхів та бронхо-легеневої системи, для отримання снодійного ефекту.

Протипоказання: алергічні реакції на лікарські речовини.

Види інгаляцій: парові, тепловолі, вологі, масляні.

Аерозольтерапія синглетно-кисневою сумішшю – лікувальний метод із застосуванням інгаляції спеціально виготовленою синглетно-кисневою сумішшю. Інгаляції проводять через 1,5 – 2 год. після прийому їжі. Процедура триває від 5 до 15 хв.

Особливості дії: ліквідує недостачу активного кисню в крові та тканинах організму. Синглетно-киснева суміш може використовуватися у вигляді інгаляцій, внутрішньопорожнинних зрошень, а також коктейлів.

Сумісність фізіотерапевтичних процедур. Значна кількість спостережень свідчить про принципову несумісність та небажаність поєднання деяких фізичних методів лікування в один день для переважної більшості пацієнтів.

В один день не суміщають процедури, які викликають виражену генералізовану реакцію організму, впливають на загальну реактивність, можуть викликати втому, переподразнення, загострення захворювання, функціональні порушення. Наприклад, дві різні ванни; іонний комір та вуглекисла або сірководнева ванна; велика грязьова аплікація (близько поверхні тіла або вся паравербральна ділянка) та ванна; душ Шарко, шотландський душ і ванна та ін. Активні процедури, що викликають значну і тривалу загальну реакцію, такі, як грязьова ванна, велика грязьова аплікація, підводні кишкові промивання, індуктотермія та УВЧ у ве-

ликих термічних дозах, в один день з іншими процедурами взагалі не суміщаються.

Протипоказане проведення в один день процедур на одну і ту ж рефлексогенну зону, через яку можна перебудувати загальну реактивність організму (зона коміра, слизова носа та ін.).

Не суміщають процедури з використанням факторів, близьких за фізичною характеристикою, тому що вони сумарно можуть створити надсильний подразник. Наприклад, дві високочастотні процедури, такі, як електричне поле УВЧ та електромагнітне поле НВЧ; індуктотермія та електричне поле УВЧ; сонячні ванни та загальне УФ-опромінення.

Несумісні процедури різнонаправленої дії, наприклад, теплові та охолоджуючі: грязьові, парафінові аплікації, індуктотермія та холодні купання, душі. На фоні теплового фактора охолоджуюча дія холодової процедури буде більш значною і може викликати переподразнення. Наприклад, електрофорез броду або аміназину (особливо комірним методом) та душ Шарко, шотландський, циркулярний; вологе укутування та холодні купання.

Протипоказане поєднання процедур аналогічної дії, тому що сумарна доза подразника перевищить оптимальну і може викликати протилежний ефект. Наприклад, діадинамо- та ампліпульс-терапія, грязе- та озокеритотерапія, підводні промивання та кишкові зрошення, індуктотермія та теплове опромінення.

При використанні ультрафіолетового еритемного опромінення не слід одночасно з ним, а тим більше після нього, проводити на ту ж зону інфрачервоне опромінення (особливо від опромінювача «Солюкс»), бо останнє зменшує інтенсивність або знімає ультрафіолетову еритему.

Еритемні ультрафіолетові опромінення не слід проводити на фоні електрофорезу новокаїну або його аналогів, що блокують нервові закінчення, бо в результаті цього еритема може не виникнути.

Як правило, не рекомендується в один і той самий день призначати дві електролікувальні процедури. Виняток становить медикаментозний електрофорез на фоні електричного поля УВЧ, індуктотермії, що сприяють глибшому та кількісно більш вира-

женому введенню ліків (з цією метою використовують також інфрачервоне опромінення, ультразвук, пелюди).

Якщо загальні електрофіолетові опромінення проводять з метою загальної антирахітичної дії, то недоцільно поєднувати їх з інфрачервоним опроміненням, бо останнє у такому поєднанні послаблює антирахітичний ефект УФ-променів.

Несумісне поєднання в один день кількох, хоча і дрібних, процедур при неможливості забезпечення мінімально необхідного інтервалу часу між ними.

У дні, коли проводяться складні діагностичні дослідження (рентгеноскопія шлунково-кишкового тракту, дослідження шлункового соку, дуоденальне зондування, визначення основного обміну та ін.), пацієнта слід, по можливості, звільнити від процедур.

Під час амбулаторного лікування пацієнта, особливо без відриву від виробничої діяльності, при наявності втоми, необхідно обмежити кількість процедур, а при призначенні загальної активної процедури проводити в цей день лише її.

З іншими процедурами, у тому числі з процедурами вираженої загальної генералізованої дії, в один день можна суміщувати:

- гальванізацію та медикаментозний електрофорез переважно місцевої дії, наприклад, гальванізацію одного суглоба, електрофорез ділянки гайморової пазухи і т.п.;

- медикаментозний електрофорез за методикою загального іонного рефлексу, що не викликає активної реакції безпосередньо на саму процедуру;

- діадинамо- або ампліпульстерапію;

- електричне поле УВЧ, електромагнітне поле НВЧ, УФ-опромінення, ультразвуковий вплив, переважно місцевої дії, на невеликі віддалені ділянки тіла (мигдалики, кисть, стопа і т.п.).

5.5. Лікувальна фізкультура та масаж

Основними засобами ЛФК є фізичні вправи та природні фактори.

В санаторно-курортних умовах застосовують такі фізичні вправи:

- гімнастичні (без снарядів, із снарядами, на снарядах);
- спортивно-прикладні: ходьба-теренкур, біг, плавання, гребля;
- ігри – малорухомі, спортивні (волейбол, теніс, елементи баскетболу).

Природні фактори на курортах використовуються в таких формах:

- сонце – супровідне опромінення в процесі застосування фізичних вправ та сонячні ванни, як метод загартування;
- повітря – аерація в процесі фізичних вправ та повітряні ванни, як метод загартування;
- вода – обтирання (часткове та загальне), обливання водою та душі гігієнічні, купання в морі.

Гімнастичні вправи впливають не тільки на різні системи організму, але й на окремі м'язові групи, суглоби, що дозволяє відновити та розвивати ряд рухових можливостей (сила, швидкість, координація).

Усі вправи розділяють на загальнорозвиваючі (загальноукріплюючі) та спеціальні.

Загальноукріплюючі вправи спрямовані на оздоровлення та укріплення всього організму.

Задача спеціальних вправ – вибіркова дія на ту чи іншу частину опорно-рухового апарату.

Одні й ті ж вправи для однієї людини можуть бути загальноукріплюючими, а для іншого – спеціальними. Крім того, одні й ті ж вправи, в залежності від методики їх застосування, можуть сприяти вирішенню різних задач. Наприклад, згинання та розгинання в колінному суглобі у одного хворого може бути застосовано для розвитку рухомості в суглобі, а у другого – для укріплення м'язів, що оточують суглоб, у третього – для розвитку м'язово-суглобового відчуття. Взагалі спеціальні вправи застосовують разом із загальноукріплюючими.

Гімнастичні вправи розділяють на вправи для:

- дрібних м'язових груп (кисті, стопи, обличчя);
- середніх м'язових груп (шия, передпліччя, гомілка, плече, стегно);

— крупних м'язових груп (верхні та нижні кінцівки, тулуб).
Такий поділ виправданий, тому що розмір навантаження залежить від кількості м'язової маси, яка бере участь у вправах.

За характером м'язового скорочення гімнастичні вправи ділять на динамічні та статичні.

Приклади динамічних вправ – згинання, розгинання верхніх кінцівок в ліктьовому суглобі, плечовому суглобі.

Скорочення м'язів, при якому вони розвивають напругу, але не змінюють своєї довжини, називається ізометричне. Це статична форма скорочення.

За ступенем активності динамічні вправи можуть бути активними та пасивними.

Активні вправи можуть виконувати в полегшених умовах, тобто з усуненням сили тяги, сили тертя, реактивних м'язових сил. Щоб полегшити виконання рухів запропоновані спеціальні слизькі поверхні (горизонтальні та вертикальні), роликові візки, різні підвіси, які усувають силу тертя.

Пасивними називають вправи, які виконуються за допомогою інструктора без вольової сили хворого, при цьому активне скорочення м'язів відсутнє.

Пасивні вправи призначають для покращення лімфо- та кровообігу, попередження тугорухомості суглобів в тих випадках, коли активні рухи не можуть бути виконані самим хворим.

За характером розрізняють групи вправ:

— вправи на розтяг – при тугорухомості суглобів, низькій еластичності тканин та шкіри;

— вправи у рівновазі – для покращення координації руху, покращення постави, з метою відновлення порушених функцій (при захворюванні ЦНС, порушенні мозкового кровообігу, захворюваннях вестибулярного апарату);

— коригуючі вправи для укріплення послаблених та розтягнутих м'язів, тобто відновлення нормальної м'язової ізотонії (при сколіозі, остеохондрозі);

— вправи на координацію – це важкі комбінації різних рухів (при розладі ЦНС та периферичної нервової системи);

- вправи на розслаблення – носять загальний характер. Це усвідомлене зниження тонуру різних м'язових груп;

- рефлекторні вправи – вплив на визначені м'язові групи за допомогою напруження інших м'язових груп, значно віддалених від тренувальних.

Хоча всі вправи пов'язані з диханням, прийнято виділяти дихальні вправи, які покращують та активізують функцію зовнішнього дихання.

Дихальні вправи розділяють на динамічні та статичні:

- динамічні дихальні вправи пов'язані з рухом рук, плечовим поясом, тулубом;

- статичні вправи здійснюються тільки за участю діафрагми та міжреберних м'язів. Виділяють загальні та спеціальні дихальні вправи.

Загальні дихальні вправи покращують м'язову вентиляцію та укріплюють основні дихальні м'язи. Це досягається динамічними та статичними вправами.

Спеціальні дихальні вправи – активний засіб профілактики та боротьби з легеновими ускладненнями, особливо в гострому періоді.

Основними формами ЛФК є:

- ранкова гігієнічна гімнастика;
- процедура лікувальної гімнастики;
- фізичні вправи у воді;
- прогулянки;
- оздоровчий біг;
- різні спортивно-прикладні вправи;
- ігри рухові та спортивні.

Ранкова гігієнічна гімнастика проводиться з використанням роздільного та змішаного методів.

Лікувальна гімнастика – провідна форма ЛФК. Допоміжним є метод самостійних занять. В лікувальній гімнастиці взагалі застосовують гімнастичні вправи.

Прогулянки можуть бути пішохідними, на лижах, човнах, велосипедах.

При оздоровчому бігу підтюпцем, як формі ЛФК, використовуються:

а) біг підтюпцем, який чергується з ходьбою та дихальними вправами;

б) неперервний та довгочасний біг підтюпцем, що доступний людям молодого та зрілого віку, достатньо підготовленим.

Ігрові заняття застосовуються для активізації рухового режиму, збільшення емоційного тону.

Спортивні вправи ЛФК застосовують у вигляді прогулянок на лижах, плавання, греблі. Спортивні вправи мають дозований характер.

Методи застосування фізичних вправ

А. Гімнастичний – дозволяє поступово збільшувати навантаження та здійснювати направлену дію фізичних вправ на функції подразнених систем.

Б. Спортивно-прикладний – доповнює гімнастичний. Спортивні вправи в ЛФК застосовують дозовано.

В. Ігровий – (рухові спортивні ігри) створює позитивні емоції, збільшує функціональну активність організму, часто використовується у дітей.

Методи, які використовуються в ЛФК

Метод корекції – комплекс лікувально-профілактичних заходів (режим, гімнастика, масаж, ортопедичні та механотерапевтичні заходи), які використовують для повного чи часткового усунення анатомо-функціональної недостатності опорно-рухового апарату.

Розрізняють корекцію активну та пасивну.

Активна – це спеціально-коригуючі вправи в комплексі з загальноукріплюючими.

Фізичне навантаження ділиться на 3 ступені:

– велике навантаження: без обмежень вибору фізичних вправ в ЛФК;

– середнє навантаження: виключаються біг, стрибки та більш складні гімнастичні вправи;

— слабке навантаження: застосування елементарних гімнастичних вправ, більшість для кінцівок, в комплексі з дихальними вправами.

Розрізняють:

- індивідуальний метод проведення;
- малогруповий метод проведення;
- груповий метод проведення;
- самостійний метод проведення.
- Лікувальна гімнастика складається з трьох розділів:
 - ввідний;
 - основний;
 - заключний.

Протягом першої частини процедури навантаження зростає, а протягом останньої чверті – знижується. На основний розділ процедури в першій половині курсу лікування приходить 50% часу, призначеного для проведення всієї процедури. У другій половині курсу трохи більше.

Фізіологічна крива навантаження будується за принципом багаточасової кривої. В першій половині лікування збільшення та зменшення навантаження виражені менше ніж у другій половині.

Механотерапія – це форма ЛФК, основним змістом якої є дозовані, ритмічні повторювані фізичні вправи на спеціальних апаратах або приладах з ціллю відновлення рухомості в суглобах (апарати маятникового типу), полегшення рухів та укріплення м'язів (апарати блокового типу), збільшення загальної працездатності (тренажери).

Вправи на механоапаратах сприяють покращенню кроволімфообігу в м'язах та суглобах, відновленню їх функцій.

Показання до механотерапії: наслідки захворювань та ушкоджень органів руху, парези, вибіркові паралічі, гіпотрофія м'язів кінцівок.

Вправи на тренажерах показані при порушеннях жирового обміну, хронічних неспецифічних захворюваннях органів дихання поза загостренням та захворюваннях серцево-судинної системи без недостатці кровообігу.

Масаж – це сукупність прийомів механічного дозованого впливу у вигляді тертя, тиску, вібрації, які здійснюються безпосередньо на поверхні тіла людини як руками, так і спеціальними апаратами через повітряне, водне або інше середовище.

Масаж може бути загальним і місцевим.

Масаж дозволяється всім здоровим пацієнтам. В цьому випадку перші сеанси повинні бути більш короткими і менш інтенсивними, щоб пацієнт звик до прийомів масажу і технічних навиків самого масажиста.

Масаж призначається на всіх етапах медичної реабілітації хворих, в комплексному лікуванні підгострих і хронічних захворювань органів травлення, кровообігу, нервової системи, опорно-рухового апарату, внутрішніх органів та як загальноукріплююча процедура з метою профілактики.

Види масажу:

- лікувальний;
- спортивний;
- гігієнічний;
- косметичний;
- самомасаж.
- Масаж за технікою виконання буває:
- класичний;
- точковий;
- сегментарний;
- фінський, шведський, узбецький та ін.
- За формами проведення масаж поділяють на:
- загальний;
- частковий;
- апаратний;
- мануальний;
- комбінований

Техніка масажних прийомів:

Масажні прийоми виконуються різними відділами та поверхнями кисті масажиста:

- поверхнею долоні (долоня, поверхня пальців долоні, подушечки пальців, підняття першого пальця, основа долоні);

- тильною поверхнею (дистальні фаланги, середні фаланги, проксимальні фаланги пальців, променевий край та ліктьовий край кисті).

При виконанні окремих прийомів використовується не тільки поверхня долоні, але й тильна поверхня кисті, яка впливає то зігнутими під прямим кутом пальцями, то усією тильною поверхнею та виступами пальців, зігнутих в кулак – гребнями.

Прийоми ручного масажу:

- погладжування;
- розтирання;
- розминання;
- ударні та вібраційні прийоми;
- пасивні рухи.

Погладжування – це маніпуляція, при якій рука, «масуючи», рухається по шкірі з різною ступеню надавлювання і не зсовує її в зморшки. При погладжуванні шкіра очищується від лусок, залишку секрету, потових залоз. Поліпшується шкіряне дихання, процеси обміну, збільшується шкіряно-м'язовий тонус, шкіра стає гладкою, еластичною, пружною. При погладжуванні полегшується відтік крові та лімфи, що сприяє зменшенню набряку. Цей прийом допомагає швидкому виведенню продуктів обміну та розпаду з організму.

В залежності від методики використання прийому та його дозування, погладжування може заспокоювати або збуджувати нервову систему. Наприклад, поверхнєве площинне погладжування – заспокоює, а глибоке та переривчасте – збуджує.

До основних прийомів відносять: площинне погладжування (поверхнєве, глибоке та переривчасте), охоплююче погладжування.

Допоміжні прийоми: щипкоподібні; граблеподібні; гребнеподібні; гладження.

Розтирання — це маніпуляція, при якій рука, «масуючи», зміщує шкіру, викликаючи зрушення та розтяг в різних напрямках.

Прийоми поділяються на основні та допоміжні.

Основні: прямолінійне; кругове; спіралеподібне.

Допоміжні: пиляння; перетинання; штрихування; стругання.

Розтирання виконується енергійно, що сприяє збільшенню рухомості тканин, які масажуються, у відношенні до прилежних шарів. При цьому посилюється приплив лімфи та крові до тканин, які масажуються, що покращує їх трофіку та процеси обміну, з'являється гіперемія. Прийом сприяє розпушенню, роздрібненню патологічних утворень в різних шарах тканини. Енергійне розтирання по ходу нервових стовбурів та на місці нервових закінчень на поверхні тіла викликає зниження нервової збудливості.

Розминання – це прийом, при якому масажуюча рука виконує 2 – 3 фази:

- перша – фіксація, захват частини, що масажуються;
- друга – здавлювання, стиск;
- третя – розкатування, роздавлювання, саморозминання.

Різновиди прийомів:

Основні – непереривчасті (лабільні, стабільні) та переривчасті (лабільні, стабільні). Допоміжні: струс, струшування, рубання, поплескування, постукування, пунктирування.

Різновиди прийому мають виражену рефлекторну дію, що викликає посилення рефлексів. В залежності від частоти та амплітуди вібрації, розширюються та звужуються судини. Значно знижується артеріальний тиск, зменшується частота серцевих скорочень. Різні прийоми вібрації впливають на периферійну, центральну нервову систему, тонізують їх та збуджують (використовують при паралічах, атрофії окремих м'язових груп).

Сегментарний масаж

Використовуються класичні прийоми, але модифіковані в залежності з наявними рефлекторними змінами.

Прийоми:

- свердлування – III – IV пальцями роблять кругові гвинтоподібні рухи (направлені до хребта), масажуючи знизу вверх від одного сегменту до іншого;
- прийом пилки – масажист розсовує I та II пальці обох кистей та розміщує їх по боках хребта так, щоб між ними виникав

шкірний валик. Після цього обома руками здійснює пиляючі рухи в протилежних напрямках;

- дії на промежини між остистими відростками хребців – II та II пальцями обох рук виконують дрібні кругові рухи, направлені до протилежних сторін, поглиблюючись вище і нижче остистого відростку;

- прийом переміщення – ліва рука на тазу, правою виконують гвинтоподібні рухи, направляючись до хребта, рухаючись знизу вверху, а лівою рукою – дрібні рухи в інший бік;

- дія на білялопаточну зону – ліва рука охоплює праве передпліччя, а права – II – V пальцями вздовж внутрішнього краю лопатки. Після чого – розминання верхнього краю трапецеподібного м'яза;

- струс тазу – кисті в положенні пронації на поздовжніх гребнях. Короткими бічними коливальними рухами здійснюється струс тазу з одночасним переміщенням кисті до хребта;

- розтяг грудної клітини – стискується грудна клітина і за командою «вдих» масажист прибирає руки. Здавлення тільки у фазі глибокого видиху.

- дія на кінцівки – спочатку масажують стегно та плече, а потім гомілку та передпліччя. Рухи від периферії до центру.

Протипоказання: дітям до 15 – 16 років; літнім людям за 60 років; всі протипоказання, як при класичному масажі.

Протипоказання до масажу: гострі лихоманкові стани; гострі запальні процеси; кровотечі; гнійні процеси (де б вони не були); шкірні захворювання (інфекційної або грибової етіології); хвороби крові; тромбоз та значне розширення вен з порушенням трофіки; атеросклероз з церебральними кризами; аневризми судин; запалення лімфатичних вузлів; активна форма туберкульозу; доброякісні і злоякісні пухлини; сифіліс; психічні захворювання із зміненою психікою; захворювання органів черевної порожнини з нахилом до кровотечі; болі із застосуванням наркотиків; хронічний остеомієліт; ендартеріїт з порушенням трофіки; гостра серцево-судинна, ниркова і печінкова недостатності; шкірні алергічні реакції.

Не можна масажувати живіт в період менструації та вагітності.

Питання для самоперевірки.

1. Аеротерапія як метод кліматолікування.
2. Дозовані кліматопроедури в комплексному лікуванні хворих.
3. Які показання для призначення кліматолікувальних режимів?
4. Геліотерапія як метод кліматолікування. Параметри процедур.
5. Таласотерапія як метод кліматолікування.
6. Які кліматопроедури призначаються в літній період (з травня по жовтень)?
7. Які кліматопроедури призначаються в холодну пору року (жовтень – квітень)?
8. Які існують кліматотерапевтичні споруди?
9. Який вплив водолікувальних процедур на організмі людини?
10. Як поділяють водолікувальні процедури?
11. Обливання, обтирання та укутування як водолікувальні процедури.
12. Ванни як водолікувальні процедури. Які існують види ванн, їх дія на організм людини, показання та протипоказання?
13. Душ як водолікувальна процедура. Які види душу існують?
14. Які основні показання для грязелікування?
15. Глина, пісок, парафін та озокерит як лікувальні фактори.
16. Які існують методики парафінолікування?
17. Які існують дві основні методики лікування озокеритом?
18. Які основні протипоказання до грязелікування і взагалі теплолікування?
19. Що відноситься до преформованих фізичних факторів?
20. Що таке фізіотерапія? Принципи сучасної фізичної терапії.
21. Які існують основні засоби ЛФК?
22. Які методи використовуються в ЛФК?
23. Які основні форми ЛФК?
24. Які методи лікування імпульсними струмами високої напруги?

25. Які методи лікування електричним та магнітним полями?
26. Які методи лікування механічними коливаннями?
27. Які методи лікування оптичним випромінюванням?
28. Які методи лікування аерозолями?
29. Сумісність фізіотерапевтичних процедур.
30. Що таке масаж? Види масажу. Які протипоказання до масажу?

Рекомендована література.

1. Велично В. В. Організація рекреаційних послуг: навч. посібник. Х.: Харк. нац. ун-т міськ. госп-ва ім. О. М. Бекетова. 2013. 202 с.
2. Заваріка Г. М. Курортна справа : навч. посіб. К. : «Центр учбової літератури», 2015. 264 с.
3. Гаврилов П. Ф., Кузнецов Д. И. Кумыс – ценное лечебно-профилактическое средство. Тамбов, 1961.
4. Гулиева С. А. Уникальная лечебная нафталановая нефть. Баку, 1981.
5. Кравець О. М. Курортологія : підручник. Харків : ХНУМГ ім. О. С. Бекетова, 2017 . 166 с.
6. Лечебная физическая культура. /Под ред. В. А. Епифанова. М., 1987.
7. Магазаник Г. Л. Торфолечение. Л., 1949.
8. Николаенко Д. В. Рекреационная география. М., 2001.
9. Олефиренко В. Т. Водотеплолечение. 3-е изд. М., 1986.
10. Основные принципы и методики климатолечения / Под ред. А. С. Вишневого. – М., 1965.
11. Стафійчук В. І. Рекреалогія: навчальний посібник. Херсон: ОЛДІ ПЛЮС, 2017. 428 с.
12. Фоменко Н. В. Рекреаційні ресурси та курортологія. К.: Центр навчальної літератури, 2007. 312 с.

РОЗДІЛ 6. ОРГАНІЗАЦІЯ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛІКУВАННЯ

6.1. Стандарти якості санаторно-курортного лікування

6.2. Організація санаторно-курортного харчування

6.3. Організація зустрічі, прийому та розміщення в санаторно-курортних установах

Питання для самоперевірки та рекомендована література

6.1. Стандарти якості санаторно-курортного лікування

Комплексний аналіз і оцінка діяльності санаторно-курортних закладів мають інтегральний багатофакторний характер і засновані на об'єктивному визначенні ступеня відповідності основних критеріїв оціночної шкали їх нормативному значенню.

Якість структури оздоровниць, яка встановлюється на підставі стану й оцінки матеріально-технічної бази.

Оцінка кадрових ресурсів лікарського і середнього медичного персоналу.

Оцінка результативності, ефективності і якості медичної діяльності:

- повнота надання медичної допомоги;
- якість проведення лікувально-діагностичних заходів;
- показники діяльності закладу.

Оцінка надання сервісних послуг. З метою аналізу діяльності використовуються розроблені та затверджені:

- стандарти санаторно-курортного лікування, стандарти роботи їдалень, культурно-масових заходів;
- технологічні карти роботи персоналу;
- посадові інструкції;
- алгоритми надання невідкладної допомоги;
- методичні посібники.

Встановлені критерії та стандарти служать для оцінки діяльності санаторію при проведенні акредитації шляхом порівняння фактичних даних з нормативними показниками.

Оцінка наявності видів лікування. Кожен санаторій повинен мати мінімальний набір видів лікування (стандарт), причому, кожен вид лікування має свою питому вагу в лікувальних програмах.

Види лікування:

- кліматотерапія;
- бальнеотерапія;
- пелоїдо(тепло)терапія;
- гідротерапія;
- дієтотерапія;
- апаратна фізіотерапія;
- масаж;
- лікувальна фізкультура та кінезотерапія.

Оцінка видів лікування повинна доповнюватися оцінкою відповідності кількості отриманих процедур установленим стандартам у середньому на одного хворого (таблиця 6.1).

Таблиця 6.1 – Стандарти кількості процедур

Вид процедур	Стандарт к-сті
Бальнеопроцедури	8
Грязьові (теплові) процедури	8
Водолікувальні процедури	10
Кліматолікувальні процедури	12
Апаратні фізіопроцедури	10
Процедури кінезотерапії	12
Процедури масажу	10
Дієтотерапія (охоплення методом)	40%

1. Оцінка доступності медичної допомоги здійснюється на основі аналізу можливості:

- вибору лікаря пацієнтом;
- одержання медичної допомоги в день надходження;
- одержання консультації вузьких фахівців;
- лабораторного обстеження;

- одержання базових видів фізіопроцедур на 2 – 3-й день із моменту надходження.

2. Оцінка укомплектованості, кваліфікації і професіоналізму медичного професіоналу (лікарів і середніх медичних працівників) проводиться експертами на основі:

- визначення відповідності між стажем роботи й одержанням (чи підтвердженням) категорії з урахуванням установлених термінів;
- наявності сертифіката фахівця;
- співбесід у рамках функціональних обов’язків (за потреби).

Оцінка матеріально-технічною забезпечення здійснюється з урахуванням наявності функціонального оснащення устаткування, апаратури і предметів догляду за пацієнтами відповідно до видів надання медичної допомоги.

Оцінка санітарно-протиепідемічного режиму здійснюється за участю експерта та з використанням відповідної методики, що передбачає аналіз санітарно-гігієнічних умов і протиепідемічного режиму санаторно-курортних закладів.

Санітарно-гігієнічна оцінка харчування передбачає використання універсальної експертної шкали. Методика, як уже відзначалося, заснована на визначенні бальної оцінки структури (санітарно-технічний стан харчоблоку, його санітарно-гігієнічний стан, санітарно-гігієнічне утримання, дотримання протиепідемічного режиму), оцінки якості технологічного процесу лікувального харчування за показниками результативності.

Аналіз санітарно-технічного стану харчоблоку передбачає оцінку:

- достатності приміщень;
- раціонального розташування цехів;
- достатності необхідного устаткування;
- достатності технологічного інвентарю;
- системи функціонування гарячого і холодного водопостачання;
- освітлення на робочих місцях;
- ефективності вентиляції;

- умов для дотримання правил особистої гігієни.

Експертиза санітарно-гігієнічного вмісту харчоблоку враховує:

- справність устаткування;
- дотримання санітарних правил експлуатації устаткування;
- дотримання санітарних правил зберігання продуктів;
- дотримання санітарних правил використання інвентарю;
- дотримання температурних режимів і експозиції приготування страв;
- виконання санітарних правил при порціюванні і роздачі готової їжі;
- дотримання правил миття та обробки кухонного посуду;
- виконання правил прибирання приміщень.

Оцінка дотримання протиепідемічного режиму здійснюється на підставі:

- перевірки санітарних книжок про стан здоров'я і допуску до роботи на харчоблок співробітників;
- перевірки журналу на наявність гнійничкових захворювань, який повинен вестися щодня;
- протоколів лабораторного дослідження змивів з устаткування, інвентарю, рук персоналу на наявність кишкової палички і стафілокока;
- відсутності аварійних ситуацій на каналізаційних і водогінних мережах харчоблоку;
- забезпеченості дезінфікуючими засобами і дотримання правил їхнього використання.

Оцінка якості технологічного процесу лікувального харчування включає:

- оцінку ведення документації;
- оцінку системи призначення лікувального харчування;
- оцінку фактичних витрат продуктів харчування і коштів;
- оцінку відповідності нормам харчування на одного хворого на день;
- середньодобовий набір продуктів для одного хворого;

- оцінку контролю за дотриманням технологічного процесу, якістю продуктів і готової їжі;

- оцінку сервісних послуг.

Оцінка відповідності організації роботи служби лікувального харчування основним принципам ґрунтується на:

- сполученні лікувального харчування з іншими лікувальними чинниками (природними, фізичними, медикаментозною терапією та ін.);

- динамічності лікувального харчування (застосування лікувального харчування відповідно до перебігу хвороби, періодичного призначення різноманітного повноцінного харчового раціону, особливо при хронічних захворюваннях, призначення розвантажувальних дієт);

- призначенні лікувального харчування з урахуванням енерговитрат пацієнта;

- сполученні лікувального харчування у вигляді цільових раціонів (лікувальні столи і контрастні дні) і призначення продуктів специфічної дії;

- дотриманні основних правил призначення лікувального харчування (перелік обов'язкових продуктів, хімічний склад і калорійність денного раціону, режим харчування, температура їжі, денне меню);

- своєчасності призначення лікувального харчування, запису в історії хвороби з зазначенням номера і найменування дієт;

- роз'ясненні хворому того, як діють дієти.

6. Оцінка забезпечення ліками проводиться за участю експертів шляхом оцінки стандартів медикаментозного забезпечення і фармопорядку в закладі.

При оцінці стандартів забезпечення ліками експертизі піддаються взяті вибірково історії хвороби з використанням формулярного списку медикаментів. Показник оцінки стандартів забезпечення ліками визначається на основі співвідношення між регламентованим і фактично наявним переліком медикаментів, а також шкали експертної оцінки.

Оцінка фармацевтичного порядку має на меті дати об'єктивний експертний висновок про виконання технології забезпечення ліками закладу і передбачає оцінку:

- доставки ліків;
- умов збереження медикаментів і виробів медичного призначення;
- дотримання термінів придатності медикаментів;
- запасу медикаментів.

При оцінці доставки лікарських засобів ураховується:

- наявність спеціальної тари для доставки;
- використання додаткових контейнерів для ін'єкційних розчинів.

При оцінці умов збереження медикаментів і перев'язувальних засобів до уваги береться:

- наявність шаф, холодильників;
- поділ медикаментів на групи за способом застосування, за дією (прості, сильнодіючі, отруйні), за фізико-хімічними властивостями (пахучі, забарвлені, термолабільні, надчутливі);
- зберігання ліків окремо від розчинів для технічних цілей;
- дотримання рекомендованих умов збереження для окремих груп препаратів;
- наявність списків вищих разових і добових доз для отруйних, наркотичних, сильнодіючих засобів, таблиці протиотрут, антидотів.

У процесі аналізу запасу медикаментів і виробів медичного призначення оцінюються:

- запас медикаментів для поточної потреби закладу (не більш ніж 10-денної, отруйних – не більш ніж 5-денної, наркотиків – 3-денної потреби);
- упакування медикаментів (тільки заводське, аптечне з зазначенням способу введення ліків, з необхідними додатковими етикетками);
- відсутність фактів фасування медикаментів, заміни етикеток, переливання, переміщення ліків з одного посуду в інший.

При вивченні термінів придатності медикаментів оцінюється:

- відповідність термінів застосування термінам придатності, зазначеним на оригінальній упаковці;

- тривалість збереження проколотих флаконів зі стерильними розчинами (повинні використовуватися протягом 24 годин після першого проколу).

7. Оцінка адекватності медичної допомоги здійснюється на основі аналізу доцільності її надання з урахуванням етапів, медичних показань і критеріїв завершення етапу.

Для оцінки адекватності надання медичної допомоги методом вибіркового обстеження 10 – 15-и пацієнтів визначають реальну адекватність її одержання.

8. Оцінка діяльності органів управління санаторно-курортних закладів визначається керівником експертної групи за результатами оцінки таких показників:

- нормативно-правове забезпечення;
- робота з кадрами;
- рівень організації управління;
- оцінка роботи адміністративного персоналу;
- господарська діяльність;
- фінансова діяльність.

Нормативно-правове забезпечення включає:

- технічний паспорт закладу;
- функціональні обов'язки підрозділів;
- посадові інструкції;
- колективний договір колективу й адміністрації;
- документацію з техніки безпеки;
- документацію з метрологічного контролю.

Робота з кадрами оцінюється за показниками:

- професійна підготовка керівного складу – головного лікаря, заступника головного лікаря, головної медичної сестри (категорія за фахом, стаж за фахом, рік удосконалення за фахом, наявність сертифіката фахівця зі спеціальності);

- відношення кількості лікарів вищої і першої категорії до загальної кількості лікарів (%);

- коефіцієнт заміщення лікарів середнім медперсоналом;

- відношення кількості середнього медичного персоналу вищої і першої категорії до загальної кількості середнього медичного персоналу (%);
- коефіцієнт сумісництва;
- післядипломне навчання лікарів (% на рік);
- післядипломне навчання середнього медичного персоналу (% на рік).

Оцінка рівня організації управління виробляється за станом:

- 1) планування роботи (наявність планів, зміст, виконання):
 - комплексний план роботи закладу;
 - фінансовий план і його забезпечення;
 - план соціального розвитку;
 - план заходів при надзвичайних ситуаціях;
 - план післядипломного навчання персоналу;
 - планування та облік лікарською забезпечення;
 - план технічного переоснащення закладу;
- 2) забезпечення ефективності і якості:
 - колективні форми організації праці;
 - застосування методів економічного стимулювання;
 - регулярність і якість лікарських конференцій;
 - освоєння нових технологій і методів;
- 3) оптимізація управління:
 - підготовка резерву керівників;
 - економічне навчання кадрів;
 - своєчасність і адекватність прийняття управлінських рішень;
- рівень комп'ютеризації управління;
- 4) оцінка роботи завідувачів відділеннями:
 - регулярність клінічних обходів;
 - регулярність і якість клінічних розборів;
 - обсяг лікувально-консультативної роботи;
 - організація лікувально-діагностичного процесу;
 - експертиза якості лікувальної роботи;
 - контроль за використанням медикаментів;
- 5) експертиза якості робіт:

- організація експертизи якості;
- організація роботи реєстратури;
- наявність перспективного плану роботи;
- якість ведення документації;
- аналіз скарг;
- достовірність статистичних даних;
- господарська діяльність;
- фінансова діяльність:
- виконання фінансового плану закладу;
- виконання плану ліжко-днів (%);
- рентабельність позабюджетної діяльності (%).

6.2. Організація санаторно-курортного харчування

Ідальні санаторно-курортних закладів спеціалізуються на обслуговуванні відпочивальників, які потребують переважно дієтичного харчування.

Дієтичне харчування – обов’язкова та невід’ємна частина комплексного лікування, незалежно від захворювання, в санаторно-курортних закладах.

Основний принцип дієтичного харчування, що висувається до раціонального харчування, – патогенетична збалансованість хімічного складу раціонів з урахуванням біологічних ефектів харчових речовин та окремих продуктів при різних патологіях.

В санаторно-курортних закладах хворим запропоновано п’ять об’єднаних універсальних дієтичних раціонів харчування.

Мета такого харчування полягає в тому, щоб сприяти процесам санаторно-курортного лікування тих чи інших захворювань і не викликати загострення супутніх захворювань.

Дієтичні раціони розглядаються як тренуючі та стимулюючі компенсаторні механізми, що дозволяють хворому отримувати різноманітне і повноцінне харчування.

Дієтичний раціон № 1 (непротертий варіант) об’єднує існуючі дієтні столи по Певзнеру № 1 та № 5 «п» – призначається при хронічних захворюваннях шлунка з підвищеною кислотністю і при хронічних панкреатитах.

Мета призначення: нормалізація секреторної і рухової функції шлунка і підшлункової залози, запобігання жирової інфільтрації підшлункової залози.

Харчування цієї групи хворих базується на таких принципах: повноцінність, збалансованість, помірність, механічне і хімічне щадіння.

Дієтичний раціон складається з вегетаріанських, дієтичних супів на овочевих відварах, на пару, нежирних сортів відварного м'яса і риби, молочних і кисломолочних продуктів.

Енергоцінність раціону складає: Б – 100 – 120 г; Ж – 80 – 100 г; В – 400 – 450 г; енерг. 3500 ккал; вільної рідини 1,5 л.

Дієтичний раціон № 2 – об'єднує дієти № 2 і № 5, призначається при хронічних захворюваннях шлунка із зниженою кислотністю при хронічних холециститах.

Мета призначення: забезпечення повноцінним харчуванням. При цьому сприяти посиленню функцій залоз шлунка, які збереглися, жовчовиділенню, хімічному щадінню печінки, нормалізації її функції, помірно впливати на функцію кишечника.

Методика дієтотерапії при цьому спрямована на активний вплив на жовчовидільну систему, перешкоджає застою жовчі, а також на стимуляцію секреторної і моторної функції шлунка. Дієта має бути збагачена овочами, фруктами.

Енергоцінність раціону складає: Б – 100 – 120 г; Ж – 100 – 110 г; В – 350 – 400 г; енерг. 3500 – 3600 ккал.

Дієтичний раціон № 3 об'єднує існуючі дієти № 8, № 9, призначається при захворюваннях внаслідок порушення обміну речовин, зокрема, на цукровий діабет, ожиріння I та II ступеня.

В основі цих захворювань лежить розлад обміну вуглеводів, жирів. Внаслідок цього страждає ендокринна, центральна нервова системи.

Мета призначення: впливання сприятливим чином на обмін речовин, нормалізацію вуглеводного обміну, запобігання порушенню жирового обміну. В раціоні повинні бути нежирні сорти м'яса та риби, негострі та несолоні сири, яєчні білки.

З дієтраціону виключаються або обмежуються вуглеводи за рахунок цукру, кондитерських виробів, солодких напоїв, варення, меду та ін.

Цукор у стравах і напоях замінюється на ксиліт, сорбіт (30 г в день), інші замінники цукру.

Енергетична цінність складає: Б – 100 – 110 г; Ж – 80 – 90 г (40% олія); В – 250 – 300 г; енерг. 2770 – 3000 ккал.

Дієтичний раціон № 4 об'єднує дієти № 10, № 7, № 6, призначається при захворюваннях серцево-судинної, сечовидільної систем, опорно-рухового апарату.

Мета призначення: сприяння поліпшенню кровообігу, функції серцево-судинної системи, помірному щадінню функції нирок, зменшенню гіпертензії і набряків, поліпшенню виведення з організму азотистих пуринів і інших продуктів обміну речовин.

У дієтрації обмежується вміст натрію хлориду і екстрактивних речовин, зменшується споживання рідини, але збільшується вміст калію, магнію, ліпотропних речовин, продуктів, що мають злужнюючу дію (молочні продукти, овочі, фрукти).

Енергоцінність раціону складає: Б – 100 – 110 г; Ж – 80 – 90 г; В – 400 – 450 г; енерг. 3500 ккал.

Дієтичний раціон № 5 призначається для хворих та відпочиваючих в санаторно-курортних закладах, які не потребують спеціального харчування.

Мета призначення – забезпечення фізіологічно повноцінним харчуванням в умовах санаторію.

Хімічний склад і енергоцінність: Б – 110 – 120 г; Ж – 100 – 110 г (30 % олія); В – 400 – 450 г; енерг. 3600 – 3800 ккал, вільна рідина 1,5 – 2 л, кухонна сіль 8 – 10 г.

Особливість організації харчування в санаторно-курортних закладах заключається в тому, що воно повинно бути організовано одночасно для різноманітного контингенту з урахуванням особливого підходу до структури продуктового набору та забезпечення харчовими речовинами відповідно фізіологічних вимог.

Харчування в санаторіях здійснюється за 7-денними меню, які складаються з врахуванням дієтичних раціонів та середньодобових норм продуктів. Меню можна коригувати залежно від профілю санаторію, вартості харчування, сезонності року. Семиденні меню затверджуються на медраді санаторію та узгоджуються в міській СЕС.

В основу меню покладена збалансованість добового раціону за основними хімічними нутрієнтами (білками, жирами, вуглеводами) та амінокислотним складом, мінеральними речовинами, вітамінами тощо. При цьому обов'язково враховуються енергетична цінність лікувального раціону, а також вимоги щодо різноманітного харчування та доцільного поєднання продуктів і кулінарних страв.

При необхідності, в особливих випадках (наприклад, поєднання декількох захворювань, загострення перебігу хвороби, при індивідуальних особливостях стану хворого) призначається індивідуальне харчування.

В санаторно-курортній практиці допускається розширений асортимент страв, комерційна система організації харчування на замовлення, система «зигзагів» тощо.

Працівники їдалень повинні бути добре підготовлені теоретично та практично з питань дієтичної кулінарії.

Дієтичні страви готують за спеціальними рецептурами та технологією. Кухарі мають високий кваліфікаційний розряд і відповідні знання у лікувальному харчуванні.

Первинним та основним документом на виробництві є карта страв, тобто, набір технологічних карток, які використовуються у харчуванні. Кожна картка-розкладка має свою нумерацію в картотеці. Складається та підписується інженером-технологом, завідуючим виробництвом, лікарем-дієтологом, затверджується керівником санаторію.

При потребі до рецептур страв та кулінарних виробів вносяться зміни, компоненти у відповідності з «Нормами взаємозаміни продуктів при приготуванні дієтичних страв». В кожній картці-розкладці описується приготування кулінарних страв та виробів.

6.3. Організація зустрічі, прийому та розміщення санаторних хворих

Одним з найважливіших етапів діяльності санаторію є організація зустрічі, прийому та розміщення прибулих на лікування хворих. У пунктах прибуття хворих (вокзали, пристані) інформа-

ція про шляхи проїзду до санаторію вивішується на видних місцях. Також використовується місцева радіомережа. У тих випадках, коли хворі з пункту прибуття до курорту доставляються автотранспортом курортних закладів, в об'явах вказується місце стоянки автотранспорту та час його відправлення. Доставка хворих здійснюється як транспортом курорту, санаторію, так і місцевим. Автобуси повинні мати надпис з найменуванням курорту або санаторію. Хворих зустрічають представники санаторію (агенти).

Для досягнення позитивного успіху у лікуванні та відпочинку дуже важливо вже на вокзалі забезпечити чітку організацію зустрічі та супроводження прибулих на курорт для лікування громадян, а також проявити увагу та турботу до них.

Санаторій починається з приймального відділення, реєстрації хворого, який поступив на лікування. Прийом хворого є однією з складових частин системи організації обслуговування в санаторно-курортному закладі, початковим ступенем «налагодження» контакту з хворим, взаєморозуміння та довіри, які необхідні для об'єднаних зусиль лікаря та хворого для перемоги над хворобою.

Приймальне відділення – це еталон організації роботи та вихованості персоналу.

В курортних закладах передбачаються площі приймальних відділень у складі приміщення для реєстрації, камери схову особистих речей хворих, буфету.

Приймальне відділення санаторію може розташовуватися в окремому будинку або в комплексі адміністративно-приймального корпусу та обов'язково на першому поверсі.

Шлях від місця зупинки транспорту до приймального відділення повинен бути освітленим та позначеним кольорово оформленими вказівками. У нічний час вони повинні обов'язково освітлюватися.

Обладнання, оснащення приймального відділення повинні відповідати не тільки вимогам гігієни, а також вимогам естетики. Красиво, зі смаком оформлене приміщення приймального відділення, чистота та затишок у ньому викликають позитивні емоції у хворих, заспокоюють та створюють у них передумови для відновлювання та укріплення здоров'я.

У приймальному відділенні розташовується наочна агітація: буклети про санаторій, інформаційний стенд (куток споживача). Робоче місце медичного реєстратора має бути комп'ютеризоване.

Медичний реєстратор є першим працівником санаторію, з яким хворий зустрічається при прибутті, він перший з персоналу вступає у контакт із хворим.

Робота медреєстратора з хворим пов'язана з великим емоційним навантаженням, з необхідністю стримуватися у розмовах та діях, уникати напруги, конфліктів та скарг зі сторони хворих.

Виписка хворих з санаторію проводиться по закінченню терміну путівки. Доставка на вокзал (пристань, аеропорт) проводиться транспортом санаторію (курорту). В окремих випадках, за медичними показаннями, хворі відправляються з супроводжуючим (відділення реабілітації).

При прибутті у приймальному відділенні на кожного хворого оформляється медична карта стаціонарного (амбулаторного) хворого та санаторно-курортна книжка, які є основними документами на період оздоровлення в санаторію.

Санаторно-курортна книжка підтверджує особу, наявність у неї путівки і служить для контролю за відвідуванням призначених лікувальних процедур.

Титульний лист є обліковим документом, затверджується печаткою. Вказується П.І.Б., номер путівки, номер відділення, палати, термін путівки, діагноз основного та супутнього захворювання, П.І.Б. завідуючого відділенням, лікуючого лікаря та номер кабінету, відмітка про проведення бесіди зі знов прибулими хворими в санаторій, підпис головного лікаря або заступника головного лікаря з медичної частини про проведення бесіди.

Санаторно-курортна книжка заповнюється медичним персоналом та складається з наступних розділів:

Водолікування: назва ванни, концентрація води, час, тривалість прийому ванни, курс лікування.

Реєстратор медичний у водолікувальниці вказує на місці номер кабінети, час відвідування, лікуючий лікар вказує дату відвідування, проти кожної дати молодша сестра медична ставить підпис, який свідчить про відпущену процедуру.

Грязелікування: вказується назва грязьової процедури, температура, експозиція, курс лікування, дата прийняття процедур. В наявності кліше людини, на якому замальовується область грязьової процедури. У грязелікувальниці реєстратор медичний вказує номер кабіни, час прийому, проти кожної процедури – підпис, який свідчить про відпуск процедури.

Фізіотерапевтичні процедури: вказується вид фізіотерапевтичної процедури, рецептура, курс лікування, дата прийняття процедури, час відвідування, номер кабінету та підпис сестри медичної про відпуск процедури.

ЛФК, механотерапія, кліматолікування: вказується вид процедури, курс лікування, дата, час відвідування, відмітка про прийняття даної процедури.

Прийом питної мінеральної води: вказується мінералізація, кількість води, температура, час прийому в залежності від прийому їжі, курс лікування, підпис сестри медичної про відпуск процедури.

В наявності вільні листи для призначення додаткових процедур, медикаментозного призначення.

У кінці санаторно-курортної книжки є лист рекомендацій при відбутті з санаторію, де відмічається ефективність лікування. Є додаткові листи для витягу копій аналізів, ЕКГ, рентгенографії, інших методів обстеження.

З приймального відділення хворі у супроводі евакуатора направляються у відповідне профілю захворювання відділення для поселення.

У відділенні хворого знайомлять з розкладом дня, правами та обов'язками пацієнта. На прийомі у лікаря хворого знайомлять з призначеним лікуванням та обстеженням. На медичному посту сестра медична проводить опосередкування призначених медичних процедур.

Для досягнення позитивного успіху в лікуванні у санаторно-курортному закладі передбачено бесіда новоприбулих пацієнтів (відпочивальників) з головним лікарем санаторію, яка проводиться в перші 2 дні після прибуття на курорт. Бесіда проводиться у спеціально відведеному залі, де є додаткова наочна інформація (стенди, фотографії, ілюстрації) про структурні підрозділи

санаторію, природно-лікувальні фактори курорту, методи лікування, історичні дані.

Метою бесіди є знайомство (опосередкування) відпочивальників з природними факторами курорту, порядком відпуску лікувальних і кліматорухових процедур, розпорядком дня, правилами поведінки в санаторію, організацією дозвілля, питаннями харчування. Бесіда є і першим знайомством відпочивальників з лікувально-оздоровчими можливостями санаторію.

Після закінчення бесіди в санаторно-курортній книжці ставиться відмітка про прослухану бесіду у вигляді особистого підпису головного лікаря.

Прийом лікаря. Кожний лікар має індивідуальний графік прийому хворих, в якому вказано час прийому первинних та повторних хворих, обходу лежачих хворих, перерви на обід, роботи з документацією та ін.

На прийом до лікаря хворий приходить за листом запрошення, в якому вказаний час прийому. У випадку, коли пацієнт не з'явився на прийом, лікар запрошує повторно через чергову сестру медичну.

Для чіткої організації роботи рекомендується кожному лікарю мати п'ять папок з найменуванням днів тижня, в яких знаходяться медичні карти для повторного прийому.

Кожному хворому лікар в санаторно-курортній книжці і на обкладинці медичної карти вказує день тижня, число та час відвідування. Первинний прийом хворого проводиться в перший день приїзду, а у нічний час – черговим лікарем. Повторний прийом проводиться на 2 – 3 день, наступні прийоми – один раз у 5 – 7 днів. При гострих захворюваннях та загостренні хронічних захворювань огляд проводиться щоденно в палаті хворого.

Хворі, які поступають у санаторій в суботу та неділю, оглядаються черговим лікарем.

На первинний прийом відводиться 30 хвилин, на повторний – 15 хвилин. Робочий день починається о 8.00 години ранку та триває до 16.12 години (робочий тиждень становить 38,5 годин).

Приблизний режим роботи лікарів:

з 8.00 до 9.00 – обхід палат та постільних хворих;

з 9.00 до 10.00 – прийом повторних хворих;

- з 10.00 до 12.00 – прийом первинних хворих;
- з 12.00 до 12.30 – перерва на обід;
- з 12.30 до 14.30 – прийом повторних хворих;
- з 14.30 до 16.12 – робота з документацією.

Кожен місяць щосередини з 8.00 – 8.15 оперативна нарада у відділенні. Щомісяця по середах лікар проводить бесіди у школі «Здоров'я» о 14.00 годині, кожний другий четвер бере участь у медраді санаторію з 14.00 до 15.00 год. або лікарських заняттях.

Медична карта стаціонарного (амбулаторного) хворого – основний медичний документ санаторію – заповнюється на кожного хворого лікуючим лікарем. В санаторіях застосовується медична карта, затверджена наказом МОЗ України № 184 від 26.07.99 р. «Про затвердження форм облікової статистичної документації».

Медична карта стаціонарного (амбулаторного) хворого вміщує всі необхідні дані, які характеризують стан хворого протягом всього періоду перебування в санаторно-курортному закладі, організацію його лікування, дані об'єктивних обстежень та призначень.

Перший розділ медичної карти стаціонарного (амбулаторного) хворого містить в собі дані, що стосуються терміну перебування, кількості проведених ліжко-днів, даних про групу крові, резус приналежність, дані про підвищену чутливість або непереносимість препарату. Заносяться паспортні дані хворого, діагноз лікувального закладу, який направив хворого, діагноз лікаря при надходженні та заключний діагноз, який заповнює лікар.

На другій сторінці медичної карти відмічається видача листка тимчасової непрацездатності (реабілітаційне відділення), результати лікування.

В перший день надходження хворого чергова сестра медична відмічає дані огляду на коросту і педикульоз.

Однією з основних вимог організації лікувально-діагностичного процесу в оздоровницях є проведення первинного лікарського огляду.

Лікар докладно записує скарги хворого, які стосуються як основного, так і супутніх захворювань. В розділі «анамнез хвороби» заносить дані про виникнення і розвиток основного захворю-

вання, по якому хворому видана санаторно-курортна картка, проведене попереднє лікування, в тому числі й санаторно-курортне.

В розділі «Анамнез життя» детально описуються дані дітей, починаючи з періоду народження, фіксуються перенесені інфекції та інші хвороби. При необхідності описуються умови життя і стан здоров'я батьків. Як у дорослих, так і у дітей необхідно в цьому розділі звернути увагу на ті моменти життя хворого, які мають зв'язок із основним захворюванням.

Об'єктивний стан хворого описується по органах і системах, детально описується стан органів і систем по основному захворюванню.

В «плані обстеження» відмічаються необхідні лабораторні (клінічні, біохімічні, імунологічні, бактеріологічні та ін.) та функціональні дослідження (так, наприклад, електрокардіограма – всім без винятку хворим у разі прийняття активних процедур та після виповнення 40 років), рентгенологічні, ультразвукові, нетрадиційні методи діагностики та ін.

План лікування складається для основного захворювання згідно з затвердженими МОЗ України «Рекомендованими стандартами санаторно-курортного лікування», Київ, 2003 р.

При надходженні в санаторно-курортний заклад хворий розписується у медичній карті про ознайомлення з санаторним режимом, планом обстеження і лікування.

Не пізніше другого дня перебування хворого в санаторії лікуючий лікар надає медичну карту на підпис завідувачу відділення.

В розділ «листок огляду та консультацій спеціалістами» записуються також огляди завідувача відділення, заступника головного лікаря з медичної частини, висновки лікувально-консультативної комісії.

В епікризі фіксуються зміни у стані здоров'я хворого після проведеного санаторно-курортного лікування, оцінюється ефективність лікування: одужання, поліпшення, погіршення, без змін, помер. Заносяться дані лабораторних та функціональних досліджень, кількість отриманих процедур, лікувальні та трудові рекомендації. Підписуються лікарем, завідувачем відділення на день виписки хворого з санаторно-курортного закладу.

Медична карта стаціонарного (амбулаторного) хворого – це медичний юридичний документ. Тому її ведення вимагає уважного відношення лікарів і середнього медичного персоналу, грамотного і акуратного заповнення, особливої чіткості і уважності необхідно дотримуватись при записі діагнозів, згідно з Міжнародною статистичною класифікацією хвороб 10 перегляду (МКХ-10), ні в якому разі не допускаються скорочення.

Діагноз при надходженні визначається при первинному прийомі хворого. Всі необхідні обстеження, у тому числі і консультаційні огляди, повинні бути закінчені у перші три дні перебування хворого в оздоровниці. Результати клінічних, функціональних та інших обстежень підшиваються до медичної карти стаціонарного (амбулаторного) хворого на спеціальних бланках.

Клінічний діагноз повинен бути виставлений не пізніше п'ятого дня перебування хворого в санаторно-курортній установі.

Якщо хворий протипоказаний для санаторно-курортного лікування, до п'ятого дня перебування його в санаторії повинні бути проведені всі обстеження і консультації. Результати лікарських оглядів і обстежень розглядаються на засіданні лікарсько-консультативної комісії (ЛКК), щодо доцільності подальшого перебування хворого в оздоровниці.

У записах консультацій повинна бути відображена характеристика стану здоров'я хворого, зміни у діагнозі і призначеннях.

У плані лікування, що складається на первинному прийомі, необхідно вказати режим фізичної рухливості, дієту, комплекс лікувальної фізкультури, кліматотерапії та інші лікувальні процедури з обов'язковим дотриманням рецептури призначення природних та преформованих факторів.

Як правило, лікар призначає лікувальні процедури на перші 5 – 6 днів (період адаптації), в подальшому, залежно від стану здоров'я хворого, проводить коригування лікувального комплексу.

У повторних щоденниках необхідно фіксувати скарги хворого, динаміку стану здоров'я, переносимість лікувальних процедур, випадки порушень санаторно-курортного режиму, в епікризі вказуються результати лікування, підраховується кількість процедур, прийнятих хворим.

Медична карта хворого, після відповідного оформлення, у 10-денний строк передається до архіву та зберігається на протязі 25 років. Результати санаторно-курортного лікування та рекомендації хворому при виписці заносяться у санаторно-курортну книжку.

У випадках переводу хворого з одного санаторного закладу в інший медична карта залишається у першому закладі. В іншу оздоровницю направляється виписка з медичної карти стаціонарного (амбулаторного) хворого за підписом лікуючого лікаря, завідувача відділенням, завірена печаткою лікувально-оздоровчого закладу. В оздоровниці, куди був переведений хворий, заводиться нова медична карта і підшивається виписка з медичної карти попереднього лікувально-профілактичного закладу.

При достроковому від'їзді хворого з оздоровниці відмічається причина від'їзду, дата і кількість невикористаних днів.

Продовження терміну санаторно-курортного лікування оформляється рішенням лікарсько-консультативної комісії, відмітка про продовження лікування та кількість днів фіксуються на сторінці 2 в графі «особливі відмітки».

Для амбулаторного хворого на першій сторінці медичної карти обов'язково записується адреса, за якою проживає хворий на курорті.

Медичні карти хворого зберігаються на цілодобовому медичному посту або в ординаторській, де забезпечена їх сувора збереженість, яка виключає ознайомлення сторонніх осіб з записами в медичних картах. У будь-яку годину доби повинен бути забезпечений доступ до медичних карт черговому медичному персоналу та лікарям швидкої медичної допомоги. Тому, в кінці робочого дня всі медичні карти мають бути повернені з лікувально-діагностичних кабінетів на медичний пост.

Питання для самоперевірки.

1. Як здійснюється комплексний аналіз і оцінка діяльності санаторно-курортних закладів?
2. Який основний принцип дієтичного харчування?
3. Які універсальні дієтичні раціони харчування запропоновано в санаторно-курортних закладах?

4. В чому полягає особливість організації харчування в санаторно-курортних закладах?

5. В чому особливість етапу діяльності санаторію – організація зустрічі, прийому та розміщення?

6. Які функціональні обов'язки приймального відділення?

7. Що є основними документами на період оздоровлення в санаторію?

8. Що таке санаторно-курортна книжка? З яких розділів вона складається?

9. Як здійснюється прийом лікаря?

10. Що таке медична карта стаціонарного (амбулаторного) хворого?

Рекомендована література.

1. Заваріка Г. М. Курортна справа : навч. посіб. К. : «Центр учбової літератури», 2015. 264 с.

2. Концепция маркетинга в управлении санаторно-курортными организациями. Агрокурорт, 2001.

3. Кравець О. М. Курортологія : підручник. Харків : ХНУМГ ім. О. С. Бекетова, 2017 . 166 с.

4. Менеджмент закладів оздоровлення та відпочинку в рекреації / За ред. В. І. Пономаренка. К.: Денеб, 2005. 416 с.

5. Проблемы развития предпринимательства в курортно-рекреационном хозяйстве, сферах отечественного и иностранного туризма / НАН Украины; Ин-т пробл. рынка и экон.-экол. исслед. Одесса, 1993.

6. Рекреация: социально-экономические и правовые аспекты. / Отв. ред. В. К. Макутов, А. И. Амоша. К.: Наук. думка, 1992.

7. Фоменко Н. В. Рекреаційні ресурси та курортологія. К.: Центр навчальної літератури, 2007. 312 с.

8. Чумаченко І. Санаторно-курортне забезпечення дорослих громадян України та роль профспілок у його здійсненні. К.: Проінформ, 2003. 48 с.

РОЗДІЛ 7. ОРГАНІЗАЦІЯ ДІЯЛЬНОСТІ КУРОРТНИХ ПІДПРИЄМСТВ

7.1. Особливості діяльності санаторно-курортних підприємств.

7.2. Управління санаторно-курортним підприємством

7.3. Умови надання санаторно-курортних послуг

Питання для самоперевірки та рекомендована література

7.1. Особливості діяльності санаторно-курортних підприємств

У Законі України «Про курорти» (2001) поняття «курорт» визначається як, освоєна природна територія на землях оздоровчого призначення, що має природні лікувальні ресурси, необхідні для їх експлуатації, будівлі та споруди з об'єктами інфраструктури, які використовуються з метою лікування, медичної реабілітації, профілактики захворювань. Курорт повинен мати: офіційне визнання, необхідне для встановлення в межах відповідної місцевості визначеного правового режиму, наприклад, на охорону природних лікувальних ресурсів, що забезпечують нормальне функціонування курорту та його розвиток; спеціальні прилади, будівлі та заклади для раціонального застосування курортних факторів (бурові свердловини, кювети, водолікарні, грязелікарні, пляжі, в тому числі лікувальні, аеросолярії, клімато-павільйони тощо); лікувально-профілактичні заклади, що забезпечують медичне обслуговування хворих, а на кліматичних курортах, крім того, оздоровчі заклади (для організації відпочинку та туризму); спортивні споруди та майданчики, культурні заклади, заклади громадського харчування та побутове обслуговування.

Природна курортна територія це унікальне ландшафтне, геологічне, економіко-географічне утворення, що є основною самостійною структурною одиницею курортно-рекреаційної галузі як складової туристичної індустрії.

Сучасна курортологія це медична наукова дисципліна, яка вивчає цілющі властивості природних фізичних факторів, характер їх дії на організм людини, можливості їх застосування з ліку-

вальною та профілактичною метою під час санаторно-курортного лікування й методи застосування курортних факторів при різних захворюваннях.

У 2000 році прийнято Закон України «Про курорти», який визначає правові, організаційні, економічні та соціальні засади розвитку курортів в Україні та спрямований на забезпечення використання природних лікувальних ресурсів з метою лікування та оздоровлення населення.

Складовою частиною індустрії гостинності є курортні готелі. У колишньому СРСР, термін «курорт» визначався як місцевість, яка мала природні, лікувальні фактори (мінеральні джерела, грязі, сприятливий клімат та ін.), володіла необхідними умовами для їх застосування з лікувально-профілактичними цілями, призначена курортом у порядку, встановленому ст. 45 Основ законодавства Союзу РСР і союзних республік щодо охорони здоров'я.

Г. М. Пономаренко поняття «курорт» (нем. die Kuhr лікувальне, der Ort місце) визначає як освоєну і використовувану в лікувально-профілактичних цілях особливо охоронна природна територія, що володіє природними лікувальними факторами (мінеральні води, лікувальні грязі, цілющий клімат), а також приваблива бальнеотехнічними, гідротехнічними спорудженнями і лікувально-профілактичними установами (санаторії, санаторії-профілаторії, пансіонати, будинку відпочинку), що забезпечують проведення оздоровлення, лікування і реабілітації.

Е. Е. Філіповський та Л. В. Шмарова вважають, що «курортний бізнес – дуже ризикований бізнес. Автори називають три фактори ризику: погодний фактор – кілька дощових тижнів на приморському курорті або відсутність снігу взимку на гірськолижному можуть розорити розташовані на цих курортах готелі. Другий фактор сезонності. В позасезонний час власник готелю стоїть перед проблемою – закривати готель на цей період або продовжувати роботу, незважаючи на значно знижене завантаження. Третій фактор мода на відпочинок дуже швидко міняється і популярні готелі можуть стати непопулярними. На початку ХХ ст. був модний відпочинок на «водах», у середині – відпочинок на морі, наприкінці століття – у горах.

О. О. Любіцева вважає, що «однією з найстабільніших ринкових структур є ринок пропозиції курортних послуг, що обумовлено як необхідністю лікування, так і профілактикою запобігання хворобам, що становить складову життєвого стандарту в високоіндустріальних країнах і поширюється на все більш широкі кола населення інших країн.

Розвитку курорту сприяють три фактори: репутація; об'єкти інтересу; умови для відновлення здоров'я та занять спортом. Автори визначають, що курорти розміщуються в природних місцевостях, які характеризуються рекреаційними ресурсами, розвинутою інфраструктурою та матеріальною базою туризму, який представляє значну частину туристичного ринку. Лікувально-оздоровча місцевість це територія, яка має природні лікувальні ресурси та придатна для організації лікування і профілактики захворювань, для відпочинку населення.

На даний час зміст поняття «курорт» значно поширився. А. В. Скібицький та В. І. Скібицький вводять термін «санаторно-курортна індустрія», яка займається діяльністю відновлення здоров'я, що базується на використанні природних лікувальних гідромінеральних і ландшафтно-кліматичних ресурсів. Автори підкреслюють, що особливість курортної практики полягає в тому, що вона включає у собі безліч функцій: профілактичне оздоровлення населення; реабілітацію хворих; анімаційно-дозвілєву діяльність. Згідно з думкою вчених, курорт, як комплекс, містить:

- курортну зону, в якій розташовані природні лікувальні ресурси і споруди для їх використання, санаторно-курортні установи і установи відпочинку і культури, підприємства громадського харчування, торгівлі і побутового обслуговування, призначені для обслуговування осіб, що прибувають на курорт для лікування і відпочинку;

- зону, в якій знаходяться житлові будинки і суспільні споруди для населення, що постійно проживає на території;

- зону, в якій розміщені централізовані господарські і технічні служби;

- зону внутрішніх природних ландшафтів і зелених насаджень.

На думку Х. Й. Роглева курортні готелі призначаються для відносно тривалого відпочинку на одному місці, у ряді випадків з можливістю профілактичного лікування. Для цього передбачаються приміщення лікувально-оздоровчого призначення відповідно до профілю курортного готелю, в яких є можливість організації дієтичного харчування. Курортні готелі мають наступні приміщення культурно-масового обслуговування: зали багатофункціонального призначення, хол для відпочинку, бібліотеки, більярдні, приміщення для ігор, іноді приміщення для відпочинку та ігор дітей. Готелі мають спортивні приміщення: плавальні і купальні басейни, спортзали, спортивні майданчики.

Аналіз літературних джерел, показує, що курортні готелі представляють собою складний, багатoproфільний механізм, який має свої функціональні складові (рис. 7.1).



Рис. 7.1. Функціональні складові курортного підприємства

Для організації діяльності курортів слід використовувати спеціально визначені природні території, що мають природні оздоровчі та лікувальні ресурси. Згідно із Законом України «Про курорти», до природних лікувальних ресурсів належать: мінеральні води, лікувальні полоїди та озокерит, ропа лиманів та озер, морська вода, природні об'єкти в комплексі зі сприятливими для лікування кліматичними умовами, придатними для використання з метою лікування, медичної реабілітації та профілактики захворювань, кожен із яких є самостійним об'єктом геологічного середовища, потребує різнобічного підходу до вивчення, контролю стану і використання.

Сприятливий клімат на всій території України забезпечує можливість широко використовувати кліматотерапію як один із методів лікування і профілактики багатьох хвороб. Особливим лікувально-оздоровчим природним лікувальним ресурсом є унікальний мікроклімат печер та шахт (Солотвинські соляні шахти).

В Україні наявні також значні запаси гідромінеральних ресурсів. Санаторно-курортні установи в лікувально-оздоровчому процесі використовують мінеральні води та полоїди. Наявність у певній місцевості гідромінеральних ресурсів є одним із критеріїв перспектив санаторно-курортного будівництва.

Всі курорти можна розділити на декілька типів (по поєднанню природно-лікувальних чинників):

Бальнеогрязевий курорт — тип курорту, де як основні лікувальні чинники використовуються мінеральні води і лікувальні грязі.

Бальнеокліматичеський курорт — тип курорту, де як основні лікувальні чинники виступають клімат і природні мінеральні води.

Бальнеологічний курорт — тип курорту, де як основний лікувальний чинник використовуються природні мінеральні води.

Особливу групу бальнеологічних курортів складають курорти з мінеральними водами для внутрішнього (питного) вживання.

Грязьовий курорт — тип курорту, де як основний природний чинник використовуються лікувальні грязі.

Кліматичний курорт — тип курорту, де як основний лікувально-профілактичний чинник використовується клімат.

До окремого типа також виділяються і гірськокліматичні курорти. До основних лікувальних особливостей гірськокліматичних курортів відносяться: чистота, іонізація повітря, сонячна радіація, понижений парціальний тиск кисню та інше.

Існують кліматокумисолікувальний курорт — тип курорту, де як основні природні лікувальні чинники використовуються степовий і лісостеповий клімат та кумис (у Україні відсутні, є в Башкирії, на Алтаї).

Прийнята систематизація кліматичних курортів враховує ландшафтно-кліматичну зону і особливі умови розташування курортах — характер рельєфу, наявність моря та інше. Відповідно виділяють: курорти лісової зони, курорти лісостепової і степової зон, курорти напівпустель і пустель, курорти середземноморського поясу, курорти вологих субтропиків, курорти мусонного типу клімату, гірськокліматичні курорти. Але слід зазначити те, що особливості клімату, залежні від місцевих умов розташування курорту, можуть мати більше терапевтичне значення, чим кліматичні відмінності даної зони. Тому найбільш важлива мікрокліматична оцінка курортної території. Для гірськокліматичних курортів особливу роль грає висотність їх розташування, у зв'язку з чим їх підрозділяють на низькогірські (400-1000 м), середньогірські (1000-2000 м), високогірні (вище 2000 м).

Курортний лікувально-оздоровчий комплекс України представлений величезними запасами різноманітних природних лікувальних ресурсів, мережею санаторно-оздоровчих закладів і резервом досвідченого кадрового потенціалу. Природні курортно-рекреаційні території українського узбережжя Чорного і Азовського морів, карпатського регіону, Полісся та інших регіонів України мають велике не лише регіональне й національне значення, а й міжнародне як система масового лікування, оздоровлення і профілактики населення України та інших країн, отже, воникладають частку національного туристичного продукту. Основні курорти України та їх класифікація представлено у таблиці 7.1, коротка характеристика – в додатку А.

Таблиця 7.1 – Основні курорти України та їх класифікація

Область	Курорт	Класифікація курорту
Автономна Республіка Крим	Алушта	Кліматичний
	Євпаторія	Кліматичний, бальнеогрязьовий
	Саки	Кліматичний, бальнеогрязьовий
	Феодосія	Кліматичний, бальнеогрязьовий
	<i>Велика Ялта:</i> Лівадія, Гурзуф, Ялта, Місхор, Корейз, Гаспра, Алушка, Симеїз, Форос	Кліматичний
Вінницька	Хмільник	Бальнеологічний
Донецька	Слов'янськ	Бальнеогрязьовий
	Слов'яногірськ	Кліматичний
Закарпатська	Голубине	Бальнеологічний
	Поляна	Бальнеологічний
	Синяк	Бальнеологічний
	Свалява	Бальнеологічний
Запорізька	Бердянськ	Кліматичний, бальнеогрязьовий
	Кирилівка	Кліматичний, бальнеогрязьовий
Івано-Франківська	Черче	Кліматичний, бальнеогрязьовий
	Ворохта	Кліматичний, бальнеогрязьовий
	Яремча	Кліматичний, бальнеогрязьовий
	Косів	Кліматичний, бальнеогрязьовий
Київська	Конча-Заспа	Кліматичний, бальнеологіч-

		ний
	Пуца-Водиця	Кліматичний
Львівська	Трускавець	Бальнеологічний
	Моршин	Бальнеологічний
	Немирів	Бальнеологічний
	Любінь Великий	Бальнеологічний
Миколаївська	Очаків	Кліматичний
Одеська	<i>Одеська група курортів:</i> Куяльник, Лермонтовський, Аркадія, Великий Фонтан, Кароліно-Бугаз, Чорноморка, Затока, Хаджибей, Лузанівка, Приморський, Лебедевка, Мала Долина	Кліматичний, бальнеогрязьовий
Полтавська	Миргород	Бальнеологічний
Харківська	Березівські Мінеральні Води	Бальнеологічний
	Рай-Оленівка	Бальнеологічний
Херсонська	Гопри	Бальнеогрязевий
	Скадовськ	Кліматичний

Більшість курортів використовує два і більше курортних факторів, які є в наявності, адже важливим принципом санаторно-курортного лікування є комплексний підхід. Під комплексним підходом (комплексністю) розуміють використання різних природних лікувальних факторів у поєднанні з дієтотерапією, фізіотерапевтичними процедурами, ліками та іншими лікувальними засобами й методами. При цьому важливим є природність лікувальної дії природних факторів, які в процесі еволюції справляли постійний вплив на людину. Крім того, людина під час санаторно-курортного лікування зазнає позитивного впливу від того, що

змінює звичайну обстановку: звільняється від щоденних турбот, пов'язаних із роботою і побутом, уникає несприятливих впливів, які часто є чинниками, що викликали або підтримували процес тривання хвороби. На курорті турист має можливість перебувати тривалий час на свіжому повітрі. Комфорт, затишок, увага з боку персоналу, культурні заходи сприяють створенню в рекреанта приємних емоцій, необхідних для відновлення організму, стану психологічного здоров'я.

До курортів пред'являються наступні основні вимоги:

- наявність вивчених природних лікувальних чинників, що забезпечують нормальне функціонування курорту та його розвиток;

- необхідні технічні пристрої для раціонального вживання курортних чинників (ванні будівлі, басейни, грязелікарня, аеросолярії, пляжі і ін.);

- спеціально пристосовані приміщення для лікування та житла (санаторії, удома відпочинку);

- наявність лікувально-профілактичних установ, що забезпечують медичне обслуговування хворих;

- наявність оздоровчих установ, спортивних споруд і майданчиків;

- наявність установ суспільного користування, підприємств громадського харчування, торгівлі і побутового обслуговування, культурно-просвітницьких установ;

- благоустрій, що відповідає всім вимогам санітарно-гігієнічних норм (водопровід, каналізація, підтримка чистоти території);

- зручні дороги і транспортні засоби.

Тип курорту визначає характер його забудови та розвитку, експлуатацію природно-лікувальних засобів, організацію обслуговування хворих і відпочиваючих. На території курортів зазвичай виділяють декілька функціональних зон. Виділяється курортна, комунально-складська, зелена зони та інші. На курортах і курортних місцевостях для збереження природних лікувальних чинників встановлюються санітарна охорона курорту і курортний режим.

Курортний режим — система правил і заходів, що забезпечують створення на курорті умов, сприятливих для відпочинку та лікування, і санітарну охорону курорту.

Спеціалізацію будь-якого курорту визначають курортні чинники — природно-лікувальні чинники, які використовують для цілей профілактики, терапії і медичної реабілітації хворих на курортах і курортних місцевостях. Основні курортні чинники — ландшафтно-кліматичні умови, лікувальні грязі і мінеральні води. Рідко зустрічаються курорти з одним природним лікувальним чинником. Часто спостерігається поєднання декількох курортних чинників на одному певному курорті. Є курорти, що одночасно мають в своєму розпорядженні всі курортні чинники.

Курортне дозвілля — нерегламентована, але можливо дещо обмежена згідно з нормами режиму лікування, медичної реабілітації або профілактики захворювань, діяльність людини у вільний час за її власними бажаннями і уподобаннями на освоєній природній території на землях оздоровчого призначення, що має природні лікувальні ресурси, необхідні для їх експлуатації будівлі та споруди з об'єктами інфраструктури, де поряд з потребами лікування, медичної реабілітації, профілактики захворювань, відбувається задоволення найширших і найрізноманітніших рекреаційних потреб людини, отриманні задоволення, розваг та відпочинку, урізноманітнення життя. Отже, курортне дозвілля — це дозвілля, яке утримує в собі максимальний об'єм рекреаційного наповнення.

Розглянемо основний тип закладу для санаторно-курортного лікування, яким є санаторії. Санаторій, це медичний заклад, в якому з лікувально-профілактичними цілями використовуються природні фактори (клімат, мінеральні води, лікувальні грязі) у поєднанні з фізіотерапією, дієтотерапією, лікувальною фізкультурою та іншими методами лікування за обов'язкового дотримання хворим санаторного та курортного режимів, адже в санаторії направляють хворих із початковими стадіями захворювання або після перенесення тяжких хвороб та операцій.

Функціонують санаторії для дорослих, дітей, підлітків, а також для батьків із дітьми. Поряд із санаторіями, розташованими на курортах, існують так звані приміські санаторії або санаторії

місцевого значення, розташовані поза курортами. Вони призначені для хворих, яким рекомендується бути у звичних кліматичних умовах, протипоказані далекі поїздки, для хворих, які страждають на ранні стадії захворювання, або тих, хто доліковується після виписки з лікарні.

В основному санаторії спеціалізовані, можуть бути однопрофільні (для лікування однорідних захворювань, наприклад, хвороб органів дихання нетуберкульозного характеру, при більш вузькому медичному профілі наприклад, тільки для хворих на бронхіальну астму), або багатoproфільні із двома і більше спеціалізованими відділеннями для лікування, наприклад, хвороб органів кровообігу (кардіологічний профіль) і функціональних порушень нервової системи (неврологічний профіль).

Типи спеціалізованих санаторіїв для хворих:

- із захворюваннями органів кровообігу;
- із захворюваннями органів травлення;
- із порушенням обміну речовин;
- із захворюваннями нервової системи;
- із захворюваннями органів дихання нетуберкульозного характеру;
- із захворюваннями органів руху;
- із гінекологічними захворюваннями;
- із захворюваннями шкіри;
- із захворюваннями нирок та сечовивідних шляхів.

Терміни лікування хворих у санаторіях різні. На бальнеологічних та грязевих курортах, а також у приміських санаторіях для лікування хворих із захворюваннями органів кровообігу, травлення, руху, шкіри, гінекології, периферійної та центральної нервової системи, з порушенням обміну речовин установлений термін 26 днів. На кліматичних курортах та приміських санаторіях, де показане лікування хворих із нетуберкульозними захворюваннями органів дихання і функціональними порушеннями нервової системи, встановлено термін лікування 24 дні. В санаторіях для лікування хворих із запаленнями нирок 48 днів, у санаторіях та відділеннях для лікування хворих із наслідками травм і захворювань спинного мозку 51 дні.

Крім лікування в санаторіях, на багатьох курортах організовується амбулаторне лікування. Лікувально-діагностичне обслуговування хворих здійснюється курортними поліклініками. Розміщують амбулаторних хворих у пансіонатах, готелях, на квартирах. Харчування для них організовується в дієтичних їдальнях курортів. Можливе прикріплення таких приїжджих на лікування й харчування до санаторію.

При направленні на амбулаторне лікування необхідно враховувати, що туристи можуть бути розміщені на квартирах, що віддалені від загальнокурортного лікувального закладу та їдальні, але таке житло рекомендується тим, хто не потребує санаторних умов.

Дитячі санаторії призначені для доліковування в них дітей після тяжких захворювань і операцій. Профіль дитячих санаторіїв, їх структура й організація роботи базується на загальноприйнятих для санаторіїв принципах.

Втім, вони мають і свою специфіку: лікування поєднується з навчально-виховним процесом за програмою, затвердженою Міністерством освіти та науки України. Розрізняють санаторії для дітей раннього(1-3 роки), дошкільного (до 7 років) і шкільного (до 14 років) віку, із терміном лікування від 45 днів до 4-х місяців. Їх створюють у приміських зонах (лісні дитячі школи) і на курортах, де вони, як правило, розташовані поза зоною санаторіїв для дорослих та подалі від транспортних магістралей, на зазелених ділянках із майданчиками для спорту.

У системі санаторно-курортного туризму свою нішу мають і пансіонати. В пансіонатах, розташованих на бальнеологічних курортах, розміщуються туристи, які користуються амбулаторним лікуванням. Пансіонати, розташовані на кліматичних курортах, у приміських і дачних місцевостях, в основному призначені для відпочинку. Тут відпочиваючим надається харчування та житло, що забезпечує необхідні побутові умови. При пансіонатах є медпункти. Туристи користуються загальною курортною інфраструктурою. В пансіонатах, розташованих у місцевостях, де є курортні поліклініки або санаторії, за бажанням відпочиваючих та за наявності медичного висновку за окрему плату може надаватися необхідне лікування.

Розглянемо основні поняття курортної галузі.

Санаторії-профілакторії це медичні заклади санаторного типу для проведення лікувально-оздоровчих заходів без відриву працівників від виробничої діяльності (перебування в санаторії-профілакторії у нічний та вільний від виробничої діяльності час). Термін лікування 24 дні. Великі санаторії-профілакторії мають кабінети електроопромінення, водогрязелікарні, аеросолярії, інгаляторні кабінети та ін.

Курортна поліклініка це лікувально-профілактичний заклад, що здійснює амбулаторно-курортне лікування на курорті. Перша така поліклініка в колишньому СРСР була створена в Кисловодську в 1925 році. В курортних поліклініках є спеціалізовані відділення: терапевтичне, хірургічне, неврологічне, гінекологічне, фізіотерапевтичне та інші, а також вузькоспеціалізовані кабінети уролог, дерматолог та інші. Згідно з путівкою туриста в поліклініці проводять діагностичне обстеження, комплексне лікування хворих; надаються кваліфіковані консультації спеціалістів. Усі лікувальні процедури базуються на застосуванні курортних факторів та проводяться відповідно до встановлених нормативів що діють у загальнокурортних закладах. При поліклініці функціонує цілодобово швидка допомога, на великих курортах діє дитяче відділення. Хворі, які приїжджають лікуватися на курорт без путівок, отримують у поліклініці платні консультації у спеціалістів. На невеликих курортах можуть користуватися лікувально-діагностичними кабінетами санаторію.

Будинок відпочинку це оздоровчий заклад із регламентованим режимом, призначений для відпочинку практично здорових людей. Перший будинок відпочинку на території колишнього СРСР був відкритий у травні 1920 року в Петрограді, у графському будинку. Більшість будинків відпочинку розташована в місцевостях із сприятливими кліматичними умовами, на берегах річок, озер, морів, лісових масивів. Режим тут засновано на чергуванні активного й пасивного відпочинку та передбачає можливе більш довготривале перебування туристів на свіжому повітрі, а також прогулянки, екскурсії, заняття спортом, катання на човнах, в зимовий час – на лижах та ковзанах. У будинках відпочинку є спортивні майданчики, зали, інші споруди, приміщення для

загартування та кліматичних процедур. Усю спортивно-оздоровчу роботу організовує інструктор із фізичного виховання. В кожному будинку відпочинку працює медпункт (залежно від пропускної здатності), йог» очолює лікар (якщо 400 і більше місць) або фельдшер (від 200 до 350 місць), які призначають та контролюють режим активного відпочинку з врахуванням віку, професії, стану здоров'я відпочиваючих. У великих будинках відпочинку функціонує стоматологічний кабінет, а також кабінети лікувального масажу та фізіотерапії Харчування в більшості розраховане на здорових людей, які не потребують спеціальних дієт. Термін відпочинку від 12 до 24 днів. Розрізняють будинки відпочинку загального типу та спеціалізовані для батьків з дітьми, вагітних жінок та молоді. Існують також на річковик та морських суднах плаваючі будинки відпочинку. У будинках відпочинку для батьків із дітьми працюють лікарі-педіатри та вихователі, обладнуються приміщення та майданчики для ігор і занять спортом.

Бази відпочинку служать для розміщення, харчування, відпочинку, туристично-екскурсійного, культурно-побутового та фізкультурно-оздоровчого обслуговування туристів та екскурсантів. Відмінність туристичної бази від інших закладів відпочинку полягає у тому, що тут проводяться спеціальні туристичні заходи, походи, подорожі, змагання навчання прийомам та навичкам спортивною туризму к орієнтування на місцевості. Як правило, туристичні бази розміщуються в будинках готельного типу. Залежно від місцезнаходження та спеціалізації, бази можуть мати певний комплекс спортивних споруд та майданчиків, пункти прокату спортивного спорядження та інвентарю для різних видів спорту. На базах, де передбачено відпочинок із дітьми, створюють дитячі майданчики.

Бальнеолікарня медичний заклад для проведення процедур (ванн, душів, промивань, зрошень, інгаляцій тощо) переважно з використанням природних мінеральних вод. На курортах, поряд із самостійними бальнеолікарнями, розташованими в банній будівлі, Функціонує бальнеологічний відділ у складі санаторію. Якщо в одній будівлі розташовують бальнеолікарню і грязелікарню, то заклад називається бальнеогрязелікарнею. Будують їх, як

правило, на базі джерел мінеральних вод. Загальнокурортні бальнеолікарні звичайно розраховані на 20-70 ванн, відділення при санаторіях на 5-6 ванн. До складу основних приміщень входять: кабінет лікаря, ванний зал або ванні кабінети, процедурні кабінети тощо. При деяких бальнеолікарнях облаштовують лікувальні басейни.

Грязелікарня медичний заклад для проведення процедур із застосуванням лікувальних грязей. Поряд із самостійною грязелікарнею функціонує відділення у складі санаторію.

Різноманітність структури санаторно-курортного туризму зумовлена специфікою призначення кожного структурного підрозділу, який має свою мету, ресурс та особливості.

7.2. Управління санаторно-курортним підприємством

Формування державної стратегії розвитку рекреаційного господарства України і курортно-рекреаційного природокористування є актуальною проблемою у зв'язку з необхідністю масового оздоровлення населення. Державна стратегія є також основою для конструктивної взаємодії органів державної влади щодо забезпечення комплексного використання природних рекреаційних ресурсів і потенціалу рекреаційного господарства. Збереження і розвиток санаторно-курортної галузі як складової туристичної індустрії має стати частиною державної політики у справі охорони і зміцнення здоров'я населення і пріоритетним напрямом у формуванні соціальних програм, має передбачати реалізацію прав людини на відпочинок, лікування, сприятливе навколишнє середовище, реалізацію прав майбутніх поколінь на користування рекреаційним природно-ресурсним потенціалом з метою підтримки високої якості життя, а також вирішення поточних завдань масового оздоровлення населення і нерозривного зв'язку із здійсненням заходів щодо збереження і відновлення природних рекреаційних ресурсів.

Управління санаторно-курортним підприємством це адаптивний процес, за допомогою якого здійснюються регулярна розробка та корекція системи планів, організації діяльності, мотивація та контроль за результатами на основі моніторингу та аналізу

стану зовнішнього і внутрішнього середовища санаторно-курортного підприємства.

Управління в санаторно-курортній галузі передбачає організацію власного потенціалу з чіткою орієнтацією на ринкову ситуацію, що забезпечуватиме розвиток санаторно-курортних закладів. Суть його полягає в переорієнтації від практики путівки й нормативно-безособового обслуговування потоку відпочиваючих до усвідомлення єдності процесу і результату спільної роботи лікарів, обслуговуючого персоналу у конкуренції за клієнта.

Основним продуктом санаторно-курортної діяльності можна вважати задоволення відпочиваючого, а доказом цього є повторний приїзд на оздоровлення.

Категорія задоволення має два аспекти: психологічний і функціональний.

Психологічний аспект задоволення забезпечується пропозицією індивідуального обслуговування та урізноманітненням форм і засобів лікування, орієнтацією досягти оздоровлення переважно природними факторами, передбачає також розвиток індустрії гостинності та створення житлових умов, наближених за рівнем до курортних готелів, високу якість харчування та обслуговування у курортних їдальнях, чуйність, уважність, люб'язність обслуговуючого персоналу.

Функціональне задоволення відпочиваючого залежить від профілю санаторно-курортного підприємства і забезпечується шляхом інтенсивного лікування, широкої пропозиції медикаментів та медпрепаратів, організації масового харчування та створення сприятливих житлових умов.

Лише на основі новітнього бачення та підходів до організації курортної справи можна сформулювати, впровадити та виконати плани і стратегії, забезпечивши тим самим не лише виживання оздоровниці, а й її неперервний розвиток.

У структурі управління визначають такі етапи:

- бачення ситуації;
- місія організації;
- мета організації;
- завдання організації щодо досягнення мети;

- стратегічні наміри щодо розвитку організації;
- аналіз зовнішніх факторів (соціальні (демографічні зміни, ступінь захворюваності тощо); економічні (макроскопомічна політика, рівень інфляції, доходи споживачів, конкуренція тощо); технологічні (зміна технологій, вплив технологій на довкілля тощо); регулятивні (антимонопольне законодавство, захист прав споживачів, податкова політика тощо); природні; постачальники (медикаментів, продовольства тощо); споживачі (купівельна поведінка, характер прийняття рішень, оцінка зусиль, надання санаторно-курортних послуг));

- оцінка стану розвитку організації за внутрішніми факторами (організаційна структура санаторію (штатний розклад та визначення обов'язків працюючих; система комунікацій всередині організації; делегування повноважень та відповідальності; зворотний зв'язок виконавців з управліннями; виробнича культура; система контролю; організація як передумова організації стратегічного планування: постійні та тимчасові структурні утворення; мобільність організації та управління; гнучкість для прийняття рішень; підвищення кваліфікації управлінського елементу; організаційна культура: культура обслуговування споживачів; соціальна культура; культура прийняття рішень, спілкування; фірмовий стиль; корпоративний дух; ресурси (природні, фінансові, матеріальні, людські, інформаційні); процеси, які відбуваються в організації (операційні (пошук та залучення курортника, приїзд та розселення, проживання, лікування, харчування, дозвілля та розваги, безпека особи та майна, від'їзд); функціональні дослідження ринків, планування, організація, мотивація, контроль); технологічні (авторські розробки обладнання методик лікування)).

На шляху формування стратегії розвитку санаторно-курортного комплексу важливим є аналіз внутрішнього середовища – самої організації, визначення сильних та слабких сторін діяльності, потенціалу розвитку. Аналіз організації передбачає оцінку дієздатності існуючої структури управління, системи комунікацій між підрозділами та відділами оздоровниці, чітке визначення та дотримання у роботі функціональних обов'язків пра-

цюючих, створення ділової атмосфери в колективі та налагодження системи зворотного зв'язку між управлінцями та виконавцями, делегування повноважень та відповідальності, формування корпоративної поведінки, цілеспрямованості всіх та кожного на досягнення результату.

Для вдосконалення організації санаторно-курортного лікування та забезпечення стійкого розвитку курорту необхідно досконало знати зовнішнє оточення здравниці, враховуючи вплив сукупності факторів та прийняття рішень. Вивчення ринку постійних і нових споживачів, аналіз їх споживацьких уподобань, сегментація визначеного цільового ринку за географічними та демографічними ознаками, параметрами купівельної поведінки, визначення маркетингових комунікацій для кожного сегмента є передумовою ефективного функціонування санаторно-курортного комплексу на перспективу.

На основі аналізу зовнішнього середовища та можливостей санаторно-курортного комплексу можна визначити ринкові шанси потенціал попиту, що не задовольняється сформованою на ринку пропозицією.

Для керівників курортів особливо важливе значення має розроблення ринкової стратегії, для чого необхідно обрати довгострокову модель поведінки лікувальних закладів на ринку лікувальних послуг, виходячи з особливостей (природних, економічних, соціальних) даного курорту.

Існують чотири основних підходи до можливого розвитку курортів:

- стратегія кардинальної зміни застосовується у разі зменшення завантаженості курорту, що вимагає з'ясування причин цього та віднайдення методів підтримки здравниць з метою залучення суспільних і приватних інвестицій. При цьому можливий варіант перепрофілювання здравниці;

- стратегія збереження зростання, спрямована на підтримку низького рівня зростання за несприятливих зовнішніх умов, на залучення відпочиваючих завдяки введенню нових послуг (медичних і анімаційних);

- стратегія досягнутого зростання застосовується для утримання досягнутого рівня у разі, коли курорт має у своєму розпорядженні лише обмежений набір нового продукту і нездатний задовольнити новий ринок;

- стратегія вибіркового зростання, обрана курортом, орієнтованим на визначений сегмент ринку. Цей принцип розвитку припускає наявність двох компонентів: плану санаторно-курортного розвитку і структурного комплексу методів фінансової підтримки. Даний принцип застосовується при визначенні стратегії розвитку як конкретного закладу, так і галузі в цілому.

Програма розвитку санаторно-курортної системи на рівні держави чи регіону повинна передбачати:

- визначення відповідних типів (моделей) розвитку;
- установлення пріоритету територій і місць розвитку;
- визначення обсягів майбутнього розвитку і фінансування;
- позначення рамок розподілу ресурсів. Комплекс фінансових методів вартості, який має бути спрямований на підтримку сектору розміщення на курортах, малої інфраструктури курортів, проектів поліпшення системи обслуговування.

Отже, санаторно-курортна діяльність є відносно самостійним видом економічної діяльності, спрямованої на надання послуг громадянам у процесі лікування, медичної реабілітації та профілактики захворювань шляхом використання природних лікувальних ресурсів. Виступаючи як господарська діяльність, вона охоплює основні та допоміжні види діяльності з охорони здоров'я у спеціалізованих закладах.

7.3. Умови надання санаторно-курортних послуг

Економічний зміст санаторно-курортної галузі зводиться до виконання робіт та надання послуг шляхом використання природних лікувальних ресурсів. Послуги це види діяльності, робіт, у процесі виконання яких створюється не новий і не матеріально-речовий продукт, а змінюється якість уже створеного продукту. Отже, послугами є блага, які надаються не у вигляді речей, а у

формі корисної діяльності виконаних робіт, послуг,, інформації, тобто послуга це цілеспрямована діяльність, виявом результату якої є корисний ефект.

Сучасний ринок оздоровчо-лікувального відпочинку включає підприємства відпочинку, що виробляють лікувальні послуги (курорти), і туристичні фірми підприємства-посередники, що продають ці послуги.

Специфіка туристичних послуг визначається як процес та результат діяльності одночасно, тобто послуга є продуктом інтегрованої діяльності. О. Любіцева зводить специфічні ознаки до чотирьох «не»:

- невідчутність (недотиковість, невидимість);
- нерозривність виробництва та споживання;
- неможливість накопичення та зберігання;
- неоднорідність та мінливість якості.

Безпосередньо процес творення послуги визначає суть бажаного результату, споживчої якості. На відміну від матеріальних товарів, послуги мають властиві їм певні ознаки:

— невідчутність послуги доти, поки споживач її не спробує, не відчує, не торкнеться чи не випробує. Процес визначення споживчих якостей послуги, таким чином, не може бути встановлений за запахом, кольором чи іншими ознаками, характерними для матеріальних товарів;

— нероздільність виробництва та споживання послуги. Зазначена характеристика послуги вказує на присутність суб'єкта продуцента рекреаційної послуги, тобто визначає пріоритет, місце розташування і цим обмежує можливість вибору споживання;

— непостійність якості. Дію та ефект рекреаційної, а особливо санаторно-курортної, послуги важко передбачити та контролювати, оскільки ефект лікування чи оздоровлення рано чи пізно зникає;

— небережуваність послуги в часі, що не дозволяє фірмі-рекреатору зберігати її для того, щоб передати споживачеві раніше чи пізніше певного часу. Відтак зростає ймовірність аритмічності попиту, що може відбитися на зростанні виробничих та фінансових ризиків ведення бізнесу;

— відносна легкість відтворення послуги, що робить її такою ж легкою для копіювання конкурентами і не вимагає придбання зразка, наприклад, у матеріальному виробництві фізичного товару. Відносний характер послуги визначається тим, що, приміром, під час лікування певних захворювань можуть використовуватись запатентовані пристрої чи медичні прийоми, без наявності чи знання яких копіювання послуги не дасть очікуваної вигоди від споживання послуги.

Притаманні послугам риси збільшують ризик для покупця при обранні послуги. Є дві причини, що відрізняють ринок послуг від інших ринків:

- послуга не існує до її надання, що унеможливорює порівняння й оцінку послуг до їхнього одержання;
- послугам притаманний високий ступінь невизначеності, що ставить клієнта в не вигідне становище, а продавцям ускладнює просування послуг на ринок.

Найчастіше під послугою розуміється результат безпосередньої взаємодії виконавця та споживача, а також виробничої діяльності, спрямованої на задоволення потреб споживача. Як показують дослідження, сутність послуги не може бути пізнаною в якомусь одному вимірі, в певній системі класифікаційних понять, оскільки це буде обмежувати розуміння суті послуги взагалі та курортно-рекреаційної послуги зокрема. За функціональним призначенням послуги можна класифікувати згідно з тими потребами, що їх вони задовольняють. Класичною є піраміда потреб А. Маслоу, за нею можна визначити такі потреби:

- фізіологічні (харчування, проживання тощо);
- послуги, спрямовані на досягнення безпеки майна чи особистості;
- послуги спілкування, що мають за мету отримання комунікативного задоволення (послуги різного типу розважальних закладів, клубів тощо);
- послуги, за допомогою яких реалізуються потреби визнання, ідентифікації особи в колективі, суспільстві, які реалізуються шляхом придбання іміджевих послуг;

— послуги, із допомогою яких людина реалізує функцію самовираження, самовдосконалення (наприклад, екстремальні види туризму).

За фізичним утіленням послуги для населення поділяються на форми (табл. 7.2).

Таблиця 7.2 – Форми фізичних послуг для населення

Внутрішнє середовище	Потреби споживачів	Зовнішнє середовище
Споживач санаторно-курортної послуги	Розробка системи надання санаторно-курортної послуги	Збільшення / зменшення кількості споживачів
Ресурсне забезпечення	Процес надання санаторно-курортної послуги	Організаційне забезпечення

Матеріальною є послуга, призначена для задоволення матеріально-побутових потреб (споживача послуг чи колективних споживачів) у вигляді суспільного блага, вигоди. Матеріальна послуга забезпечує відновлення чи збереження споживних властивостей продуктів на замовлення громадян, а також створення умов для споживання. Зокрема, до матеріальних послуг можуть бути віднесені побутові послуги, пов'язані з ремонтом та виготовленням виробів, послуги громадського харчування, транспортні послуги тощо.

Відчутні послуги забезпечують підтримкування та відновлення здоров'я, духовний та фізичний розвиток особистості, сприяють підвищенню професійної майстерності. Отже, до відчутних послуг можуть бути віднесені медичні, санаторно-курортні, лікувально-оздоровчі послуги, послуги індустрії організованого дозвілля і розваг, освіти, туризму, особистої та колективної безпеки (життєдіяльності, здоров'я, майна, природного оточення).

Специфіка санаторно-курортної галузі полягає у тому, що:

по-перше, процес створення продукту представлено у формі надання послуги чи виконання роботи (лікування, медична реабілітація, профілактика);

по-друге, визначальними серед виробничих факторів виступає цінність, детермінована рідкістю та унікальними лікувальними властивостями природного ресурсу;

по-третє, вона має чітко виражений сезонний характер, що особливо важливо для курортних місцевостей;

по-четверте, існує певна спорідненість, а також відмінність між діяльністю курортною та рекреаційною;

по-п'яте, вона має комплексний, інтегрований характер. Специфічні особливості послуг полягають не лише у відносно більшій місткості праці порівняно з виробництвом матеріально-речових благ, а й у значно нижчій частці матеріальних затрат (вартості) на кінцеве виробництво послуг.

У діяльності санаторно-курортних підприємств основною послугою є оздоровлення споживачів. Однак здебільшого ця послуга реалізується в комплексі зі супутніми послугами: побутовими послугами, послугами харчування, культурно-розважальними тощо.

Попит на послуги санаторно-курортного підприємства прямо пропорційно залежить від потоку інформації, що надходить до споживачів, і від якості цієї інформації. Інформація має бути вичерпною, всеосяжною, доступною, має викликати інтерес потенційного клієнта та збуджувати намір відвідати курорт.

Питання для самоперевірки.

1. У чому суть лікувально-оздоровчого туризму?
2. Які рекреаційно-туристичні ресурси є визначальними для лікувально-оздоровчого туризму?
3. Яка роль курортів у системі туристичної діяльності?
4. Назвіть типові для санаторно-курортного лікування заклади та визначить сферу їх діяльності.
5. У чому суть стратегічного управління в санаторно-курортній галузі?
6. Від яких факторів залежить психологічне та функціональне задоволення відпочиваючого у санаторно-курортному закладі?

7. Назвіть етапи та їх складові елементи у структурі стратегічного управління санаторно-курортною діяльністю.
8. Назвіть основні стратегічні підходи до можливого розвитку курортів.
9. У чому економічний зміст санаторно-курортної галузі?
10. Проаналізуйте специфіку надання туристичних послуг.
11. Проаналізуйте процес надання санаторно-курортної послуги.
12. Назвіть основні методи санаторно-курортного лікування.
13. Охарактеризуйте функціональні складові курортного підприємства.
14. Які рівні управління беруть участь в організації санаторно-курортної справи?
15. За якими принципами і в яких напрямках здійснюється оцінка курортно-рекреаційних ресурсів?
16. Які види робіт та які заходи і рішення з боку різних управлінських рівнів забезпечать комплексні дослідження природних лікувальних ресурсів?
17. Вирішення яких питань забезпечуватиме збереженість природних лікувальних ресурсів?

Рекомендована література.

1. Закон України «Про курорти» від 5 жовтня 2000 р. // Відомості Верховної Ради України. 2000. № 50. 435 с.
2. Велично В. В. Організація рекреаційних послуг: навч. посібник. Х.: Харк. нац. ун-т міськ. госп-ва ім. О. М. Бекетова. 2013. 202 с.
3. Курорти та санаторії України: [Електронний ресурс] // Веб-сайт Соціального загальнонаціонального інформаційно-презентаційного проекту „Курорти та санаторії України». – Режим доступу: <http://sankurort.ua/uk>
4. Любіцева О. О. Ринок туристичних послуг (геопросторові аспекти). К.: „Альтерпрес», 2003. 436 с.
5. Роглев Х. Й. Основи готельного менеджменту: навчальний посібник. К.: Кондор, 2005. 408 с.
6. Скрипнік Н. Рекреаційна географія. Навчальний посібник. К.: Видавництво Центр навчальної літератури. 2019. 296 с.

РОЗДІЛ 8. ПРИНЦИПИ ТА ХАРАКТЕРИСТИКА КУРОРТНОЇ СПРАВИ В ІНДУСТРІЇ ГОСТИННОСТІ

8.1. Принципи організації санаторно-курортного лікування

Санаторно-курортна система вимагає розроблення особливих принципів організації, оскільки пов'язана, з одного боку, з експлуатацією природних лікувальних ресурсів, а, з іншого з організацією лікувального процесу.

Медичні аспекти курортної справи (методи санаторного лікування), засновані на застосуванні природних лікувальних і інших факторів, визначенні показань і протипоказань для хворих на ті чи інші курорти, вивчаються інститутами курортології чи центрами медичної реабілітації і фізіотерапії. Питаннями виявлення, експлуатації й охорони природних лікувальних ресурсів займаються спеціалізовані гідрогеологічні організації.

Територіальне планування курортних закладів і курортних зон, проектування санаторно-курортних об'єктів здійснюють проектні інститути, які вивчають проблеми рекреаційної архітектури.

Особливість курортної практики полягає в тому, що вона поєднує в собі безліч функцій:

- профілактичне оздоровлення населення;
- реабілітацію хворих;
- анімаційно-дозвілеву діяльність.

Профілактичне оздоровлення населення в санаторно-курортній практиці здійснюється з використанням двох основних форм:

1) компенсаторно-розширеного відновлення фізичних сил людини, здійснюваної при щоденному лікуванні в санаторіях-профілаторіях у вечірні години;

2) розширеного відновлення фізичних сил і здоров'я в процесі санаторного лікування у відпускний період.

На курортах, на основі використання природних лікувальних ресурсів для профілактики захворювань шляхом активної дії на

чинники ризику, відбувається відновлення фізичного і психічного здоров'я людини. Курорти сприяють не лише збереженню і зміцненню здоров'я, але і попередженню виникнення багатьох хвороб.

Останніми роками у всьому світі просліджується тенденція людей обертати все більше уваги на стан свого здоров'я. Звідси інтерес до здорового способу життя, заняттям спортом, яким на курортах стали надавати велике значення і створювати для цього сприятливі умови.

Курортна справа виступає як сукупність усіх видів туристичної діяльності, необхідних для організації та забезпечення санаторно-курортними закладами трьох основних функцій:

- лікування;
- медичної реабілітації;
- профілактики захворювань із використанням природних лікувальних ресурсів.

З економічної точки зору, лікування це діяльність, пов'язана з наданням послуг клієнтові (пацієнтові) шляхом використання людського капіталу, природних, матеріальних та нематеріальних ресурсів, спрямована на відновлення та поліпшення функцій людської життєдіяльності. На багатьох курортах, поряд із санаторним, проводиться й амбулаторно-курортне лікування на базі курортних поліклінік, бальнеофізіотерапевтичних об'єднань, кліматолікувальних павільйонів, інгаляторіїв, інших загальнокурортних лікувально-діагностичних установ і центрів.

Один чи декілька природних лікувальних факторів застосовують під час лікарського нагляду в поєднанні з перетвореними факторами, лікувальною фізичною культурою (ЛФК), режимом рухової активності, лікувальним харчуванням тощо. Застосування в комплексі санаторного лікування декількох лікувальних факторів допомагає посилювати вплив одного фактора іншим, тобто отримувати свого роду кумулятивну оздоровчу дію.

Основними методами санаторно-курортного лікування є бальнеотерапія (мінеральні ванни, прийом мінеральної води), грязелікування, кліматолікування, лікувальна фізкультура, лікувальне харчування. Кліматотерапія включає: аеротерапію (лікування

повітрям), геліотерапію (лікування сонцем), таласотерапію (лікування морським кліматом і купанням у воді).

Санаторно-курортне лікування можуть приймати як хворі, так і здорові люди, але його ефективність не завжди вдається зафіксувати, оскільки існує часовий лаг між прийняттям процедур та дією оздоровчого ефекту на організм. Слід зауважити, що курортологи відзначають недостатню вивченість методики виявлення індивідуальних адаптаційних можливостей санаторно-курортного оздоровлення «практично здорових людей».

Санаторно-курортне лікування, як послуга, має чітко виражену реабілітаційну спрямованість. Реабілітація при цьому розгадається як комплекс взаємозалежних медичних, соціальних, педагогічних та інших заходів, що мають за мету відновлення соціальної (трудової, професійної, сімейно-побутової) дієздатності людини на основі максимально можливого відновлення функцій її організму, порушених хворобою. Саме відновлювальне лікування становить медичний аспект реабілітації. Поетапна система реабілітації передбачає взаємозалежну і спадкоємну лікувальну діяльність лікарняного, диспансерно-поліклінічного і санаторного етапів.

Загальними завданнями медичної реабілітації як виду курортної діяльності є:

- відновлення анатомічної цілісності структури чи органів (за можливістю);
- відновлення функцій відповідного органу, системи, структури;
- комплексне відновлення функціональних можливостей організму; відновлення психіки хворого, формування належного ставлення до себе та власного здоров'я, до родини, навколишніх, до роботи та відпочинку.

Останнім часом у реабілітаційному процесі підвищується роль та значення психотерапевта чи медичного психолога, оскільки обов'язковим є відновлення психічного стану хворого з використанням методів психологічної корекції, підвищення толерантності до фізичних навантажень із застосуванням різних методів ЛФК, індивідуальних і малогрупових занять. Проводяться занят-

тя в кабінеті механотерапії, гідрокінезотерапія, бальнеологічні процедури (за відсутності протипоказань), елементи трудотерапії.

Дослідження показують, що фізична втомлюваність зникає протягом перших 4-6 днів перебування в санаторії чи будинку відпочинку, а нервові напруження спадає після 12 днів відпочинку. Якщо перша допомога в санаторних закладах може надаватися в обмеженому режимі і, як правило, у разі наслідків травм, то всі інші становлять суть професійної діяльності лікарів-курторологів. В умовах курорту основна реабілітаційна діяльність спрямовується на відновлення функціонального стану постраждалої людини чи якогось органу в цілому (організму).

Лікувальний процес поділяється на етапи:

- адаптація (перші два-три дні);
- активна реабілітація;
- вихід із реабілітаційного процесу (два-три дні).

Пізня курортна терапія вже корисна не стільки для відновлення функцій, скільки для підтримки досягнутого стану здоров'я. Фахівцями-курторологами прийнято розрізняти чотири технологічних періоди медичної реабілітації:

- ранній;
- середній;
- пізній;
- підтримуючий.

У ранньому періоді хворий або перебуває у лікарняному стаціонарі, включаючи лікарняне реабілітаційне відновлення, або під спостереженням лікарів у домашніх умовах. Санаторна реабілітація найбільш доцільна в середньому періоді 2-4 місяці від початку захворювання чи травми, операції і менш ефективна в пізньому періоді 5-12 місяців, хоча і не виключається у разі призначення лікарем. У деяких групах хворих пізній реабілітаційний період триває до двох років.

Санаторно-курортна діяльність надзвичайно привабливе поле для формування і прояву різноманітних форм самоствердження і самовдосконалення особистості. Незважаючи на різку зміну характеру витрати сил, пов'язану із скороченням частки фізичної праці у структурі суспільного робочого часу, процес їх віднов-

лення практично не змінився: відпочинок, як і раніше, для переважної більшості населення асоціюється з фізичним спокоєм і рясним харчуванням, тобто реалізуються потреби, прямо протилежні дійсним рекреаційним потребам сучасної людини. Здоров'я виступає товаром якісного характеру, який не підлягає купівлі-продажу.

В умовах інформаційного суспільства, комп'ютеризації, інтелектуалізації праці зростають психоемоційні навантаження у робочий та неробочий час, що вимагає рекреаційного забезпечення емоційної і психофізичної «надійності», «стійкості», рівноваги людини. На думку психологів та курортологів, психофізична рівновага найбільш ефективно досягається не «відключенням» від навколишнього оточення, а його зміною, не ізоляцією від джерел інформації, а зміною характеру інформації, не емоційною й інтелектуальною «сплячкою», а зміною вражень.

Сучасна наука здійснює пошук натуральних та вартісних форм визначення результату отримання санаторно-курортних послуг. Існують проблеми визначення економічної оцінки втомлюваності людини та відновлення її здатності до активної діяльності, здоров'я людини. Сьогодні для визначення результативності послуг вчені оперують переважно непрямими показниками сукупних витрат із їх надання зайнятості, продуктивність праці тощо.

Врахування витрат на санаторно-курортні путівки не є адекватною вартісною оцінкою поліпшення стану здоров'я людини. Вирішення ефективного способу оцінки продукту у сфері охорони здоров'я, в тому числі і курортному виробництві, є важливим елементом управління економікою курортних міст, формування попиту та просування санаторно-курортних послуг на споживчі ринки тощо.

Попит на санаторно-курортні послуги визначається різними елементами, тісно пов'язаними один з одним, які відрізняються не тільки за природою, а й за важливістю для відпочиваючих.

Для визначення попиту на санаторно-курортні послуги необхідний прогноз:

- зробити розрахунок потреб у тих чи інших видах лікування, спираючись на аналіз захворюваності в сучасний момент;

- зробити розрахунок перспективного розвитку санаторно-курортної справи в умовах ринкових відносин, застосувавши математичні, економічні і статистичні моделі;

- під час розрахунків узяти до уваги дані про максимальне завантаження в «піковий» період;

- врахувати думку експертів, складаючи прогноз.

Надання комплексу послуг споживачам це виробничий процес санаторно-курортного підприємства, у процесі якого використовуються природні, трудові, інформаційні і матеріально-технічні ресурси.

Цінність природних ресурсів визначається їх унікальністю. Від того, наскільки унікальними властивостями володіють природні фактори, наскільки суттєвий їхній цілющий вплив на організм людини, залежить ступінь зацікавленості споживача. Ефективність ресурсів визначається характером їхнього використання, тобто залежно від методик і технологій їхнього застосування.

У діяльності санаторно-курортних закладів не менш важливим, ніж природний фактор, виступає особистісний фактор виробництва, а саме: фаховий рівень підготовки фахівців-лікарів та обслуговуючого персоналу; досвід роботи в галузі; навички роботи; рівень міжособистісних комунікацій як усередині курортно-рекреаційних підприємств, так і стосовно гостей (курортників); якість обслуговування; підвищення кваліфікації персоналу. Високий професіоналізм створює можливість знизити фактор невизначеності та передбачити досягнення кінцевого результату. Від рівня кваліфікації будь-якої категорії персоналу в кінцевому підсумку залежить репутація санаторно-курортного підприємства, що визначається рівнем обслуговування, знанням своєї справи, доброзичливістю.

Окрім основного роду діяльності з надання курортних послуг, галузева структура курорту може включати:

- підприємства з екологічно допустимого видобутку, розфасовки, використання і вивозу, зокрема за межі регіону чи країни, частини ресурсів лікувальних грязей;

- підприємства аналогічних видів для освоєння частини ресурсів підземних мінеральних вод; .

- підприємства щодо організації і забезпечення безпеки навколишнього середовища та унікальних природних ресурсів;
- наукові, проектні, експертні центри еколого-економічного моніторингу, контролю, дослідження проблем рекреаційного господарства, природокористування (маркетингові дослідження, впровадження ресурсозберігаючих технологій охорони й експлуатації рекреаційних ресурсів, систем курортно-оздоровчого туризму).

Організація санаторно-курортної справи відбувається на трьох рівнях: вищому, середньому та нижньому.

Вищий рівень формують державні органи керування курортами і туризмом. У їхні функції входить:

- визначення стратегії розвитку галузі; складання державної і регіональної програм розвитку курортів;
- контроль за грамотною експлуатацією й охороною природних лікувальних ресурсів;
- організація науково-дослідної діяльності;
- проведення рекламних заходів (виставок, ярмарків і т. ін.);
- підготовка кадрів: курортологів різних спеціальностей.

Середній рівень це виробники лікувальних послуг:

- санаторно-курортні установи (санаторії і пансіонати з лікуванням);
- некурортні установи (санаторії-профілакторії, заводи розливу мінеральних вод, виробники лікувальних грязей).

Санаторно-курортні установи можуть бути однопрофільними (лікування хворих з однорідними захворюваннями) і багатофункціональними (з декількома спеціалізованими відділеннями для лікування хворих з різними захворюваннями).

Функції управлінців санаторно-курортних установ багатопланові:

- забезпечення лікувального процесу на курорті;
- організація анімаційної і спортивної програми для відпочиваючих;
- забезпечення господарської діяльності курорту;
- фінансово-економічна діяльність курорту.

Нижній рівень реалізатори розподілу лікувальних послуг. До них належить:

- фонд соціального страхування, що займається викупом і розподілом курортних путівок за пільговими цінами;
- турфірми, що викупувають і продають споживачам лікувальні тури.

Управлінці посередницьких організацій мусять вміти орієнтуватися на українському і закордонному ринках лікувальних послуг, вивчати попит, визначати для споживача здравниці необхідного профілю з урахуванням лікувальних ресурсів і умов кліматичної і тимчасової адаптації, а також формувати і реалізувати лікувальні тури.

Діяльність санаторно-курортних установ залежить від потреб різних груп населення. Саме вони визначають формування цього ринку і виступають орієнтирами в підготовці і прийнятті управлінських рішень у даній сфері.

8.2. Характеристика курортно-рекреаційних ресурсів санаторно-курортних закладів

Необхідною умовою розвитку курортно-санаторного господарства є наявність та розподіл рекреаційних ресурсів. Рекреаційні ресурси це синтез природних, природно-технічних і соціально-економічних геосистем та їх елементи, які можуть бути використані за існуючих технічних і матеріальних можливостей для організації курортно-санаторного господарства, планування перспектив його розвитку.

Рекреаційні ресурси, під якими розуміються компоненти географічного середовища (рельєф місцевості, зокрема, пам'ятники природи; лікувально-оздоровчого відпочинку: кліматичні, грязьові, гідромінеральні; оздоровчого відпочинку (річки і водосховища, пляжі, лісові зони)); і об'єкти антропогенної діяльності (культурно-історичні і архітектурні пам'ятки), туристсько-рекреаційна інфраструктура. Завдяки таким властивостям як унікальність, історична або художня цінність, оригінальність, естетична привабливість і цілющо-оздоровча значущість, вони можуть бути використані для організації різних видів і форм рекре-

аційних занять: відпочинку, туризму, оздоровлення і є найважливішою складовою частиною рекреаційного потенціалу.

Якість рекреаційних ресурсів відображає сприйняття людиною тих властивостей природних комплексів, які в інтегральній формі виражають його найбільш унікальні оздоровчі властивості з точки зору психологічного, фізичного і емоційного стану. Оскільки естетичне сприйняття, на відміну від фізичного, індивідуально, а використання окремих властивостей рекреаційних ресурсів багатогранне і неоднозначно, в основу їх оцінки мають бути покладені наступні положення:

- висока якість відпочинку забезпечується різноманіттям можливостей (лікувальних, спортивних, пізнавальних, естетичних і ін.);

- первозданність, незвичність, самобутність рекреаційних ресурсів визначають їх загальнолюдську цінність;

- потреба людини в спілкуванні з природою природна і має бути неодмінно задоволена;

- природні рекреаційні ресурси вичерпані, мають обмежені можливості до відновлення, незамінні, тому економічна діагностика рекреаційного потенціалу і регулювання його використання необхідні для ведення національної політики розвитку рекреаційної діяльності.

Діагностика дозволяє оцінити перспективність і доцільність розміщення в тому або іншому регіоні певних рекреаційно-туристичних об'єктів, а також виявити можливість їх розвитку з врахуванням всієї сукупності ресурсних і соціально-інфраструктурних обмежень.

Економічна оцінка рекреаційного потенціалу включає ряд етапів, серед яких:

- розробка класифікації цінності природних рекреаційних ресурсів, інструментарію і методів їх оцінки.

- визначення чинників, що впливають на оцінку рекреаційного потенціалу.

- розробка методів економічної оцінки рекреаційного потенціалу території.

На сучасному етапі оцінка курортно-рекреаційних ресурсів здійснюється за трьома напрямками:

- лікувально-оздоровчим, який визначає ступінь функціональної придатності ресурсів для санаторно-курортного лікування та відпочинку. Оцінка проводиться на основі природно-кліматичних, санітарно-гігієнічних, господарсько-містобудівельних та інших факторів;

- емоційно-естетичним, який характеризує ступінь емоційно-психологічної придатності ландшафту території і який сприяє лікувально-оздоровчому процесу. У такому разі оцінка проводиться на основі факторів виразності і натуральності ландшафту, співмірності побудови з природним середовищем, збереженості природних угруповань тощо;

- культурно-пізнавальним, який визначає ступінь привабливості території на основі факторів оригінальності поєднань елементів природи, історичної і художньої цінності пам'яток, науково-технічної новизни споруд тощо.

Поняття «рекреація» визначається, як: розширене відтворення фізичних, інтелектуальних і емоційних сил людини; будь-яка гра, розвага і тому подібне, використовувані для відновлення фізичних і розумових сил; найбільш сегмент індустрії дозвілля, що швидко розвивається, зв'язаний за участю населення в активному відпочинку на відкритому повітрі, доводиться переважно на уїкенд; перебудова організму і людських популяцій, що забезпечує можливість активної діяльності за різних умов, характеру і змін довкілля; цивілізований відпочинок, що забезпечується різними видами профілактики захворювань в стаціонарних умовах, екскурсійно-туристськими заходами, а також в процесі занять фізичними вправами.

Найважливішими функціями сучасної курортно-рекреаційної системи є: оздоровча (санаторно-курортне лікування); реабілітаційна; превентивно-валеологічна (популяризація і впровадження здорового способу життя); рекреаційно-анімаційна.

Кожна функція курортно-рекреаційної системи вимагає специфічних технологій, які повинні застосовуватися комплексно. У лікувальних функціях пріоритет віддається природним лікуваль-

ним чинникам і нетрадиційним методам лікування, направленим на розширення резервів здоров'я; у рекреаційних функціях - циклам занять, що підвищують духовне здоров'я і етичні орієнтири суспільства.

Курортно-рекреаційна система, що є однієї з форм рекреаційної системи, виникла в результаті взаємодії трьох суперсистем: суспільства, природи і промислового виробництва. Вона давно стала частиною соціально-економічної сфери, причому в даний час все наполегливіше виявляється економічний аспект діяльності курортів.

Оптимальна організація лікування передбачає високі вимоги до рівня обслуговування та благоустрою території. Це можна побачити на прикладі організації обслуговування в Бердянську та Євпаторії, на території яких компактно розміщені спеціалізовані заклади обслуговування магазини, кав'ярні, ресторани, кінотеатри, відеосалони, концертні зали, що створює оптимальні умови для відпочинку. Зацікавлення людей, що лікуються в санаторно-курортних закладах, не обмежується лікувально-гігієнічними процедурами. Життя на курорті є багатоаспектним. Організуються прогулянки, екскурсії пам'ятними місцями, що є важливою частиною комплексного лікувального процесу. Тому все це має знайти відбиття у структурі закладів лікувально-курортних зон.

Розглянемо декілька курортів України.

Бердянськ та Євпаторія розташовані саме на тій місцевості, де є оптимальний набір природно-лікувальних факторів та необхідні умови для їх застосування з лікувально-профілактичною метою. Недаремно вони офіційно визнані курортами загальнодержавного значення.

Курорт Бердянськ – бальнеологічний, грязьовий і кліматичний приморський курорт, розташований на північному березі Азовського моря в Запорізькій області. Кліматична характеристика: сухе жарке літо (температура повітря до 33°C), м'яка зима з нестійким сніговим покривом. Сезон купання в Азовському морі з травня по вересень (вода прогрівається до 26-30°C). Морські пляжі піщані. Сприятливе поєднання морського і степового повітря. Природні лікувальні чинники: приморський клімат, мулові пелоїди, ропа лиманів, мінеральні хлоридні натрієві йодо-бромні

води з мінералізацією від 12 до 60 г/дм³, слабомінералізована хлоридна натрієва мінеральна вода «Бердянська». Показання для направлення на курорт: хвороби опорно-рухової системи, кровообігу, органів дихання, нервової системи, ендокринної, сечостатевої системи, порушення обміну речовин.

Кирилівка – кліматичний і грязьовий приморський курорт місцевого значення в Запорізькій області. Знаходиться на березі Азовського моря і Утлюгського лиману, відокремленого від моря піщаною косою. Розташований на висоті 10 м над рівнем моря, за 40 км від залізничної станції.

Кліматична характеристика: клімат помірно континентальний, степовий. Тепле літо з температурою повітря в липні до +21°C, м'яка зима з температурою повітря в січні до – 6°C. Берег моря – пологий, піщані пляжі – протяжністю більше 250 м.

Природні лікувальні чинники: мулові сульфідні пелоїди, ропа Утлюгського і Молочного лиманів хлоридно-сульфідного натрієво-кальцієвого типу, хлоридні натрієві розсоли.

Показання для направлення на курорт: захворювання опорно-рухового апарату, нервової системи, дихання, гінекологічна патологія.

Курорт Євпаторія (о. Крим) – старий приморський бальнеогрязьовий і кліматичний курорт. Знаходиться на березі Каламітської затоки Чорного моря. Кліматична характеристика: тривале жарке літо, суха тепла осінь, велика кількість сонячних днів (до 257), відсутні різкі коливання температури повітря. Характерні морські бризи, поєднання теплого морського і степового клімату, цілюще повітря лиманів. Пляжі – піщані, морське дно – піщане. Сезон купання в морі – з травня по вересень.

Природні лікувальні чинники: сприятливі кліматичні умови чорноморського курорту, мулові пелоїди, ропа Мойнакського озера, мінеральні термальні хлоридно-гідрокарбонатні натрієві води, бромисті хлоридні натрієві води високої мінералізації, гідрокарбонатно-хлоридна натрієва борна, гідрокарбонатна хлоридна натрієва мінеральна вода. Є міський бювет мінеральної води, свердловина № 13.

Показання для направлення на курорт: захворювання опорно-рухового апарату, нервової, серцево-судинної, дихальної систем,

сечостатевої, ендокринної, системи травлення, порушення обмінних процесів, шкіри, наслідків радіаційної дії.

Феодосія – приморський кліматичний бальнеогрязьовий курорт в Криму. Знаходиться за 116 км від м. Сімферополя на березі Феодосійської затоки. Кліматична характеристика: помірно континентальний клімат. Тепле літо з середньомісячною температурою повітря в липні $+24^{\circ}\text{C}$, м'якою зимою з середньомісячною температурою повітря в січні $+1^{\circ}\text{C}$.

Природні лікувальні чинники: приморський, степовий клімат, сульфатно-хлоридна натрієва вода (мінералізація 4,6-5,5 г/дм³), сульфідні хлоридні натрієві води (мінералізація 6,5-10,0 г/дм³).

Показання для направлення на курорт: захворювання органів дихання, травлення, опорно-рухового апарату, нервової системи і органів кровообігу.

Ялта – найстаріший кліматичний приморський курорт в Криму. Кліматична характеристика: м'який середземноморський клімат, жарке літо з середньомісячною температурою повітря в липні $+24^{\circ}\text{C}$, нетривала м'яка зима. Переважання ясних сонячних днів (2250 годин на рік). Відносна вологість повітря нижча, ніж на курортах Кавказу. Тривалий сезон купання в морі (з травня по жовтень).

Курорт Трускавець (Львівська обл.) один з найбільш привабливих бальнеологічних курортів України і один з найстаріших у Європі. Він розташований у мальовничій долині на північ від передгір'я Східних Карпат, із висоти 350 м над рівнем моря. Це надзвичайно гарне місто: око милують чарівні пейзажі пологих лісових схилів і стрімких рік. тут теплий і помірно вологий клімат, гостює недовга зима, за нею квітуча весна, тепле літо та тривала золота осінь. Залізниця з'єднує курорт з багатьма містами України, з країнами СНД, Балтії, Західної Європи. Трускавець тиха, екологічно чиста зона, щедра на різні земні та підземні багатства. На його території чималі запаси підземних мінеральних вод з 14 природними джерелами та пластами «гірського воску» озокериту. Славиться курорт унікальними мінеральними водами, такими, як: Нафтуса, Марія, Броніслава, Юзя, Софія, лікувальним озокеритом, а також сіллю Барбара. Тут успішно лікують хворо-

би печінки, нирок, шлунково-кишкового тракту, обміну речовий та багато інших.

Перше дослідження мінеральної води та лікування було здійснене на початку XIX століття. Трускавець, як курорт, розпочинав із сольових мінеральних купелів. Датою заснування здравниці вважається 1827 рік, коли було споруджено перше невелике приміщення на 8 ванн. З того часу можливості значно зросли, тепер призначаються різні лікувальні комплекси із застосуванням мінеральних вод для зовнішнього та внутрішнього застосування.

Сьогодні Трускавець це 19 комфортабельних санаторіїв, 20 пансіонатів та дитячих оздоровчих таборів. Щороку у невелике прикарпатське містечко на Львівщині приїжджає близько 200 тисяч чоловік з усієї України та інших країн. Одночасно тут перебуває від 15 до 18 тисяч осіб із різних регіонів нашої країни та з-за кордону. У Трускавці здійснюється лікування захворювань нирок та сечовивідних шляхів, сечокам'яної хвороби, печінки та жовчовивідних шляхів, органів травлення, порушення обміну речовин та ін.

В адміністративно-територіальних межах Трускавця було створено першу в Україні вільну економічну зону (ВЕЗ), яка почала функціонувати з 1 січня 2000 року. Метою створення ВЕЗ «Курортотоліс Трускавець» є стимулювання інвестиційної та інноваційної діяльності, спрямованої на збереження й ефективне використання природних лікувальних ресурсів курорту, прискорення економічних реформ у лікувально-оздоровчій галузі та розвиток рекреаційного туризму. Створення ВЕЗ «Курортотоліс Трускавець» для України є важливим елементом розвитку туризму, адже це:

зразок моделі розвитку рекреаполісів, курортотолісів і рекреаційних зон, можливість відпрацювання нових методів і принципів організаційного управління санаторно-курортними закладами України в ринкових умовах господарювання;

- можливість відпрацювання нової форми оздоровлення населення й організації фінансування системи охорони здоров'я;

- відпрацювання та поширення в Україні нових технологій: діагностики й прогнозування, рекреації та лікування, сервісу, навчання, екологічних досліджень, озеленення й курортної архі-

тектури, біотехнологій профілактичної та відновлювальної фітотерапії, утилізації відходів;

– відпрацювання методів формування ринку санаторно-курортних послуг, організації ефективного і систематизованого оздоровлення населення України.

Курорт Моршин (Львівська обл.) відомий бальнеологічний курорт, профілем якого є лікування захворювань шлунково-кишкового тракту, печінки, жовчовивідних шляхів, підшлункової залози, цукрового діабету, нирок, простати.

Сьогодні курорт Моршин це шість комфортабельних санаторіїв, ДП

«Бальнеологічна лікарня курорту Моршин», бювет мінеральних вод, підпорядкованих ЗАТ «Укрпрофоздоровниця», та чотири здравниці інших відомств. У Моршині функціонують: їдальня лікувального харчування «Здоров'я» на 800 місць, кінотеатр на 450 місць, палац культури з кіноконцертним залом на 700 місць, є загальнокурортна бібліотека, танцювальний зал тощо.

Основний лікувальний фактор мінеральні води джерел № 1, № 6 з хлоридно-сульфатним, калієво-магнієво-натрієвим складом солей.

Діяльність усіх оздоровниць спрямована на підвищення якості та ефективності лікувально-діагностичної роботи, оптимізацію лікувально-реабілітаційного процесу з використанням нових методик і фізичних факторів.

У перспективі планується поєднати послуги санаторно-курортного лікування з послугами туризму та відпочинку, що сприятиме підвищенню рівня комфортності існуючої санаторно-курортної бази. Це забезпечить швидку самоокупність вкладених у курорт інвестиційних коштів, сприятиме покращенню транспортного сполучення. Компактність курортного комплексу має екологічні переваги, робить його зручний для користування споживачами послуг курорту Моршин.

Про сучасну функціональну спроможність санаторно-лікувальних можливостей курорту Моршин свідчить аналіз його роботи та різнопланові статистичні дані, які розкривають функціональні аспекти надання послуг у межах санаторно-курортного комплексу, а також відображають затрати на їх надання.

Відповідно до класифікації, бальнеологічними вважають курорти, що мають природні джерела мінеральної води. Мінеральні води використовуються для внутрішнього прийому на питних курортах і зовнішнього застосування у вигляді загальних і місцевих ванн, душей, зрошувальних кишечнику, купань. В залежності від характеристики лікувальних мінеральних вод визначені показання для бальнеолікування.

Грязьові курорти отримали розвиток в місцевостях з покладами лікувальних грязей (пелоїдів), або вони розташовані недалеко від їх родовищ. Серед лікувальних грязей прийнято виділяти шість типів: сульфідні, торф'яні, сапропелеві (прісноводні мули), сопкові, гідротермальні грязі, глинисті мули. У лікуванні ширше використовують мулові сульфідні і торф'яні пологіди.

Кліматичні курорти функціонують в місцевостях із специфічними властивостями кліматичних умов різних типів (приморський, степовий, лісовий та ін.). Як правило, бальнеогрязьові курорти також відрізняються особливостями клімату і впливають комплексно на фізіологічний стан організму. Абетковий перелік основних вітчизняних курортів наведено у додатку А.

Перелік санаторіїв, профілакторіїв, пансіонатів Запоріжжя та Запорізької області подано у додатку.

Основною метою діяльності санаторно-курортної сфери є створення сприятливих умов для лікування і профілактики захворювань та відпочинку людей, використання та охорона природних лікувальних ресурсів.

Оздоровлення українського народу, як одна з найважливіших функцій держави, була і залишається сферою підвищеної уваги всього суспільства.

Нові соціально-економічні умови вимагають зміни діяльності курортної індустрії, провідними завданнями якої стають:

- курортний маркетинг, що враховує не лише медичну статистику захворюваності, але і всілякі рекреаційні потреби населення, що визначають широту спектру послуг на курортах;
- розробка нових технологій в області використання і відтворення лікувальних ресурсів і методів санаторно-курортного лікування;

- складання прогнозів розвитку курортно-рекреаційних систем різного рівня на найближчу і далеку перспективу;
- підготовка менеджерів санаторно-курортної справи для здравниць і туристських фірм, що працюють на ринку лікувальних послуг;
- пошук ефективних економічних і організаційних механізмів по спільній діяльності курортних і туристських підприємств.

Питання для самоперевірки.

1. Що необхідно зробити для визначенні попиту на санаторно-курортні послуги?
2. Що таке надання комплексу послуг споживачам санаторно-курортним підприємством?
3. Що може включати в себе галузева структура курорту, окрім основного роду діяльності з надання курортних послуг?
4. Які функції управлінців середнього рівня в організації санаторно-курортної справи?
5. Хто представляє нижній рівень у процесі організації санаторно-курортної справи?
6. За скількома і якими напрямками здійснюється оцінка курортно-рекреаційних ресурсів на сучасному етапі розвитку туристичного ринку?
7. Коли в Трускавці було здійснене перше дослідження мінеральної води?
8. Що є основною метою діяльності санаторно-курортної сфери?
9. Що визначає правові, організаційні, економічні і соціальні засади розвитку курортів в Україні та спрямовано на забезпечення використання з метою лікування й оздоровлення населення природних лікувальних ресурсів?
10. Що належить до природних лікувальних ресурсів згідно із Законом України «Про курорти»?
11. Які види курортів існують за загальноприйнятою класифікацією?
12. Що необхідно для того, щоб активізувати комплексні дослідження різноманітних природних лікувальних ресурсів, дати

чітку оцінку їх сучасному стану, що сприяло б розвитку курортів різного профілю в Україні?

Рекомендована література.

1. Кабушкин Н. И. Менеджмент гостиниц и ресторанов: учебник. Мн.: Новое знание, 2002. 368 с.
2. Курортологія : підручник / О. М. Кравець, А. А. Рябев ; Харків. нац. ун-т міськ. госп-ва ім. О. М. Бекетова. Харків : ХНУМГ ім. О.М. Бекетова, 2017. 167 с.
3. Курортологія та курорти України : навч. посіб. / уклад. С. М. Малахова, О. О. Черепок, Н. Г. Волох. Запоріжжя : ЗДМУ, 2019. 105 с.
4. Санаторно-курортне лікування та реабілітація: сучасні тенденції розвитку: матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю (Одеса, 30 вересня – 01 жовтня 2021 р.). Одеса: Поліграф, 2021. 190 с.
5. Рутинський М. Й. Рекреалогія з основами курортології : курс лекцій / М. Й. Рутинський ; за ред. М. Мальської. Львів : Фенікс, 2004. 68 с.
6. Степанов Е. Г. Основы курортологии и санаторно-курортное лечение : учеб. пособие / Е. Г. Степанов. Харьков : Кроссроуд, 2007. 584 с.
7. Сухан В. С. Кліматологія і кліматотерапія : методичні рекомендації. Ужгород : ДВНЗ «Ужгородський національний університет», 2012. – 60 с.
8. Уокер Джон Р. Управление гостеприимством. Вводный курс: учебник. Пер. с англ. М.: ЮНИТИ-ДАНА, 2006. 880 с.
9. Фоменко Н. В. Рекреаційні ресурси та курортологія : навч. посібник. Київ : Центр навчальної літератури, 2007. 312 с

ГЛОСАРІЙ ТЕРМІНІВ ТА ВИЗНАЧЕНЬ

Адаптація – пристосування організму до нових умов довкілля, в яких проходить лікування на курорті. При цьому змінюється середовище перебування (широта, довгота, висота, рельєф місцевості кліматичні умови і ін.) і спосіб життя пацієнта. Пристосування організму до нових кліматичних умов називають акліматизацією, яка є частиною адаптації. Зміна звичних умов, викликають в організмі людини істотні фізіологічні зрушення для забезпечення його життєдіяльності, в нових умовах, які слід враховувати при курортному лікуванні. Тривалість, специфіка адаптації залежить не лише від зовнішніх курортно–кліматичних чинників, але і від індивідуальних особливостей організму, віку, міри загартованості і тренуваності організму, характеру і тягаря основного і супутнього захворювання. Різка зміна клімату, особливо в осіб літнього віку, а також осіб з різними хронічними захворюваннями, можуть викликати різні патологічні реакції і загострення захворювань. Тому для таких пацієнтів підбирається місце лікування в санаторії з кліматичними умовами подібними або близькими до клімату постійного мешкання.

Акупунктура – (від латин. *acus* – голка, *punctum* – укол, крапка) – єство методу полягає в нанесенні уколу або прогріванні (припіканні) в певних біологічно активних точках тіла. Оскільки дію найчастіше надають голкою, метод отримав назву голкотерапія, а пізніше з розвитком нейро–рефлекторної теорії, що пояснює механізм дії акупунктури, – іглорефлексотерапія або рефлексотерапія.

Ампелотерапія – (від греч. *Ampelos* – виноград; *therapia* – медичні турботи, лікування) – лікування виноградом, виноградо–лікування. Учені античного світу Гіппократ, Пліній Старший, Гален писали про його чудові лікувальні властивості. Особливо корисні виноградні ягоди ослабленим дітям, оскільки містять необхідні для зростаючого організму дитяти цукру, мінеральні речовини, легко засвоєні солі калія, кальцію, заліза, фосфору. Органічні кислоти винограду обумовлюють діуретичну (сечогінне) дію, сприяють виведенню солей, сечовини, сечової кислоти. Курс ампелотерапії покращує роботу нирок і корисний при подагрі і

сечокиислому діатезі. Злегка дратуючи дихальні дороги, виноград полегшує відділення мокроти, пом'якшує кашель, надає помітну відхаркувальну дію. Звідси його безперечна користь при хронічних захворюваннях верхніх дихальних доріг і легенів. Він укріплює захисні сили організму, підвищує стійкість до інфекцій, є прекрасним загальнозміцнюючим і тонізуючим засобом. Виноград не можна приймати при високій мірі ожиріння, цукровому діабеті, виразкових поразках шлунково-кишкового тракту, декомпенсованих пороках серця, захворюваннях нирок з явищами ниркової недостатності.

Апітерапія (від латів. *apis* – бджола), вживання бджолиної отрути, продуктів бджільництва і препаратів на їх основі з лікувальною метою. Апітерапія володіє широким загальним оздоровчим ефектом, діючи буквально на всі органи і системи організму. Мед, прополіс, пилок–обніжжя, маткове молочко, бджолина отрута володіють багаточисельними коштовними властивостями: протимікробним, противірусним, імуностимулюючим, радіопротекторним, антигіпоксією і ін. проводиться навчання лікарів апітерапії – методу пчелоужаления, індивідуальному підбору схем призначення хворим апипрепаратів і їх комбінацій в комплексній терапії багатьох захворювань.

Аплікація грязьова – (*ap-plicare* – додавати, приєднувати) одна з методик грязелікування, нанесення на певні ділянки тіла людини шару лікувальної грязі певної температури, товщини і консистенції.

Ароматерапія – метод лікування із застосуванням чистих ефірних масел, що містяться в рослинах (кольорах, листі, стеблах, корінні) і визначають їх запах, в наші дні широко використовуються для лікування духу – все, без виключення, ефірні масла благотворно впливають на сферу емоцій і психічне здоров'я, позитивно впливають на нервову систему. Аромамасла застосовуються для ароматизації приміщень (*аерофітотерапія aeris* – повітря; *phyton* – рослина; *therapia* – лікування), додаються в масла для масажу (*аромамасаж*). Аерофітотерапія часто використовується під час сеансів акупунктури, *шиа-цу*, *стоун-терапії*, груповій і індивідуальній психотерапії.

Арттерапія – (лат. art – мистецтво + греч. therapia – лікування) – розділ естетотерапії, що включає лікування хворих за допомогою різних видів мистецтва.

Аерарій – спеціально обладнаний майданчик для проведення повітряних ванн, захищена від вітру. Зазвичай складає частину аеросолярію.

Аероіонотерапія (aeris – повітря; ion – що йде, рухомий; therapia – медичні турботи, лікування), метод лікування, заснований на дії електрично заряджених часток повітря (аероіонів – легких негативних іонів). Застосовується головним чином як метод загальної дії, у вигляді аероіоноінгаляцій, а також як місцева процедура – аероіонний масаж. Це один з методів кліматотерапії.

Аеротерапія – (aeris – повітря; therapia – медичні турботи, лікування) – повітрялікування, лікування повітряними ваннами, перебування на відкритому повітрі. Метод кліматотерапії, що використовує дозовану дію так званим відкритим (атмосферним) повітрям на організм в лікувально–профілактичних цілях. Особливо корисна аеротерапія, якщо повітря в природних умовах збагачене киснем, декілька іонізований і містить корисні домішки іонів елементів морської води або продуктів життєдіяльності рослин, стимулюючих дихання і інші функції організму.

Бальнеогрязелечебниця – медична установа для проведення процедур бальнеотерапії і грязелікування.

Бальнеолечебниця – медична установа для проведення процедур (ванн, душей, промивань, зрошувань і ін.) переважно з використанням природних мінеральних вод.

Бальнеологія – (від латів. Balneum – зціляти біль, пізніше значення – ванна; logos – слово, учення, наука) розділ курортології, що вивчає лікувальні мінеральні води, їх походження, фізико–хімічні властивості, вплив на організм при різних захворюваннях, яка розробляє показання до їх застосування на курортах і у позакурортних умовах. За кордоном бальнеологія розвивається на основі досягнень гідрогеології, фізичної і біологічної хімії, біології, фізіології, гігієни і клінічних дисциплін. Її історія значною мірою збігається з історією курортології.

Бальнеотерапія – (від латів. Balneum, therapia – медичні турботи, лікування) розділ бальнеології, що займається вживанням мінеральних вод і ванн з лікувальною метою.

Басейни лікувальні – басейни призначені для проведення водних лікувально–оздоровчих процедур, таких, як лікувальна гімнастика, дозоване плавання, купання, підводне витягнення і ін. На курортах лікувальні басейни зазвичай функціонують при санаторіях і водолікарнях. На деяких курортах лікувальні басейни наповнюють термальною мінеральною водою, підігрітою морською або мінеральною водою. Басейни можуть бути відкритими і закритими.

Бювет – бальнеотехнічна споруда біля виходу мінерального джерела на поверхню землі, призначена для проведення питного лікування мінеральними водами. Бювет повинен забезпечувати збереження лікувальних властивостей води і оберігати її від забруднення.

Ванни ароматичні – метод водолікування, за допомогою розчинених в прісній воді ароматичних речовин.

Ванни газові – лікувальні ванни із застосуванням перенасиченої газом води.

Ванни грязьові – лікувальні ванни, при яких тіло (або частина тіла) хворого занурюють у ванну, заповнену розведеною лікувальною гряззю.

Ванни лікувальні – лікувальні процедури, при яких на організм впливають з лікувальною, профілактичною або гігієнічною метою водою (водолікування), розведеною лікувальною гряззю (грязелікування), повітрям (повітряні ванни), сонячним світлом (геліотерапія).

Ванни мінеральні – лікувальні ванни, для яких використовують природні або штучно приготовані мінеральні води.

Вібротерапія, вібромасаж (від латів. Vibrare – коливати, гойдати, треміти) метод лікування при якому на тіло пацієнта (або частина його) виявляється дія за допомогою пристроїв, що служать для створення струсів (вібрамасажерів, вібраційних кушеток).

Вінотерапія (енотерапія (греч. – oinos – вино; therapia – лікування) – це метод, заснований на лікуванні із застосуванням похідних виноградної лози (виноградне листя, кісточки, оболонка винограду). Лікувальні і дієтичні властивості вин отримали загальне визнання в безлічі народів. Вину приписувалося божественне походження: згідно відданям, до Єгипту лозу привіз Озіріс, до Греції і Риму – Діоніс і Бахус, до Вірменії – Ной, на Кіпр – Сатурн, до Іспанії – напівбог Геріон. І усяди «напій від бога», звичайно при його помірному вживанні, проявляв свої зцілюючі властивості. У Іліаді Гомера згадуються імена двох лікарів, які давали вино пораненим і користувалися їм при перев'язці ран. Молоком людей похилого віку називав вино Платон. Багаточисельними дослідженнями доведено, що вино уповільнює процеси старіння, підвищує імунітет, нормалізує функції серцево-судинної і нервової систем. «Вино наш друг, але в ньому живе підступність: п'єш багато – отрута, трохи п'єш – ліки». Ібн – Сина (Авіценна). Цілющий ефект оздоровчих і косметичних методик, вживаних у вінотерапії, визначається поєднанням цілющих елементів, виявлених у виноградної лозі, і природною мінеральною водою. Остання насичується витягами і маслами виноградних кісточок, екстрактами винних дріжджів, червоним вином, таніном, поліфенолами, есенціями різних лікарських рослин і трав і використовується для ванн і підводного масажу з метою схуднення, поліпшення якості шкіри і омолодження. Унікальність винограду полягає в тому, що він багатий глюкозою, фруктозою, вітамінами С, А, В1, В2, В5, В6, В9, Е, РР, Р, найважливішими для здоров'я організму мікроелементами і амінокислотами. Це найбільш природний і корисний продукт, який створений природою для людини, і що отримав назву «Рослинного молока». Лікарі рекомендують виноградні вина при недовкрів'ї, а також ослабленим хворим, що знаходиться у стадії одужання після важких хвороб, поранень, операцій, при втраті апетиту. Підігріте вино (особливо, червоне сухе, Кагор, кріплене) можна застосовувати при простуді, ознобі, переохолодженні. Білі столові вина володіють значними сечогінними властивостями, знімають втому, корисні при ослабленій серцевій діяльності. Червоні столові вина сприяють виведенню з організму радіонуклідів (особливе Кабер-

не), корисні при анемії, запобігають тромбозам, які в чотирьох з п'яти випадків є причиною інсультів. Вино володіє не лише бактерицидними, але і кровотворними властивостями, оскільки в ній, на відміну від білого, майже немає залишкового цукру. Тому його рекомендують діабетикам і людям щільної статури. В середньому нормою, корисною для здоров'я вважається не більше 150–250 грамів на день.

Водолікування (гідротерапія) – лікування, що включає зовнішнє вживання прісної води у вигляді душа, ванн.

Відновна медицина – система знань і практичної діяльності, цілеспрямованих на відновлення функціональних резервів людини, підвищення рівня його здоров'я і якості життя, понижених в результаті несприятливої дії чинників середовища і діяльності або в результаті хвороби (на етапі одужання або ремісії), шляхом вживання переважно немедикаментозних методів. Відновна медицина займається вивченням механізмів дії і розробкою методів вживання природних і штучних фізичних чинників, фізичних вправ, чинників традиційної терапії для лікування хворих, профілактики захворювань, відновлення функціональних резервів організму людини і підвищення рівня його здоров'я і якості життя.

Галерея питна – будівля над бюветами, призначена для питного лікування мінеральними водами.

Галотерапія – метод лікування, заснований на вживанні штучного мікроклімату, близького по параметрах до умов природних спелеокамер. Основним чинником методу, що діє, є високодисперсний сухий сольовий аерозоль (галоаерозоль) діапазону концентрацій від 0,5 до 10 мг/м³ з чотирма контрольованими лікувальними концентраціями (режимами). В даний час приміщення, де створюється мікроклімат соляних печер, називають різними термінами: галокамера, спелеокамера, спелеокліматична камера, кліматична камера, соляна печера, «живе повітря».

Геліотерапія – (від греч. – helios – сонце) – лікувальний і оздоровчий вплив сонячних променів.

Гідромасаж – лікувально-профілактична процедура, при якій на тіло людини впливають струменями теплої прісної або мінеральної води, використовуючи прийоми масажу.

Гідротерапія – сукупність заходів, що мають на меті відновлення здоров'я і усунення або полегшення страждань хворого, (водолікування) зовнішнє вживання прісної (власне водолікування) і мінеральної (бальнеотерапія) води з цілями лікування, медичної реабілітації, збереження і відновлення здоров'я. Проводиться у формі обливання, обтирання, укутування, душі, ванн, купання і так далі

Гірудотерапія – лікування із застосуванням п'явок.

«Блакитна лагуна» – найпівнічніший курорт світу. Курорт побудований на гарячих джерелах в Ісландії, яка чарує мандрівників фантастичною природою, де її могутні сили проявляють себе настільки виразно. Увагу мандрівників привертають вулкани, льодовики, гейзери, природні гарячі джерела, засніжені вершини, величезні лавові поля, водоспади і північні сяяння.

Гірський клімат – це чисте повітря, інтенсивна сонячна радіація, особливо ультрафіолетова, знижений барометричний тиск і відносний високий вміст кисню, особливо у високогірних районах. Клімат надає тонізуючу і гартуючу дію, показаний особам, страждаючим функціональними розладами нервової системи, хронічними компенсованими захворюваннями легенів і серця.

Грязелікування (pelostherapia) – метод лікування заснований на вживанні грязей мінерально–органічного походження і грязеподібних речовин (глин і ін.), лікувальна дія яких обумовлена впливом температурного і механічного чинників, природними фізичними властивостями і хімічним складом. Лікування проводять в основному на курортах, розташованих поблизу родовищ лікувальних грязей, хоча поширено і позакурортне з використанням тієї, що привезли. Вперше про «єгипетський» метод лікування грязцю, яку при розливі виносили води Ніла згадує Клавдій Гален, що жив в II столітті. Методика грязелікування полягала в обмазуванні всього тіла грязцю нагрітою природним чином на сонці. На початку XIX століття грязелікування стало провідною бальнеотерапевтичною процедурою, що проводиться під керівництвом лікарського персоналу. Перші грязелікарні відкрилися в Тінаках і Одесі (1820 р.). Майже одночасне грязелікування почалося в Саках (1827 р.), Старою Руссе (1839 р.), пізніше — на Сергіївських Мінеральних Водах, в Липецьку (1876 р.) і на Кав-

казьких Мінеральних Водах (1886 р.). В основному воно проводилося на південних грязьових станціях і лише в літні місяці, коли грязь можна було нагрівати на сонці. Грязелікування стимулює обмін речовин, сприяє розсмоктуванню вогнищ запалення. Лікувальна грязь володіє протимікробною дією: прикладена до шкіри або слизистих оболонок, поглинає бактерії, що містяться на їх поверхні; у грязі присутні також речовини типа антибіотиків.

Грязелікарня – медична установа для проведення процедур із застосуванням лікувальних грязей.

Грязі лікувальні (пелоїди) – осідання різних водоймищ, торф'яні відкладення боліт, виверження грязьових вулканів і інші природні утворення (сапропелі, торф, сопкових, гидротермальні грязі мула), що складаються з води, мінеральних і органічних речовин і що є однорідною пластичною масою, володіють високою пластичністю, теплоємністю і повільною тепловіддачею, містять біологічні активні речовини (солі, гази, вітаміни, ферменти, гормони і ін.) і живі мікроорганізми.

Дієтотерапія – (греч. *Diaeta* – режим харчування) – метод лікування і профілактики хвороб, заснований на вживанні спеціально підібраних (по кількості, хімічному складу, калорійності, і методам кулінарної обробки) харчових раціонів (дієт) і визначення режиму харчування. В умовах санаторно–курортного лікування дієтотерапія не є самостійним лікувальним методом, її значення особливо велике при лікуванні захворювань органів травлення. При деяких хронічних захворюваннях, наприклад, шлунку, кишечника, нирок, серцево–судинної системи, дієтотерапія проводиться постійно.

Будинок відпочинку – оздоровча установа з регламентованим режимом, призначена для відпочинку практично здорових людей.

Душ – водна процедура, полягає в дозованій дії одній або більш за струмені води певної форми, температури, тиску, на пряму (низхідні і висхідні) води. Як процедуру водолікування на курорті душ проводять в душовому залі водолікарні, обладнаному так званою душовою кафедрою (для регуляції режиму процедури). Розрізняють душ з постійною температурою води – холодні

(нижче 20°C), прохолодні (до 34°C), індиферентні (35–37°C), теплі (38–39°C), гарячі (40°C і вище), із змінною температурою (10–25°C і 45°C). Вода під час процедур подається під тиском від 0,3 до 4 атмосфер. По інтенсивності дії розрізняють душі: пило-вий, дощовий, голковий, віяловий, циркулярний, струєвий (душ Шарко, шотландський).

Душ–масаж підводний – водолікувальна процедура, що полягає в поєднанні дії води і прийомів масажу. Проводиться у ванні ємністю 400–600 л або в спеціальному басейні при температурі води 35–37°C. Тіло масажують струменем води, що подається під необхідним тиском по еластичному шлангу за допомогою спеціального апарату (забезпечує кругообіг води).

Електрогрязелікування – метод лікування, при якому спільно використовуються грязі і електричний струм. Ця процедура вважається щадною і призначається замість звичайного грязелікування ослабленим хворим.

Електролікування – метод фізіотерапії, дозована дія на організм постійного або імпульсного електричного струму, а також електричних, магнітних або електромагнітних полів.

Електромасаж – різновид апаратного масажу.

Електросон – метод фізіотерапії, різновид електролікування, при якому використовуються імпульсні струми низької частоти для безпосередньої дії на центральну нервову систему, аби викликати її гальмування і таким чином сон у хворого.

Ерготерапія – (лат. Ergon – праця, заняття, греч. therapia – лікування) – розділ клінічної медицини вивчає методи і засоби направлені на відновлення рухової активності людей з обмеженими можливостями. Ерготерапія в основному направлена на розвиток практичних рухових функцій верхніх кінцівок. Застосовується при лікуванні дітей з ДЦП і дорослими з поразкою периферичної нервової системи, чаші після травм спинного мозку і інсультів. Використовуючи ігрові елементи і спеціально розроблені тренажери, ерготерапевти досягають виконання головного завдання тренувань – навчити пацієнта як можна самостійніше одягатися і роздягатися, піклуватися про особисту гігієну. Ерготерапія займає важливе місце в реабілітаційних програмах багатьох країн світу, широко застосовується в спеціалізованих санаторіях.

Жемчужні ванни – ванни, що впливають водою з безліччю бульбашок повітря, що утворюються тонкими металевими трубами з отворами, куди повітря поступає під тиском.

Зона курортна – 1) курортний район, тобто група курортів і курортних місцевостей, розташованих в безпосередній близькості один до одного; 2) частина території курорту, де розташовуються санаторії, удома відпочинку і інші санаторно–курортні і оздоровчі установи, пристрою і споруди для використання природних лікувальних чинників.

Зона відпочинку – приміська зона із сприятливими природними умовами, виділена місцевими властями (міста району, підприємством) і для відпочинку населення району (міста).

Іглорефлексотерапія – метод лікування за допомогою дії на біологічно активні точки спеціальними голками, запозичений із старокитайської медицини.

Інгаляторій – лікувальний кабінет, обладнаний апаратурою для проведення інгаляцій.

Інгаляція (in–halare – вдихати) вдихання пари, газів, лікарських речовин або спосіб доставки подрібнених часток лікарських засобів безпосередньо в дихальні дороги. Основною метою інгаляційної терапії, як правило, є досягнення максимального місцевого терапевтичного ефекту в дихальних дорогах при незначних проявах або відсутності системної побічної дії.

Інфрачервоне опромінення – використання інфрачервоних хвиль для прогрівання шкіри на глибину 2–3 см, розширення судин шкіри.

Клімат – багатолітній режим погоди, що складається в певній місцевості. Умовно розрізняють три групи кліматичних складових клімату: Метеорологічні (атмосферні), радіаційні (космічні) і телуричні (земні). Атмосферні – включають газовий склад і фізичні властивості повітря (температура, вологість повітря, атмосферний тиск, насиченість озonom, аероіонами і ін. Клімат лісостепів Європейської частини створює щадні умови. При нім не буває різких перепадів температури, спостерігається помірна вологість. Влітку немає душливої жарі, взимку – лютих морозів. Курорти цієї зони широко показані при різних хронічних захворюваннях, у тому числі серцево–судинної системи (ішемічна

хвороба серця, гіпертонічна хвороба). Клімат степів також жаркий і сухий, але відрізняється різкішими перепадами температури дня і ночі. На степових курортах додатково використовують лікування кумисом. Приморський клімат (морського побережжя) характеризується чистотою і свіжістю повітря при високому вмісті в нім озону і морських солей, інтенсивним сонячним випромінюванням, відсутністю різких перепадів температури. Клімат Чорноморського побережжя відрізняється високою вологістю, тому для страждаючих легеневиими захворюваннями він менш сприятливий. Цей клімат вологої субтропічної зони показаний при захворюваннях серцево-судинної системи, опорно-рухового апарату, нервової і ендокринної системи. Клімат Південного берега Криму (Ялта, Алушта) наближається до середземноморського – він теплий, з низькою вологістю, з довгим сонячним стоянням, з тривалим сезоном купання.

Кліматичні курорти – курорти в яких біологічна дія клімату багатообразна, вона заспокоює і тонізує нервову систему, покращує регуляцію життєвих процесів (активізує обмін речовин, функцію дихання, кровообігу, травлення), підвищує опірність інфекційним захворюванням.

Кліматотерапія – сукупність методів лікування, що використовують дозовану дію кліматопогодних чинників і спеціальних кліматопротидур на організм. Лікувально-профілактична дія клімату на організм визначається рядом природних чинників: положенням місцевості над рівнем моря, мірою віддаленості від моря, атмосферним тиском, температурою, циркуляцією і вологістю повітря, кількістю опадів, хмарністю, інтенсивністю сонячної радіації і ін. до основних методів кліматотерапії відносяться: геліотерапія, аеротерапія, таласотерапія. Повітряні і сонячні ванни, морські і річкові купання, сон на повітрі і інші кліматичні процедури створюють умови максимальної дії кліматичних чинників на організм. В результаті кліматотерапії заповнюються не-долік природного ультрафіолетового опромінення організму і не-долік аероіонів, тренуються механізми терморегуляції, лежачі в основі гартування, нормалізуються реактивність і функціональний стан організму, покращується обмін речовин.

«Королівський курорт» відомий своїми термальними джерелами з 43 року, опісля майже два тисячоліття, в лютому 2003 року отримав «друге народження». У цьому місті побудований розкішний термальний комплекс, в якому сучасні будівлі із скла і каменя злилися в єдиний архітектурний ансамбль з історичними термами, побудованими римськими легіонерами і королями Великобританії.

Косметологія (kosmetikos – що відноситься до поліпшення краси тіла; logos – слово, учення) – розділ медичної науки, що займається вивченням методів і засобів, службовців для догляду за шкірою, волоссям, нігтями, для підтримки гігієни (hygienos – здоровий, корисний для здоров'я) тіла, порожнини рота і зубів.

Кріомасаж (гр. Kryos – холод, мороз, лід; masso – місити, м'яти, погладжувати), масаж шматочками льоду або криопакетом з різних матеріалів.

Кріотерапія – метод лікування з використанням льоду або низьких температур.

Кумисолікування (кумисотерапія) – вживання кумису з лікувальною метою. Кумис є продуктом алкогольного і молочнокислого бродіння кобилячого молока під впливом особливої закваски. Це шипучий, пінистий напій із спиртним смаком і запахом. Містить велику кількість незамінних амінокислот, ферментів, біокаталізаторів, білків, вітамінів, мікроелементів. Кумис був відомий ще в глибокій старовині.

Купання – застосовуються в лікувально–профілактичних і гігієнічних цілях як в природних водоймищах – морях, річках, озерах, лиманах і так далі, так і в штучних. На курортах купання призначають як гартуючу процедуру, а також в лікувальній меті при функціональних розладах нервової системи, деяких захворюваннях серцево–судинної системи, органів дихання і ін. Зазвичай купання призначають при температурі повітря не нижче 20–22°C і води 18–20°C.

Курорт – (німецьке kurort, від kur – лікування і ort – місце), освоєна і використовувана з метою лікування, медичної реабілітації і профілактики захворювань природна територія, що особливо охороняється, має в своєму розпорядженні природні лікувальні ресурси і необхідні для їх експлуатації будівлі і споруди,

включаючи об'єкти інфраструктури. По характеру провідних природних лікувальних чинників курорти діляться на бальнеотерапевтичні, пелоїдотерапевтичні (грязелікувальні), кліматичні, кумисолікувальні курорти.

Курорт бальнеогрязелікувальний – тип курорту, де як основний лікувальний чинник використовуються природні мінеральні води і лікувальні грязі.

Курорт бальнеокліматичний – тип курорту, де як основні лікувальні чинники використовуються клімат і природні мінеральні води.

Курорт грязьовий (грязелікувальний) – тип курорту, де як основний (або одного з основних – разом з кліматом, природними мінеральними водами) природний лікувальний чинник використовуються лікувальні грязі. Їх застосовують переважно у вигляді грязьових аплікацій, грязьових ванн і інших методик загального або місцевого грязелікування; передбачається устаткування курортів і санаторних установ грязелікарнями, водогазеликарнями або грязелікувальними кабінетами. Найбільш відомі грязьові курорти в СНД – курорти Одеси (Кульяницький курорт, Хаджібейський курорт і ін.), Бердянськ, Саки, Ельтон–Моллакара, Хаапсалу, Тала і ін.

Курорт кліматичний – тип курорту, де як основний лікувально–профілактичний чинник використовується клімат.

Курорт місцевого значення – освоєна і використовувана в лікувально–профілактичних цілях природна територія, що особливо охороняється, що знаходиться в установленому порядку у веденні органів місцевої самоврядування.

Курортологія — розділ медицини, який вивчає властивості клімату, мінеральних вод, лікувальних грязей і інших природних лікувальних чинників і механізми їх дії на організм людини при їх лікувально–профілактичному вживанні і розробляє наукові основи організації курортної справи і санаторно–курортного лікування.

Курортологія — наука про природні лікувальні фактори, про їх дії на організм, патологічний процес в ньому та методах використання в лікувально–профілактичних цілях.

Курортологія (сучасна) — медична наукова дисципліна, яка вивчає цілющі властивості природних фізичних чинників, характер їх дії на організм людини, можливості їх вживання з лікувальною і профілактичною метою на курортах і в позакурортних установах, розробляє свідчення і протипоказання для санаторно-курортного лікування і методи застосовування курортних чинників при різних захворюваннях.

Курорт регіонального значення — освоєна і використовувана в лікувально-профілактичних цілях природна територія, що особливо охороняється, що знаходиться в установленому порядку у веденні органів влади.

Курортний регіон (район) — територія з компактно розташованими на ній курортами, об'єднана загальним округом санітарної охорони.

Курортний режим — система правил і заходів, що забезпечують сприятливі умови лікування і відпочинку на курорті, яка регламентується роботою всіх загальнокурортних лікувально-профілактичних, оздоровчих і культурних установ. Встановлюється адміністрацією курорту.

Курсівка — різновид путівки, що дає право на проходження амбулаторно-курсовочного лікування.

Лимани (греч. limas — стояча вода, болото) — затоки, що утворилися при затопленні морем гирлової частини долин річок і балок, відкриті убік моря або закриті, відокремлені від моря коосою, пересипом. При малому припливі прісних вод з материка і посушливому кліматі води лиманів сильно осолонюються, і в них осідають солі або накопичуються потужні шари своєрідних мулистих відкладень — лиманових грязей. З лікувальною метою використовується вода лиманів. У Україні найбільш відомі Одеські лимани (Куяльницький, Хаджібейський), Кримські озера — Сакське і Мойнакське. у Бердянську — Червоний Лиман.

Магнітотерапія — метод фізіотерапії, різновид електролікування, використання змінного низькочастотного, пульсуючого і постійного магнітного поля з лікувальною метою.

Мануальна терапія — (manus — рука) — розділ медицини, що займається мануальним лікуванням хвороб. Гіппократ вже в V столітті до нашої ери розглядав терапію хребта разом з хірургією

і лікарським лікуванням, як один з наріжних каменів медицини. З 50-х років нашого століття в Європі стали утворюватися школи мануальної медицини, які, узагальнивши практичний досвід остеопатії, хіропрактики і народної медицини, стали виучувати лікарів з врахуванням знань анатомії, патологічної анатомії, фізіології, біомеханіки і рентгенології.

Масаж (masso – місити, м'яти, погладжувати) – метод лікування заснований на механічній дозованій дії на тіло людини за допомогою спеціальних прийомів (розтирання, розминка, погладження, биття) руками і спеціальними інструментами і апаратами.

Мінеральні (лікувальні) води – природні підземні води, що надають на організм людини лікувальну дію, обумовлену підвищенням вмістом корисних біологічно активних компонентів, особливостями газового складу або загальним іонно-сольовим складом води. Мінеральні води підрозділяються на два види: питні і бальнеологічні (для зовнішнього використання).

Мінеральні джерела – природні виходи мінеральної води на земну поверхню.

Моціон (від латів. Motio – рух), прогулянки, що здійснюються здоровими людьми для зміцнення здоров'я, а хворими – для виконання лікувального режиму. Особливо показаний для страждаючих деякими захворюваннями серцево-судинної системи, органів дихання, шлунково-кишкового тракту, схильністю до ожиріння.

Пансіонат (фр. pensionnat від латів. pensio – вклад) – оздоровча установа типа будинку відпочинку з менш регламентованим режимом, призначене для відпочинку практично здорових людей на курорті (головним чином кліматичному) або в приміській зоні відпочинку. Відпочивальники в пансіонаті, у тому числі з сім'ями, забезпечуються житлом, живленням і культурно-побутовим обслуговуванням, а на курорті – за наявності відповідних медичних висновків – амбулаторно-курортним лікуванням.

Пляж лікувальний – ділянка побережжя моря, річки, озера, обладнаний для проведення лікувальних, профілактичних кліматичних процедур під спостереженням медичного персоналу. Це основне місце для проведення кліматолікування в теплий період

року. Лікувальний пляж в своєму складі повинен мати зону акваторія, прибережну смугу для прийом сонячних ванн, тіньову зону для прийому повітряних ванн, метеопункт, медичну кімнату і рятувальну службу.

Радонові води – мінеральні води різного складу, що містять радіоактивний газ – радон певної терапевтичної концентрації

Райт–терапія – (іпотерапія) (від йому. Reiten – їздити верхи, Reiter – вершник) – лікувальна верхова їзда. Поєднує високочинимі мотивації протилежного знаку – дуже бажане з що дуже лякає. Успішно застосовується при функціональних розладах нервової системи, лікуванні дітей з ДЦП. Лікуванню кожного захворювання відповідає певний хід коня. Температура її тіла на півтора–два градуси вища за температуру людини, а м'язи влаштовані так, що, коли людина їде верхи, вектор їх коливань направлений в різні боки. Відбувається тепловий масаж, який не замінить жоден майстерний масажист.

Ропа – вода мінеральних (соляних) озер, лиманів або штучних водоймищ, що є насиченим соляним розчином (розсіл).

Рекреаційні ресурси – всі компоненти природного середовища: клімат, ландшафт, поверхневі і підземні води, парки, лісопарки, музеї, стадіони, зони відпочинку. Природні рекреаційні ресурси є комплексом фізичних, біологічних і енергоінформаційних елементів і сил природи, які використовуються в процесі відновлення і розвитку фізичних і духовних сил людини, його працездатності і здоров'я. Практично всі природні ресурси володіють рекреаційним і туристським потенціалом, але міра використання його різна і залежить від рекреаційного попиту і спеціалізації регіону.

Рекреація – (від латів. Recreation – відновлення) – поняття, що охоплює всі види відпочинку – санаторно–курортне лікування, туризм. Відновлення здоров'я і працездатності шляхом відпочинку поза житлом: на лоні природи, в туристичній поїздці і тому подібне

Санаторій (новолат. Sanatorium, від латів. Sano – лікую, зціляю, оздоровляю) – основна лікувально–профілактична установа для проведення санаторно–курортного лікування. Медичний профіль (спеціалізація) курортних санаторіїв залежить від ліку-

вальних чинників курорту і встановлених для нього медичних свідчень. У санаторії, розташовані в регіоні мешкання (місцеві санаторії) направляють хворих для доліковування після виписки з лікарень і в тих випадках, коли поїздка на віддалені курорти може шкідливо відбитися на стані здоров'я (наприклад, при різкій зміні клімату). Санаторії можуть бути однопрофільними (для лікування однорідних захворювань) і багатопрофільними (з двома і більш спеціалізованими відділеннями).

Санаторій–профілакторій – лікувально–профілактична установа санаторно–курортного типу, незалежно від форми власності, призначеним для лікування і попередження захворювань працівників підприємства і членів їх сімей, що знаходиться на балансі і у веденні організації (підприємства), з врахуванням умов їх праці, побуту і особливостей виробництва.

Санаторна книжка – обліковий документ для призначень лікарями діагностичних досліджень і лікувальних процедур та ін., що підлягають виконанню лікарями і медичними сестрами функціональних підрозділів санаторію, що лікують. По виписці хворого з санаторію підшивається до історії хвороби.

Санаторно–курортні організації – підприємства, установи, організації, різної форми власності і відомчої приналежності, розташовані як на території курортів, лікувально–оздоровчих місцевостей, так і за їх межами, що здійснюють лікувальну і оздоровчу діяльність з використанням природних лікувальних чинників.

Санаторно–курортні послуги – послуги з надання профілактичній, лікувальній, реабілітаційній допомозі, мешканню, живленню, проведенню дозвілля і інші сервісні послуги, що надаються на курорті, в лікувально–оздоровчій місцевості і в санаторно–курортних організаціях.

Санаторний режим – система правил і заходів, що регламентують устрій життя в санаторії (загальні правила поведінки, розпорядок дня) обов'язкові для виконання та, які забезпечують сприятливі умови лікування і відпочинку. Залежно від стану хворого і характеру захворювання кожному хворому встановлюється індивідуальний клімато–руховий режим.

Сапропель (гр. Sapro – гнилий; pelos – мул, глина) – мулисті відкладення прісних водоймищ, що містять більше 15% органічної речовини. Використовуються для грязелікування.

Світлолікування – метод фізіотерапії, що полягає в дозованій дії на організм хворого інфрачервоного, видимого (лазеротерапія) або ультрафіолетового випромінювання.

СВЧ–терапія – метод фізіотерапії, різновид електролікування, заснований на дії на хворого електромагнітних коливань, володіє вираженим тепловим ефектом.

Сонячні ванни – метод кліматотерапії, лікувальне і профілактичне використання прямого випромінювання сонця.

СПА (SPA) – (Sanus Per Aquam SPA – Здоров'я через воду) це оздоровчий комплекс процедур з використанням будь-якої води – і мінеральною, і морський, і прісною, а також морських водоростей і солі, лікувальних грязей і цілющих рослин. SPA – процедури направлені на оздоровлення і релаксацію всього організму в цілому. Впливаючи через шкірний покрив, SPA – компоненти активізують процеси обміну речовин, покращують кровообіг, виводять токсини і шлаки з організму і покращують загальне самопочуття. Після процедур шкіра стає незвичайно м'яка і пружна, набуває тонусу і насичується життєвою енергією.

СПА – курорт, санаторій, салон при готелі або пансіонаті – установа (комплекс) де пропонується лікування з використанням мінеральних і морських вод, морських водоростей і солей, лікувальних грязей і цілющих рослин. Це поняття відоме з часів Древнього Риму, римляни позбавлялися від недуг і захворювань за допомогою купання в термальних джерелах, і приймаючи ванни з термальною водою. Цей метод зцілення і отримав назву SPA (СПА). Комплекс процедур і програм, направлених на поліпшення здоров'я, зовнішнього вигляду за допомогою водних процедур, гідромасажа, також SPA (СПА) означає комплекс косметичних процедур, за допомогою яких Ви зможете розслабитися, поклопотатися про своє тіло. Вже пізніше з'явилося курортне місто Спа на території нинішньої Бельгії, по імені якого і стали згодом називати всі водні курорти. З тих часів кількість SPA в Європі збільшилася незвичайно, захоплення водними центрами охопило всю Америку, а разом із західними туристами SPA прийшли і до

Азії. Медична наука не стояла на місці. Поступово разом з мінеральною сталі використовувати морську воду, а також морські рослини і мікроорганізми (таласотерапія), розробили різні масажі, освоїли широкий діапазон інших видів терапії. Та все ж до цього дня концепція SPA у всьому світі в першу чергу має на увазі саме гідротерапію.

Спелеотерапія – (греч. Speleon – печера; therapia – лікування) – метод лікування тривалим перебуванням в умовах своєрідного мікроклімату печер, гrotів соляних копалень, шахт. Історія спелеотерапії налічує близько 2500 років. Спелеотерапія застосовується для лікування хворих з бронхіальною астмою, гіпертонічною хворобою, захворюваннями органів дихання, суглобів і ін.

Таласотерапія – (греч. Thalassa – море; therapia – лікування) розділ клінічної медицини що вивчає властивості приморського клімату, морської води, водоростей, морських грязей і інших продуктів моря і механізми їх дії на організм людини при лікувально–профілактичному вживанні. Морська вода містить в собі майже всі елементи таблиці Менделєєва, її сольовий склад має багато загального з сольовим складом крові і лімфи людини. Всі життєво важливі мікроелементи при купаннях засвоюються через шкіру і вдихаються у вигляді аероіонів. При цьому відбувається роздратування нервових закінчень шкіри і дихальних доріг, що викликає багаточисельні у відповідь реакції різних органів і систем, при цьому покращується обмін речовин, тренується серцево–судинна і дихальна системи, підвищується життєвий тонус.

Термальні води – (thermae – тепло, жара) – термальні джерела, теплі джерела – теплі мінеральні джерела, незалежно від їх мінералізації і вміст газів, що має температуру не нижче 25°C. Терми – селище в Сіцилії (Італія), де вперше води термальних джерел стали застосовуватися з лікувальною метою.

Термотерапія – сукупність фізіотерапевтичних методів, що використовують тепло природних і штучних джерел. Залежно від характеру вживаного тепла розрізняють: вологе тепло – місцеві водяні ванни, душі, що зігрівають компреси, лікувальні грязі, торф, глину і т.п.; сухе тепло – грілки, пісок, парафін, озокерит, сухоповітряні і електросвітлові ванни. Один з популярних в санаторіях методів термотерапії – сауна.

Терренкур – (нім. Terrain – місцевість, ділянка, територія; і нім. Kug – лікування) – метод лікування дозованими по відстані, часу і куту нахилу пішими сходженнями по розмічених маршрутах. Терренкур застосовується при лікуванні хворих з серцево-судинними захворюваннями, порушеннями обміну речовин, хворобами органів дихання, травлення, суглобів, а також з метою медичної реабілітації після інфаркту міокарду, перенесених травм опорно-рухового апарату і так далі. Підраховано, що городянин XIX століття протягом дня робив близько 300 тисяч кроків (сім-вісім кілометрів). Природний терренкур лікує не лише дозованим навантаженням, але і спілкуванням з природою, чистим повітрям, психо-емоційним комфортом.

Торф'яні гряди – різновид болотяних відкладень, що відрізняється від інших високою мірою розкладання (більше 40%), і великою кількістю органічних речовин.

Фізіотерапія (physis – природа; therapia – лікування) – розділ відновної медицини, що займається вивченням і вживанням методів, що використовують природні чинники, з метою медичної реабілітації, відновлення і збереження здоров'я.

Фітнес (fitness) – (англ. fitness — букв. «придатність», «відповідність», «пристосованість») система оздоровчої фізпідготовки і дисципліна змагання.. Фітнес об'єднує в собі різні види фізичної активності, раціональне правильне харчування, але і багато що інше. Фітнесом можна назвати будь-яку систему, направлену на корекцію і формування ідеальної фігури. Існує безліч різновидів і напрямів у фітнесе, таких, як: Fit ball (фитбол) – заняття фітнесом на м'ячі, що тренують вестибулярний апарат, розвивають координацію рухів. Step (степ) – заняття на спеціальній платформі. Aqua (аква) – фітнес-упражнения у воді. Калланетіка – універсальний фітнес для всіх віків і комплекцій. Пі латес – програма вправ без ударного навантаження, для зміцнення і розтяжки основних м'язів. Танцювальний фітнес – фітнес з рухами під музику (фанк-фітнес, хіп-хоп, латин та інші.). Тай-бо – бойові рухи в стилі фітнес. Тай-кичок – фітнес, поєднуючий тай-бо з високоінтенсивними вправами із скакалкою. фітнес для офісу, фітнес для вагітних і дітей, фітнес для схуднення і багато інших видів фітнеса.

Фітогідротерапія (Hydor – вода; phyton – рослина) – лікувальні ванни з використанням трав і препаратів рослинного походження. Дія заснована на дратівливому шкіру впливі ефірних масел, терпенів, дубильних речовин і інших компонентів, що містяться в рослинах. Ці компоненти проявляють високу біоактивність при порівняно низькій токсичності, фітогідротерапія добре переноситься хворими і, як правило, не дає серйозних побічних ефектів. Відвіку як засіб для ванн використовується сінна труха. З лікарських рослин широко застосовуються: валеріана лікарська, гірчичні ванни; шавлієві ванни, ванни з березових нирок, з ялівцем, ромашкою, календулою, пшеничними висівками, подорожником і ін.

Фітотерапія (phyton – рослина) – лікування хвороб з використанням препаратів рослинного походження: настоїв, настоек, відварів і так далі

Хвойні ванни – готують шляхом додавання порошкоподібного або рідкого хвойного екстракту.

Хлорідніє мінеральні води – природні води, що мають різний іонний склад, мінералізацію і температуру з переважанням іонів хлору.

«Янбацзін» – самий високогірний курорт світу на гарячих джерелах. Янбацзін розташований на висоті 3650 м над рівнем моря в 87 км. на північ від Лхаси в південно-західній частині Китаю в автономному районі Тибету.

ОСНОВНІ КУРОРТИ УКРАЇНИ

АЛУПКА – приморський кліматичний курорт в Криму. Кліматична характеристика: жарке літо, тепла осінь, м'яка зима. Сезон купання в Чорному морі – з травня по вересень, температура води в морі досягає 18-24°C. Лікувальні пляжі – галькові. Показання для направлення на курорт: специфічні захворювання органів дихання.

АЛУШТА – кліматичний приморський передгірний курорт в Криму. Кліматична характеристика: жарке літо, тепла осінь, м'яка зима, середньорічна температура повітря 12°C. Сезон купання в морі з травня по вересень. Морські пляжі – галькові і піщані. Відмічається сприятливе поєднання морського повітря і повітря гірських лісів. Показання для направлення на курорт: хвороби системи кровообігу, дихання, нервової системи, порушення обміну речовин, хвороби шкіри.

Курорт БЕРДЯНСЬК – бальнеологічний, грязьовий і кліматичний приморський курорт, розташований на північному березі Азовського моря в Запорізькій області. Кліматична характеристика: сухе жарке літо (температура повітря до 33°C), м'яка зима з нестійким сніговим покривом. Сезон купання в Азовському морі з травня по вересень (вода прогрівається до 26-30°C). Морські пляжі піщані. Сприятливе поєднання морського і степового повітря. Природні лікувальні чинники: приморський клімат, мулові пелоїди, ропа лиманів, мінеральні хлоридні натрієві йодо-бромні води з мінералізацією від 12 до 60 г/дм³, слабомінералізована хлоридна натрієва мінеральна вода «Бердянська». Показання для направлення на курорт: хвороби опорно-рухової системи, кровообігу, органів дихання, нервової системи, ендокринної, сечостатевої системи, порушення обміну речовин.

Курорт БЕРЕЗІВСЬКІ МІНЕРАЛЬНІ ВОДИ – бальнеологічний питний курорт степової зони Харківської області. Кліматична характеристика: клімат помірно континентальний, жарке літо (+20°C), м'яка зима (-7°C). Природні лікувальні чинники: гідрокарбонатні, різного катіонного складу з підвищеним вмістом ор-

ганічних речовин, кремнієві води. Показання для направлення на курорт: захворювання шлунково-кишкового тракту, печінки, порушення обміну речовин, хвороби систем кровообігу, дихання, ендокринної, сечостатевої, кістково-м'язової, нервової.

КОНЧА-ЗАСПА – бальнеологічний, кліматичний курорт, розташований в Київській області, в лісовій зоні. Кліматична характеристика: тепле літо, м'яка зима, помірно континентальний клімат. Природні лікувальні чинники: сприятливі кліматичні умови, хвойно-листяні ліси, мінеральні радонові води. Показання для направлення на курорт: захворювання серцево-судинної, дихальної, нервової, сечостатевої, ендокринної систем, кістково-м'язової системи, травлення і порушення обмінних процесів.

ВОРОХТА – кліматичний низькогірський курорт в Івано-Франківській області. Розташований на висоті 800-850 м над рівнем моря в долині річки Прут, на північному схилі східних Карпат. Кліматична характеристика: тепле літо з температурою повітря $+18^{\circ}\text{C}$, м'яка зима (-6°C). Природні лікувальні чинники: сприятливі кліматичні умови низькогір'я. Показання для направлення на курорт: захворювання органів дихання туберкульозної і нетуберкульозної етіології.

ГОЛУБИНЕ – кліматичний, бальнеологічний курорт в Закарпатській області. Знаходиться в Свалявському районі в долині річки Пінія, між селами Голубине і Поляна. Кліматична характеристика: клімат помірно континентальний. Середньорічна температура повітря $+10^{\circ}\text{C}$. Тривале тепле літо, найбільш холодний місяць – січень з температурою повітря від -5°C до -25°C . Природні лікувальні чинники: вуглекислі борні гідрокарбонатні натрієві мінеральні води. Проводиться пляшковий розлив води «Лужанська», «Лужанська-7». Показання для направлення на курорт: захворювання органів травлення, порушення обміну речовин, хвороби систем кровообігу, дихання, нервової, ендокринної, сечостатевої, кістково-м'язової.

Курорт ЄВПАТОРІЯ – старий приморський бальнеогрязьовий і кліматичний курорт. Знаходиться на березі Каламітської затоки Чорного моря. Кліматична характеристика: тривале жарке літо, суха тепла осінь, велика кількість сонячних днів (до 257), відсутні різкі коливання температури повітря. Характерні морсь-

кі бризи, поєднання теплого морського і степового клімату, цілюще повітря лиманів. пляжі – піщані, морське дно – піщане. Сезон купання в морі – з травня по вересень.

Природні лікувальні чинники: сприятливі кліматичні умови чорноморського курорту, мулові пелоїди, ропа Мойнакського озера, мінеральні термальні хлоридно-гідрокарбонатні натрієві води, бромисті хлоридні натрієві води високої мінералізації, гідрокарбонатно-хлоридна натрієва борна, гідрокарбонатна хлоридна натрієва мінеральна вода. Є міський бювет мінеральної води, свердловина №13. Окрім санаторно-курортного лікування дітей і підлітків, широко організоване їх оздоровлення. Функціонують 37 санаторіїв, в т.ч. 10 спеціалізованих дитячих санаторіїв МОЗ України і МОЗ АР Крим, санаторії для дітей з батьками, дитячі оздоровчі центри, санаторні дитячі садки для дошкільнят.

Показання для направлення на курорт: захворювання опорно-рухового апарату, нервової, серцево-судинної, дихальної систем, сечостатевої, ендокринної, системи травлення, порушення обмінних процесів, шкіри, наслідків радіаційної дії.

КИРИЛІВКА – кліматичний і грязьовий приморський курорт місцевого значення в Запорізькій області. Знаходиться на березі Азовського моря і Утлюкського лиману, відокремленого від моря піщаною косою. Розташований на висоті 10 м над рівнем моря, за 40 км від залізничної станції.

Кліматична характеристика: клімат помірно континентальний, степовий. Тепле літо з температурою повітря в липні до +21°C, м'яка зима з температурою повітря в січні до -6°C. Берег моря – пологий, піщані пляжі – протяжністю більше 250 м.

Природні лікувальні чинники: мулові сульфідні пелоїди, ропа Утлюкського і Молочного лиманів хлоридно-сульфідного натрієво-кальцієвого типу, хлоридні натрієві розсоли.

Показання для направлення на курорт: захворювання опорно-рухового апарату, нервової системи, дихання, гінекологічна патологія.

КОСІВ – кліматичний курорт місцевого значення в Івано-Франківській області. Розташований в долині річки Рибниця, у відрогах південно-східних Карпат, на висоті 145 м над рівнем моря. Кліматична характеристика: клімат м'який, тепле літо з

середньомісячною температурою повітря в липні до $+18^{\circ}\text{C}$, у січні -7°C . Природні лікувальні чинники: кліматичні умови хвойно-листяних лісів. Показання для направлення на курорт: неспецифічні і специфічні захворювання органів дихання.

ЛЮБІНЬ ВЕЛИКИЙ – бальнеологічний курорт в Львівській області, на висоті 275 м над рівнем моря. Кліматична характеристика: клімат м'який, тепле літо з середньомісячною температурою повітря в липні $+18,5^{\circ}\text{C}$, у січні -4°C . Середньорічна температура повітря $+8^{\circ}\text{C}$, відносна вологість 60%. Протікає річка Верещиця з мальовничими берегами. Природні лікувальні чинники: слабосульфідні-гідросульфідні гідрокарбонатно-сульфатні кальцієві, малої мінералізації води, торф'яні пелоїди.

Показання для направлення на курорт: захворювання серцево-судинної, нервової систем, дихання, опорно-рухового апарату, травлення, ендокринної, сечостатевої систем, шкіри, порушення обмінних процесів.

Курорт МИРГОРОД – бальнеологічний питний і грязьовий курорт в лісостеповій зоні Полтавської області. Кліматична характеристика: клімат м'який, без різких коливань температур. Середньорічна температура повітря 7°C , вологість 77%. У теплий період року відносна вологість до 20-30%, атмосферний тиск 765 мм рт. ст. Купання влітку – в річці Хорол.

Природні лікувальні чинники: маломінералізована хлоридна натрієва вода, мінеральні йодобромні хлоридно-натрієві розсоли, торф'яні пелоїди в заплаві річки Хорол.

Показання для направлення на курорт: захворювання органів травлення, порушення обміну речовин, кровообігу, дихання, кістково-м'язової системи, нервової, ендокринної, сечостатевої, хвороби шкіри.

Курорт МОРШИН – бальнеологічний передгірський курорт в Львівській області. Кліматична характеристика: тепле літо (липень $+20^{\circ}\text{C}$), м'яка зима (січень -4°C), клімат помірно-континентальний. Курорт оточений мальовничими долинами, сосновими і листяними лісами, протікає річка Березниця. Передгір'я Карпат створює своєрідність кліматичних умов курорту.

Природні лікувальні чинники: сульфатні, хлоридно-сульфатні, сульфатно-хлоридні натрієві, магнієво-натрієві розсо-

ли. Використовується озокерит. Показання для направлення на курорт: хронічні захворювання органів травлення, кровообігу, дихання, кістково-м'язової системи, нервової, сечостатевої, ендокринної, порушення обмінних процесів.

НЕМИРІВ – бальнеологічний курорт в Яворівському районі Львівської області. Знаходиться за 100 км від Львова. Кліматична характеристика: клімат м'який, помірно вологий, тепле літо з середньомісячною температурою повітря в липні $+18^{\circ}\text{C}$, м'яка зима з середньомісячною температурою повітря в січні -4°C . Курорт оточений листяно-хвойними лісами.

Природні лікувальні чинники: слабосульфідні-гідросульфідні сульфатні, гідрокарбонатно-сульфатні кальцієві води малої мінералізації, торф'яні пелюди. Показання для направлення на курорт: захворювання нервової, серцево-судинної систем, травлення, кістково-м'язової, сечостатевої, ендокринної систем, захворювання шкіри.

ОДЕСА – бальнеогрязьовий кліматичний приморський курорт включає групу: Куяльник, Лузановка, Хаджибей, Лермонтовський, Аркадія, Великий Фонтан, Чорноморка, Кароліно-Бугаз, Затока, Приморський, Лебедевка, Мала Долина.

Кліматична характеристика: поєднання морського, степового клімату солоних лиманів з теплим літом (липень $+23^{\circ}\text{C}$) і м'якою зимою (січень -5°C).

Природні лікувальні чинники: мінеральні води хлоридні натрієві, гідрокарбонатно-сульфатно-хлоридні натрієві, хлоридні натрієві з підвищеним вмістом метакремнієвої кислоти, що використовуються для внутрішнього і зовнішнього вживання, мулові сульфідні пелюди Куяльницького і Шаболатського лиманів. Показання для направлення на курорт: захворювання органів травлення, опорно-рухового апарату, ураження центральної і периферичної нервової систем, серцево-судинної, дихальної, сечостатевої, ендокринної систем.

ОЧАКІВ – кліматичний курорт на Чорноморському узбережжі, розташований за 70 км від м. Миколаєва і 150 км від м. Одеси. Кліматична характеристика: клімат теплий, помірно вологий, максимальна температура повітря влітку до $+40^{\circ}\text{C}$, середньорічна температура $+10^{\circ}\text{C}$, відносна вологість в червні-

вересні 50-60%. Поєднання степового і морського клімату, дрібнопіщані пляжі додають особливої цінності курорту в лікуванні неспецифічних захворювань органів дихання, кровообігу, кістково-м'язової системи, нервової, ендокринної і сечостатевої систем.

Показання для направлення на курорт: захворювання органів дихання.

ПОЛЯНА – бальнеологічний передгірський курорт в лісовій зоні Закарпаття, в Свалявському районі. Розташований на висоті 290 м над рівнем моря, за 9 км від залізничної станції Свалява, за 35 км від м. Мукачево, в мальовничій долині річки Пінія, притоці ріки Латориці.

Кліматична характеристика: клімат помірно континентальний, тривале тепле літо з максимальною температурою повітря до +30°C, м'яка зима. Річна кількість опадів від 900 до 1100 мм з превалюванням в червні і листопаді-жовтні. Середньорічна відносна вологість повітря 82%. Переважає північний напрям вітрів: влітку, південний і південно-східний – восени і взимку.

Природні лікувальні чинники: вуглекислі, борні гідрокарбонатні натрієві води (мінералізації 5,5-12,0 г/дм³) Полянського родовища «Поляна Квасова» і «Поляна Купіль». Показання для направлення на курорт: хронічні захворювання органів травлення, порушення обміну речовин, хвороби системи кровообігу, дихання, кістково-м'язової системи, нервової, ендокринної, сечостатевої систем.

ПУЩА-ВОДИЦЯ – кліматичний курорт в зоні хвойного лісу на північній околиці м. Києва. Знаходиться на висоті 150 м над рівнем моря. Кліматична характеристика: клімат помірно-континентальний, тепле літо, м'яка зима, тепла суха осінь. Середньорічна температура повітря +7°C, відносна вологість 76%. На рік випадає до 600 мм опадів, є джерельні струмки, озера.

Природні лікувальні чинники: сприятливий клімат хвойних лісів.

Показання для направлення на курорт: неспецифічні захворювання органів дихання, захворювання серцево-судинної, нервової систем.

РАЙ-ОЛЕНІВКА – бальнеологічний питний курорт в Харківській області. Розташований за 12 км від м. Харкова в листяному

лісі, на схилі пагорба. Кліматична характеристика: клімат помірно-континентальний. Тепле літо з середньомісячною температурою повітря в липні $+21^{\circ}\text{C}$, середньомісячна температура повітря в січні -8°C . Середньорічна кількість опадів до 500 мм. Переважання західних вітрів влітку, південно-східних і східних – взимку.

Природні лікувальні чинники: мінеральні води слабомінералізовані гідрокарбонатні різного катіонного складу з підвищеним вмістом органічних речовин.

Показання для направлення на курорт: хвороби шлунково-кишкового тракту, порушення обміну речовин, реабілітація хворих в поставарійному періоді Чорнобильської катастрофи.

Курорт САКИ – старий бальнеогрязьовий приморський курорт в західній частині Криму. Знаходиться на березі Сакського озера, за 4 км від Чорноморського узбережжя, за 20 км від м. Евпаторії і 45 км від м. Сімферополя. Кліматична характеристика: сприятливий клімат з жарким літом (середньомісячна температура повітря в липні $+23^{\circ}\text{C}$), м'якою взимку (середньомісячна температура повітря в лютому $2,1^{\circ}\text{C}$), кількістю опадів до 350 мм на рік. Характерні переважання сонячної погоди (2500 годин на рік), морські бризи.

Природні лікувальні чинники: мулові сульфідні пелоїди Східного басейну Сакського озера; ропа Сакського озера високої мінералізації (250–280 г/дм³), слабомінералізована гідрокарбонатно-хлоридна хлоридно-гідрокарбонатна натрієва термальна вода (температура $+45^{\circ}\text{C}$).

Показання для направлення на курорт: захворювання нервової системи, опорно-рухового апарату, системи кровообігу, дихання, сечостатевої системи, ендокринної, шкіри, порушення обміну речовин.

СИНЯК – бальнеологічний низькогірський курорт в Закарпатській області. Розташований за 20 км від м. Мукачеве, на висоті 420 м над рівнем моря, в мальовничій долині річки Матієва, недалеко від озера Синякської улоговини. Кліматична характеристика: гірський клімат, тепле літо з середньомісячною температурою повітря в липні $+17^{\circ}\text{C}$, м'якою зимою з середньомісячною температурою повітря в січні -5°C . Підвищена вологість повітря

(середньорічна вологість 67%), велика кількість опадів за рік (110 мм).

Природні лікувальні чинники: мінеральна вода «Синяк» (свр. №15-Р і №17-Р) – слабосульфідна, сульфатна натрієво-кальцієва маломінералізована.

Показання для направлення на курорт: хвороби нервової системи, опорно-рухового апарату, сечостатевої системи, органів травлення, дихання, кровообігу, ендокринної системи.

СЛОВ'ЯНОГІРСЬК – кліматичний курорт, за 34 км від м. Слов'янська. Знаходиться в долині річки Сіверський Донець. Кліматична характеристика: помірно-континентальний клімат, середньомісячна температура повітря в липні +30°C, у січні -6°C. Сезон купання в річці починається з травня і триває до серпня, температура води досягає +24°C. Плажі – піщані.

Природні лікувальні чинники: сприятливий клімат лісової зони, мінеральна вода хлоридно-сульфатна кальцієва, натрієво-кальцієва, залізна слабкої мінералізації. Показання для направлення на курорт: неспецифічні захворювання легенів, хвороби нервової, серцево-судинної систем, органів дихання, травлення, кістково-м'язової системи, сечостатевої, ендокринної систем і шкіри.

СЛОВ'ЯНСЬК – найстаріший бальнеогрязьовий курорт степової зони в Донецькій області. Розташований в межиріччі Сіверського Дінця і Казенного Торця, за 110 км від м. Донецька, на березі озер Ріпне і Сліпне.

Кліматична характеристика: континентальний клімат, тепле літо з середньомісячною температурою повітря в липні +30°C, середньомісячна температура повітря в січні -8°C. Відносна вологість складає 80%. У літній період переважає ясна сонячна погода.

Природні лікувальні чинники: мулові сульфідні пелоїди і ропи озера Ріпного (мінералізація 130-140 г/дм³), джерела мінеральних хлоридних натрієвих і хлоридно-сульфатних магнієво-кальцієво-натрієвих вод різної мінералізації.

Показання для направлення на курорт: захворювання органів опорно-рухового апарату, нервової, серцево-судинної, сечостатевої, ендокринної систем, органів дихання і травлення.

Курорт ТРУСКАВЕЦЬ – найстаріший бальнеологічний низькогірський питний курорт у Львівській області. Розташований за 100 км від м. Львова, на висоті 400 м над рівнем моря, в мальовничій долині передгір'я Карпат.

Кліматична характеристика: помірно-континентальний м'який клімат, тепле літо з середньомісячною температурою повітря в липні $+17^{\circ}\text{C}$, м'яка зима з середньомісячною температурою повітря в січні -6°C .

Природні лікувальні чинники: більше 25 джерел мінеральних вод з різним хімічним складом і різною мінералізацією. Трускавецьке родовище «Нафтуся» –гідрокарбонатні сульфатно-гідрокарбонатні магнієво-кальцієві слабомінералізовані (0,5-1,0 г/дм³) води з підвищеним вмістом органічних речовин (10,0-45,0 г/дм³). Води джерел №№ 1, 2, 12 й інші хлоридні, сульфатно-хлоридні натрієві, сульфатні кальцієво-натрієві малої і середньої мінералізації. Міцні розсоли йодо-бромисті, сульфатно-хлоридні магнієво-натрієві з підвищеним вмістом ортоборної кислоти (свр. №188-Е Бистрівського родовища) використовуються для виробництва солі «Барбара». Ефективне лікування озокеритом.

Показання для направлення на курорт: захворювання органів травлення, обміну речовин, сечостатевої системи, кровообігу, органів дихання, кістково-м'язової системи, нервової і ендокринної систем.

ФЕОДОСІЯ – приморський кліматичний бальнеогрязьовий курорт в Криму. Знаходиться за 116 км від м. Сімферополя на березі Феодосійської затоки. Кліматична характеристика: помірно континентальний клімат. Тепле літо з середньомісячною температурою повітря в липні $+24^{\circ}\text{C}$, м'якою зимою з середньомісячною температурою повітря в січні $+1^{\circ}\text{C}$.

Природні лікувальні чинники: приморський, степовий клімат, сульфатно-хлоридна натрієва вода (мінералізація 4,6-5,5 г/дм³), сульфідні хлоридні натрієві води (мінералізація 6,5-10,0 г/дм³).

Показання для направлення на курорт: захворювання органів дихання, травлення, опорно-рухового апарату, нервової системи і органів кровообігу.

Курорт ХМІЛЬНИК – бальнеологічний курорт у Вінницькій області. Розташований за 65 км від м. Вінниці, на річці Південний Буг, на висоті 285 м над рівнем моря. Кліматична характеристика: помірно-континентальний клімат, тепле літо з середньомісячною температурою повітря в липні $+20^{\circ}\text{C}$, тривала зима з частими відлигами і середньомісячною температурою повітря в січні -4°C . Число сонячних днів досягає 190. Відносна вологість повітря влітку складає 60%, середня швидкість вітру посилюється в зимові місяці (6 м/с). Масиви хвойно-листяних лісів додають своєрідності кліматичним умовам. Природні лікувальні чинники: мінеральні радонові води Новохмельницького і Хмельницького родовищ (ділянки «Курортний» і «Голодкинський») характеризуються як мінеральні слаборадонові-середньорадонові гідрокарбонатні магнієво-кальцієві води слабкої мінералізації. Широко використовуються торф'яні пелоїди Войтовецького родовища.

Показання для направлення на курорт: захворювання органів опори і руху, ревматичні хвороби, серцево-судинні захворювання, хвороби нервової системи, ендокринної системи, захворювання шкіри, сечостатевої системи і травлення.

ЧЕРЧЕ – бальнеогрязьовий передгірський курорт в Івано-Франківській області. Знаходиться за 80 км від м. Львова, в передгір'ях Карпат, на висоті 300 м над рівнем моря. Кліматична характеристика: тепле літо з середньомісячною температурою повітря в липні $+18^{\circ}\text{C}$, помірно м'яка зима з середньомісячною температурою повітря в січні -5°C .

Природні лікувальні чинники: мінеральні води – сульфідні мінеральні води, торф'яні пелоїди.

Показання для направлення на курорт: захворювання опорно-рухового апарату, нервової системи, захворювання органів травлення, сечостатевої системи, органів дихання, кровообігу, ендокринної системи і порушення обмінних процесів.

ЯЛТА – найстаріший кліматичний приморський курорт в Криму. Кліматична характеристика: м'який середземноморський клімат, жарке літо з середньомісячною температурою повітря в липні $+24^{\circ}\text{C}$, нетривала м'яка зима. Переважання ясних сонячних днів (2250 годин на рік). Відносна вологість повітря нижча, ніж

на курортах Кавказу. Тривалий сезон купання в морі (з травня по жовтень).

Природні лікувальні чинники: сприятливі умови передгірського приморського субтропічного клімату північносередземноморського типу, ландшафтотерапія, маломінералізована сульфатно-гідрокарбонатна різного катіонного складу мінеральна вода свердловини №6837 м. Ялти (початкові дослідження етапу клінічної апробації).

Показання для направлення на курорт: специфічні і неспецифічні захворювання органів дихання, кровообігу, кістково-м'язової системи, нервової, ендокринної, порушення обмінних процесів, захворювання шкіри.

ЯРЕМЧЕ – гірськокліматичний курорт в Івано-Франківській області. Знаходиться за 70 км від м. Івано-Франківська, в долині річки Прут, на висоті 665 м над рівнем моря.

Кліматична характеристика: тепле літо з середньомісячною температурою повітря в липні $+17^{\circ}\text{C}$, м'якою зимою з середньомісячною температурою повітря в січні -6°C .

Природні лікувальні чинники: сприятливий клімат гірського курорту лісової зони.

Показання для направлення на курорт: специфічні і неспецифічні захворювання органів дихання.

Додаток Б

ПЕРЕЛІК САНАТОРІЇВ, ПРОФІЛАКТОРІЇВ, ПАНСІОНАТІВ ЗАПОРІЖЖЯ ТА ЗАПОРІЗЬКОЇ ОБЛАСТІ

1. «ВЕЛИКИЙ ЛУГ» www.kurort.zp.ua/vel_lug.html

Адреса: м. Запоріжжя, вул. Ленська, 45,
тел.: (061)286-96-83, 286-96-82. Профіль санаторію: реабілітація хворих, що перенесли інфаркт міокарду, операцію на серці, інсульт, операції на судинах головного мозку, санаторно-курортне лікування хворих із захворюваннями: серцево-судинної системи, печінки і жовчовивідних доріг, опорно-рухового апарату, нервової системи, а також оздоровлення вагітних з акушерською і екстрагенітальною патологією в терміні 12-32 тижні.

2. «ГЛОРИЯ» (обласна фізіотерапевтична лікарня).

Адреса: м. Приморськ, вул. Курортна, 83,
тел.: (06137)7-34-36, 7-27-54. Профіль санаторію: захворювання нервової системи, кістково-м'язової системи, гінекологічні хвороби, хвороби чоловічих статевих органів.

3. «МЕТАЛУРГ» (пансіонат з лікуванням).
www.zaporizhstal.com

Адреса: Запорізька обл., Приазовський р-н, с. Новоконстантіновка,
тел.: (061)218-22-25, 218-32-55, 286-60-20. Профіль санаторію: лікування і профілактика захворювань органів дихання, кровообігу, опорно-рухового апарату, шкірних захворювань.

4. «КИРИЛІВКА» www.kurort.zp.ua/kirillovka.html

Адреса: смт. Кирилівка Запорізької обл.,
тел.: (06131)6-98-54, 6-93-93, 6-93-40. Профіль санаторію: захворювання периферичної нервової системи, кістково-м'язової системи, запальні гінекологічні захворювання, безпліддя I-II, хвороби шлунково-кишкового тракту, ефективне лікування псоріазу, хронічного простатиту, оздоровлення дітей з профільною патологією і захворюваннями верхніх дихальних доріг.

5. «БЛАКИТНИЙ» www.kurort.zp.ua/lazurny.html

Адреса: Запорізька обл., м. Бердянськ, бульвар Центральний, 4а,

тел.: (06153)68-4-22 (приймальне від.) 4-07-59, 4-14-69 (відділ маркетингу). Профіль санаторію: захворювання і травми органів опорно-рухового апарату, системи кровообігу, органів травлення, нервової системи, органів дихання, гінекологічних і урологічних захворювань, цукровий діабет, ДЦП.

6. Профілакторій «СЛАВУТИЧ»

Адреса: Запорізька обл, Вольнянський р-н, с. Андріївка
тел.: (06143) 96-5-42, (061) 720-40-60, 720-44-56. Профіль санаторію: захворювання органів дихання, серцево-судинної і нервової системи, шлунково-кишкового тракту, опорно-рухового апарату, наслідку травм.

7. Лікувально-оздоровчий пансіонат «Агарський мис»

Адреса: вул. Макарова, 12, м. Бердянськ, Запорізька обл., 71100, Україна

Тел.: (06153) 4-28-56. Профіль пансіонату: пансіонат пропонує загальнооздоровчі послуги.

8. Санаторій «Азів»

Адреса: вул. Шмідта, 18, м. Бердянськ, Запорізька обл., 71100, Україна,

Тел.: (06153) 3-24-60. Профіль санаторію: типів систем при захворюванні яких рекомендовано лікування в даній установі: - нервова; кровообіги.

9. Санаторій «Азов»

Адреса: вул. Макарова, 61, м. Бердянськ, Запорізька обл., 71120, Україна

Телефон: (06153) 4-28-45.

Профіль санаторію: захворювання верхніх дихальних доріг, опорно-рухового апарату, захворювання нервової системи, гінекологічні хвороби, безпліддя.

10. Санаторій «Бердянськ»

Адреса: вул. Макарова, 5а, м. Бердянськ, Запорізька обл., 71100, Україна,

тел.: (06153) 4-06-45. Профіль санаторію: типи систем, при захворюванні яких рекомендовано лікування в даній установі: кістково-м'язова; кровообіги; дихательная; шлунково-кишкового тракту; нервова.

11. Санаторій «Бердянськ»

Адреса: бул. Тінистий, 12, м. Бердянськ, Запорізька обл., 71120, Україна,

тел.: (06153) 4-18-82, 4-33-95, 6-85-27, 6-87-06. Профіль санаторію: типів систем при захворюванні яких рекомендовано лікування в даній установі: нервова; кровообіги; кістково-м'язова; периферичних судин; шлунковий - кишкового тракту.

12. Санаторій «Нива»

Адреса: вул. Котляревського, 3, м. Бердянськ, Запорізька обл., 71100, Україна,

тел.: (06153) 4-18-53. Профіль санаторію: лікують хвороби органів опорно-рухового апарату, запальні захворювання жіночих статевих органів, периферичної нервової системи.

13. Санаторій «Приазов'я»

Адреса: вул. Волкова, 20, м. Бердянськ, Запорізька обл., 71100, Україна,

тел.: (06153) 4-19-85. Профіль санаторію: типів систем при захворюванні яких рекомендовано лікування в санаторії: нервова; органів кровообігу; опорно-рухового апарату; гінекологічна.

14. «Бердянський санаторій» (діти 4—16 років)

Адреса: 71106, м. Бердянськ, вул. Макарова, 5а

тел. (06153) 4-06-45, 4-06-45. Профіль санаторію: пульмонологія, гастроентерологія, захворювання щитовидної залози.

15. «Бердянський обласний дитячий туберкульозний санаторій» (діти 5—14 років)

Адреса: 71106, м. Бердянськ, вул. Макарова, 7а,

тел. (06153) 4-14-90. Профіль санаторію: протитуберкульозний.

16. «Обласний дитячий костнотуберкулезний центр» (діти 3 – 15 років)

Адреса: 69034 м. Запоріжжя, вул. Краснополянская, 1а,

тел. (0612) 65-16-64, 65-32-42, 65-16-64. Профіль санаторію: кістковий туберкульоз, туберкульоз легенів.

17. «Запорізький обласний дошкільний психоневрологічний центр санаторного типу» (діти 3 – 7 років)

Адреса: 69035 м. Запоріжжя, вул. Світу, 12,

тел. (0612) 32-12-46, 32-07-20. Профіль санаторію: психоневрологія.

18. «Запорізький обласний дитячий багатопрофільний санаторій» (діти 3 — 10 років)

Адреса: 69096 м. Запоріжжя, вул. Лобановського, 22а,
тел. (061) 236-86-80, 236-87-04, 236-87-04. Профіль санаторію: гастроентерологія, кардіологія, нефрологія (багатопрофільний).

19. «Нафтохімік»

Адреса: 71111 м. Бердянськ, вул. Макарова, 71,
тел. (06153) 4-18-37, 4-18-37. Профіль санаторію: опорно-руховий апарат, серцево-судинна система, гінекологія, урологія, верхні дихальні дороги.

20. «Обласний державний шкільний психоневрологічний санаторій» (діти 6—14 років)

Адреса: 69068 м. Запоріжжя, вул. Уральська, 55,
тел. (0612) 65-41-55, 65-81-18. Профіль санаторію: психоневрологія, енурез, заїкання.

21. Санаторій-профілакторій заводу «Днепрспецсталь»

Адреса: 69017, м. Запоріжжя, острів Хортиця,
тел.: (061) 286-53-16. Профіль санаторію: дихальні дороги, опорно-рухова система, шлунково-кишковий тракт.

22. Санаторій «Джаз»

Адреса: м. Запоріжжя, вул. Чубанова 2а,
тел. (061) 213-83-58, (061) 222-16-77.

23. Санаторій-профілакторій ВАТ «ФЕРОСПЛАВ»

Адреса: 69017, м. Запоріжжя, вул. острів Хортиця,
тел.: (061) 286-54-83, 286-54-16.

24. Санаторій-профілакторій ЗАТ "ЗАЗ"

Адреса: 69118, м. Запоріжжя, вул. Чубанова, 2 а,
тел.: (061) 213-83-58.

25. Санаторій-профілакторій ЗДІА

Адреса: 69006, м. Запоріжжя, вул. Добролюбова, 22,
тел.: (061) 223-85-21, 223-84-83.

26. Санаторій-профілакторій ВАТ «ДНІПРОСПЕЦСТАЛЬ»

Адреса: 69017, м. Запоріжжя, острів Хортиця,
тел.: (061) 286-54-66, 286-53-96, 286-53-16.

27. Санаторій-профілакторій ВАТ «ЗАЛК»

Адреса: 69017, м. Запоріжжя, острів Хортиця,
тел.: (061) 286-54-72.

28. Санаторій-профілакторій ВАТ «ЗАПОРОЖСТАЛ Ї»
Адреса: 69017, м. Запоріжжя, острів Хортиця.,
тел.: (061) 286-53-69, 286-53-68.

Навчальне видання

ВІНДЮК Андрій Валерійович
ГУРОВА Дар'я Дмитрівна
КОРНІЄНКО Ольга Миколаївна

РЕКРЕАЛОГІЯ ТА КУРОРТНА СПРАВА

Навчальний посібник

Комп'ютерний набір *Віндюк А.В.*
Верстання *Дяченко О.О.*

Підписано до друку 04.07.2022. Формат 60×84/16. Ум. друк. арк. 15,65.
Тираж 100 прим. Зам. № 487.

Національний університет «Запорізька політехніка»
Україна, 69063, м. Запоріжжя, вул. Жуковського, 64
Тел.: (061) 769–82–96, 220–12–14

Свідectво суб'єкта видавничої справи ДК № 6952 від 22.10.2019.