

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ МІСЬКОГО
ГОСПОДАРСТВА імені О. М. БЕКЕТОВА**

***О. М. Кравець,
А. А. Рябєв***

КОНСПЕКТ ЛЕКЦІЙ

з дисципліни

«КУРОРТОЛОГІЯ»

*(для студентів усіх форм навчання напрямів підготовки
6.030601 – Менеджмент,
6.140101 – Готельно-ресторанна справа, 6.140103 – Туризм)*

Кравець О. М. Конспект лекцій з дисципліни «Курортологія» (для студентів усіх форм навчання напрямів підготовки 6.030601 – Менеджмент, 6.140101 – Готельно-ресторанна справа, 6.140103 – Туризм) / О. М. Кравець, А. А. Рябєв ; Харків. нац. ун-т міськ. госп-ва ім. О. М. Бекетова. – Харків : ХНУМГ ім. О. М. Бекетова, 2016. – 102 с.

Автори: ст. викл. О. М. Кравець, А. А. Рябєв

Рецензент: д-р мед. наук, проф., завідувач кафедри організації та менеджменту в охороні здоров'я ХМАПО Сердюк А. І.

Рекомендовано кафедрою туризму і готельного господарства, протокол № 1 від 28 серпня 2014 р.

© О. М. Кравець, А. А. Рябєв, 2016
© ХНУМГ ім. О. М. Бекетова, 2016

ЗМІСТ

ВСТУП	5
ЗМ 1.1 ОСНОВИ КУРОРТОЛОГІЇ	6
ТЕМА 1 КУРОРТИ – ПРОВІДНИЙ СЕГМЕНТ ІНДУСТРІЇ ТУРИЗМУ	6
1.1 Курорти: поняття, функції, види, інфраструктура	6
1.2 Курортна справа в системі охорони здоров'я та лікувально-оздоровчому туризмі	11
1.3 Курортологія: визначення, завдання, напрямки	14
ТЕМА 2 ІСТОРІЯ РОЗВИТКУ САНАТОРНО-КУРОРТНОЇ СПРАВИ	15
ТЕМА 3 ОСНОВИ МЕДИЧНОЇ КЛІМАТОЛОГІЇ	16
3.1 Поняття та завдання медичної кліматології	16
3.2 Типи клімату й погоди та їх вплив на організм людини: адаптація, акліматизація, загартування	23
3.3 Основні методи кліматотерапії	25
3.4 Фізичні та фізіологічні основи дозиметрії й дозування кліматолікувальних процедур	27
3.5 Курортні ландшафти та їх використання в рекреаційних цілях	28
ТЕМА 4 ОСНОВИ БАЛЬНЕОЛОГІЇ ТА БАЛЬНЕОТЕХНІКИ	29
4.1 Лікувальна дія прісної води на організм людини. Гідротерапія	29
4.2 Визначення та основні поняття бальнеології	31
4.3 Основні методи бальнеологічного лікування	33
4.4 Бальнеотехніка: предмет, завдання, технологічні схеми	34
ТЕМА 5 ОСНОВИ ГРЯЗЕЛІКУВАННЯ	35
5.1 Лікувальні грязі: поняття та класифікація	35
5.2 Особливості оздоровчої дії лікувальних грязей на організм людини .	37
5.3 Методики проведення грязелікувальних процедур	38
ТЕМА 6 ЛІКУВАННЯ ГЛИНОЮ В КУРОРТНІЙ ПРАКТИЦІ. ПСАМОТЕРАПІЯ	39
6.1 Цілющі властивості й хімічний склад глини	39
6.2 Види лікувальної глини та їх використання в курортній практиці	40
6.3 Псамотерапія	41
ТЕМА 7 ТЕРМОТЕРАПІЯ В САНАТОРНО-КУРОРТНОМУ ЛІКУВАННІ	42
7.1 Термотерапія: поняття, сутність, різновиди	42
7.2 Парафінолікування	43
7.3 Озокеритолікування	43
7.4 Лікування нафталанською нафтою	44
7.5 Лікувальна дія пари	44

ТЕМА 8 ФІТОТЕРАПІЯ Й АПІТЕРАПІЯ В КУРОРТНІЙ ПРАКТИЦІ	46
8.1 Фітотерапія: поняття, лікувальні форми	46
8.2 Апітерапія: лікування медом і продуктами бджільництва	48
8.3 Цілющі властивості меду та його використання при хворобах людини	49
ТЕМА 9 ПРЕФОРМОВАНІ ТА РІДКІСНІ ЛІКУВАЛЬНІ КУРОРТНІ ФАКТОРИ	50
9.1 Фізіотерапія: поняття і сутність	50
9.2 Штучні фізичні фактори, що використовують у курортній лікувальній практиці. Методи апаратної фізіотерапії	53
9.3 Використання рідкісних і нетрадиційних методів лікування	55
ТЕМА 10 ЛІКУВАЛЬНА ФІЗИЧНА КУЛЬТУРА. ЛІКУВАЛЬНИЙ МАСАЖ.	57
10.1 Рухова активність в умовах курорту	57
10.2 Основи лікувальної фізичної культури (ЛФК). Форми занять ЛФК.	58
10.3 Масаж у комплексі санаторно-курортного лікування. Основні види масажу	61
ЗМ 1.2 ОСНОВИ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛІКУВАННЯ	63
ТЕМА 11 ОСОБЛИВОСТІ ОРГАНІЗАЦІЇ ЛІКУВАННЯ ХВОРОБ ЛЮДИНИ В УМОВАХ КУРОРТУ	63
11.1 Специфіка санаторно-курортного лікування	64
11.2 Види санаторно-курортних закладів	66
11.3 Функціональна структура санаторно-курортних закладів та їх матеріально-технічна база	68
ТЕМА 12 УПРАВЛІННЯ САНАТОРНО-КУРОРТНИМИ ЗАКЛАДАМИ	81
12.1 Правове-регулювання діяльності санаторно-курортних закладів	81
12.2 Концепція маркетингу в управлінні санаторно-курортною діяльністю	81
12.3 Кадровий склад закладів санаторно-курортного комплексу	84
12.4 Організація дозвілля в санаторно-курортних закладах: анімаційний сервіс	86
12.5 Забезпечення якості й ефективності діяльності санаторно-курортних закладів	88
ДОДАТКИ	94
Додаток А	95
Додаток Б	97
СПИСОК ДЖЕРЕЛ	98

ВСТУП

Формування сучасного ринку санаторно-курортних послуг зумовлене зростанням популярності здорового способу життя і потреби населення в якісних і відповідних за ціною курортно-оздоровчих послугах. Сьогодні все більше уваги приділяється використанню природних лікувальних факторів, як в умовах перебування в санаторно-курортних закладах, так і в домашніх умовах.

У конспекті лекцій розглядаються теоретичні та практичні основи курортології і санаторно-курортного лікування. Надано класифікацію і характеристику курортних ресурсів та визначення природного курортного потенціалу різноманітних територій, комплекси факторів та умов, які мають лікувальне значення; розглянуто провідні лікувальні методики і особливості лікувально-оздоровчого туризму. Порушені проблеми класифікації курортів, лікувальних факторів з урахуванням їх взаємозв'язку з санаторно-курортною справою. Особливу увагу приділено специфіці матеріально-технічної бази санаторно-курортних і оздоровчих закладів відповідно до їх функціонального призначення, аналізу нормативно-правового регулювання курортної справи в Україні, управлінню ефективністю діяльності санаторно-курортних закладів.

Узагальнений та систематизований матеріал надано з урахуванням сучасного світового та національного досвіду в галузі санаторно-курортної справи.

Конспект лекцій з дисципліни «Курортологія» може бути використаний студентами напрямів підготовки «Менеджмент», «Готельно-ресторанна справа» і «Туризм», а також працівниками сфери курортного та готельного господарства.

МОДУЛЬ 1 ОСНОВИ КУРОРТОЛОГІЇ

ТЕМА 1 КУРОРТИ – ПРОВІДНИЙ СЕГМЕНТ ІНДУСТРІЇ ТУРИЗМУ

Ключові слова: курорт, лікувально-оздоровча місцевість, особливо цінні та унікальні природні лікувальні ресурси, загальнопоширені природні лікувальні ресурси, курортна справа, медичний (бальнеологічний) висновок, медичний профіль (спеціалізація) курорту, лікувальний туризм, медичний туризм, зони округу санітарної (гірничо-санітарної) охорони курортів.

1.1 Курорти: поняття, функції, види, інфраструктура

Наука про курорти розвинулась в міру накопичення знань про цілющі природні фактори у зв'язку з розширенням мережі курортів і розвитком курортної справи в цілому.

Курорт (від нім. *Kurort*, от *Kur* – лікування и *Ort* – місце) – освоєна природна територія на землях оздоровчого призначення, що має природні лікувальні ресурси, необхідні для їх експлуатації будівлі та споруди з об'єктами інфраструктури, яку використовують з метою лікування, медичної реабілітації, профілактики захворювань та для рекреації і підлягає особливій охороні [1].

Курортні фактори – природні або створені штучно сприятливі умови, які виступають необхідним засобом для забезпечення лікувально-профілактичної діяльності на території тієї або іншої курортної зони (рис. 1.1).

Під курортними факторами розуміють: 1) умови, території курортної зони або курорту, що сприяють лікуванню й оздоровленню організму людини; 2) способи і комплексні методики, які застосовують на курорті для надання лікувально-профілактичних послуг [2, с. 25].

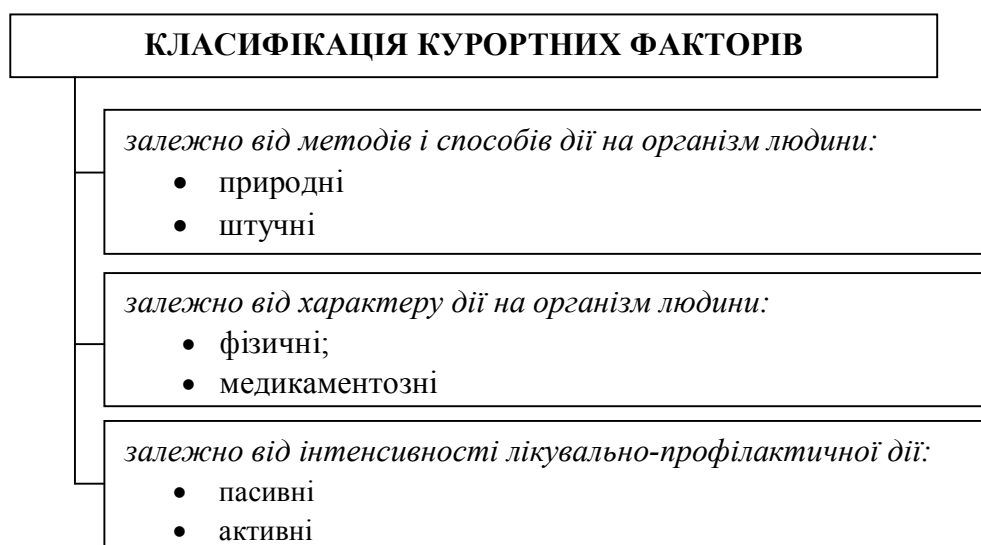


Рисунок 1.1 – Класифікація курортних факторів

Специфіка курортних факторів полягає в їх комплексному застосуванні, що сприяє підвищенню оздоровчого ефекту.

Основні природні лікувальні ресурси: клімат; мінеральні і термальні води; лікувальні грязі; 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.

Основні курортні фактори та їх використання в лікувальних і оздоровчих цілях наведені на рисунку 1.2.



Рисунок 1.2 – Курортні фактори та їх використання в лікувальних і оздоровчих цілях [3, с. 22]

Тип курорту визначає характер його забудови і розвитку, експлуатацію природно-лікувальних ресурсів, організацію обслуговування хворих і відпочиваючих.

Загальна класифікація курортів наведена в таблиці 1.1.

Таблиця 1.1 – Класифікація курортів

Критерій	Вид курорту
<i>за характером природних лікувальних ресурсів</i>	<ul style="list-style-type: none"> • державного значення; • місцевого значення
<i>за медичним профілем (спеціалізацією)</i>	<ul style="list-style-type: none"> • курорти загального призначення; • спеціалізовані курорти для лікування конкретних захворювань
<i>за характером природного лікувального фактора</i>	<ul style="list-style-type: none"> • кліматичні (приморські; горні; лісні; клімато-кумисолікувальні); • бальнеологічні; • грязьові; • змішані (тощо)

Основні типи курортів за характером природного лікувального фактора наведені на рисунку 1.3.

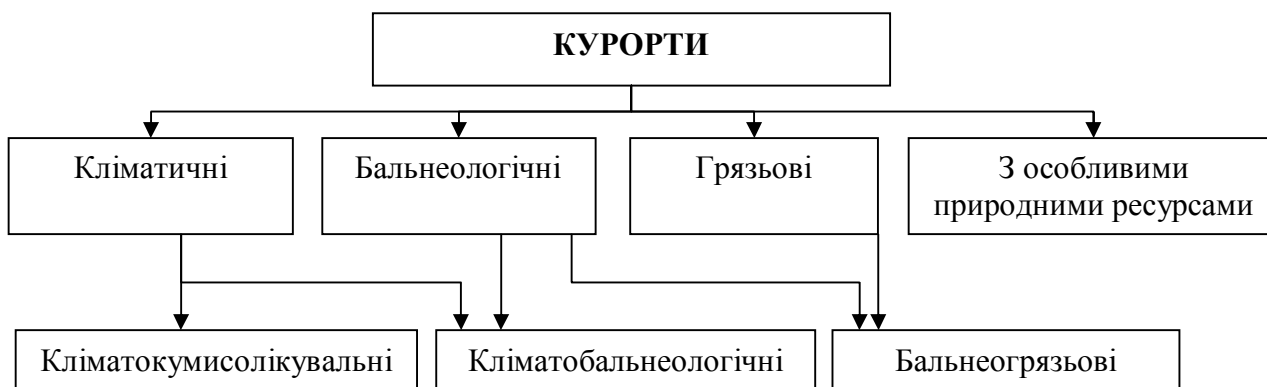


Рисунок 1.3 – Основні типи курортів за характером природного лікувального фактора [3, с. 22]

Типи курортів за основним лікувальним фактором наведені в таблиці 1.2.

Таблиця 1.2 – Типи курортів за основним лікувальним фактором

Тип курортів	Основний лікувальний фактор
<i>кліматолікувальні</i>	<ul style="list-style-type: none"> • температура; • вологість повітря; • вітер; • сонячна радіація тощо
<i>бальнеолікувальні</i>	<ul style="list-style-type: none"> • мінеральна вода різних типів
<i>грязелікувальні</i>	<ul style="list-style-type: none"> • лікувальні грязі різних типів
<i>змішані</i>	<ul style="list-style-type: none"> • комплекс лікувальних факторів

Генетична класифікація курортів за М. Й. Рутинським наведена на рисунку 1.4.

Функції курортів:

- 1) санаторно-курортне лікування;
- 2) медична реабілітація хворих;
- 3) відновлювальне лікування осіб із преморбідними й донозо-логічними формами й станами;
- 4) оздоровчий відпочинок і профілактика захворювань;
- 5) культурно-пізнавальна й розважальна.

Перші три функції курортів становлять основу курортної терапії – лікувального застосування природних фізичних факторів.



Рисунок 1.4 – Генетична класифікація курортів [4]

Загальні вимоги до курортів:

1. Наявність вивчених природних лікувальних чинників, що забезпечують нормальне функціонування курорту і його розвиток.
2. Необхідні технічні пристрої для раціонального застосування курортних чинників (ванні будівлі, басейни, грязелікарня, аеросолярії, пляжі та ін.).
3. Спеціально пристосовані приміщення для лікування і житла (санаторії, дома відпочинку).
4. Наявність лікувально-профілактичних установ, що забезпечують медичне обслуговування хворих.
5. Наявність оздоровчих установ, спортивних споруд і майданчиків.
6. Наявність установ суспільного користування, підприємств громадського харчування, торгівлі і побутового обслуговування, культурно-просвітницьких установ.
7. Впорядкування, що відповідає всім вимогам санітарно-гігієнічних норм (водопровід, каналізація, підтримка чистоти території).
8. Зручні шляхи і засоби сполучення.
9. Необхідність дотримання загальнокурортного режиму.

Головною складовою інфраструктурного забезпечення розвитку курортної справи в регіоні є наявна матеріальна база, представлена санаторно-курортними закладами різного рекреаційного профілю.

Курортне господарство – це комплекс лікувально-профілактичних установ (санаторіїв, лікувальних пансіонатів, курортних поліклінік, пляжів, галерей мінеральних вод, водолікарень, радонолікарень, грязелікарень, соляріїв, аераріїв, басейнів й аксонометричних, тематичних і природних парків й ін.), основна функція якого полягає в обслуговуванні людей з метою лікування й відпочинку [3, с. 14].

Курортна інфраструктура: 1) система матеріальних об'єктів і видів діяльності з надання курортних послуг населенню, що сприяють зміцненню здоров'я; 2) підсистема соціальної інфраструктури й має свою підсистему допоміжних господарств (комунікації, дороги, транспорт й ін.). Складові: лікувально-профілактичні, культурно-побутові й розважальні установи, спортивні площадки, спеціально навчений медичний і обслуговуючий персонал тощо [3, с. 14].

Функціональні зони на території курортів:

- 1) курортна;
- 2) комунально-складська;
- 3) зелена зони та ін.

На курортах і курортних місцевостях для збереження природних лікувальних чинників встановлюють санітарну охорону курорту та курортний режим.

Округ санітарної охорони поділяють на три зони: перша зона (зона суворого режиму); друга зона (зона обмежень); третя зона (зона спостережень).

1.2 Курортна справа в системі охорони здоров'я та лікувально-оздоровчому туризмі

За оцінками ВТО, лікування та оздоровлення зараховують до найважливіших туристських мотивацій.

Оздоровчий туризм – це перебування на курортах практично здорових осіб, які не потребують спеціального медичного догляду, лікарського спостереження й лікування та мають за мету профілактику здоров'я або відпочинок [5, с. 8].

Основні напрямки оздоровчого туризму в світі: медичний туризм; термальний туризм (*SPA & Wellness*-туризм); туризм для людей похилого віку; стоматологічний туризм.

Медичний (лікувальний) туризм: 1) перебування в санаторно-курортних закладах із лікувально-оздоровчою метою [5, с. 8]; 2) особливий вид туризму, що виконує в різних поєднаннях лікувально-оздоровчі та рекреаційні функції для задоволення потреб споживачів у відновленні здоров'я (фізичних і душевних сил) шляхом використання цілющих природних засобів, висококваліфікованого медичного персоналу, конкурентної ціни та зорієнтований на туристсько-оздоровчі, пізнавальні, розважальні, видовищні та інші програми [6, с. 33].

Основні напрямки медичного туризму: поїздки в клініки з метою лікування; одержання косметологічних і стоматологічних послуг; фертильний туризм (донорство яйцеклітин і сурогатне материнство); санаторно-курортне лікування й реабілітацію; поїздки в центри аюрведи, *SPA*- і *Wellness*-центри [7].

Точна статистика зі світового ринку медичного туризму відсутня. У світі внутрішній оздоровчий туризм домінує над виїзним потоком. На одного виїзного туриста доводиться чотири внутрішніх. У Євросоюзі внутрішній медичний туризм займає 77 %. За даними *Global Spa Summit*, обсяг світового ринку медичного туризму становить \$50 млрд, оздоровчого – \$106 млрд. Світові лідери за числом медичних туристів – американці (1,6 млн (76 %)). Прогнози фахівців щодо перспективного зростання кількості медичних туристів до 2017 р. мають дуже широкий діапазон – від 500 тис. до 10 млн [7].

За статистикою, основні потоки виїзного медичного туризму з України спрямовані в Ізраїль, Туреччину, США, Таїланд, Німеччину, Угорщину, Австрію, Чехію і Словаччину. Останнім часом серйозну конкуренцію їм почали складати клініки Індії, Бразилії, Болівії, Коста-Ріки, ПАР.

Важливою складовою медичного туризму є санаторно-курортне лікування, яке базується на наявності на відповідній території природних рекреаційних ресурсів, розвиненої оздоровчої інфраструктури, сучасного медичного обладнання, кваліфікованого медперсоналу тощо.

Під **курортною справою** розуміють сукупність усіх видів науково-практичної діяльності з організації й профілактики захворювань, лікування й реабілітації хворих на основі використання природних лікувальних ресурсів, вивчення їх властивостей і механізмів дії, комплекс заходів з організації,

будівництва, управління курортами, забезпеченню лікування та культурно-побутового обслуговування громадян, експлуатації й охороні природних лікувальних ресурсів і санітарній охороні курортів.

Основні види курортної діяльності [3, с. 15] наведені на рисунку 1.4.



Рисунок 1.4 – Види курортної діяльності

Завдання курортної справи:

- розробка наукових основ організації курортної справи, питань управління й економічного регулювання цієї діяльності;
- розробка методів і технологій санаторно-курортного лікування й оздоровлення;
- пошук курортних ресурсів;
- вивчення потреби населення в санаторно-курортному оздоровленні й лікуванні, зокрема рекреаційних потреб;
- розробка правових аспектів курортної діяльності, ліцензування, стандартизації й сертифікації курортних послуг;
- експлуатація курортних об'єктів (здравниць, курортної інфраструктури);
- удосконалювання технологій і підвищення якості курортного обслуговування, зокрема розміщення, харчування, анімаційно-дозвіллевої діяльності;
- розробка наукових основ і нормативів санаторно-курортної інфраструктури, благоустрою, зокрема санітарної охорони курортів.

Соціальні завдання курортної справи:

- зміцнення здоров'я населення (індивідуального й суспільного) на

основі раціонального використання природно-рекреаційних ресурсів і вітчизняного курортного комплексу (санаторно-курортної інфраструктури та кадрового потенціалу);

- відновлення трудових ресурсів, зайнятості населення й розвитку курортів.

Принципи державної політики у сфері курортної справи:

- законодавче визначення умов і порядку організації діяльності курортів;
- забезпечення доступності санаторно-курортного лікування для всіх громадян, насамперед для інвалідів, ветеранів війни та праці, учасників бойових дій, громадян, які постраждали внаслідок аварії на Чорнобильській АЕС, дітей, жінок репродуктивного віку, які страждають на гінекологічні захворювання, хворих на туберкульоз та хворих із травмами і захворюваннями спинного мозку та хребта;

- урахування попиту населення на конкретні види санаторно-курортних послуг під час розроблення та затвердження загальнодержавних і місцевих програм розвитку курортів;

- економне та раціональне використання природних лікувальних ресурсів і забезпечення їх належної охорони;

- сприяння перетворенню санаторно-курортного комплексу України у високорентабельну та конкурентоспроможну галузь економіки [1].

Курортні ресурси й інфраструктурні об'єкти курортної територіальної рекреаційної системи «продують» оздоровчо-рекреаційні послуги.

Курортно-рекреаційний продукт – це спеціалізований для конкретної територіальної рекреаційної системи комплекс (програма) курортно-рекреаційного обслуговування людини, створений і поставлений на ринок збуту з урахуванням наявних рекреаційних ресурсів та інфраструктурних можливостей цієї рекреаційної системи [8].

Програми курортно-оздоровчих турів формують з урахуванням того, що близько 30–50 % рекреаційного часу відводять на лікувально-оздоровчі процедури.

Санаторно-курортні (оздоровчі) послуги – послуги з надання профілактичної, лікувальної, реабілітаційної допомоги, проживання, харчування, проведення дозвілля та інші сервісні послуги, що надають на курорті, в лікувально-оздоровчій місцевості та в санаторно-курортних організаціях [2, с. 14].

Поняття рекреаційної послуги ширше за поняття санаторно-курортної послуги – поняття рекреації частково враховує також дозвіллеву (фізкультура, спорт, індустрія розваг та туристську сфери). Санаторно-курортні послуги входять до рекреаційних.

Складові санаторно-курортного продукту: лікувально-оздоровчі послуги, послуги розміщення, харчування, дозвілля.

Наукову медичну основу курортної справи становить курортологія.

1.3 Курортологія: визначення, завдання, напрямки

Під *курортологією* розуміють медичну наукову дисципліну, що вивчає цілющі властивості природно-кліматичних і преформованих фізичних факторів, характер їх дії на організм людини, можливості їх використання для лікування й профілактики захворювань, а також з метою оздоровлення.

Основні природно-кліматичні фактори та наукові напрямки з їх використання в умовах курорту наведені на рисунку 1.5.



Рисунок 1.5 – Природно-кліматичні фактори та наукові напрямки з їх використання в умовах курорту [3, с. 22]

Сучасна курортологія – медична навчальна дисципліна, яка 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, яка розробляє рекомендації для санаторно-курортного лікування і методи застосування курортних факторів під час різних захворювань.

Завдання курортології:

- пошук і дослідження курортних ресурсів;
- вивчення потреб населення в санітарно-курортному лікуванні і розроблення наукових основ його організації;
- розробка принципів і нормативів курортного будівництва і благоустрою, включаючи питання санітарної охорони курортів

Основні розділи курортології: медична кліматологія і кліматотерапія; бальнеологія, бальнеотерапія та бальнеотехніка; грязелікування; організація, планування і будівництво курортів.

Курортологія використовує досягнення і методи суміжних наукових дисциплін: загальної кліматології, гідрогеології, фізіології, гігієни та інших

наук.

Курортологія як наука базується на таких **напрямах**: кліматологія (геліологія, аерологія, таласологія), бальнеологія, дієтологія, кінезітерапія, фізіотерапія та ін.

Розмаїтість рекреаційних потреб окремих споживачів, наявність різних етнічних, соціальних, вікових та інших груп споживачів із відмінними рекреаційними уподобаннями й цільовими пріоритетами спричинила появу цільової спеціалізації організацій курортно-рекреаційного профілю. Сьогодні провідні курорти світу прагнуть розвиватися як поліфункціональні багатоцільові тур центри [4]. Наявна також тенденція до поглиблення й закріплення вузької турпродуктної спеціалізації того або іншого курорту, підкріплена багаторічними традиціями й престижем.

ТЕМА 2. ІСТОРІЯ РОЗВИТКУ САНАТОРНО-КУРОРТНОЇ СПРАВИ

Історію курортної справи й курортології не можна розглядати у відриві один від одного, тому що курортологія створювала теоретичну основу для лікувально-оздоровчого застосування природних факторів, а курортна справа була організаційно-технологічним забезпеченням реалізації курортологічних програм.

На основі хронологічного і подієвого підходу до еволюції курортної справи основні періоди розвитку курортної справи наведено в таблицях 2.1–2.2.

Таблиця 2.1 – Періоди розвитку курортної справи в світі [3, с. 106–107]

Назва періоду	Загальна характеристика	Форми і методи курортної справи
1	2	3
<i>Стихійно-емпіричний</i> (Давні віки– Середньовіччя)	Курортні фактори використовували переважно з метою гігієни і санітарії. Окремі розрізнені емпіричні спроби природного лікування	Омовіння, терми, лазні, басейни, купальні, психотерапія
<i>Науково-курортологічний</i> (XVI–XVIII ст.)	Зародження і розвиток наукових засад курортології. Включення курортології до медичної практики. Виникнення перших курортів та підходів до їх експлуатації	Прообраз усіх сучасних форм курортної справи (за виключенням апаратної фізіотерапії)
<i>Комерційний</i> (XIX–поч. XX ст.)	Бурхливий розвиток курортів на комерційній основі. Використання курортів не лише з метою лікування, але й для проведення часу. Виникнення рекреаційних підприємств (санаторіїв, лікарень тощо). Курортологія – важлива ланка медицини	Увесь спектр основних методів курортології. Виникнення і розвиток фізіотерапії

1	2	3
<i>Диференційований</i> (XX ст.)	Розподіл підходів до курортної праці на комерційний (реалізується у країнах з ринковою економікою, де переважають оздоровчі курорти і вузькоспеціалізовані клініки) та соціальний (характерний для країн соціалізму, де курортну справу розглядають як частину системи охорони здоров'я)	Розподіл форм надання курортних послуг: на Заході – акцент на загальнокурортну лікувальну інфраструктуру та пансіонати, в СРСР – на створення повністю оснащених санаторіїв

Таблиця 2.2 – Основні етапи розвитку курортної справи [3, с. 121]

Назва періоду	Загальна характеристика
<i>Початковий</i> (XVIII–XIX ст.)	пошук природних лікувальних факторів і спроби їх лікувального застосування
<i>Підприємницький</i> (сер. XIX ст.–1917 г.)	формування основних вітчизняних курортів та їх інфраструктури, переважно на комерційній основі. Становлення російської курортологічної науки
<i>Радянський</i> (1917–1991 рр.)	курортна справа – частина радянської системи охорони здоров'я. Природні ресурси – власність держави. Соціальне значення курортів. Курортологія як напрямок дослідження базується на науковій основі
<i>Перехідний</i> (з 1992 р.)	зміна ставлення до курортній сфери. Формування ринку курортних послуг. Диференціація підходів до курортної справи

ТЕМА 3 ОСНОВИ МЕДИЧНОЇ КЛІМАТОЛОГІЇ

Ключові слова: лікувальний клімат, кліматологія, медична кліматологія, метеочутливість, дозиметрія, аеротерапія, геліотерапія, таласотерапія, мікрокліматоретрапія, спелеотерапія, ландшафтотерапія, теренкур.

3.1 Поняття та завдання медичної кліматології

Поняття клімату включає закономірну історично складену сукупність природних умов, атмосферних явищ, присутніх у певні часові проміжки та тій або іншій території. Зі свого боку, атмосферні умови території формуються під впливом низки факторів. Саме від наявності тих або інших атмосферних умов та явищ здійснюється виокремлення кліматичних зон із різними типами клімату.

Клімат – багаторічний режим погоди у певній місцевості, що характеризується закономірною послідовністю метеорологічних процесів [9, с. 25].

Дія механізму кліматичного лікування реалізується шляхом відновлення

адаптивних здатностей людського організму, зміцнення імунної системи завдяки зміні кліматичних умов, у яких пацієнт переважно здійснював свою життєдіяльність.

До основних груп кліматичних факторів зараховують:

- *кліматотворювальні фактори* (сонячна радіація, циркуляція повітряних мас, циклічне обертання Землі, рельєфні особливості місцевості, сполучення морської поверхні й суші, антропогенні фактори) (рис. 3.1);
- *кліматичні лікувальні фактори*, наявність яких сприяє організації лікувально-профілактичних процедур кліматотерапії (температурний режим, циркуляція повітряних мас, вологість повітря, атмосферний тиск, інтенсивність сонячного випромінювання).

Класифікація кліматотворювальних факторів наведена на рисунку 3.1.



Рисунок 3.1 – Класифікація кліматотворювальних факторів [3]

До основних кліматотворювальних факторів, під впливом яких формується клімат різних ділянок Землі, зараховують:

- *сонячну радіацію* – забезпечує надходження на Землю світла, тепла й ультрафіолету;
- *атмосферну циркуляцію* – перенесення повітряних мас в атмосферних вихрах (циклонах і антициклонах) і наявність зон розподілу повітряних мас (атмосферних фронтів);
- *підстильну поверхню* – визначає перерозподіл сонячної радіації й атмосферної циркуляції залежно від характеру земної поверхні.

Сонячна радіація – енергія сонячного випромінювання, як потік електромагнітних хвиль надходить на земну поверхню у вигляді: 1) *прямої радіації* – надходження радіації безпосередньо від Сонця, не закритого хмарами; 2) *розсіяної радіації* – надходження радіації від небесного зводу або хмар, що розсіюють сонячні промені; 3) *теплової радіації* – надходження походить від атмосфери, що нагрілася у наслідок впливу прямої та відбитої радіації.

Сонячний спектр включає:

- *інфрачервоне випромінювання, IR (760–2800 нм)* – визначає

надходження тепла на земну поверхню, що проявляється в температурному режимі. ІЧ-промені проникають у тканині на 2–3 см й достатньо активно впливають на розширення кровоносних судин, що сприяє підсиленню кровообігу в шкірі й підшкірно-жировій клітковині й активізації окислювально-відновлювальних процесів;

- **світлове випромінювання (400–760 нм)** – обумовлює інсоляційний (світловий) режим. Залежить від тривалості сонячного сяйва, під час якого можливе проведення різних рекреаційних занять. В основному діє на сітківку ока й ЦНС, створює сім кольорів веселки;

- **ультрафіолетове випромінювання, UV (280–400 нм)** – впливає на біологічну активність Сонця. УФ-промені, проникаючи в тканини на 1 мм, найпотужніше впливають на організм людини (залежно від дози може бути як позитивним, так і негативним), сприяють утворенню біологічно активних речовин (гістамін, серотонін й ін.) [10].

Для відпочинку й лікування важливе значення мають світловий й ультрафіолетовий режими.

Сонячні процедури сприяють активізації розумової й фізичної працездатності, зміцненню вегетативної нервової системи, поліпшенню обміну речовин, кровотворення, ендокринної діяльності, підвищенню адаптаційних можливостей організму, синтезу вітаміну D, необхідного для формування кісткової тканини. Ультрафіолет активізує функцію фагоцитів – клітин-захисників організму від хвороботворних бактерій і вірусів.

Типи ультрафіолетового випромінювання:

- **тип A, UVA (320–400 нм)** – довгі хвилі УФ-випромінювання, 95 % яких досягають Землі за будь-якої погоди, у будь-якому кліматичному поясі; не тільки створюють засмагу на шкірі, але виступають одним із джерел утворення вільних радикалів (однієї з перших причин старіння). Проникаючи в глибокі шари шкіри, порушують синтез колагену й еластину, що сприяє пришвидшенню втрати шкірою пружності й появі зморшок;

- **тип B, UVB (290–320 нм)** – середні хвилі УФ-випромінювання, частина яких поглинається хмарами, а інша – озоновим шаром. Лише 5 % з них досягають поверхні Землі. Найбільш активні з 10 ранку до 4 години вечора. Викликають сонячні опіки, сприяють засмазі;

- **тип C, UVC (до 280 нм)** – найкоротші й найнебезпечніші промені, здатні викликати мутації й новоутворення шкіри. Донедавна затримувалися озоновим шаром і не досягали Землі.

Засмага – це захисна реакція організму на сонячне випромінювання.

Механізм утворення засмаги: у поверхневому шарі шкіри між плоскими лускатими клітинами, що поступово відмирають і злущуються, розташовані клітини-меланоцити, у яких у результаті складних перетворень утворюється пігмент меланін (від гр. *melas* – чорний), що заповнює клітини зовнішнього рогового шару шкіри, завдяки чому вона змінює колір. Засмага є природним фільтром, що затримує до 90 % УФ-опромінення. Появі захисного бар'єра передують сонячний опік: виникає еритема – почервоніння й набряк шкіри з

ушкодженням декількох її шарів. З кожним днем роговий шар шкіри потовщується, а шкірний покрив із посиленням пігментації стає більш грубим і жорстким. Таким чином, захист проти ультрафіолету з'являється завдяки ушкодженню інших структур [11]. Регулярне передозування УФ-випромінюванням може призвести до незворотних процесів в організмі: хронічного пошкодження шкіри, фотостаріння, зміни генетичного матеріалу, передракових станів та раку шкіри.

Фотостаріння (від лат. *phos, photos* – світло) – передчасне пошкодження шкіри, викликане інтенсивним і хронічним впливом сонячного світла й ультрафіолетового випромінювання в цілому.

Танорексія (від англ. *tan* – засмага) – психологічна залежність людини від UV-променів, до якої схильні люди, що проводять у солярії довше 10 хвилин і частіше двох разів на тиждень.

UV-фільтри – це речовини, які нейтралізують дію UV-променів на шкіру.

Види: фізичні й хімічні.

SPF (від англ. *Sun Protective Factor* – Сонце Захисний Фактор) – параметр, що показує, якого ступеня захисту від сонця можна очікувати від того або іншого препарату. Термін запропонований австралійським ученим Францем Грайтером в 1962 році. Фільтри SPF – це захист від UVB-променів, захист від UVA-променів – фільтри IPD (*immediate pigment darkening*) і PPD (*persistent pigment darkening*). Функцію захисту SPF можна розрахувати за формулою: рівень SPF, зазначений на тюбику, помножити на кількість хвилин, за які шкіра червоніє на сонці. У світлошкірих людей цей час становить близько 10-15 хв. Наприклад, якщо зазвичай людина одержує опік за 10 хв, із кремом, рівень захисту якого SPF 15, час безпечного перебування на відкритому сонці збільшується до 150 хв. Після закінчення цього часу шар крему потрібно поновити. Для європейських виробників фотозахисних засобів сьогодні існує єдина **класифікація Colipa**, що оцінює допустимі значення SPF: низький фотозахист – 2-4-6; середній фотозахист – 8-10-12; високий фотозахист – 15-20-25; дуже високий фотозахист – 30-40-50; максимальний фотозахист – 50+.

Фотарій – приміщення, обладнане для проведення переважно групових або індивідуальних загальних опромінь UV-променями. Вони близькі за видом впливів до соляріїв. Використовують їх для попередження світлового голодування, підвищення опору організму до збудників інфекції, профілактики й лікування рахіту у дітей, при вагітності. Найчастіше фотарії організують при оздоровчих пунктах підприємств і спортивних установ, у профілакторіях, будинках відпочинку, санаторіях, дитячих дошкільних установах і школах.

Циркуляція атмосфери – переміщення повітряних мас над земною кулею, що встановилася під впливом неоднакового нагрівання земної поверхні на різних широтах, а також над материками й океанами. Загальну циркуляцію атмосфери визначають зони високого (**антициклон**) і низького (**циклон**) атмосферного тиску. Перехідна зона між суміжними повітряними масами – **атмосферний фронт**, з проходженням якого пов'язані контрастні зміни погоди, що супроводжуються перепадами температури, вологості, тиску

повітря, змінами швидкості й напрямку вітру, випаданням опадів й іншими дискомфортними явищами.

Вітер – горизонтальний, рідше турбулентний, рух повітря щодо земної поверхні, який виникає й підтримується внаслідок нерівномірного горизонтального розподілу атмосферного тиску. Характеризується швидкістю й напрямком; виражається в м/с, км/год і балах. **Шкала Бофорта** – метод оцінки швидкості вітру запропонований англійським адміралом Ф. Бофортом. Швидкість вітру змінюється в широких межах від повного штилю (0 – 0,5 м/с) до шторму (більше 15–20 м/с) і урагану (більше 30 м/с).

З вітровим режимом пов'язаний вплив повітряного потоку на організм людини на рівні людського росту. У зв'язку із цим умови підрозділяють на: 1) *аеростатичні* – (штиль) 0 м/с; 2) *слабкодинамічні* – тихий вітер (менше 1 м/с); 3) *середньодинамічні* – легкий вітер (1–4 м/с); 4) *сильнодинамічні* – слабкий вітер (більше 4 м/с). За швидкості вітру більше 7 – 8 м/с рекреаційні заняття проводити не рекомендовано.

Вологість повітря – зміст водяної пари в повітрі, важлива характеристика погоди й клімату. Чим більший зміст у повітрі водяної пари, тим вища вологість повітря. Враховують дві основні характеристики вологості:

- **абсолютну** – кількість водяної пари, що втримується в повітрі; виражається в г/м³ або в одиницях тиску повітря;

- **відносну** – відношення кількості водяної пари, що втримується в повітрі, до найбільшої її кількості, що може утримуватися за певної температури; виражається у відсотках, %.

Атмосферні опади – продукти конденсації водяної пари, що випадають із хмар у вигляді дощу, мряки, граду, крупи, інею, снігу або безпосередньо осідають з повітря на земну поверхню у вигляді роси, інею, паморозі тощо; вимірюються у мм товщини шару води, що випала за певний проміжок часу. *Види опадів за характером випадання:* зливові, обложні, мрячні опади.

Рельєф – вишина місцевості над рівнем моря, напрямку гірських хребтів, що виступають перешкодою для вітру й повітряних мас.

Кожен із наведених факторів може діяти на людину, впливаючи на її певні функції, проте здебільшого лікувальна дія клімату забезпечується у результаті комплексного впливу великої кількості кліматичних лікувальних факторів. Кліматичні лікувальні фактори, як правило, зараховують до погодних умов та особливостей місцевості, лікування залежить від особливостей захворювання, стадії його течії.

Класи захворювань, пов'язаних із дією клімато-метеорологічних і геофізичних чинників:

1. Хвороби, викликані термічними навантаженнями.
2. Хвороби, обумовлені сонячним УФ-випромінюванням.
3. Сезонні інфекційні хвороби.
4. Істинно сезонні хвороби, що виникають щорічно [12].

Розподіл медико-кліматичних умов за категоріями надає науково обґрунтовані критерії для рекомендацій населенню під час освоєння нових

територій, вибору місця проживання, планування й проектування профілю курортних зон, організації санаторно-курортного процесу, підвищення ефективності санаторно-курортного лікування й організації оздоровчого відпочинку.

Лікувальний клімат – сукупність кліматичних умов і явищ, пов’язаних з певною територією, застосування яких можливе в лікувально-профілактичних цілях або ж як певної основи для лікування [2, с. 33].

Формування кліматології як самостійної науки, що вивчає питання кліматоутворення, зараховують до кінця ХІХ – початку ХХ ст., коли дослідники почали розглядати клімат як сукупність атмосферних явищ протягом певного проміжку часу (рік, сезон, місяць).

Під **кліматологією** розуміють розділ наукового знання, який досліджує механізм лікувального впливу кліматичних особливостей на організм людини, виробляє найбільш оптимальні, раціональні та ефективні методики й способи кліматолікування.

Медицина кліматологія – прикладна наука, що вивчає особливості клімату та погоди з точки зору їх впливу на організм людини [13, с. 49].

До основних розділів медичної кліматології зараховують:

1. **Медицину географію** – вивчає закономірності розповсюдження захворювання в різних географічних зонах земної кулі.

2. **Кліматофізіологію** – вивчає вплив на організм комплексу різних кліматопогодних факторів у різних географічних умовах, а також змін, що виникають у разі переїзду з одного кліматичного району в інший (акліматизація), змін, пов’язаних з впливом сезонів та інших біоритмів.

3. **Клімпатологію** – вивчає зв’язок різних патологічних реакцій з кліматопогодними факторами.

4. **Клімпатопрофілактику** та **кліматотерапію** – використання метеорологічних факторів для профілактики і лікування хворих із різними захворюваннями [13, с. 49].

Ефект кліматотерапії як стимулюючого лікування багато в чому залежить від кліматичних чинників, які використовують для активного лікування. **До основних лікувально-кліматичних чинників, що обумовлюють лікувальну дію клімату, зараховують:** температурний режим, тиск, вологість, циркуляцію повітряних мас, рівень сонячного випромінювання [2, с. 135]. Кліматичні фактори багато в чому обумовлюють реактивність організму в процесі його філогенезу. Формування у відповідь реакцій відбувається на всіх рівнях структурно-функціональної організації організму – від аферентних провідників до підкіркових і кіркових структур головного мозку. Під дією чинників різної фізичної природи в процесі еволюції в організмі виробилися різні механізми регуляції функцій. Взаємодія із зовнішнім середовищем і пристосування до її умов є невід’ємним компонентом існування організму.

Метеочутливість (метеопатія) – залежність стану організму від зміни метеорологічної ситуації (тиску, напруженості магнітного поля, вологості тощо), а також поведіння організму в наслідок впливу цих змін: зниження або

підвищення працездатності, поліпшення або погіршення стану. Реакція на зміну погоди передбачає: ослаблення адаптаційних механізмів, імунітету, а також прояви й загострення хронічних хвороб. Часто проявляється у людей, що страждають захворюваннями нервової й серцево-судинної систем. Фактори ризику виникнення метеочутливості – зайва вага, ендокринні порушення в період клімаксу, вагітності й полового дозрівання, ангіна, грип, запалення легенів, травми голови, захворювання серцево-судинної системи [14].

Метеорологічні умови нашої планети – це одна із складових всіх природних факторів, які постійно випробовують людей на витривалість. Організм, а також усі його регуляторні механізми й рівні (включаючи внутрішньоклітинний, молекулярний, міжклітинний та інші) підпадають під вплив цих факторів. Про стан і особливості організму можна судити, спостерігаючи за швидкістю його відповідних реакцій на виникнення впливу певного природного стрес-фактора.

Типи погодних умов, що впливають на здоров'я людини:

1. *Індиферентний* – характеризується незначними коливаннями метеоумов, вплив яких на організм людини непомітний.

2. *Тонізуючий* – характеризується сприятливим впливом на людину (особливо для людей, у яких спостерігається артеріальна гіпертонія, хронічна киснева недостатність, хронічні бронхіти).

3. *Спастичний* – проявляється в ході різкого похолодання, яке супроводжує підвищення атмосферного тиску, а також значне збільшення змісту кисню в повітрі. Може викликати серцеві й головні болі в людей з підвищеним артеріальним тиском, які з'являються як наслідок спазму судин.

4. *Гіпотензивний* – виникає при зменшенні в повітрі кількості кисню (реакція організму – зниження тону судин: поліпшення самопочуття гіпертоніків, тому що в них знижується тиск).

5. *Гіпоксичний* – виникає при настанні потепління й зниженні змісту кисню. Такий тип умов погоди здатен викликати виникнення та загострення кисневої недостатності.

Регуляторні й пристосувальні апарати людини мають бути ефективними не стільки через тип погоди, скільки через їх різку зміну. Саме контрастність погодних і кліматичних факторів впливає на організм, тим самим знижуючи працездатність, погіршуючи самопочуття, збільшуючи у хворих плин захворювань. *Види метеопатичних атмосферних ефектів*: різко виражені, виражені й помірні, залежно від того, наскільки виражені міждобові зміни метеорологічних величин (температури, тиску й т.д.).

Метеопати («метеолабільні люди») – люди, на яких погодна нестійкість впливає так само, як і хвороба. Медична статистика свідчить, що «відчувати погоду» можуть приблизно 75 % людей. **Основні групи метеопатів**: 1) люди, що страждають хронічними захворюваннями суглобів, серцево-судинної системи, а також астмою; 2) люди, які страждають від захворювань психіки; 3) люди, що пережили клінічну смерть, шоківий стан, а також люди із травмами голови.

Метеоневроз – один із видів невротичних розладів, за якого людина під час погодних перепадів має погане самопочуття (задишка, запаморочення, дратівливість, серцебиття, поганий настрій), а показники здоров'я (температура, тиск, серце та інші) залишаються в межах норми. Іншими словами, це залежність самопочуття, а також настрою людини від того, яка погода за вікном.

Ступені схильності організму до метеорологічних змін:

1) *легкий ступінь (метеочутливість)* – проявляється у вигляді суб'єктивного нездужання;

2) *середній ступінь (метеозалежність)* – проявляється у фіксованих зрушеннях у стані організму: зміни в артеріальному тиску, електрокардіограмі тощо;

3) *важкий ступінь (метропатія)* – для цього ступеня характерні яскраво виражені порушення, які проявляються у вигляді одного (або декількох) з п'яти типів метеопатичних реакцій:

- *серцевий тип* – характерні задишка, а також болі, що локалізуються в області серця;

- *мозковий тип* – виникають запаморочення, головні болі, дзенькіт і шум у голові;

- *змішаний тип* – поєднує в собі нервові й серцеві порушення;

- *астеноневротичний тип* – характерні дратівливість, підвищена збудливість, безсоння, може змінюватися артеріальний тиск;

- *невизначений тип* – прояви захворювання не мають чіткої локалізації, а виникають у вигляді загальної слабкості, ломоти й болю в м'язах, суглобах і т. д. [14].

Метеопрофілактика – це комплекс заходів, які спрямовані на рятування від підвищеної чутливості організму до змін погоди, а також зміцнення захисних, адаптаційних і пристосувальних механізмів.

3.2 Типи клімату й погоди та їх вплив на організм людини: адаптація, акліматизація, загартовування

Залежно від показників вологості, атмосферного тиску, циркуляції повітряних мас, сонячної активності виокремлюють такі **типи клімату**: тропічний, субтропічний, помірний та умовно холодний клімат.

Типи клімату в санаторно-курортному лікуванні [12] наведені в додатку А.

Оцінка впливу погоди і клімату на організм людини базується на характеристиці теплообміну людини з навколишнім середовищем. Відповідно виділяють такі **типи погод**:

- **комфортна (сприятлива)** – характеризується рівним ходом основних метеоелементів при стійких повітряних масах і відсутності фронтальної активності, міждобовій мінливості атмосферного тиску не більше ніж 4 мбар на добу, температурі повітря 2 °С на добу, швидкості вітру не більш ніж 3 м/с з відносною вологістю від 55 до 85 %;

- **субкомфортна (відносно сприятлива)** – супроводжується змінами

рівного ходу метеорологічних елементів, слабкою циклонічною діяльністю з проходженням різко виражених фронтів зі швидкістю до 35–40 км/год, міждобовою мінливістю атмосферного тиску (5–8 мбар на добу), температури (3–4 °C на добу); відносна вологість може бути нижчою від 55 % і вищою від 85 %, швидкість вітру – понад 4 м/с;

• **несприятлива** – характеризується різкими змінами метеорологічних елементів при яскраво вираженій циклонічній активності. Міждобова мінливість атмосферного тиску – понад 8 мбар на добу, температури – понад 4 °C на добу [12].

Найбільш сприятливі для людини умови: відносна вологість дорівнює 50 %; температура – 17 – 19 °C; швидкість вітру не перевищує 3 м/с.

В оцінках впливу погоди й клімату на організм людини виходять насамперед із характеристики його теплообміну. Тепловідчуття людини визначається сукупним впливом температури, вологості повітря й швидкості вітру. У зимовий період оцінюють умовними температурами за методом Арнольдї, відповідно якого швидкість вітру в 1 м/с знижує тепловідчуття людини на 20 °C (вологість повітря до уваги не приймається), у літній період – визначають температурами: 1) *ефективною* (ЕТ) – температура, яку відчуває людина за певної вологості повітря і відсутності його руху; 2) *еквівалентно-ефективною* (ЕЕТ) – температура, яку відчуває людина за певної відносної вологості й швидкості руху повітря.

Термічний режим – характеризується тривалістю безморозного, сприятливого для літньої рекреації, купального періодів, а також тепловідчуттям людини в холодний і зимовий періоди й забезпеченістю теплом у теплий період. *Період, сприятливий для зимової рекреації*, встановлюється коли середньодобова температура досягає -5 °C (але не нижче -25 °C), за якої можливі всі види зимового відпочинку. *Період, сприятливий для літньої рекреації*, визначається кількістю днів із середньодобовою температурою вище +15 °C, за якої можливі всі види літнього відпочинку. Тепловідчуття під час приймання сонячних ванн визначають радіаційними еквівалентно-ефективними температурами (РЕЕТТ), які на 6 °C вищі за ЕЕТ.

Тепловідчуття в літній період підрозділяють на: 1) *холодне* (ЕЕТ менша 8 °C); 2) *прохолодне* (ЕЕТ 8–16 °C); 3) *комфортне* (ЕЕТ 17 – 22 °C); 4) *перегрів* (ЕЕТ більше 22 °C).

Для рекреації важливо враховувати *термічний дискомфорт* як перегріву в літній період, так і переохолодження в зимовий. Для оцінки ступеня сприятливості спекотної та теплої погоди в теплий період використовують показники величини потовиділення та температуру поверхні тіла; для визначення ступеня дискомфорту від холоду в зимовий період – температуру повітря, швидкість вітру, величину сонячної радіації та вологість повітря. Так визначають зони комфорту, у межах яких навантаження на терморегуляційні механізми мінімальні, що забезпечує нормальне функціонування організму.

У процесі кліматолікування необхідно враховувати зміни ритмів роботи організму людини під час зміни кліматичних умов у різні сезони року та

різницю термінів настання і тривалості пір року в різних ландшафтних умовах. Перехід від сезону до сезону року пов'язаний із змінами кліматоутворювальних чинників, а погодні умови попереднього сезону визначають початок наступного.

Початок і кінець сезонів року в межах України не збігається ні з календарними датами, ні з астрономічними. Межами для умовного виділення кліматичних сезонів є дати стійкого переходу середньої добової температури через 0 °С для зими і 15 °С для літа. Ці температури відображають особливості формування термічного режиму в конкретні періоди року і зумовлюють відмінну тривалість їх у певні роки. Так, **кліматичні сезони за обсягом вживаних природних лікувальних чинників в Україні поділяють:**

- *літній сезон (15 червня – 15 вересня)* – можливе комплексне застосування всього спектру методів кліматотерапії – аеро-, геліо- і таласотерапії;

- *осінній сезон (15 вересня – 15 грудня)* – характеризується поєднанням геліотерапії (з поступовим зниженням потужності потоку УФ-випромінювання) і аеротерапії;

- *зимовий сезон (15 грудня – 15 березня)* – обмежений переважно аеротерапією;

- *весняний сезон (15 березня – 15 червня)* – разом з аеротерапією, поступово з'являється можливість прийому процедур геліотерапії.

Адаптація – процес пристосування живих організмів до тих або інших умов існування, що забезпечує не тільки нормальну життєдіяльність організму, але й збереження високого рівня працездатності в нових, зокрема соціальних умовах існування [13, с. 60].

Акліматизація (від лат. *ad* – до, для і гр. *klíma* – клімат) – складний соціально-біологічний процес, що залежить від природно-кліматичних, соціально-економічних, гігієнічних і психологічних факторів [13, с. 60].

Реакції акліматизації мають спадкоємну основу. Загальна закономірність процесу акліматизації – фазна зміна життєдіяльності організму.

Фази акліматизації: *перша фаза (орієнтовна); друга фаза (підвищеної реактивності); третя фаза (реалізація основного (універсального) закону корисного результату дії, що забезпечує позитивну ентропію (накопичення енергії); четверта фаза (фаза закінченої або стійкої акліматизації)* [13, с. 60–61].

Важливу роль відіграє **загартовування організму** як система тренування, що спрямована на пристосування організму до добових, сезонних, періодичних або раптових змін температури, освітлення, магнітного і електричного полів Землі. *Види:* пасивне й активне.

3.3 Основні методи кліматотерапії

Найбільший практичний інтерес з усіх розділів медичної кліматології становить кліматотерапія – від її можливостей залежать вибір місця відпочинку, використання лікувальних властивостей того або іншого курорту та ін.

Кліматотерапія – використання різних метеорологічних факторів та

особливостей клімату певної місцевості, а також спеціальних кліматичних дій (процедур) з лікувальною і профілактичною метою [13, с. 50].

Сутність кліматотерапії полягає в сприянні відновленню адаптаційних здатностей організму, що знижуються при порушенні єдності організму із зовнішнім середовищем. При цьому на організм діє комплекс кліматопогодних подразників області постійного проживання хворого або іншої (контрастної) природної зони (лікувально-оздоровчої місцевості). При цьому в кліматотерапії використовують:

1. **Вплив зміни кліматичних районів.** Може здійснювати стимулюючу дію, підвищувати опірність організму, викликати перелом у перебігу хвороби, особливо при патологічних процесах.

2. **Вплив метеорологічних умов у звичних для пацієнта кліматичних умовах.** Лікування в місцевих здравницях (місцеві санаторії, санаторії-профілакторії) рекомендоване насамперед хворим із порушеною адаптацією й з підвищеною метеочутливістю.

3. **Спеціальні кліматичні впливи (кліматотерапевтичні процедури)** (повітряні й сонячні ванни, сон на повітрі, таласотерапія, гіпоксикатори, галокамери й ін.), за яких вплив кліматичних факторів досягає максимуму [13, с. 50 – 51].

Зони комфортності за ступенем комфортності для туризму, відпочинку й лікування:

- *комфортна* – щадний та щадно-тренувальний (тонізуючий) режими;
- *відносно комфортна* – щадний і подразнюючий режими або перевага тренувальних умов;
- *дискомфортна* – подразнюючі умови;
- *екстремальна* – подразнюючі умови, що погрожують життю людей, домінують в усі сезони [3, с. 231].

До основних методів кліматотерапії зараховують:

1. **Аеротерапію** (лат. *aeris* – повітря) – метод кліматотерапії, який використовує дозований вплив так званим відкритим (атмосферним) повітрям на організм з лікувально-профілактичною метою. **Види:**

- **цілодобова аеротерапію** – тривала дія свіжого повітря на хворого під час прогулянок, сну в спеціальних кліматопавільйонах і верандах. Фізіологічна і лікувальна дія методу обумовлена охолодженням людини і підвищеним забезпеченням організму киснем;

- **повітряні ванни** – дозована дія свіжого повітря на організм повністю або частково голої людини. Охолодження організму має фазний характер: 1) *нервово-рефлекторна* (первинного ознобу) – характеризується відчуттям холоду, зниженням шкірної температури, почастищенням дихання, «завмиранням серця» і т. д., триваліша у осіб незагартованих і не звиклих до холоду; 2) *реактивна* – виявляється відчуттям тепла; у основі її лежить підвищення теплопродукції організму унаслідок хімічної терморегуляції; 3) *фаза (вторинного ознобу)* – призводить до парезу шкірних судин, ціанозу, вираженого піломоторного рефлексу («гусяча шкіра»), виникає під час хибного

проведення повітряної ванни і переохолодженні.

У разі дотримання основних методичних умов (*акліматизація, поступовість регулярних холодкових навантажень, контроль самопочуття і ін.*) аеротерапія підвищує ефективність санаторного лікування на 30 %. Добре сумісна з усіма фізичними лікувальними чинниками. Цілодобову аеротерапію поєднують з електросонтерапією, геліотерапією (в аерофотаріях), ЛФК (гімнастичними вправами) [12].

2. Геліотерапію (від гр. *helios* – сонце, *therapia* – лікування) – сонцелікування, – лікувальне й профілактичне використання прямого випромінювання сонця (загальні і місцеві сонячні ванни).

3. Таласотерапію (гр. *thalassa* – море; *therapia* – лікування) розділ клінічної медицини, що вивчає властивості приморського клімату, морської води, водоростей, морських грязей й інших продуктів моря та механізми їх дії на організм людини при лікувально-профілактичному застосуванні. За інтенсивністю дії послідовно розрізняють такі **види таласотерапії**: обтирання морською водою, обливання водою заданої температури, занурення (перебування у воді менше 1 хв.), морські купання і плавання в морі.

4. Мікрокліматоретрапію – застосування з лікувальною метою особливих кліматичних чинників, характерних тільки для певної місцевості. **Напрямки:** 1) **аероіонотерапія** – вдихання повітря, що містить електричні негативно заряджені газові молекули (аероіони); 2) **аерофітотерапія** – вдихання повітря, насиченого летючими ароматичними речовинами (фітонциди, терпени, ефірні масла), що виділяються рослинами; 3) **спелеотерапія** (від гр. *speleon* – печера) – метод лікування тривалим перебуванням в умовах своєрідного мікроклімату природних карстових печер, гrotів, соляних копалень, штучно пройдених гірських вироблень металевих, соляних і калійних рудників.

3.4 Фізичні та фізіологічні основи дозиметрії й дозування кліматолікувальних процедур

Головна умова досягнення високого лікувального ефекту в результаті кліматотерапії – застосування фізіологічно обґрунтованих методів дозування кліматолікувальних процедур, що містять правильну оцінку сили подразнення призначених кліматопроедур і надають можливість узгодити її з функціональним станом організму, його резервними можливостями. Це, зі свого боку, дає змогу уникнути передозування кліматичних впливів і появи негативних реакцій.

При дозуванні кліматичних впливів варто розрізняти такі **групи кліматопроедур**: 1) група процедур, яка не потребує точного дозування, оскільки кліматичні чинники діють упродовж тривалого часу (наприклад, аеротерапія у вигляді перебування на відкритому повітрі, дозувати яку можна, змінюючи тривалість процедур, а також шляхом звуження або розширення температурних меж, за яких їх проводять); 2) група процедур, що потребують точного дозування (сонячні й повітряні ванни, купелі).

Проблема дозування кліматолікувальних процедур охоплює низку розділів: 1) *дозиметрію* – створення системи визначення чинників, що впливають на організм під час кліматичних процедур; 2) визначення умов довкілля, за яких можливе застосування процедур; 3) визначення доз кліматопродур при тих або інших хворобах на основі вивчення реакцій організму з метою визначення показань і протипоказань до різних методів кліматолікування.

Єдина система дозиметрії впливів полягає в тому, що доза, тобто величина, яка є мірилом біологічної дії для основних кліматичних процедур (сумарних сонячних опромінювань, повітряних ванн, морських купелей), виражається у термохімічних калоріях (джоулях) на одиницю поверхні тіла і відбиває зміни, що настають у кисневому балансі організму. Призначена доза завжди зумовлює однаковий біологічний і клінічний ефект [15, с. 41].

3.5 Курортні ландшафти та їх використання в рекреаційних цілях

Під *ландшафтом* розуміють складну еколого-естетичну систему гармонічних взаємин фауни, флори, ґрунту, планетарно-кліматичних факторів. Засновником ландшафтно-географічної школи, що розробила на початку ХХ в. уявлення про географічний ландшафт як природний комплекс, в якому закономірно сполучаються всі основні риси природи, був В. В. Докучаєв [16].

Одним із важливих елементів курортології, естетотерапії, профілактики психосоматичних захворювань є *ландшафтотерапія* (від нім. *Landschaft* – пейзаж, вид) – лікування захворювань впливом природної краси, шуму лісу, моря [16].

Професору Мюнхенського університету М. Й. Ертель (*Oertel*) належить заслуга введення в практику методу курортного лікування, який поєднав у собі кліматотерапію і лікувальну фізичну культуру, відомого зараз на всіх курортах світу як *теренкур* (від фр. *terrain* – місцевість, ділянка, територія і нім. *kuhr* – лікування) – метод лікування дозованою ходьбою по спеціально організованим маршрутами, дозованим по відстані, часу і куту нахилу. Перший теренкур у світі був розмічений в 1885 р. [17].

На організм людини впливає складний кліматичний комплекс: метеорологічні (атмосферні), радіаційні (космічні) і земні (телуричні) чинники. Організм реагує як безпосередньо на окремі домінуючі елементи перелічених груп чинників, так і на їх поєднання, що утворюються різними варіантами погодних ситуацій. На організм людини впливають добові й сезонні зміни, з якими пов'язані певні біологічні режими, впливає зміна кліматичних районів під час далеких поїздок. Мають значення мікрокліматичні умови житла, одягу тощо.

Санаторно-кліматичне лікування сприяє нормалізації специфічного мікробного імунітету. Результатом нормалізації обмінних процесів і реактивності організму є відновлення та поліпшення порушених функцій організму.

ТЕМА 4 ОСНОВИ БАЛЬНЕОЛОГІЇ ТА БАЛЬНЕОТЕХНІКИ

Ключові слова: гідротерапія, гідротерапевтичні процедури, бальнеологія, мінералізація, бальнеотехніка.

4.1 Лікувальна дія прісної води на організм людини. Гідротерапія

Вода є найважливішим будівельним матеріалом клітин, розчинником, що доставляє живильні речовини до організму і виводить продукти його життєдіяльності, виступає основою для процесів обміну речовин. частка води в організмі кожної живої істоти завжди набагато вища, ніж будь-якого іншого компонента (зміст води у людському тілі протягом життя в середньому змінюється від 97 % в ембріоні до 50–60 % у зрілому віці). Втрата 20 % вологи від маси тіла в людському організмі спричиняє смерть [13].

Види води в рівноважному стані: рідка вода, лід, пара.

У процесі еволюційного розвитку протягом сотень тисяч років організм людини адаптувався до споживання природної прісної чистої води, мінералізація якої перебуває в межах 0,2–0,1 грам на літр. У результаті техногенної діяльності людини практично вся прісна вода поверхневих і підземних джерел Землі є забрудненою.

Гідротерапія (від гр. *hydor* – вода й *therapeia* – догляд, лікування) – водолікування, – зовнішнє застосування прісної води (водопровідної, річкової, озерної, дощової) у вигляді ванн, душів, обливань, обтирань, укутувань [13, с. 86].

Прісну воду використовують у гідротерапії як у чистому виді, так і з додаванням фітопрепаратів й інших біологічно активних речовин. Гідротерапія знайшла широке застосування в лікувально-профілактичній практиці й у відновленні організму після перенесених захворювань, оздоровленні організму, підвищенні його резистентності до несприятливих умов зовнішнього середовища, тренуванні, загартовуванні.

Гідротерапевтичні процедури – засіб тренування й загартовування організму до дії холодових, а також високотермічних подразників.

Показання: хвороби системи кровообігу (гіпертонічна хвороба, ішемічна хвороба серця, наслідки міокардитів, нейроциркуляторна дистонія, захворювання периферичних артерій, вен, лімфатичних судин); хвороби кістково-м'язової системи й наслідки травм периферичної і ЦНС; хвороби органів травлення, порушення обміну речовин, порушення менструального циклу, хвороби шкіри, хронічні неспецифічні захворювання легенів.

Протипоказання: схильність до динамічних порушень мозкового й коронарного кровообігу, недостатність кровообігу вище І-Б стадії, виражені явища атеросклеротичного кардіосклерозу із хронічною коронарною недостатністю 2–3-ої груп, гіпертонічна хвороба III-Б стадії, нещодавно перенесений інфаркт міокарда (до року) або інсульт, важка стенокардія [18].

Основні методи гідротерапевтичних процедур:

1. **Обливання** (загальні та місцеві).
2. **Обмивання** (загальні та місцеві).

3. Обтирання.

4. **Укутування:** загальне (вологе й сухе) та місцеве (компрес).

5. **Компреси:** охолоджуючий і зігрівальний [13, с. 77–79].

6. Купання.

7. Душі.

8. Ванни.

Душ – водолікувальна процедура, за якої на тіло пацієнта впливають водою у вигляді струменя або безлічі малих струменів чітко дозованої температури й тиску.

Загальна класифікація душів наведена в таблиці 4.1.

Таблиця 4.1 – Класифікація душів

Класифікація душів			
залежно від температури води	залежно від змін температури води	за тиском струменів води	за механізмом дії та інтенсивністю механічного впливу на організм
<ul style="list-style-type: none">• <i>прохолодні</i> (+20–35 °С);• <i>теплі</i> (+35–39 °С);• <i>гарячі</i> (+40 °С і вище)	<ul style="list-style-type: none">• з <i>перемінною</i> температурою;• з <i>постійною</i> температурою	<ul style="list-style-type: none">• з <i>низьким тиском</i> (0,3–1 атм);• з <i>середнім тиском</i> (1,5–2 атм);• з <i>високим тиском</i> (3–4 атм)	<ul style="list-style-type: none">• <i>струминний</i> (<i>Шарко</i>, <i>шотландський</i>);• <i>циркулярний</i>;• <i>души Віші</i> (дощовий, голчастий і пиловий);• <i>віялоподібний</i>;• <i>висхідний</i>;• <i>підводний душ-масаж</i>;• <i>душ Вражень</i>;• <i>таласодощ</i>

Ванна – водолікувальна процедура, основним діючим фактором якої є гідростатичний тиск водяного стовпа, а також механічне та хімічне подразнення рецепторів шкіри і слизових оболонок водою та розчиненими в ній речовинами.

Таблиця 4.2 – Класифікація ванн

Класифікація ванн			
за об'ємом води	за складом води	за температурою	за хімічним складом води й інших показників
1	2	3	4
<ul style="list-style-type: none">• <i>загальні</i>;• <i>напівванни</i>;• <i>місцеві</i>	<ul style="list-style-type: none">• <i>прісні</i>;• з <i>додаванням солей</i>;• з <i>додаванням газів</i>;	<ul style="list-style-type: none">• <i>холодні</i> (+20 °С і нижче);• <i>прохолодні</i> (+21–33 °С);• <i>індиферентні</i> (+34–36 °С);• <i>теплі</i> (+37–38 °С);	<ul style="list-style-type: none">• <i>прісні</i> (з водопровідної води);• <i>мінеральні</i> (сульфідні, соляні, йодобромні);• <i>комбіновані мінеральні</i> (вуглекисло-сульфідні, сульфідно-вуглекисло-грязьові);• <i>кисневі</i>;

1	2	3	4
	<ul style="list-style-type: none"> • з додаванням ароматичних речовин 	<ul style="list-style-type: none"> • гарячі (вище +39 °С); • з плавним підвищенням температур (за Гауффе; ванночки Кнейпа) 	<ul style="list-style-type: none"> • радонові; • ароматичні (скипидарні, шавлієві, хвойні, гірчичні і т.д.); • вібраційні; • газові (кисневі, перлові, вуглекислі, азотні); • таласованна

Реакція організму на водолікувальну процедуру відбивається у вигляді **бальнеологічної реакції**, яка може бути виражена у таких формах:

1) **фізіологічна** (зміни в показниках функціонального стану різних органів і систем, що не виходять за межі фізіологічних коливань);

2) **патологічна** (функціональні зрушення дещо перевищують фізіологічний рівень, проте є короткочасними);

3) **реакція загострення** (різко виражені й стійкі зрушення в показниках фізіологічних систем організму, що свідчить про зрив фізіологічних механізмів захисту внаслідок дії неадекватного подразника) [13, с. 98].

4.2 Визначення та основні поняття бальнеології

Бальнеологія (від лат. *balneum* – лазня, купання й *logos* – наука, навчання) – розділ медичної науки, що вивчає походження й фізико-хімічні властивості мінеральних вод, методи їх використання з лікувально-профілактичною метою при зовнішньому і внутрішньому застосуванні, медичні показання й протипоказання до їх застосування.

Мінеральні води – підземні (рідше поверхневі) води, що характеризуються підвищеним змістом біологічно активних мінеральних (рідше органічних) компонентів і газів і (або) мають специфічні фізико-хімічні властивості (радіоактивність й ін.), що визначають їх дію на організм людини й лікувальне застосування [5, с. 29].

До складу мінеральних вод входять речовини, наявні в людському організмі – їх цілюща дія саме й полягає в заповненні порушених рівноваги.

Мінералізація – зміст розчинених мінеральних речовин (окрім газів), виражений у грамах на 1 літр вихідної води.

Класифікація мінеральних вод:

- **за умовами формування:**

- природні;
- штучні;

- **за умовами виникнення й розташування:**

- підземні;
- поверхневі;

- **за показником загальної мінералізації (М) розрізняють води:**

- слабкомінералізовані (1–2 г/л);
- малої мінералізації (2–5 г/л);
- середньої мінералізації (5–15 г/л);
- високої мінералізації (15–30 г/л);
- розсольні мінеральні води (35–150 г/л);
- міцнорозсольні (150 г/л і вище);

- **за формою застосування:**

- води питного (внутрішнього) призначення (лікувально-столового й лікувально-питні з мінералізацією від 2 до 20 г/л);
- води, призначені для зовнішнього застосування (бальнеологічного призначення). Розсоли й міцні розсоли застосовують для ванн у розведеному вигляді.

- **за переважаючими іонами (катіонами і аніонами):**

- переважний аніон – хлоридні, гідрокарбонатні, сульфатні;
- переважний катіон – натрієві, кальцієві, магнієві;
- різні сполучення аніонів і катіонів – хлоридно-натрієві, гідрокарбонатно-натрієві, хлоридно-кальцієві, гідрокарбонатні натрієво-кальцієво-магнієві й т. д.

- **за наявністю газів:**

- вуглекислі;
- азотні;
- сірководневі;
- сульфідні;
- радонові;

- **за змістом біологічно активних мікроелементів:**

- залізисті,
- миш'яковисті,
- кременисті,
- бромисті,
- йодисті,
- йодно-бромні;

- **за величиною кислотності:**

- кислі, які викликають згортання білків, ущільнюють епідерміс, здійснюють дубильну дію на шкіру;
- нейтральні;
- гідрокарбонатні (лужні), сприятливі розпушенню шкірного покриву й підвищенню еластичних властивостей шкіри;

- **за температурою:**

- холодні (до 20 °С),
- теплі (субтермальні) – від 20 до 36 °С,
- гарячі (термальні) – від 37 до 42 °С,
- дуже гарячі (високотермальні, гіпертермальні) – понад 42 °С.

У природі зустрічаються виходи високотермальних вод з температурою більше

90 °С.

Іноді до бальнеології помилково зараховують пелоїдотерапію, або фанготерапію (вчення про лікувальні грязі й грязелікування) і таласотерапію (вчення про морські купання, морські ванни), купання в лиманах, у ропі солоних озер (високомінералізованих водах відкритих водойм (озер, лиманів).

Бальнеологію становлять: бальнеотерапія, бальнеотехніка, бальнеографія (опис курортів).

Бальнеологія пов'язана з такими дисциплінами, як: фізіотерапія, гідрогеологія, метеорологія, фізика, хімія, біологія, фізіологія, клінічна медицина, архітектура й ін.

Основним інструментом бальнеології є **бальнеотерапія** – зовнішнє лікування мінеральними водами, використання природних і штучно приготованих мінеральних вод із метою профілактики й лікування різних захворювань, медичної реабілітації.

Показання: хвороби системи кровообігу, органів травлення, кістково-м'язової системи, нервової системи, органів дихання, очей, Лор-органів і верхніх дихальних шляхів, нирок, сечовивідних шляхів, ендокринної системи, розладу харчування й порушення обміну речовин, шкіри й підшкірної клітковини крові, кровотворних органів і хронічні інтоксикації, гінекологічні захворювання.

Протипоказання: загальні протипоказання до застосування бальнеотерапії; злякисні новоутворення; туберкульоз легенів й іншої локалізації в активній фазі; гострі запальні процеси; недостатність кровообігу II-Б – III ступеня; виражений атеросклероз; схильність до динамічних порушень мозкового й коронарного кровообігу; недостатність кровообігу вище III Б стадії; виражені явища атеросклеротичного кардіосклерозу із хронічною коронарною недостатністю II й III груп; гіпертонічна хвороба III Б стадії; недавно перенесений інфаркт міокарда або інсульт (до року); важка форма стенокардії; аневризма серця або великих судин; гіпертонічна хвороба другої й третьої стадії; варикозне розширення вен нижніх кінцівок із порушеннями трофіки, рецидивуючий тромбофлебіт; схильність до кровотеч; важка форма цукрового діабету; тиреотоксикоз; епілепсія; друга половина вагітності; грибкові захворювання шкіри; мокнучі дерматити [18].

4.3 Основні методи бальнеологічного лікування

Лікувальна дія бальнеотерапевтичних процедур заснована на рефлекторному й гуморальному механізмах (здійснюється через нервову систему й кров); при зовнішньому застосуванні мінеральні води здійснюють на рецептори шкіри термальну, хімічну, радіаційну та інші впливи, зокрема, на терморегуляційні механізми, підвищують і знижують теплообмін, а відповідно, і рівень окисно-відбудовних процесів; кожен тип мінеральних вод чинить специфічну дію на організм, обумовлену наявністю в ній так званих провідних хімічних інгредієнтів [3, с. 189].

Бальнеотерапія включає методи лікування, профілактики й відновлення порушених функцій організму природними й штучно приготованими мінеральними водами на курортах і в некурортних умовах.

До основних методів бальнеолікування зараховують:

- *прийняття ванн* (в основі методики лежить вплив температурного режиму води та її хімічного складу на шкіру на нервові рецептори, у наслідок роздратування яких відбуваються рефлекторні зміни системи кровообігу, інтенсивності процесів обміну речовин в організмі);
- *купання в басейнах* – активний процес, за якого пацієнт постійно перебуває в русі, на відміну від пасивної релаксації у ванні;
- *зрошення, промивання* (дія мінеральних вод на слизуваті оболонки організму людини);
- *інгаляції* (вдихання повітря, насиченого дрібно розпиленою водою);
- *питне вживання мінеральної води* – метод внутрішнього прийому мінеральних вод, за якого спричиняється дратівна дія на слизуваті оболонки шлунково-кишкового тракту (порожнини рота, стравоходу, шлунка й частини дванадцятипалої кишки) [2, с. 106].

Лікувальна дія мінеральних вод залежить від трьох факторів: хімічного, температурного, механічного.

Медичну установу для проведення процедур (ванн, душів, промивань, зрошення, інгаляцій й ін.) переважно з використанням природних мінеральних вод називають *бальнеолікувальницею* [3, с. 189].

Ефективність бальнеолікування залежить від таких факторів, як: кваліфікація лікаря, правильність побудови плану лікування, особливість і стадія захворювання, реактивність організму пацієнта тощо.

4.4 Бальнеотехніка: предмет, завдання, технологічні схеми

Бальнеотехніка створює умови для забезпечення технічного оснащення практичної бальнеологічної діяльності у вигляді застосування мінеральних вод у лікувально-профілактичних цілях, а також для видобутку, обробки, зберігання.

Під *бальнеотехнікою* розуміють галузь техніки й бальнеології, що забезпечує охорону природних бальнеологічних ресурсів (мінеральних вод і лікувальних грязей) від виснаження, забруднення й псування.

Основні завдання бальнеотехніки: розроблення раціональної технологічної схеми експлуатації родовищ мінеральних вод і лікувальних грязей; налаштування каптажних споруд і насосних станцій з перекачування мінеральних вод, системи зовнішніх трубопроводів для їх транспортування до місць споживання й скидання відпрацьованих мінеральних вод; устаткування ванних будинків внутрішніми трубопроводами й бальнеотехнічними пристроями для проведення лікувальних процедур; налаштування резервуарів для зберігання мінеральної води; підготовка, нагрів, подача й видалення лікувальних грязей у грязелікарнях; пристрій регенераційних басейнів і

грязесховищ [2, с. 98].

Невід'ємним елементом бальнеотехніки є **технологічні схеми** – система певних правил експлуатації родовищ мінеральних вод і грязей, а також технічних правил, що регламентують використання даних бальнеологічних ресурсів в лікувально-профілактичних цілях [2, с. 100].

Структуру технологічних схем становить:

1. *Пояснювальна записка* (інформаційні дані щодо географічного й адміністративного положення родовища, кліматичних умов, історичного досвіду, пов'язаного з освоєнням даної місцевості, лікувального профілю, встановленого в результаті аналізу бальнеологічних ресурсів, перспектив їх використання).

2. *Графічні додатки* (мапи й креслення).

3. *Текстові додатки* (дані щодо наявних свердловин видобутку мінеральних вод або місць видобутку лікувальних грязей, відомості про склад й запаси бальнеологічних ресурсів, юридична документація тощо) [2, с. 100–101].

Формування технологічної схеми – процес планування технічної оснащеності родовища бальнеологічних ресурсів [2, с. 102].

ТЕМА 5 ОСНОВИ ГРЯЗЕЛІКУВАННЯ

Ключові слова: *полоїди, сорбція, пелоїдотерапія.*

5.1 Лікувальні грязі: поняття та класифікація

Грязелікування є одним із найдавніших методів лікування з використанням природних факторів.

Лікувальні грязі (пелоїди) – природні органо-мінеральні колоїдальні утворення (намулові, торфові, сопкові та ін.), що мають високу теплоємність та теплоутримувальну здатність і містять, як правило, терапевтичноактивні речовини (солі, гази, біостимулятори і т.д.) та живі мікроорганізми.

До основних характеристик пелоїдів зараховують: загальний виражений терапевтичний вплив завдяки їх фізичним властивостям, органічному й мінеральному складові, вмісту біологічно активних сполук (оксиди заліза, мідь, алюміній, кобальт, амінокислоти, вуглеводень, сірководень, азот, а також гормоно-, антибіотико- і вітаміноподібних речовин); наявність антимікробних властивостей і мікрофлори, від життєдіяльності якої залежать біологічні процеси, що протікають у лікувальних грязях.

Склад лікувальних грязей:

- *грязьовий розчин* – вода та розчинені в ній солі, органічні речовини, гази;
- *грубодисперсна частина* (силікатні частинки, гіпс, карбонати і фосфати кальцію, карбонати магнію та інші солі, органічні залишки);
- *колоїдний комплекс* – тонкодисперсна частина (органічні, неорганічні

речовини та органомінеральні сполуки) [2, с. 121–122].

Властивості лікувальних грязей

1. *Теплові* – включають рівень теплопровідності, теплоємність, здатність до утримання тепла.

2. *Пластичність* – свідчить про здатність грязей утримуватися на поверхні тіла.

3. *Здатність до адсорбції* – властивість грязі, сутність якої полягає в здатності грязей до видалення зі шкіри шкідливих мікроорганізмів і бактерій [2, с. 123].

Сорбція (від лат. *sorbeo* – поглинаю) – поглинання твердим тілом або рідиною будь-якої речовини з навколишнього середовища; поглинаюче тіло при цьому називається сорбентом.

Усі лікувальні грязі, використовувані в лікувально-профілактичних цілях, доцільно розподіляти на:

- **природні** – лікувальні грязі, які утворюються природнім шляхом під впливом певних зовнішніх факторів;

- **штучні** – лікувальні грязі, які виготовляють у лабораторних умовах на основі природної сировини шляхом створення відповідних умов грязеутворення [2, с. 122].

Класифікація лікувальних грязей

- **залежно від їх фізико-хімічних властивостей:**

- **намулові сульфідні** – намули, головним чином солоних (мінеральних) водойм (приморських і материкових озер, а також морських заток), відносно збіднені органічною речовиною (менше 10 %) і, як правило, збагачені сульфідами заліза і водорозчинними солями;

- **сапропелеві** – органомінеральні донні відкладення переважно прісних водойм, які утворюються в прісних озерах тундри, лісотундри й лісової зони, збагачені органічною речовиною (більше 50 %), які утворилися в результаті багаторазового макро- і мікробіологічного перероблення водних рослин і тварин;

- **торфові** – органогенні болотні відкладення, збагачені органічною речовиною (більше 50 %), які утворюються в результаті часткового бактеріального розкладу рослин-торфоутворювачів в умовах надмірної вологи і слабого доступу кисню (ступінь розкладу становить 40 % і більше);

- **сопкові** – напіврідкі глинисті утворення, які формуються в нафтогазоносних областях у результаті руйнування і перетирання гірських порід, вичавлюваних по тектонічних тріщинах газами і напірними водами [19];

- **за мінералізацією:** *прісноводні* (до 1 г/л); *низькомінералізовані* (1–15 г/л); *середньомінералізовані* (15–5 г/л); *високомінералізовані* (35–50 г/л); *насичені солями* (150–300 г/л); *перенасичені солями* (300 г/л і більше);

- **за реакцією середовища:** *ультракислі* (рН < 2,5); *кислі* (рН 2,5–5,0); *слабокислі* (рН 5,0–7,0); *слаболужні* (рН 7,0–9,0); *лужні* (рН > 9,0).

Види намулових сульфідних грязей залежно від родовища:

1. **Материкові грязі солоних озер** – Мертве море (Ізраїль, Йорданія),

Тамбукан (Ставропольський край), Карачі (Новосибірська область), Ярове (Алтайський край), Учум (Красноярський край) та ін.

2. Грязі морських заток, приморських озер і лиманів – Анапа (Краснодарський край), Садгород (Владивосток), Саки (Крим); Албена, Бургас, Варна, Поморіє (Болгарія).

3. Грязі озерно-ключового походження – Стара Русса (Новгородська область), Сергієвські Мінеральні Води (Самарська область) [20].

5.2 Особливості оздоровчої дії лікувальних грязей на організм людини

Згідно з енциклопедичним словником *грязелікування (пелотерапія, пелоїдотерапія)* (від грец. *Pelos* – намул, глина і *therapia* – лікування) – метод термотерапії (теплого лікування) грязями мінерально-органічного походження, а також грязеподібними речовинами (торф, глина тощо).

Основні чинники дії грязі: температурний, механічний, хімічний.

Методи нагріву грязей: сонячні промені, водяна баня.

Дія грязьових процедур здійснюється у три фази:

1. **Складнорефлекторна**, як наслідок рефлекторної дії грязі на теплові, механічні, хімічні рецептори.

2. **Нервово-хімічна**, під час якої у шкірі утворюються біологічно активні речовини, що здійснюють нервовим і гуморальним шляхом вплив на різні відділи нервової системи і внутрішні органи.

3. **Фаза наслідку**, коли реакція зберігається в проміжках між грязьовими процедурами та після їх закінчення [21, с. 59].

До класичних типів лікування грязями зараховують:

1. **Інтенсивне грязелікування:** грязьові аплікації назначають 2–3 дні підряд, потім – день відпочинку, температура грязі – 46–50 °С, тривалість – 15 хв, курс – 14–16 процедур.

2. **Мітігроване грязелікування:** грязьові аплікації назначають через день, температура грязі – 38–40 °С, тривалість – 10 хв, курс – 10 процедур [21, с. 59–60].

Під впливом грязелікування: стимулюється функція ендокринних залоз, активізується імунологічна реактивність, нормалізуються окисно-відновлювальні процеси, покращується тканинне дихання, підвищуються резервні можливості глюкокортикоїдної функції надниркових залоз та симпатико-адреналової системи.

Із грязелікуванням *сумісні* такі процедури, як гальванізація, електрофорез ліків, місцеве УФО, ультразвук, СМТ, ДДТ, місцевий д'Арсонваль, рефлексотерапія, гомеопатія. Перелічені процедури необхідно проводити через 3–4 години після грязелікування. Масаж, ЛФК, оксигенотерапію доцільно застосовувати безпосередньо після прийому грязьової процедури. Сумісне грязелікування з електрогрязелікуванням, місцеві грязьові процедури можуть бути сумісні в один день з усіма видами бальнеологічних процедур (окрім холодних навантажень) та електрофізіотерапії. Загальне грязелікування *недоцільно* призначати одночасно з бальнеологічними та іншими процедурами

низьких температур, із загальною діатермією, УВЧ, СВЧ, загальними сонячними ваннами.

Реакція організму на грязелікувальну процедуру залежить не тільки від властивості лікувальної грязі, але й від функціонального стану організму, реактивності його нервової, серцево-судинної й інших систем.

5.3 Методики проведення грязелікувальних процедур

Грязетерапія – зовнішнє застосування грязей у вигляді загальних і місцевих аплікацій, грязьових водних ванн, суспензій, огортань, внутрішньополосних процедур – тампонів, а також використання їх у сполученні з фізіотерапевтичними процедурами і у вигляді різних грязьових препаратів – екстрактів, гумізолей, мазей тощо [2, с. 126].

Грязелікувальні процедури – комплекс заходів, які здійснюють за допомогою лікувальних грязей, що скерований на досягнення позитивного ефекту під час лікування тих або інших захворювань [2, с. 129].

Характер грязелікувальних процедур: багаторазовий і систематичний.

До основних видів грязелікувальних процедур застосовують:

- **за обсягом проведення:** загальні та місцеві;
- **за способом здійснення:**
 - *внутрішні* (тампони тощо);
 - *зовнішні* (аплікації, грязьові ванни, суспензії, огортання).

Форми грязелікування: *грязьові ванни* (загальні або місцеві), *аплікації* (загальні або місцеві), *бовтанки*, *суспензії*, *огортання (фанготерапія)*, *тампони*, *грязьові препарати* (екстракти, гумізолі, віджимки, мазі тощо).

Медична установа для проведення процедур (ванн, аплікацій тощо) з використанням природних грязей – **грязелікувальниця**.

Основні методи грязелікування:

1. Єгипетська методика грязелікування.
2. Грязелікування у вигляді грязьових розвідних ванн.
3. Аплікаційний метод.
4. Метод одночасного впливу на організм лікувальною гряззю та електричним струмом.
5. Тампони з лікувальними грязями (вагінальні й ректальні) [20].

Основні види грязетерапії у сполученні з фізіотерапевтичними процедурами:

- **гальваногрязелікування** – лікувальний метод, за якого на тканини пацієнта впливають одночасно постійним струмом і сульфідною намуловою або торф'яною гряззю;
- **електрофорез з грязьовим розчином;**
- **пелюїдоіндуктотермія** – сполучення грязелікування з індуктотермією;
- **пелогальваноіндуктотермія** – сполучення грязелікування з постійним струмом і індуктотермією, за яких посилюється як теплова, так і хімічна дія грязелікування, одночасно здійснюється лікувальна дія електричних факторів;

- **пелофонотерапія** – сполучення ультразвуку з лікувальною гряззю [20].

Грязелікування в поєднанні з лікувальною фізкультурою (ЛФК) завжди було ефективним засобом при доліковуванні наслідків поранень, психологічних і фізичних травм воєнного часу [22].

Грязі також застосовують у косметології у вигляді масок для обличчя, тіла й волосся, а також ванночок, компресів.

Нові методики застосування лікувальних грязей:

1. **Холодні грязьові аплікації**, з температурою грязей 18–20 °С і 23–25 °С.
2. **Кріопелоїдотерапія.**
3. **Метод тонкошарової термоконтрасної грязьової аплікації з попереднім нагріванням шкірних покривів.**
4. **Методики грязелікування із впливом на рефлексогенні зони.**
5. **«Холодні» грязьові аплікації температурою 36 °С у чергуванні з низькочастотним електричним струмом із мінеральною водою й ультразвуковою терапією.**
6. **Грязьові стоматологічні аплікації.**

Показання: захворювання опорно-рухового апарату, периферійної нервової системи і ЦНС, статевих і ЛОР-органів, шлунково-кишкового тракту й гепатобіліарної системи поза періодом загострення, захворювання інших внутрішніх органів, офтальмологічні й шкірні захворювання.

Протипоказання: гострі запальні процесами; злоякісні новоутворення, міоми, фіброміоми, кисти яєчників; хвороби крові, кровотечі та схильність до них; туберкульоз; гіпертонічна хвороба I Б–III ст., ІБС III–IV функціонального класу, недостатність кровообігу II–III ст., комбіновані пороки серця з перевагою стенозу, аневризми аорти й серця, варикозне розширення вен; виражені форми атеросклерозу й ендокринних захворювань; епілепсія; спинна сухотка; цироз печінки, кахексія, інфекційні захворювання в гострій і заразній стадії; індивідуальна нестерпність [23].

Як сильний засіб впливу на організм, грязелікування варто використовувати тільки за призначенням і під контролем лікаря.

ТЕМА 6 ЛІКУВАННЯ ГЛИНОЮ В КУРОРТНІЙ ПРАКТИЦІ. ПСАМОТЕРАПІЯ

Ключові фактори: *глина, глинолікування, каолін, псамотерапія.*

6.1 Цілющі властивості й хімічний склад глини

Глина є найдавнішим народним засобом лікування широкого спектру захворювань. Це природний засіб, який вигідно відрізняється від хімічних своєю екологічною чистотою, здатністю поглинати запахи, токсини, канцерогенні речовини з крові.

Глина – полімерні гірські породи вулканічного походження, що складаються з різних мінералів, переважно класу силікатів.

Залежно від родовища глина може мати різноманітний склад, що поряд зі смаком, кольором визначає її цілющі властивості.

Властивості глини: пластичність; теплопровідність, радіоактивність, антибактеріальна дія, сонячний магнетизм, здатність до адсорбції.

Основні хімічні компоненти глини: з'єднання натрію й калію, алюмінієво-кисневі з'єднання, кремнієво-кисневі з'єднання, неглинисті включення – хлориди, польові шпати, кварц, цеоліти, органічні частки.

Склад глини [13, с. 179–185]:

1. *Макроелементи* – залізо, магній, калій, кальцій, натрій, фосфор, сірка.
2. *Мікроелементи* – йод, марганець, кобальт, мідь, нікель, цинк, миш'як, ванадій.

Глина містить усі мінеральні солі й мікроелементи, які потребує людський організм.

6.2 Види лікувальної глини та їх використання в курортній практиці

Різні сорти мають різний хімічний склад, що залежить від складу гірської породи, що стала глиною. Найдавнішою (первинною) вважають кембрійську блакитну глину. Інші сорти глин є вторинними в силу того, що з'явилися в наслідок розмивання осадових порід і наступного осідання в руслах рік і по берегах озер. Більшість глин містять силікатні частки: від 40 до 70 % окису кремнію й приблизно 10–30 % окису алюмінію, а також польовий шпат, кварц, карбонати, слюду й інші мінерали. Всі сорти глини мають здатність утримувати тепло. У геології налічується близько 40 сортів глини [24].

Типи глини:

1. *Каолінітові* – мають континентальне походження (глини кори вивітрювання, озерні, болотні, річкові, опріснені лагуни), що зазвичай утворюються в кислому середовищі.

2. *Гідрослюдисті* – можуть бути як континентальними, так і морськими, формуються в кислому, нейтральному й лужному середовищах.

3. *Монтморилонітові* – мають морське походження й утворюються переважно в лужному середовищі (бентоніти) [25].

Класифікація лікувальної глини за кольором:

1. *Кембрійська блакитна глина (нонтроніт).*
2. *Біла глина (каолін).*
3. *Зелена глина.*
4. *Червона глина.*
5. *Жовта глина.*
6. *Сіра глина.*
7. *Чорна глина* [26].

Для глинолікування краще підходять білі й блакитні глини, які дають більш цілющий результат, позитивно впливають як на шкірні покриви, так і на різні органи [25].

Методи глинолікування:

- *зовнішнє застосування:* примочки, аплікації, обтирання, обгортання, компреси, маски, ванни;
- *внутрішнє застосування:* розчин; порошок.

Глинолікування – метод теплового лікування із застосуванням глини, який проводять за призначенням лікаря, під контролем середнього медичного персоналу. Механізм дії глинолікування, протипоказання, а також методика застосування аналогічні грязелікуванню.

Показання: руйнування суглобів і хронічних запальних захворювань суглобів кінцівок і хребта різного походження, запальні захворювання м'язово-зв'язкового апарату, неврологічні прояви остеохондрозу хребта, простудні захворювання, хронічні захворювання органів травлення, запальні хронічні захворювання жіночої статеві системи, остеомієліт; трофічні виразки, подагра, захворювання шкіри, зокрема псоріаз [24].

Протипоказання: гарячкові стани і різкі загострення запальних процесів, різке виснаження організму, інфекційні захворювання у гострій стадії, активний туберкульозний процес, злоякісні новоутворення або підозри на їх розвиток, системні захворювання крові й схильність до кровотеч і кровоточивості, серцево-судинні захворювання з недостатністю кровообігу вище II стадії, аневризми аорти й великих судин, захворювання центральної нервової системи [27].

6.3 Псаммотерапія

Першими застосовувати лікування за допомогою піску почали лікарі Стародавнього Єгипту. Пісок чудово утримує тепло, завдяки чому прогріваюча процедура може тривати годину і навіть більше. Під впливом тепла відбувається розширення судин, збільшується швидкість обмінних процесів, активізуються біохімічні процеси. Також пісок не тільки гріє, але й ніжно масажує шкіру та підшкірні тканини, що теж має лікувальний ефект.

Псаммотерапія (від грец. *psammo* – пісок, *therapia* – лікування; англ. – *Sand bathes, psammotherapy*) – лікування нагрітим піском.

Методика проведення:

- *у спеціальних палатах* (взимку) – загальну ванну наповнюють шаром піску так, щоб груди і живіт були покриті на 4–5 см, а серце, шию і голову залишають вільними;
- *на пляжі* (влітку) – процедури призначають через день, чергуючи з іншими видами бальнеологічного лікування.

Показання: захворювання суглобів опорно-рухового апарату, хворі м'язи, невралгія та неврити, ослаблені нирки, проблеми з периферичною нервовою системою, зайва вага, гінекологічні захворювання.

Протипоказання: некомпенсовані хвороби серця, атеросклероз, інфекційні захворювання, епілепсія, пухлини, загострення хронічних захворювань [28].

Псаммотерапія в комплексі підсилює ефект грязелікування і таласотерапії.

ТЕМА 7 ТЕРМОТЕРАПІЯ В САНАТОРНО-КУРОРТНОМУ ЛІКУВАННІ

Ключові слова: термотерапія, парафінотерапія, озокеритолікування, нафталанотерапія.

7.1 Термотерапія: поняття, сутність, різновиди

Термотерапія (тепломікування) (від лат. *thermae* – тепло, жара; *therapia* – лікування) – сукупність фізіотерапевтичних методів, що використовують тепло природних і штучних джерел [29].

Основні чинники дії на організм при застосуванні природних теплоносіїв:

1) *температурний* (завдяки великій теплоємності, малій теплопровідності й відсутності конвекції);

2) *хімічний* (завдяки наявності неорганічних й органічних кислот у лікувальних грязях, біологічно активних речовин в озокериті, мінеральних масел у парафіні);

3) *механічний* (наприклад, компресійний ефект аплікації парафіну, озокериту) [29].

Реакції термотерапії на організм людини:

- *місцеві* – проявляються в поліпшенні крово- і лімфо бігу, що спричиняє протизапальний, знеболюючий і розсмоктуючий ефекти;

- *загальні* – пов'язані з рефлекторним впливом термотерапії на нервову, серцево-судинну, ендокринну системи організму. При загальному нагріванні відбувається збільшення частоти пульсу й подиху, зниження артеріального тиску, збільшення потовідділення, розширення просвіту бронхів, підвищення моторної функції органів шлунково-кишкового тракту. Оптимальна реакція виникає в тих випадках, коли немає надмірного теплового навантаження на організм.

Лікувальні нафтопродукти: стеарин, керосин, парафін, озокерит, нафталан [30].

Показання: деякі захворювання опорно-рухового апарату, периферійної нервової системи, ЛОР-органів, сечостатевої системи, при травмах, спайковому процесі в черевній порожнині й малому тазі; целюліт; ожиріння й захворювання шкіри; в цілому термотерапія знімає напругу й втому, поліпшує стан емоційної сфери, підвищує захисні сили організму при стресових розладах. Найчастіше застосовують грязьові й парафінові обгортання з термоковдрою, апарати для теплового масажу обличчя, голови й тіла, інфрачервоні кабінки, СПА-капсули.

Протипоказання: злоякісні й доброякісні новоутворення, активні форми туберкульозу, хвороби крові, захворювання серцево-судинної системи з декомпенсацією кровообігу, гострі запальні захворювання [29].

7.2 Парафінолікування

Парафін (продукт перегонки нафти) – суміш високомолекулярних вуглеводів, що має високу теплоємність, дуже малу теплопровідність, позбавлений конвекції.

Теплоутримуюча здатність парафіну вища, ніж лікувальних грязей (мулових і торф'яних), і трохи нижча за озокерит. Для лікувальних цілей застосовують очищений білий медичний парафін, позбавлений усяких домішок, з температурою плавлення 52–55 °С.

Для лікування опіків, ран і виразок використовують **парафіно-масляну суміш**, запропоновану С. С. Лепським, яка складається з простерилізованого нагріванням парафіну (75 %) і вітамінізованого риб'ячого жиру або бавовняного масла (25 %).

Сеанс лікування парафіном триває 30–60 хв, процедури виконують кожний день або через день.

Методики парафінолікування:

1. Кюветно-аплікаційна методика.
2. Серветково-аплікаційна методика.
3. Методика парафінової ванночки або мішечка.
4. Методика нашарування.

Показання: артрит, періостит, міозит, вивих, перелом, рани, опіки, трофічні виразки, хронічні захворювання внутрішніх органів (гастрит, виразкова хвороба шлунка і дванадцятипалої кишки, хронічний гепатит), захворювання і наслідки травм периферичної нервової системи (неврит, радикуліт, невралгія), захворювання шкіри; целюліт; омолодження шкіри.

Протипоказання: гострі запальні процеси, лихоманка, злякисні та доброякісні новоутворення, гіпертонічна хвороба, схильність до кровотеч, гнійничкові захворювання шкіри, екзема, злякисні новоутворення, гіпертонічна хвороба [20].

7.3 Озокеритолікування

Озокеритолікування – метод теплолікування, заснований на використанні нагрітого озокериту як теплового агента. Він є одним з наймолодших методів теплолікування. Запропонований і введений в лікувальну практику наприкінці 1942 року професором С. С. Лепським.

Озокерит (від грец. *ozo* – пахну, *heros* – віск – той, що пахне воском) – воскоподібний продукт нафтового походження – природна гірська порода.

Склад озокериту: церезин (40–60 %); парафін (1–7 %); мінеральні масла (20–45 %); нафтові смоли (до 12 %); асфальтени (1–3 %); вода (до 3 %); механічні домішки (до 5 %).

Порівняно з усіма іншими теплоносіями, озокерит має максимальну теплоємність, мінімальну теплопровідність й найбільшу теплоутримувальну здатність.

Ефект від озокеритових процедур: протизапальний; судиннорозширюючий, розсмоктуючий, знеболюючий.

Способи лікувального використання озокериту:

1. *Методика нашарування.*
2. *Методика озокеритових ванн.*
3. *Серветково-аплікаційна методика.*
4. *Кюветно-аплікаційна методика.*

Показання: артрити, періартрити травматичного та обмінного походження, радикуліти, захворювання периферичної нервової системи, запальні гінекологічні захворювання.

Протипоказання: загальні до теплолікування, епілепсія, цироз нирок, психічні захворювання [20].

7.4 Лікування нафталанською нафтою

Лікувальна нафталанська нафта (узагальнююча назва «Нафталан») – густа маса сиропоподібної консистенції, чорно-бурого кольору з оливковим відтінком та специфічним ароматичним запахом.

Родовище нафталану – курорт Нафталан, розташований у 320 км від м. Баку і в 45 км від м. Кіровобад [13, с. 174].

У нафталанській нафті, як і в інших нафтах, присутні отруйні речовини – ароматичні вуглеводні (більш ніж 15 %), смоли (30–35 %), які за найменшого передозування процедур можуть негативно впливати на систему кровообігу, паренхіматозні органи, зокрема печінку. Має анальгезуючі, протизапальні, гіпосенсибілізуючі властивості, стимулює обмінно-трофічні процеси, фізіологічну регенерацію ушкоджених нервів, сприяє підвищенню тону коркових центрів, поліпшенню рефлекторної діяльності головного та спинного мозку, відновленню збудливості нервів та скоротливої здатності м'язів, відновлює локомоторну функцію опорно-рухового апарату, поліпшує мікроциркуляцію в суглобових тканинах.

Ефективність нафталанотерапії підвищується у разі додаткового комплексного застосування електросвітлових або ультразвукових процедур. Механізм біологічної дії нафталану пояснюється результатом перебудови імунобіологічних захисних реакцій організму.

Показання: захворювання опорно-рухового апарату, шкіри, периферійної нервової системи, гінекологічні захворювання.

Протипоказання: загальні до теплолікування [20].

7.5 Лікувальна дія пари

Цілюща дія пари посилює кровообіг, покращує дихання шкіри. Активізація діяльності потових та сальних залоз сприяє виведенню з організму продуктів обміну речовин, покращуючи та полегшуючи діяльність нирок. Стан напруги і збудження у лазні змінюється розслабленням, заспокоєнням нервової

системи, що сприяє швидкому відновленню сил і повноцінному відпочинку [13, с. 129].

Лазня може приносити користь лише за відсутності протипоказань та відповідного дозування з урахуванням індивідуальних особливостей людини, стану і здоров'я.

За своєю конструкцією лазні можна розділити на три основних типи, залежно від температури й вологості повітря в парильному відділенні:

1) *лазні сухоповітряні* (міська громадська лазня-кам'янка, російська, фінська сауна) з температурою повітря 60–120 °С і вологістю повітря 5–25 %;

2) *лазні сирі* (парна, російська, фінська, східна), температура в яких коливається від 50 до 70 °С, а вологість від 80 до 100 %;

3) *водяні*, або японські лазні.

Найдавнішими лазнями у світі вважають *римські терми*, які будували при гімназіях і великих будинках біля термальних джерел. Терми будували за принципом термоса, з подвійними стінами й підлогою, усередині яких циркулювала гаряча пара. Кожне з приміщень терм мало свою функцію: роздягальня; тепідарій – «тепла кімната»; кальдарій – «гаряча»; фригідарій – «холодна». У термах також були бібліотеки, гімнастичні зали, масажні кімнати, приміщення для спортивних ігор.

У Константинополі римські терми були видозмінені й одержали назву *турецьких лазень (хамам)*, підлогу в яких підігрівали гарячим повітрям, а потім поливали гарячою водою, у результаті чого утворювалася пара. Класичний хамам нагадує людську долоню: п'ять окремих кімнат різної функціональності дозволяють поступово переходити від більш низьких температур до більш високих. Характерні процедури хамаму – м'який пілінг (ексfolіація) шкіри рукавичкою кесе із справжньої козячої вовни і пінний масаж на чебек-таші – мармуровому столі з підігрівом.

На Русі лазні також відомі з давніх часів. Різновиди *російської лазні* за типом топлення: «по-чорному» і «по-білому».

Найбільш близька до російської лазні *фінська сауна*, проте для неї характерні більш низька вологість і висока температура.

Порівняльна характеристика найпопулярніших видів лазень наведена в таблиці 7.1.

Таблиця 7.1 – Порівняльна характеристика найбільш популярних видів лазень

Назва	Температура, °С	Вологість, %	Місце паріння	Чинник нагріву організму
1	2	3	4	5
<i>Російська лазня</i>	45–65	70–80	парна з кам'янкою	тепло від печі та пари
<i>Фінська сауна</i>	100–120	10–20		здебільшого тепло від печі

1	2	3	4	5
<i>Турецька лазня (хамам)</i>	30–50	до 100	парна з кам'яними підлогами, стелями і лежанками, що нагріваються	тепло від підлоги і пари, яку надходять від поливання підлоги з котлів або парогенератору
<i>Японська водяна</i>	45–55	–	двіжка фурако або басейн з водою	тепло від води, яку підігріває занурена в неї піч
<i>Японська тирсова (офуро і сенто)</i>	45–50	–	двіжка з сухою тирсою (температура до 60 °С)	тепло від тирси, яку підігріває піч, що знаходиться під двійкою

Сьогодні популярності набувають і такі види лазень, як: расул (єгипетська лазня), краксен (сінна лазня), трав'яна лазня, ароматична парова лазня, тепідаріум, калдаріум, санаріум, лаконізм, релаксаріум, лазня В. Маслова, біосауна, сольова сауна, парова кабіна, фітодвіжка.

ТЕМА 8 ФІТОТЕРАПІЯ Й АПІТЕРАПІЯ В КУРОРТНІЙ ПРАКТИЦІ

Ключові слова: фармація, фармакогнозія, фармакопеї, фітотерапія, апітерапія.

8.1 Фітотерапія: поняття, лікувальні форми

Перші докази використання трав як ліків були виявлені в результаті археологічних розкопок на території сьогодишнього Іраку, у місті Шумер (III тис. до н. е.). Збір лікарських рослин та їх застосування мали культовий характер й супроводжувались магічними обрядами. Активно розвивалася храмова медицина (Вавілонія, Єгипет, Греція, Рим, Індія).

Фармація (від грец. *φάρμακον* – лікарські засоби і фармакотерапія (застосування лікарських засобів) – аптечна справа, комплекс науково-практичних дисциплін, які вивчають проблеми створення, безпеки, дослідження, зберігання, виготовлення, відпуску та маркетингу лікарських засобів; пошуку природних джерел лікарських субстанцій).

Фармакопеї – збірник офіційних документів (звід стандартів і положень), що встановлюють норми якості лікарської сировини – медичних субстанцій, допоміжних речовин, діагностичних і лікарських засобів і виготовлених із них препаратів.

Фармакогнозія – одна з фармацевтичних наук, що вивчає лікарські рослини, лікарську сировину рослинного та тваринного походження, а також продукти їх переробки.

Під **фітотерапією** (від грец. *Phyton* – рослина і *therapeia* – терапія) розуміють вид лікування, за якого лікарські засоби використовують рослини.

У російськомовній літературі (особливо XIX ст. і більш раннього періоду) замість «фітотерапії» нерідко використовували термін «траволікування».

Лікарськими рослинами (від лат. *Plantae medicinales*) називають рослини, органи або частини яких є сировиною для отримання засобів, що використовуються в народній, медичній або ветеринарній практиці з лікувальною або профілактичною метою [31].

Класифікація лікарських рослин:

1. **Офіційні лікарські рослини** – рослини, сировина яких дозволена для виробництва лікарських засобів у країні; зазначені в Державному реєстрі лікарських засобів України.

2. **Фармакопейні лікарські рослини** – офіційні рослини, вимоги до якості лікарської рослинної сировини яких викладені у відповідній статті Державної Фармакопеї або міжнародних фармакопей.

Лікарськими рослинами народної медицини вважають категорію рослин, відомості про ефективність застосування яких не пройшли необхідної перевірки засобами сучасної фармакології [31].

Фітотерапію застосовують як самостійний метод лікування (обов'язково під наглядом фітотерапевта), так і в комплексному лікуванні багатьох захворювань шлунково-кишкового тракту, серцево-судинної системи, органів виділення (нирок, сечового міхура), опорно-рухового апарату, органів зору, дихання, шкіри і т.д.

Форми, що надаються лікарським препаратом для зручності їх застосування та виготовлені в аптеках або на фармацевтичних підприємствах називають **лікарськими формами рослин** [2].

Форми застосування лікарських форм рослин:

- **внутрішні** (вичавлений з рослини сік, відвари з рослин, витяжки з коренів, кори, насіння і плодів за допомогою води, вина, горілки, спирту, порошок з висушених частин росли);

- **зовнішні** (ванни, клізми, обгортання в простирадло, змочене у відварі з лікарських рослин, примочки, компреси, прикладання частин рослини та пасти з них до хворих місць тощо).

Види лікарських форм рослин:

- **рідкі** (розчини, настої, відвари, настойки, екстракти, мікстури, слизи, емульсії, суспензії);

- **м'які** (мазі, лініменти (рідкі мазі), пасти, супозиторії, пластири);

- **тверді** (порошки, гранули, таблетки, драже, пігулки);

- **лікарські форми для ін'єкцій** (водні й масляні розчини, суспензії, емульсії, стерильні порошки й таблетки, які розчиняють у стерильному розчиннику безпосередньо перед введенням) [13, с. 206–210].

До основних методів приготування лікарських форм рослин зараховують:

1. Приготування настоїв.

2. Приготування відварів.
3. Трав'яний збір.
4. Приготування настоянок.
5. Приготування екстрактів.
6. Трав'яний чай.
7. Виготовлення порошків з лікарських трав.
8. Соки зі свіжих лікарських рослин.
9. Виготовлення мазей.
10. Припарки.
11. Полоскання та примочки.
12. Мікстура.

Принципи застосування лікарських форм рослин:

1. Принцип безперервності терапії.
2. Тимчасовий принцип (використання біоритмологічних характеристик).
3. Принцип «від простого до складного» (від малих доз до більш високих).

8.2 Апітерапія: лікування медом і продуктами бджільництва

Продукти бджільництва у медицині використовували з давніх часів. Уперше мед у лікувальних цілях населення Єгипту використовувало ще 6000 років тому. Широко було розвинене бджільництво й в Індії, Китаї, Палестині, Аравії, Римській імперії, на Русі.

Основні продукти бджільництва, які використовують в лікувальних цілях:

1. **Бджолиний мед** – солодкий продукт, вироблений медоносною бджолою з нектару, паді або солодких соків, що перебувають у різних частинах рослин або дерев, і з речовин, що виділяються зі слинних залоз бджіл.

2. **Бджолина отрута, апітоксин** (від гр. *apis* – бджола й *toxin* – отрута) – безбарвна прозора колоїдна рідина з характерним запахом, що нагадує запах меду, і гірким пекучим смаком, до складу якої входять такі хімічні елементи, як: водень, вуглець, кисень, азот, калій, кальцій, залізо, магній, фосфор, мідь, цинк, сірка, марганець, йод, хлор. Апітоксин здійснює протизапальну, протибільову й десенсибілізуючу дії. Використовують для зменшення болів і запальних явищ у суглобах і в м'язах ревматичного й іншого походження, невралгії, остеохондрозі хребта, гіпертонічній хворобі, мігрені, при млявому загоєнні ран, тромбофлебіті, бронхіальній астмі та інших захворюваннях.

3. **Бджолина перга** – квітковий пилок, утрамбований в осередки стільників. Використовують у лікуванні виразки шлунка і дванадцятипалої кишки, ендокринних захворювань і нервової системи; збільшує рівень гемоглобіну, покращує потенцію і підвищує опірність організму інфекціям.

4. **Маточне молочко бджоли** – особлива високопоживна речовина, яку готують з перги з бактеріостатичною та бактерицидною дією. Використовують як загальнозміцнюючий засіб, для нормалізації кров'яного тиску, лікування стенокардії, інфаркту міокарду тощо.

5. *Прополіс (бджолиний клей)* – смолиста клейка речовина темно-зеленого кольору й гіркокого смаку, що легко скачується в грудочки й має приємний специфічний запах, що нагадує запах берези. Засіб при лікуванні ран, який має сильно виражену місцеву знеболюючу та бактерицидну дію. Рекомендований для прийому всередину при пневмонії, ангіні, комплексному лікуванні туберкульозу тощо.

6. *Бджолиний пилок* – концентрований продукт, що містить в собі майже всі вітаміни і безліч корисних сполук; зміцнює імунну систему, нормалізує тиск, усуває холестеринові бляшки, а також має сильну антисклеротичну властивість.

7. *Бджолиний віск* – активна речовина, що має бактерицидні властивості. У медицині його використовують як основу для кремів, мазей, пластирів і лікувальних свічок. Здавна воском лікували ангіну, стоматит, застуду, фурункульоз, пародонтоз та інші захворювання [32].

Апітерапія – це медичне використання бджолиних продуктів, зокрема: меду, перги, воску, прополісу, маточного молочка («королівського желе») та бджолиної отрути у лікувальних цілях [13].

Апітерапія як спосіб лікування відомий людям вже більше 300 років. Сьогодні апітерапевтичні відділення відкриваються в дослідницьких інститутах, медичних центрах і санаторіях.

8.3 Цілющі властивості меду та його використання при хворобах людини

Мед є найуніверсальнішим лікарським засобом, який широко застосовують в народній медицині [32]. У меді міститься більше 70 речовин, що благотійно впливають на організм, а саме такі мікроелементи, як фосфор, залізо, магній, кальцій, хлор, мідь, сірка, свинець та інші макро- і мікроелементи; вітаміни: В1, В2, пантотенова кислота, РР-нікотинова кислота, В6, фолієва кислота, аскорбінова кислота, вітамін Е, К, каротин і т. д., до 90 % сахарози і фруктози.

Основні сорти меду [33–34]: акацієвий (мед з білої акації), липовий, каштановий, гречаний, луговий, гірський, мед яснотки білої, буркуновий, мед коріандру, лавандовий, барбарисовий, бодяговий, будяковий, валеріановий, волошковий, кленовий, люцерновий, хвойний, евкаліптовий, яблуневий, шавлієвий, падевий, лісовий мед (чорноклен), мед із соняшника, рапсовий, фацелієвий, еспарцетовий, тюльпановий, морквяний, тютюновий, вербовий, гарбузовий, отруйний, штучний (кавуновий, динячий, кукурудзяний, гарбузовий, фініковий), експресний (лікарсько-вітамінний) мед.

Найбільш відомі нові сорти меду: полівітамінний, гематогенний, молочний, женьшеневий.

Лікувальні властивості меду: антибіотична, антитоксична, ранозагоююча, заспокійлива, імуномоделююча, противірусна, антиоксидантна, слабко дратівна, десенсибілізуюча (антиалергічна); гіпотензивна (знижує системний артеріальний тиск); резистентна (стійкість організму до впливу

різних факторів, що ушкоджують) дії; нормалізація обмінних процесів й стимуляція функції печінки; підсилення фармакологічних властивостей ліків і нейтралізація їх побічної дії [35].

Способи лікування медом:

- *внутрішнє застосування* (у чистому виді, розчини, збудливі, зміцнювальні, заспокійливі, відхаркувальні лікарські медові напої, мікстури, таблетки);
- *зовнішнє (місцеве) застосування* (аплікації, ванни, компреси, краплі й мазі);
- *клизми та свічі*;
- *полоскання, промивання, інгаляції* (аерозольні, парові);
- *електро- і фонофорез* [36].

Протипоказання: наявність алергійного діатезу (кропивниця, хронічна екзема й ін.); пронос із превалюванням бродильних процесів; нестерпність меду (нудота, блювота, перейми в животі, понос, печії); харчові режими з обмеженням вуглеводів.

ТЕМА 9 ПРЕФОРМОВАНІ ТА РІДКІСНІ ЛІКУВАЛЬНІ КУРОРТНІ ФАКТОРИ

Ключові слова: фізіотерапія, преформовані лікувальні фактори, нетрадиційна медицина.

9.1 Фізіотерапія: поняття і сутність

Знання механізму дії фізичних агентів, чітке уявлення про їх вплив на фізіологічні та патологічні процеси в організмі є необхідною умовою найбільш раціонального використання їх для лікування і профілактики.

Фізіотерапія (від гр. *physis* – природа, *therpeia* – догляд, лікування) – медична дисципліна, що вивчає застосування з лікувальною і профілактичною метою як природних оздоровчих факторів (променевої енергії сонця, повітряних течій, температурної дії і тиску води), так і фізичних агентів, які отримують за допомогою спеціальних апаратів і пристроїв (різні види електричного струму, тепла, електромагнітних і механічних коливань); один із найстаріших розділів медичної науки [37].

У сучасній фізіотерапії застосовують *природні* і *преформовані* (штучно отримані або змінені природні) фізичні чинники.

Загальна класифікація лікувальних фізичних чинників:

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 частоти, 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: аеройони, гідроаеройони, аерозолі, електроаерозолі.

Група 7. Змінний повітряний тиск (баротерапія).

Група 8. Радіоактивні чинники: радонова вода, альфа-аплікатори.

Група 9. Водолікувальні чинники: прісна вода, природні та штучно приготовлені мінеральні води.

Група 10. Теплолікувальні чинники: грязі, торф, парафін, озокерит.

Механізм дії фізичних факторів: подразнюючи рецептори шкіри і тканин, фізіотерапевтичні процедури викликають реакції рефлексорного типу. Залежно від реакції відповіді вплив може бути:

1) *місцевим* (локалізується в зоні впливу і проявляється зміною обміну речовин та кровообігу);

2) *рефлекторно-сегментарним* (соматовегетативні рефлекси, які викликають судинні та обмінні зміни в органах, що рефлекторно пов'язані з певними ділянками шкіри. Наприклад, подразнення попереково-крижової зони викликає рефлекторний вплив на органи малого таза; подразнення комірцевої зони – голови та шиї);

3) *на рівні цілісного організму* (збудження рецепторів шкіри поширюється на вищі відділи ЦНС, а звідти через підкіркові утвори, ендокринні залози на всі системи організму).

Поряд із нервово-рефлекторним має місце і гуморальний механізм впливу процедур, який характеризується утворенням в тканинах організму біологічно-активних речовин (гістамін, серотонін), а також нейромедіаторів (норадреналін, дофамін, ацетилхолін), які, коли разносяться кровотоком по всьому організму, посилюють виділення гормонів гіпофіза, наднирників, щитоподібної та інших залоз внутрішньої секреції і тим самим сприяють реалізації фізіологічної та лікувальної дії фізіотерапевтичних процедур.

Загальна біологічна дія фізичних факторів, як природних, так і преформованих, полягає в мобілізації захисно-приспосувальних реакцій людського організму.

Основні принципи лікувального застосування фізичних факторів:

1. *Принцип єдності етіопатогенетичної та симптоматичної фізіотерапії.*

2. *Принцип індивідуального лікування фізичними факторами.*

3. *Принцип курсового лікування фізичними факторами.*

4. *Принцип оптимального лікування фізичними факторами.*

5. *Принцип динамічного лікування фізичними факторами.*

6. *Принцип комплексного лікування фізичними факторами [3].*

Схема механізму дії фізичних факторів наведена на рисунку 9.1.

СХЕМА МЕХАНІЗМУ ДІЇ ФІЗИЧНИХ ФАКТОРІВ



Рисунок 9.1 – Схема механізму дії фізичних факторів

Вплив фізичних факторів (у відповідних дозах при врахуванні вихідного стану, реактивності організму) полягає: у покращенні загального фону життєдіяльності організму, підвищенні трофічних процесів, виявленні різних ефектів, що мають лікувальне значення: загальній стимуляції, протизапальній, десенсибілізуючій дії, нормалізації вегетативної регуляції, покращанні основних нервових процесів, коркової нейродинаміки.

Результат дії фізичних факторів: *специфічні та неспецифічні реакції організму.*

Неспецифічність дії більшості фізичних факторів – дія, що призводить до однакового результату: у результаті впливу на організм різних за природою фізіотерапевтичних факторів досягаються подібні біологічні ефекти.

Ефект від фізіотерапевтичного впливу на організм пацієнта:

протизапальний, знеболюючий (анальгетичний ефект); посилення кровообігу й обмінних процесів; підвищення захисних сил організму й ін.

Лікувальний ефект фізичних факторів настає в результаті курсового лікування, тривалість якого становить 6–12, рідше 14–20 процедур; підсумовування лікувальних ефектів кожної процедури забезпечує післядія протягом 2–4 місяців, а в комплексі із природними лікувальними факторами (бальнеолікування, грязі, клімат) протягом 6–12 місяців [3].

Протипоказання: гарячкові стани, гіпотрофія III ступені, системні захворювання крові, загальний важкий стан, декомпенсація серцево-судинної системи, кровотечі й схильність до них, активні форми туберкульозу й період віражу туберкулінових проб, злякисні новоутворення, доброякісні пухлини зі схильністю до зростання; гострі інфекційні захворювання, недостатність функції нирок, печінки, кровообігу 2-А стадії, судорожний синдром, індивідуальна нестерпність фізичного фактору.

Наукова розробка лікувального застосування фізичних факторів показує велике значення принципу їх дозування з урахуванням вихідного стану організму та оцінкою функціональних можливостей і реакції-відповіді організму.

Фізичні методи лікування не протиставляють іншим лікувальним заходам, а застосовують у поєднанні з ними в різних лікувальних комплексах як доповнення до основної терапії. Вони мають здатність потенціювати дію природних лікувальних факторів, значно прискорюють процеси реабілітації, дозволяють зменшити споживання лікарських засобів [3].

9.2 Штучні фізичні фактори, що використовують у курортній лікувальній практиці. Методи апаратної фізіотерапії

Якщо природні фактори виникають завдяки природним процесам, що відбуваються без антропогенного впливу, то штучні – у результаті цілеспрямованої людської діяльності. Проте взаємодія людського організму зі штучними факторами відбувається не лише на термічному, механічному (фізичному), хімічному, а також й на електромагнітному рівнях.

Класифікація штучних фізичних факторів за структурою

1. *Фактори електромагнітної природи* (електролікувальні, магнітолікувальні).

2. *Фактори механічної природи* (у т. ч. лікувальний масаж).

3. *Фактори термічної природи* [2, с.149–152]:

У санаторно-курортній практиці поряд із природними лікувальними ресурсами активно застосовують методи апаратної фізіотерапії (преформовані фізичні чинники) [3].

Класифікація штучних (апаратних) фізичних методів лікування наведена в таблиці 9.1.

Основні методики фізіотерапії наведені на рисунку 9.2.

Таблиця 9.1 – Класифікація штучних (апаратних) фізичних методів лікування [38]

Чинники	Окремі методи
<i>Постійний струм</i>	гальванізація, медикаментозний електрофорез
<i>Імпульсний струм</i>	електросон, електростимуляція, діадинамотерапія, короткоімпульсна електротерапія, електропунктура
<i>Змінний струм</i>	ампліпульс, флюктуоризація, дарсонвалізація
<i>Електричне поле</i>	франклінізація, ультрависокочастотна терапія
<i>Магнітне поле</i>	постійна, імпульсна, низько- і високочастотна магнітотерапія
<i>Електромагнітне випромінювання</i>	дециметровохвильова терапія, сантиметровохвильова терапія, міліметровохвильова терапія
<i>Оптичне випромінювання</i>	інфрачервоне, видиме (моно- і поліхроматичне), ультрафіолетове опромінювання, поляризоване світло, лазер, квазілазер
<i>Механічні чинники</i>	масаж, вібро-, кінезо-, мануальна терапія, ультразвук, лікарський ультрафонофорез, тракція хребта, акупунктура, баротерапія (локальна, гіпо-, гіпер)
<i>Штучностворене повітряне середовище</i>	аероіоно-, аерозоль-, оксигено-, гіпоксична, карбоген-, аерофітотерапія, допоміжна вентиляція легенів
<i>Тепло, холод</i>	теплий компрес, термопакети, «цзю»-термопунктура, кріоаплікації, кріосауна, кріоджет

МЕТОДИКИ ФІЗІОТЕРАПІЇ

<p><i>I. За ділянкою впливу:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Загальні (гальванізація за Вермелем, комірець за Щербаком, 4-камерні гідро гальванічні ванни, загальні УФО та ін.). 2. Місцеві (поперечні, поздовжні, тангенціальні, вогнищеві, перифокальні). 3. Вплив на рефлекторно-сегментарні зони з ділянкою метамерної інервації. 4. Вплив на зони Захар'їна-Геда. 5. Вплив на біологічні точки.
<p><i>II. За локалізацією:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Поверхневі (нашкірні). 2. Порожнинні (назальні, ротові, вушні, вагінальні, ректальні). 3. Внутрішньосудинні. 4. Внутрішньоорганні.
<p><i>III. За цільністю контакту:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Контактні. 2. Елювіальні (дистанційні).
<p><i>IV. За технікою виконання:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Стабільні (нерухомі). 2. Лабільні (рухомі).

Рисунок 9.2 – Основні методики фізіотерапії

При правильному та своєчасному призначенні апаратні фізіотерапевтичні процедури чинять виражений лікувальний ефект за будь-яких патологій. Реабілітація після травм, переломів, хвороб із затяжним важким плином повністю складається з фізіотерапевтичних методів.

9.3 Використання рідкісних і нетрадиційних методів лікування

Поняття нетрадиційної медицини виникло в ХХ ст. у зв'язку з наростаючими відмінностями в підходах загальноновизнаної медицини, заснованих на вивченні механізмів захворювань і підходах нетрадиційної медицини, які базуються на оцінці проявів хвороби.

Нетрадиційна, або альтернативна медицина – це підходи до попередження та лікування хвороб людини, вибір конкретної тактики в яких на відміну від загальноновизнаної медичної практики ґрунтується не стільки на вивченні причин і механізмів хвороби, скільки на оцінці її проявів [39].

До найпопулярніших методів нетрадиційної медицини зараховують:

1. **Натуропатію** (траволікування, або фітотерапія) – форма альтернативної медицини, в основу якої покладена віра в життєву енергію, що здійснює метаболізм, репродукцію, зростання й адаптацію організму.

2. **Ароматерапію** – стародавнє, вдосконалене віками мистецтво використання ефірних олій, фітонцидів рослин та інших ароматних речовин для укріплення фізичного та психічного здоров'я та для косметичного догляду за тілом.

3. **Фунготерапію** – метод лікування різних захворювань людини, заснований на використанні лікарських грибів і комплексних препаратів з них.

4. **Гідротерапію.**

5. **Таласотерапію.**

6. **Анімотерапію.**

7. **Гірудотерапію** (від лат. *hirudo* – пиявка) – метод лікування п'явками.

8. **Літотерапію** (від гр. *lithos* – камінь) – метод лікування з використанням натуральних природних каменів. Один з методів нетрадиційної медицини, лікування з використанням каменів.

9. **Акупунктуру** (рефлексотерапія, голковколювання) і **традиційну китайську медицину** – лікувальний метод, що полягає у подразненні периферичних нервових розгалужень за допомогою уколів у певні точки тіла.

10. **Аюрведу** (з санскриту – «вчення про довголіття») – традиційний індійський метод лікування, мистецтво повсякденного життя в гармонії з природою та її законами.

11. **Йогу** – психопрактика зміни свідомості, сукупність різноманітних духовних і фізичних методів, що розробляються в різних напрямках індуїзму та буддизму з метою керування психікою та психофізіологією індивіда для досягнення піднесеного психічного й духовного стану.

12. **Енергетичну медицину** – вид нетрадиційної медицини, який передбачає вплив на людину за допомогою відомих або невідомих науці

(зокрема езотеричних) видів енергії з метою діагностики, лікування та профілактики різноманітних захворювань.

13. **Біонергетику** – терапевтична техніка, яка допомагає людині повернутися у минуле до свого тіла та у повній мірі насолодитися їм – саморозкриття.

14. **Космоенергетику** – оздоровлююча методика, спосіб досягти гармонії та здоров'я, яка базується на використанні космічних енергополів, що мають цілющі здібності.

15. **Тибетську медицину** – традиційна буддійська система лікування, яка з'явилась та поширилась на території Тибету в V–VII ст.

16. **Гіпнотерапію** – будь-яка форма психотерапії, у межах якої використовують змінені стани свідомості (гіпнотичний транс).

17. **Мануальну терапію** – вид терапії, спрямований на лікування кістково-м'язової системи, внутрішніх органів за допомогою дії рук.

18. **Акупресуру** – точковий масаж, один із численних методів рефлексотерапії, в основі якого лежить механізм подразнення шкіри та зон біологічно активних (акупунктурних) точок шляхом натискання (пресації).

19. **Шиацу** – традиційна японська практична терапія, яка заснована на анатомічній та фізіологічній теорії циркуляції енергії ци.

20. **Остеопатію** – система альтернативної медицини, яка лікує не хворобу, а її причину, використовуючи системний підхід до людського тіла, сприйняття його як єдиного цілого. Порушення структурно-анатомічних співвідношень між органами та частинами тіла, в остеопатії вважають першопричинами більшості захворювань.

21. **Магнітотерапію** – вплив постійним та змінним низькочастотним магнітним полем.

22. **Гомеопатію** – метод лікування шляхом відновлення організму, заснований на принципі подібності, який реалізується завдяки біологічному резонансу: цілющий ефект виникає, коли хвильові та частотні характеристики ліків та життєвої сили співпадають.

23. **Кумисолікування** – вживання кумису в поєднанні з кліматотерапією на курортах і в клімато-кумисолікарнях степових районів Поволжя, Башкирії, Киргизії, Казахстану, Бурятії і ін.

24. **Нафталанолікування.**

25. **Псамотерапію.**

26. **Пантолікування** – лікування природним продуктом високої біологічної активності, отриманим з молодих рогів марала та плямистого оленя.

27. **Енотерапію** – застосування вина з лікувальною метою.

28. **Лікувальне голодування** – природна система обмежень у харчуванні, повна і ненормована відмова від їжі.

29. **Імідж-терапію** та **інші методи медичного цигун** – частина давньокитайської медицини, що займає окреме місце в способах першої допомоги організму та оздоровлення. Використання образу для впливу на фізичне тіло через енергію.

Ефективність методів нетрадиційної медицини під час лікування різних захворювань у клінічних випробуваннях вивчена вкрай слабо. Окремі випадки як позитивних, так і негативних результатів лікування не є доказом або показником ступеня ефективності лікування в силу низки причин, однією з яких є «ефект плацебо» (коли поліпшення в стані деяких хворих виникає, незважаючи на відсутність лікувального впливу, тільки завдяки їх впевненості в тому, що вони приймають дієві ліки). Позитивний ефект може спостерігатися і під впливом психологічного впливу лікаря на пацієнта [39].

ТЕМА 10 ЛІКУВАЛЬНА ФІЗИЧНА КУЛЬТУРА. ЛІКУВАЛЬНИЙ МАСАЖ

Ключові слова: фізична активність, руховий режим, кінезітерапія, ЛФК, масаж.

10.1 Рухова активність в умовах курорту

Обов'язковим і визначальним чинником, що обумовлює розгортання структурно-функціональної генетичної програми організму в процесі індивідуального вікового розвитку є **рухова активність (діяльність)**.

Руховий режим – це комплекс засобів фізичної культури, спрямованих на лікування і профілактику різних захворювань.

Основні типи режимів рухової активності: *полегшений, помірний і посилений* (див. дод. Б) [2, с. 166–168].

Вибір типу режиму на курорті проводять лікарі з урахуванням показників витривалості, рівня фізичного здоров'я людини.

Найважливішою умовою здорового способу життя є **оптимальний руховий режим**, основа якого – систематичні заняття фізичними вправами і спортом, що ефективно вирішують завдання зміцнення здоров'я і розвитку фізичних здібностей молоді, збереження здоров'я і рухових навичок, посилення профілактики несприятливих вікових змін. При цьому фізична культура і спорт виступають як найважливіший засіб виховання.

Корисно ходити сходами, не користуючись ліфтом. За твердженням американських лікарів кожна сходинка дарує людині 4 секунди життя, 70 сходинок спалюють 28 калорій. Основними якостями, що характеризують фізичний розвиток людини, є сила, швидкість, спритність, гнучкість і витривалість.

Фізична активність – це цілеспрямована рухова діяльність людини, спрямована на зміцнення здоров'я, розвиток фізичного потенціалу й досягнення фізичної досконалості для ефективної реалізації своїх задатків з урахуванням особистісної мотивації і соціальних потреб.

Нестача руху – **гіпокінезія** – викликає цілий комплекс змін у функціонуванні організму, який прийнято позначати як гіподинамію [40].

Під впливом фізичних вправ активізується обмін речовин, кровообіг, дихання, поліпшуються функції нервової та ендокринної систем, зростає опірність організму до ускладнень і рецидивів захворювань. Руховий режим підвищує дію медикаментів, фізіотерапевтичних і кліматичних факторів, тому її використовують у комплексі з ними.

Кінезітерапія (англ. *Kinesiotherapy* – лікування рухом) – напрямок лікувальної фізкультури, який передбачає виконання активних і пасивних рухів, певних вправ лікувальної гімнастики для досягнення конкретного терапевтичного результату [41].

До основних методик кінезітерапії зараховують:

1. **Активна кінезітерапію** (коли пацієнт рухається сам):

- лікувальна фізкультура;
- рухливі ігри (для дітей).

2. **Пасивні методи:**

- масаж;
- механотерапія (лікування фізичними вправами за допомогою спеціальних апаратів);
- метод витягування [41].

Трудотерапія – вид активної кінезітерапії, при якій використовують рухову діяльність, спеціально підібрану відповідно захворюванню, його формі, фазі та функціональному та психічному стану хворого. *Різновиди:* 1) навчання самообслуговуванню; 2) розважальна трудотерапія; 3) функціональні або відновлювальна трудотерапія; 4) професійна трудотерапія й трудове навчання.

10.2 Основи лікувальної фізичної культури (ЛФК). Форми занять ЛФК

Лікувальна фізична культура (ЛФК) – метод лікування, який полягає в застосуванні фізичних вправ і природних факторів природи до хворої людини з лікувально-профілактичними цілями [13, 261].

ЛФК виступає методом загальної специфічної терапії, кожна фізична вправа – неспецифічним подразником. Поряд із загальнооздоровчим і загальнозміцнюючим впливом на хворого фізичні вправи можуть впливати на окремі функціональні системи і органи. Призначення хворому ЛФК підвищує його впевненість у сприятливому перебігу захворювання, сприяє усуненню тривоги, поліпшує нервово-психічний стан. ЛФК – це тренування пацієнтів за допомогою фізичних вправ.

Особливістю ЛФК як фізіологічного методу лікування є активна участь пацієнта в лікувально-відновлювальному процесі.

Завдання ЛФК:

1. Зберігати і підтримувати хворий організм у діяльному функціональному стані.

2. Запобігати ускладненням, які виникають при вимушеному спокої та лікування їх.

3. Стимулювання потенційних можливостей хворого в боротьбі з

захворюванням.

4. Прискорити ліквідацію місцевих анатомічних функціональних проявів хвороби.

5. Відновити в найкоротший термін функціональну повноцінність людини.

Основні засоби ЛФК наведені на рисунку 10.1.

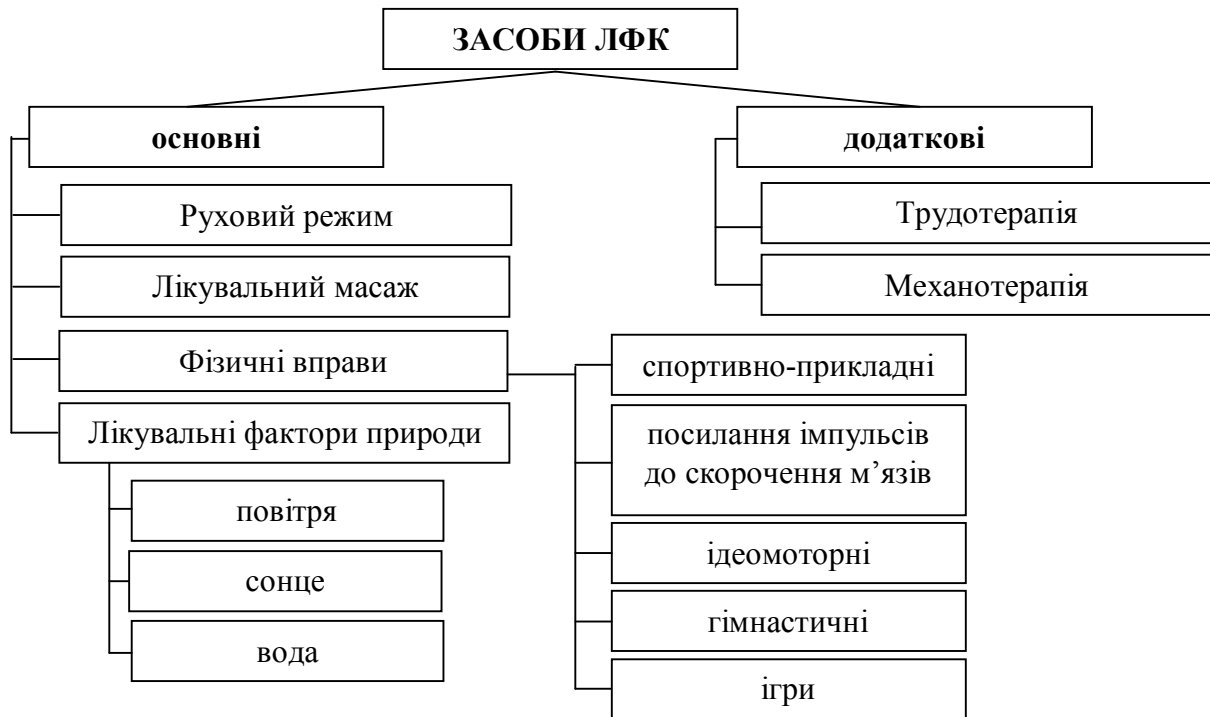


Рисунок 10.1 – Основні засоби ЛФК [42]

Основний засіб ЛФК – фізичні вправи, які розподіляються на гімнастичні, спортивно-прикладні та трудові вправи.

Форми застосування ЛФК [13, с. 265–268].

- ранкова гігієнічна гімнастика (РГГ);
- заняття лікувальною гімнастикою (групові й індивідуальні);
- самостійні заняття;
- лікувальне ходіння;
- терренкур;
- спортивні вправи та спортивні ігри;
- масові форми фізкультурної роботи (фізкультурні свята, змагання).

Види тренувань у ЛФК:

1) загальне тренування – використовують з метою оздоровлення, зміцнення організму в цілому і розвитком адаптації до зростаючих фізичних навантажень;

2) спеціальне тренування – використовують з метою відновлення, нормалізації і розвитку функцій органів і систем, порушених внаслідок захворювання або травми. При виконанні спеціального тренування підбирають визначені фізичні вправи, які впливають на нормалізацію і розвиток функцій

враженого органу або системи.

Методика та дозування всіх фізичних вправ в ЛФК визначається: нозологічною формою захворювання; стадією і важкістю стану; загальним станом хворого; віком; попередньою фізичною тренуваністю.

У підборі й використанні фізичних вправ обов'язкові: система (необхідна послідовність для різних кістково-м'язових ланок), регулярність (щоденно), тривалість (місяці, роки), поступовість підвищення фізичного навантаження на організм пацієнта як на протязі процедури, так і протягом курсу лікування.

Оздоровчий ефект фізичних вправ спостерігається лише в тих випадках, коли вони раціонально збалансовані за спрямованістю, потужністю та об'ємом відповідно індивідуальних можливостей пацієнта. Заняття фізичними вправами активізують і покращують обмін речовин, діяльність ЦНС, забезпечують адаптацію серцево-судинної, дихальної та інших систем до умов м'язової діяльності, прискорюють процес входження в роботу і функціонування систем кровообігу та дихання, а також скорочують тривалість функціонального відновлення після порушень, викликаних фізичним навантаженням.

Основні напрями впровадження фізичної культури: *фізкультурно-оздоровча діяльність, фізичне виховання та розвиток масового фізкультурно-спортивного руху.*

Оздоровча фізична культура є важливим засобом підвищення соціальної і трудової активності людей, задоволення їх моральних, естетичних та творчих запитів, життєво важливої потреби взаємного спілкування, розвитку дружніх стосунків між народами і зміцнення миру.

Окремі спортивно-рекреаційні вправи на курортах

Різновиди бігу і стрибків:

1) *види бігу:* гімнастичний та із перешкодами.

2) *види стрибків:* у висоту; у довжину; у глибину; підскоки.

Порівняно з ходьбою біг і стрибки є більш динамічними рухами, які дають значне навантаження на нервово-м'язову, серцево-судинну та дихальну системи, підвищують обмін речовин. У ЛФК вони не знайшли широкого застосування через швидко-силовий характер і складність виконання. Виключення становлять підскоки і біг підтюпцем (джоггінг); вправи, під час виконання яких політ тіла чергується зі швидким приземленням. Їх виконують на носках, пружинистими рухами, злегка згинаючи коліна. Підскоки виконують на місці, із просуванням, зі скакалкою на двох і одній нозі. Ці вправи застосовують з метою підвищення обміну речовин, стимулювання перистальтики кишечника і виведення каменів при сечокам'яній хворобі.

Лазіння по вертикальному або похилому канаті, жердині, сходах і гімнастичній стінці за допомогою рук і ніг; використовують для збільшення рухливості в суглобах кінцівок, розвитку сили м'язів та з метою корекції хребта.

Повзання застосовують у лікувальних цілях з положення на чотирьох

кінцівках і по-пластунськи.

Фітнес – спеціальний комплекс дозованих вправ за допомогою спеціалізованих тренажерів для розвитку та зміцнення різних м'язових груп, а також корекції ваги, що сприяє активізації функції дихання, кровообігу, збільшенню глибини дихання, життєвої ємності легенів, зниженню вмісту жирової тканини в організмі і збільшенню м'язової маси з одночасною корекцією фігури.

Плавання і вправи у воді (гідрокінезітерапія) передбачають комплексний вплив рухів і середовища, в якому їх виконують (перебування у воді значно підвищує тепловіддачу та обмін речовин), що створює умови для полегшення рухів різко ослабленими атрофічними або паретичними м'язами, виправлення деформацій хребта, відновлення адаптації до навантажень різної інтенсивності, відновлення і підвищення загальної витривалості і загартованості організму. **Види:** аквааеробіка, аквафітнес, акваджогінг, аква-степ.

Показання: вегетативна дисфункція, всі стадії перебігу гіпертонічної хвороби, серцево-судинні захворювання; покращення функцій центральної і периферичної нервової систем, а також гуморальних ланок регуляції кровообігу, для підвищення адаптаційних можливостей серцево-судинної системи.

Протипоказання: серцево-судинна недостатність III ст., важкі порушення ритму і провідності серця, злоякісний перебіг гіпертонічної хвороби, аневризма серця, тромбоемболічні ускладнення при серцево-судинних захворюваннях, загальні гарячкові та запальні захворювання; схильність до кровотеч, злоякісні новоутворення.

10.3 Масаж у комплексі санаторно-курортного лікування. Основні види масажу

У клінічній практиці комплексного лікування захворювань внутрішніх органів, нервової системи, хірургічних і гінекологічних захворювань, при захворюваннях ЛОР-органів, очей, зубів і ясен, захворюваннях шкіри; практикують у лікарнях, поліклініках, санаторіях, лікарсько-фізкультурних і інших диспансерах у поєднанні з ЛФК використовують масаж.

Лікувальний масаж – масаж, що застосовують для прискорення відновлення функцій органів і систем організму при їх захворюваннях і травмах.

Роль лікувального масажу зросла в зв'язку з включенням його в систему засобів медичної реабілітації, направлених на відновлення здоров'я хворих, повернення їх до професійно-трудової діяльності і на профілактику інвалідності.

Під впливом масажу швидше розсмоктуються набряки, крововиливи в тканинах, знижуються больові відчуття, поліпшується живлення тканин, функція суглобів і м'язів, нормалізуються обмінні процеси, прискорюються утворення кісткової мозолі тощо.

Види масажу за М. А. Єршомушкіним наведені в таблиці 10.2.

Таблиця 10.2 – Види масажу за М. А. Єрьомушкіним [43]

Види масажу				
за метою призначення	за сферою застосування	за способом дії	за засобом дії	за областю дії
<ul style="list-style-type: none"> • лікувальний; • профілактичний 	<ul style="list-style-type: none"> • медичний; • косметичний • спортивний; • виробничий 	<ul style="list-style-type: none"> • масаж; • самомасаж; • взаємомасаж • парний масаж 	<p><i>Базисні:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • мануальна (ручна); • педальна (ножна); • інструментальна; • апаратна: а) вібромасаж; б) гідромасаж; г) баромасаж. <p><i>Б. Поєднані:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • з фізіотерапією; • з кінезотерапією; • із психотерапією; • з фармакотерапією; • з хірургічними операціями 	<p><i>А. Регіональні:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • загальний; • локальний. <p><i>Б. Зональні:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • сегментарний; • точковий; • мікрональний; • сполучнотканинний; • міофасціальний; • періостальний. <p><i>В. Спеціалізовані:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • реанімаційний; • урологічний; • гінекологічний; • дерматологічний; • офтальмологічний; • отоларингологічний; • логопедичний; • стоматологічний; • вісцеральний

Основні прийоми масажу:

1) **Погладжування** – прийом виконують за допомогою долонь з невеликим тиском на тіло масажованої людини з метою підготовки перед основним масажем; благотворно впливає на кровообіг і загальний стан, очищує ороговілий шар шкіри, здійснює прогрівальний, заспокійливий і розслаблюючий ефект. *Види:* а) однією рукою (рухи ідуть до лімфовузлів); б) двома руками по черзі; в) кругове погладжування.

2) **Розтирання** – техніка цього прийому схожа на прийом погладжування, але рухи більш швидкі й інтенсивні, спрямовані вгору. Застосовують для масажу спини, попереку і суглобів. *Види:* *глибоке* (рухи виконуються ребром долоні по напрямку до лімфаток, іноді супроводжується підвищенням температури тіла пацієнта) і *поверхнєве* (масажуючи та натискальні рухи подушечками пальців двох рук). Сприяє активізації лімфо- і кровообігу, прискорює розсмоктування рубців, зменшує прояв набрякості і болю, виводить рідину із тканин. *Основні техніки розтирання:* а) рухи прямолінійні і концентричні; б) рухи по спіралі і прямолінійні; в) рухи підставою долоні; г) рухи граблеподібні.

3) **Розминання** – прийом відмінно впливає на стан м'язів. Виконується в двох техніках. У першому випадку м'яз опрацьовується великими пальцями і долонею. Далі масаж проводиться розминаючими рухами.

4) **Постукування** або **поплескування** – виконується ударами долоні або її ребром по зоні масажу. Удари різкі і швидкі, сильні, але м'які. Прийом добре підходить під час роботи зі стегнами, сідницями, м'язами литок. Підсилює кровообіг і підвищує тонус всього організму.

5) **Вібрація** – виконується вібруючими рухами на різних зонах масажу. Прийом допомагає нормалізувати роботу внутрішніх органів.

Прийоми масажу виконують різні функції. Одні готують тіло до подальших процедур, інші розслаблюють і заспокоюють, деякі навпаки, сприяють активізації роботи внутрішніх органів і систем організму. Для кращого ефекту рекомендується виконувати всі перераховані вище прийоми [44].

Показання: болі в спині, попереку, шиї, головні болі, остеохондроз, артрити в гострій і хронічній стадії, невралгії й неврити, радикуліти, паралічі; забиття, розтягання м'язів, сухожилів і зв'язок, переломи на всіх стадіях загоєння, функціональні розлади після перелому й вивиху (м'язові зміни, рубцеві зрощення тканин), хронічна недостатність серцевого м'яза, стенокардія, гіпертонічна хвороба, артеріальна гіпотонія, реабілітаційний період після інфаркту міокарда, хронічний гастрит; порушення моторної функції товстого кишечника, виразкова хвороба шлунка й дванадцятипалої кишки (поза загостренням), бронхіт, пневмонія, бронхіальна астма.

Протипоказання: гострі гарячкові стани і висока температура, кровотечі та схильність до них, хвороби крові, недостатність кровообігу III-го ступеня, гнійні процеси будь-якої локалізації, захворювання шкіри, нігтів, волосся, будь-які гострі запалення кровоносних і лімфатичних судин, тромбози, виражене варикозне розширення вен, атеросклероз периферійних судин і судин головного мозку, аневризма аорти й серця; період гіпер- і гіпотонічних кризів, гостра ішемія міокарда, легенево-серцева недостатність III-го ступеня, алергійні захворювання з шкірними висипаннями, захворювання органів черевної порожнини зі схильністю до кровотеч, розлад кишкових функцій (нудота, блювота, рідкий стілець), хронічний остеомієліт, пухлини, психічні захворювання з надмірним порушенням, виражений склероз судин головного мозку, гостре респіраторне захворювання [45].

ЗМ 1.2 ОСНОВИ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛІКУВАННЯ

ТЕМА 11 ОСОБЛИВОСТІ ОРГАНІЗАЦІЇ ЛІКУВАННЯ ХВОРОБ ЛЮДИНИ В УМОВАХ КУРОРТУ

Ключові слова: санаторно-курортне лікування, санаторно-курортні заклади, будинок відпочинку, дитячий табір, курортний готель, пансіонат, пансіонат із лікуванням, профілакторій, санаторій, туристський комплекс, SPA-готель, заклади 1–2 денного перебування

11.1 Специфіка санаторно-курортного лікування

Курортна медицина займає одне з центральних місць у сфері послуг, які надають у межах санаторно-курортного комплексу, що враховує діагностику, безпосередньо лікування захворювання, профілактику і реабілітацію або відновлення організму, який переніс захворювання.

Медицина реабілітація – це 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.

Під медичною допомогою, що здійснюється з профілактичною, лікувальною або реабілітаційною метою, із застосуванням природних лікувальних факторів в умовах перебування на курорті або лікувально-оздоровчій місцевості, у санаторно-курортних закладах розуміють **санаторно-курортне лікування**.

Завдання санаторно-курортного режиму полягає в раціональному використанні природних чинників курорту, зміні умов життя, сприятливому впливі природи і побуту, правильному застосуванню лікувальних факторів, своєчасному прийманні смачно приготованої їжі, які допомагають відновленню компенсаторно-приспосувальних процесів.

Основні функції санаторно-курортних закладів: лікування; медична реабілітація; профілактика захворювань із використанням природних лікувальних ресурсів.

До спеціалізованих функцій зараховують: виробничу (надання курортних послуг), маркетингову (проведення заходів з організації збуту, просування виробленого продукту і забезпечення відповідності його якості вимогам ринку), кадрову, фінансову (планування, облік і фінансове забезпечення діяльності санаторію), контроль і аналіз.

Виділяють такі **етапи надання медичних послуг** для населення, відповідно до яких організують побудову всієї системи лікувально-оздоровчої сфери [2, с. 41–44]:

1. Діагностичний етап враховує безпосередньо діагностику захворювань, тобто виявлення їх основних ознак та особливостей. У межах етапу здійснюється кваліфікування того або іншого захворювання, виявлення його стадій, а також формулювання основних можливих прогнозів його розвитку. Процес діагностики розподіляють на виявлення найбільш суттєвих, явно виражених, а також латентних ознак захворювання, кваліфікування певного захворювання (його точне визначення), визначення стадії розвитку, прогнозування його подальшого розвитку, призначення лікування. Розподіляють два рівні реалізації:

- **досанаторний** – процедури діагностування, які проходять у стаціонарних і медичних установах, без організації виїзду в курортну лікувальну зону. Стадії лікування: 1) поліклінічна (первинна); 2) клінічна;

3) відновлювальна;

- *санаторний*.

Існує певне протиріччя між санаторним і досанаторним рівнями надання медичної допомоги, яке виникає внаслідок різниці в якості надання медичних послуг на різних рівнях, відсутності певної частки спадкоємності між амбулаторно-поліклінічними, лікарняними і санаторно-курортними закладами.

2. *Лікувально-оздоровчий етап* – реалізація обраної методики лікування.

Розподіляють на:

- *лікування*;
- *профілактику* – комплекс заходів, реалізація яких скерована на відновлення функціонування ослаблених систем організму.

3. *Реабілітаційний етап* (заключний) – зміцнення результату ефективності лікування.

Зазначені етапи взаємопов'язані, взаємообумовлені та доповнюють один одного у разі виникнення проблем у ході реалізації будь-якого з наведених етапів погіршується якість надання медичних послуг у цілому. Медична сфера діяльності курортів, курортних закладів й організацій охоплює всі три етапи.

Система реабілітації на курорті – низка взаємопов'язаних систематизованих процедур, заходів, скерованих на досягнення результату у вигляді біологічного відновлювання організму і соціальної реабілітації.

Перелік досліджень, які необхідні для рекомендації санаторно-курортного лікування:

1) *основні*: повний аналіз крові, загальний аналіз сечі, рентгеноскопія грудної клітини;

2) *додаткові*: ЕКГ, огляд гінеколога (для жінок), огляд психіатра (у разі наявності нервово-психічних захворювань).

Головні завдання санаторно-курортного лікування: ліквідація або зменшення проявів патологічного процесу, стимуляція регенерації та реституції, відновлення або покращення порушених функцій, підвищення загальної реактивності; тренування адаптаційних механізмів, консолідація результатів лікування, які були досягнуті на попередньому (стаціонарному або амбулаторно-поліклінічному) етапі, попередження інвалідизації, сприяння соціальній реабілітації.

Рекомендовані терміни перебування:

1) для хворих із нетуберкульозними захворюваннями органів дихання і функціональними порушеннями нервової системи – 24 дні;

2) на бальнеологічних і грязьових курортах, а також у приміських санаторіях для лікування хворих із захворюваннями органів кровообігу – 26 днів;

3) у санаторіях для лікування хворих із запаленнями нирок – 48 днів;

4) у санаторіях та відділеннях для лікування хворих із наслідками травм і захворювань спинного мозку – 52 дні.

Періоди санаторно-курортного лікування: 1) *адаптації* (перші 3–5 днів); 2) *основний* (наступні 18–20 днів); 3) *заключний* (останні 2–3 дні).

11.2 Види санаторно-курортних закладів

Санаторно-курортні заклади – заклади охорони здоров'я, що розташовані на територіях курортів і забезпечують подання громадянам послуг лікувального, профілактичного та реабілітаційного характеру з використанням природних лікувальних ресурсів [1].

Санаторно-курортні підприємства розташовані на території курорту або в лікувально-оздоровчій місцевості.

За функціональною ознакою всі типи санаторно-курортних й оздоровчих підприємств розподіляють на лікувальні та оздоровчі. До санаторно-курортних підприємств зараховують: санаторії, санаторії-профілакторії, пансіонати з лікуванням. До спеціалізованих санаторно-курортних закладів зараховують санаторії, до оздоровчих підприємств загального призначення – багатопрофільні санаторії; санаторії-профілакторії; пансіонати з лікуванням. Неприбуткові санаторно-курортні й оздоровчі підприємства (туберкульозні санаторії, санаторії-профілакторії, табори праці та відпочинку) утримуються за рахунок державного бюджету, місцевих бюджетів та інших юридичних осіб.

Класифікація санаторно-курортних і оздоровчих підприємств наведена в таблиці 11.1.

Таблиця 11.1 – Класифікація санаторно-курортних і оздоровчих підприємств [46]

Класифікаційна ознака	Підвид
1	2
Профіль	<ul style="list-style-type: none">• Однопрофільні (монопрофільні)• Багатопрофільні
Спеціалізація	<ul style="list-style-type: none">• Загальнотерапевтичні• Спеціалізовані (санаторії)
Основний профіль лікування (медичний профіль)	<ul style="list-style-type: none">• Органів кровообігу• Нервової системи• Органів дихання• Органів травлення• Органів опорно-рухової системи тощо
За типом	<ul style="list-style-type: none">• Санаторії• Санаторії-профілакторії• Пансіонати з лікуванням• Курортні готелі• Будинки та пансіонати відпочинку• Бази та інші заклади відпочинку• Заклади 1-2 денного перебування та інші
За функцією	<ul style="list-style-type: none">• Лікувальні• Оздоровчі
Період функціонування	<ul style="list-style-type: none">• Цілорічні• Сезонні

1	2
Цільовий сегмент	<ul style="list-style-type: none"> • Для дорослих • Для дорослих з дітьми • Для дітей
Місце розташування	<ul style="list-style-type: none"> • Курортного типу (на території курорту) • Некурортного типу (поза курортом)
Термін перебування	<ul style="list-style-type: none"> • 1-2 – денне • Тривале – 3 дні й більше • Тривале й 1-2 – денне
Форма власності	<ul style="list-style-type: none"> • Приватне підприємство • Підприємство колективної власності • Комунальне підприємство • Державне підприємство • Змішаної форми власності
Мета та характер комерційної діяльності	<ul style="list-style-type: none"> • Комерційні (прибуткові) • Некомерційні (не прибуткові)
Залежно від способу утворення (заснування) та способу формування статутного капіталу	<ul style="list-style-type: none"> • Унітарні • Корпоративне
Організаційно-правова форма	<ul style="list-style-type: none"> • Акціонерне товариство • Товариством з обмеженою відповідальністю • Товариством з додатковою відповідальністю • Повне товариство • Командитне товариство
Правовий та економічний статус	<ul style="list-style-type: none"> • З повною правовою та економічною самостійністю • Дочірні підприємства • Філіали • Представництва • Відокремлені підрозділи
Організаційно-правова форма об'єднань	<ul style="list-style-type: none"> • Асоціації • Корпорації • Консорціуми • Концерни та інші об'єднання
Відомче підпорядкування (у складі відомств)	<ul style="list-style-type: none"> • Системи профспілок • Міністерства охорони здоров'я України • «Сільгоспоздоровниці» • Міністерства внутрішніх справ України • Міністерства транспорту України • Міністерства оборони України • Фонду соціального страхування України • Державного управління справами та ін.

Зазначена класифікація має практичне значення, оскільки дозволяє виявляти структуру санаторно-курортних і оздоровчих послуг і попит на них, формувати цільові установки, вирішувати питання організації та управління санаторно-курортних і оздоровчих підприємств.

11.3 Функціональна структура санаторно-курортних закладів та їх матеріально-технічна база

Головним чинником, основою об'ємно-планувальних вирішень санаторно-курортного закладу, його будівель і споруд є функціональне призначення, тобто та діяльність (*функціонально-технологічний процес*), заради якої будується санаторно-курортний заклад.

Функціонально-технологічний процес визначає кількість людей, що беруть в ньому участь, устаткування, меблі, впорядкування і організацію внутрішнього простору.

У зв'язку з постійно-змінними вимогами споживачів санаторно-курортних, оздоровчих, лікувальних послуг і розвитком науково-технічного прогресу змінюються й функціонально-технологічні процеси, що протікають у санаторно-курортних закладах, що призводить до зміни або змішування різних видів цих закладів. У кожному санаторно-курортному закладі окремі приміщення або їх групи виконують різні функції, тому дуже важливе виявлення взаємозв'язку між окремими приміщеннями (або їх групами) при збереженні їх чіткого функціонального розмежування.

Разом з існуючими умовами функціонально-технологічних процесів, що відбуваються в санаторно-курортному закладі, раціонального переміщення і зосередження людей, ергономічного розміщення устаткування і меблів, архітектурна організація внутрішнього простору враховує спеціалізацію закладу, духовні потреби людини і закономірності естетичної дії внутрішнього простору на нього. Формоутворення основних і другорядних приміщень, їх поєднання залежить від функції цих приміщень.

Основні методи побудови архітектурно-планувальної композиції залежно від вимог, що висувають до формування внутрішнього простору:

Перший метод ґрунтується на чіткому розподілі всіх приміщень на однорідні функціональні групи і елементи функціональних зв'язків. Система організації діяльності в такій будівлі відповідає внутрішнім просторам. Залежно від функції внутрішні простори можуть об'єднуватися по горизонталі – розгорнена на горизонтальній площині архітектурно-планувальна композиція (наприклад, санаторії) і вертикалі – компактна, з вертикальною організацією зв'язків між групами внутрішніх просторів (багатоповерхові курортні готелі).

Другий метод ґрунтується на універсальності і багатоцільовому використанні внутрішнього простору шляхом створення єдиного великого гнучкого внутрішнього простору з простим контуром об'єму. Функціональні групи або зони формуються за рахунок розділення простору спеціальними конструкціями – мобільними перегородками. Цей варіант використовують у

разі зміни просторів у санаторно-курортних закладах (наприклад, аеросолярії) і ресторанних приміщеннях, коли треба в одному приміщенні провести різні заходи (наприклад, провести банкет окремо від всіх гостей санаторію під час низького сезону для учасників наукового симпозіуму); проведення виставок і ярмарок на основі використання площі санаторно-курортного закладу, коли великий простір розбивають на зони, тобто формують окремі приміщення для різних учасників заходу [47–48].

Угрупування внутрішніх просторів також впливає на *композиційне вирішення будівлі* санаторно-курортного закладу. В одних випадках, коли ядро композиції розташовують по осі симетрії, а другорядні приміщення групують навколо нього, формується *симетрична схема*. В інших, коли ядро композиції розташовують не централізовано, а супідрядні елементи вільно групують по відношенню до нього, створюється *асиметрична композиційна схема* [48].

Залежно від характеру функціональних процесів угрупування приміщень має враховувати: взаємозв'язки приміщень, що вимагають безпосереднього сполучення приміщень (наприклад, столова, вестибюль блок приміщень, де відбувається лікування і т.п.); взаємозв'язки приміщень за допомогою горизонтальних і вертикальних комунікацій (коридори, переходи, сходи, ліфти та ін.).

Один і той же функціональний процес може мати декілька раціональних схем організації внутрішнього простору або об'ємно-планувальних схем (рис. 11.1) [48–49].

Осередкова схема складається з частин, в яких функціональні процеси проходять у невеликих рівнозначних просторових осередках (наприклад, номерах у готелі). Самостійно функціонуючі осередки можуть мати загальні комунікації, що пов'язують їх із зовнішнім середовищем.

Коридорну схему утворюють з порівняно невеликих осередків (готельних номерів), що вміщують частини єдиного процесу і пов'язаних загальною лінійною комунікацією – коридором. Осередки можуть розташовуватися з однією або з двох боків комунікаційного коридору.

Анфіладну схему формують з низки приміщень, розташованих одне за одним і об'єднаних між собою наскрізним проходом. Схему застосовують під час проведення виставок і ярмарок, у будівлях музеїв, у деяких типах магазинів і підприємств служби побуту салонного типу.

Зальна схема заснована на створенні єдиного простору для функцій, що вимагають великих нерозподілених площ, що вміщують масу відвідувачів. Схема характерна для видовищних, спортивних будівель і т.п.; зазвичай її доповнюють групи другорядних приміщень, що мають коридорну або анфіладну схеми. У таких випадках створюють комбіновані схеми шляхом поєднання і спільного використання перерахованих вище схем. У таких закладах, як клуби, спортивні комплекси, басейни, змішана схема викликає складність функціональних процесів.

Павільйонна схема побудована на розподілі приміщень або їх груп в окремих об'ємах-павільйонах, зв'язаних між собою єдиним композиційним

рішенням (генеральним планом), наприклад, в будинках відпочинку, санаторіях, пансіонатах, курортних готелях із павільйонами спальних корпусів і т.п.

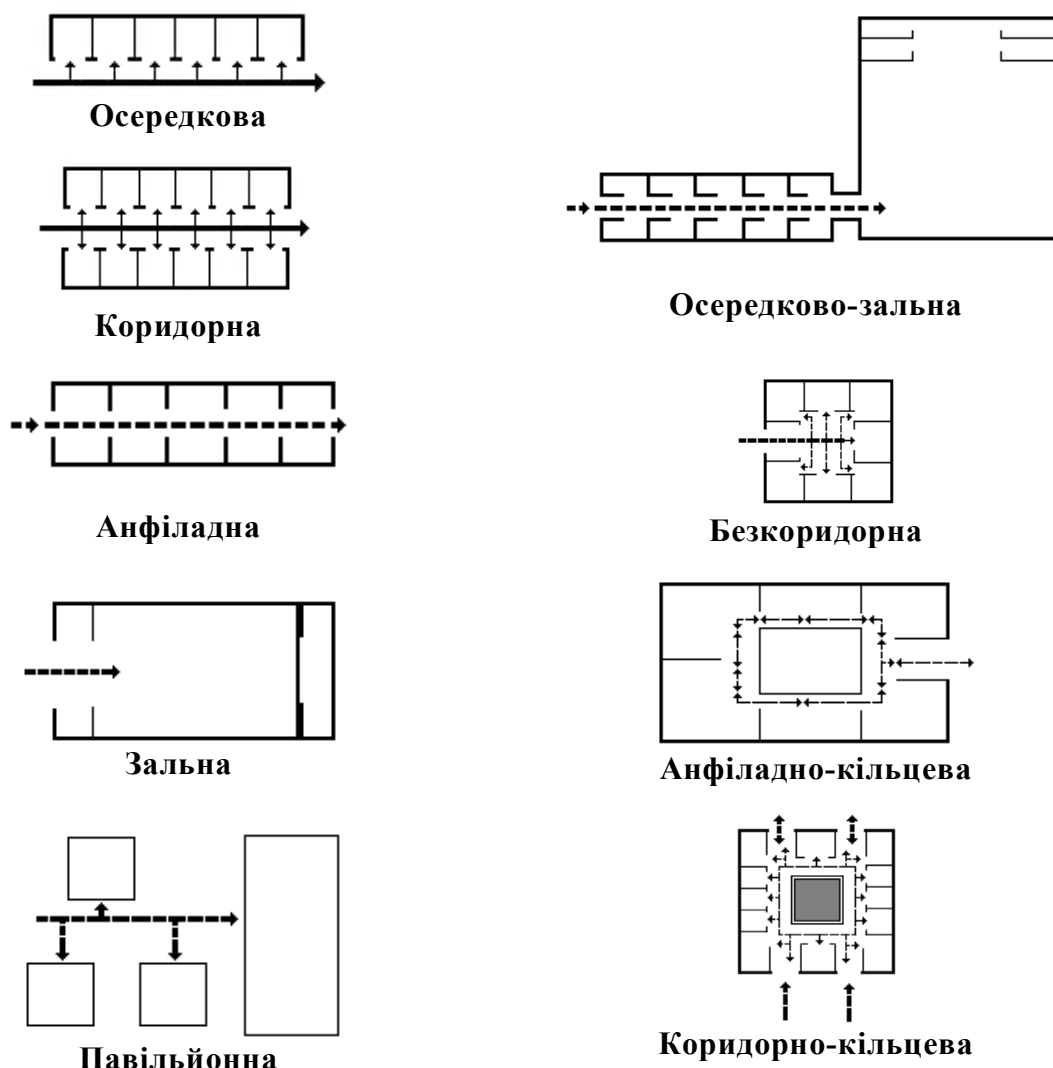


Рисунок 11.1 – Угрупування приміщень будівлі санаторно-курортного закладу

Перераховані вище схеми формування простору усередині будівель є основою формування різних **композиційних схем** будівель і комплексів санаторно-курортних закладів: компактною, розчленованою і протяжною (лінійною), де:

- компактна композиційна схема включає зальну та комбіновану групи приміщень;
- протяжна базується на коридорній і анфіладній групах приміщень, а розподілена формується, ґрунтуючись на принципі павільйонної системи.

У межах великих просторів, що характеризуються безліччю різноманітних внутрішніх просторів проводять **функціональне зонування** – розбиття на зони з однорідних груп приміщень, керуючись їх функціональним призначенням і внутрішнім взаємозв'язком. *Види:*

- 1) *горизонтальне* – внутрішні простори розташовують у горизонтальній

площині й об'єднують горизонтальними комунікаціями (коридорами, холами, галереями та ін.);

2) *вертикальне* – простори розташовують за рівнями (поверхи або яруси) і зв'язуються між собою вертикальними комунікаціями (сходи, пандуси, ліфти, ескалатори і т.д.), які, як правило, є основними [48–49].

Функціональне зонування проводять на основі загальної ідеї архітектурно-планувальної композиції і функціонально-технологічної організації приміщень готельної будівлі або комплексу. У санаторно-курортних закладах зустрічаються обидва види функціонального зонування.

Організацію плану будівлі санаторно-курортного закладу визначають розташуванням і взаємозв'язком ядра (найзначніше – за функціями і розмірами приміщення) із структурними елементами і групами приміщень по горизонталі в площині поверху і вертикалі між поверхами.

Основними функціональними елементами в санаторно-курортному закладі незалежно від виду закладу є:

- вестибюльна група приміщень;
- група приміщень адміністрації;
- група житлових приміщень;
- група службових, господарських приміщень;
- група приміщень інженерного устаткування;
- група приміщень підприємств ресторанного господарства.

Проте залежно від того або іншого способу класифікації санаторно-курортного закладу можуть додаватися інші групи приміщень (рис. 11.2–11.5):

- група приміщень культурно-масового обслуговування і рекреації;
- група приміщень торгово-побутового обслуговування;
- група приміщень лікувально-діагностичного призначення
- група приміщень навчального призначення [47–48].

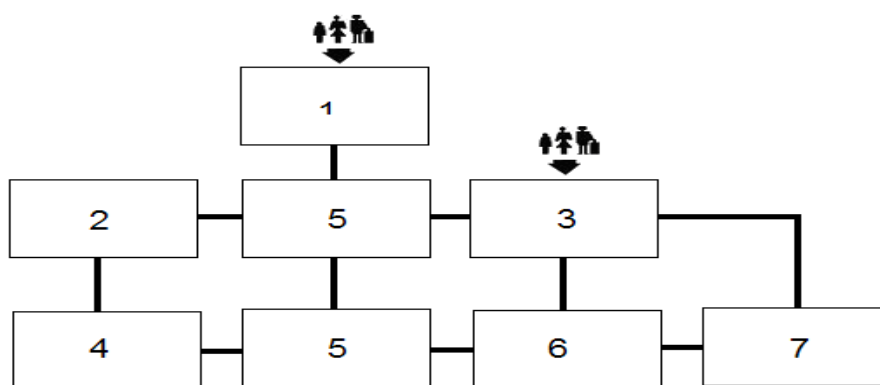


Рисунок 11.2 – Функціональна структура будинку відпочинку: 1 – вестибюльна група; 2 – група приміщень адміністрації; 3 – група торгово-побутового обслуговування; 4 – група службових та господарських приміщень; 5 – група житлових приміщень; 6 – група підприємств ресторанного господарства; 7 – група приміщень культурно-масового обслуговування та рекреації [48]

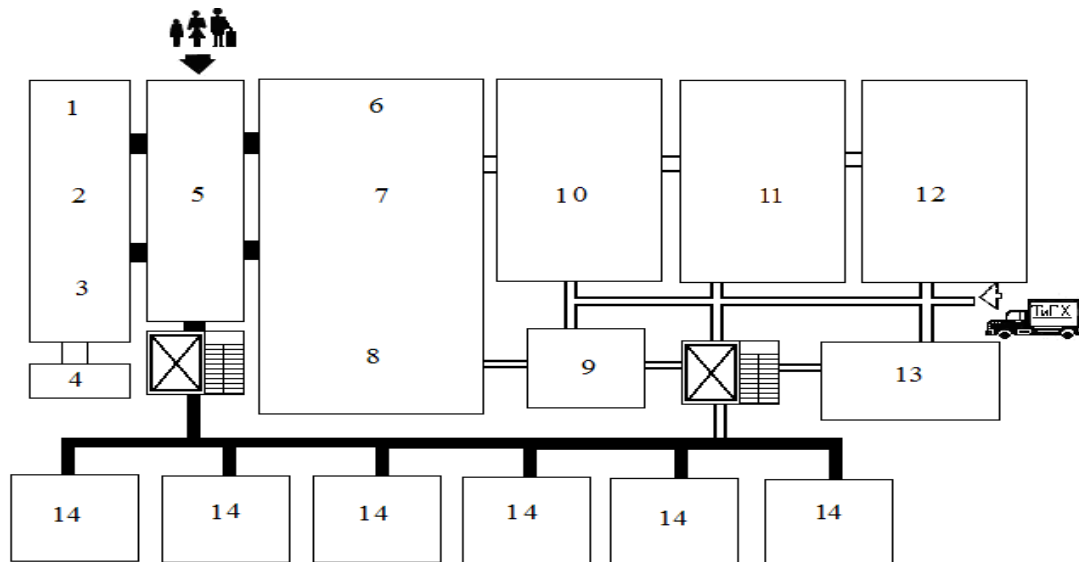


Рисунок 11.3 – Схема функціональної організації пансіонату: 1 – адміністрація; 2 – черговий адміністратор; 3 – портъє; 4 – телефонна станція; 5 – вестибюль; 6 – бар; 7 – зал для споживання сніданків; 8 – буфет; 9 – роздавальна; 10 – заготовочна; 11 – склади; 12 – підсобні приміщення; 13 – приміщення для персоналу; 14 – номери [48]

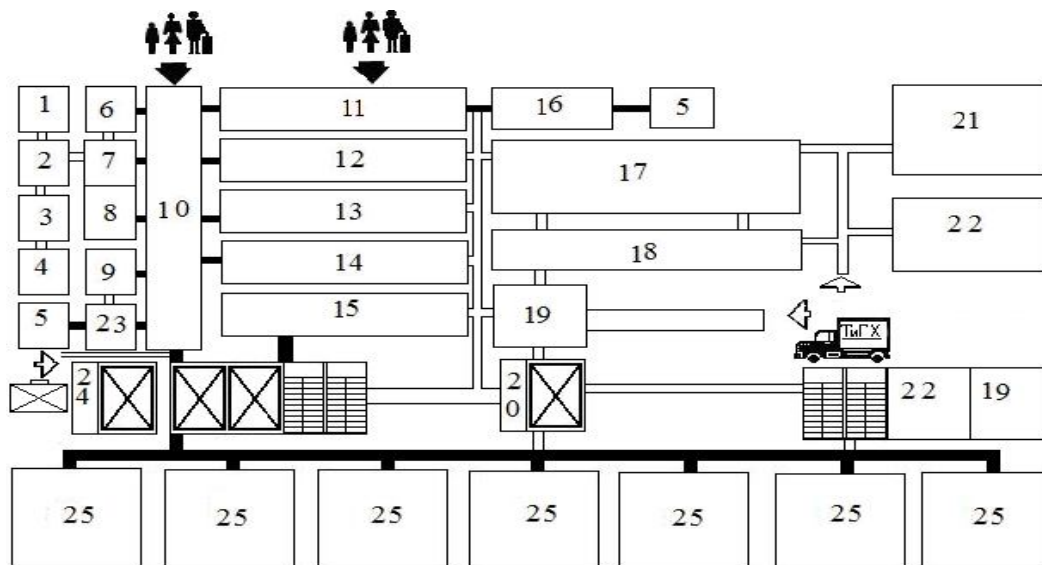


Рисунок 11.4 – Схема функціональної організації курортного готелю великої місткості: 1 – дирекція; 2 – бухгалтерія; 3 – каса; 4 – телефонна станція; 5 – туалет; 6 – адміністрація; 7 – черговий адміністратор; 8 – портъє; 9 – щитова; 10 – вестибюль; 11 – ресторан; 12 – бар-кафе; 13 – зал для конференцій і банкетів; 14 – клубне приміщення; 15 – зал для сніданків; 16 – гардероб; 17 – кухня; 18 – заготовочна; 19 – приміщення персоналу; 20 – роздавальна з підйомником; 21 – склад; 22 – гараж; 23 – підсобні приміщення; 24 – зберігання багажу; 25 – номери [48]

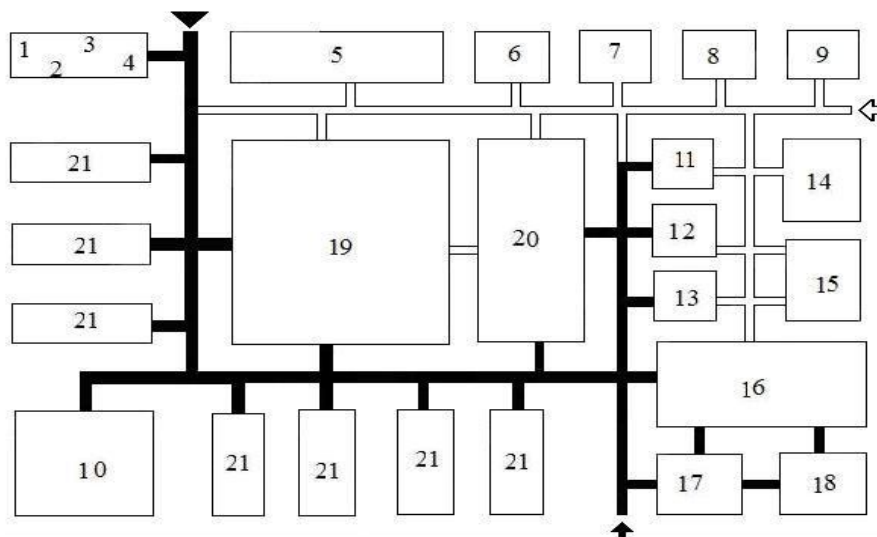


Рисунок 11.5 – Схема функціональної організації санаторного комплексу в рекреаційній зоні, у якій для кожної функції виділена окрема будівля: 1 – черговий адміністратор; 2 — адміністрація; 3 – директор; 4 – бухгалтерія; 5 приміщення персоналу; 6 – пральня; 7 – котельня; 8 – склад; 9 і 10 – підсобні приміщення; 11 – апартамент-готель; 12 – пошта; 13 – кіоски; 14 – склад; 15 – заготовочні; 16 – ресторан; 17 – кафетерій; 18 – бар; 19 – спортивні споруди; 20 – кіномайданчик; 21 – житлові корпуси санаторію [48]

У таких установах розрізняють три **композиційні прийоми**:

1) *централізована композиція* – всі групи, за винятком господарської, розміщують в одній будівлі. Композиція характерна для готельних підприємств, що розташовані в межах міста на обмеженому просторі; надає можливість компактно розташувати різноманітні комунікації;

2) *блокова композиція* – основні групи приміщень (житлова група, групи ресторанного господарства, культурно-масового обслуговування і рекреації, лікувально-діагностична) розташовують в окремих корпусах, сполучених між собою переходами; використовують при спорудженні будівель санаторно-курортних закладів, особливо цілорічного функціонування (санаторії, пансіонати);

3) *павільйонна композиція* – основні групи приміщень знаходяться в окремих будівлях – павільйонах, які не пов'язані між собою. Перевага павільйонної композиції – максимальне наближення відпочиваючих, що проживають в окремих будиночках, до природного оточення. Така композиція вимагає значного подовження комунікаційних та інженерних мереж, тому використовують при будівництві сезонних (літніх) установ відпочинку (туркомплекси, дитячі табори, санаторії) [48–49].

Основні групи приміщень санаторно-курортних закладів:

Вестибюльна група приміщень – це основна сполучна ланка для всіх основних груп приміщень готелю. Виконує головну функцію в розподілі людських потоків завдяки тому, що примикає до основних горизонтальних і вертикальних комунікацій. У системі комунікаційних зв'язків вестибюлі

використовуються як ядро, де відбувається формування, розподіл і розформування людських потоків за коридорами, сходами, пандусами, ліфтами. Архітектурно-планувальне рішення залежить від функціональної організації, інтенсивності людських потоків і режиму експлуатації будівлі.

До основних функцій вестибюльної групи можна зарахувати прийом, оформлення, розміщення клієнтів (туристи, пацієнти); розрахунки з клієнтами; видача різних довідок щодо готелю; зберігання і транспортування багажу і т.д.

Всю площу вестибюлю розбивають на зони таким чином, щоб шляхи руху персоналу закладу, гостей, доставка багажу в номери, автобуси, машини епізодичних відвідувачів не перетиналися.

За нормативну площу вестибюлю вважають $0,74 \text{ м}^2$ на 1 місце [48–49].

У вестибюлі санаторно-курортних закладів за аналогією з готелями передбачають: вхідну зону; зону прийому клієнтів (їх реєстрація, оформлення і розрахунок); зону транзитного руху до ліфтів і сходів (вертикальні комунікації у разі необхідності); рекреаційну зону; зону очікування і збору груп; спеціальні місця: для гардеробу, установки торгових кіосків, телефонів-автоматів. Розміщення вказаних приміщень і служб відбувається навколо її основної ланки – вестибюлю. При цьому враховують можливість швидкого орієнтування на тих, що прибувають та зоровий контроль за ними. Але іноді їх можуть виділити в окрему групу приміщень – у групу приміщень торгово-побутового обслуговування [47–48].

На стадії проектування санаторно-курортних закладів прагнуть враховувати в майбутньому скупчення різних груп пацієнтів, туристів, та ін., що масово прибувають і/або вибувають. Крім того, зони очікування і формування груп, рекреаційна зона не мають бути прохідними, але при цьому допускають часткову дифузію функціональних зон без порушення системи комунікацій вестибюльної групи.

У великих санаторно-курортних комплексах вестибюльну і адміністративну групи об'єднують в одну і виділяють в окремий блок – будівлю, де так само можуть бути зосереджені всі приміщення торгового і побутового призначення.

Велике значення має і місце розташування ліфтів і сходів у курортних готелях, пансіонатах та інших багатоповерхових будівлях санаторно-курортних закладів. Ліфти, як правило, компонують по декілька в групі. Місця постановки таких груп мають забезпечити найкоротші шляхи пересування до номерів. У вестибюлі ліфти розташовують на видному місці так, щоб їх не треба було шукати.

При вестибюльній групі санаторно-курортних закладів (а іноді і в курортних готелях) передбачають кабінет чергового лікаря.

Для інвалідів, інших малорухливих груп населення в будовах санаторно-курортних закладів один з основних входів обов'язково має бути оснащений пандусом або іншим пристроєм, який забезпечить безперешкодний підйом інваліда на рівень входу до приміщення, його першого поверху або ліфтового холу. Такий вихід має бути захищений від атмосферних опадів, також має бути

організоване місце для обслуговування інвалідів і в самому вестибюлі. Те ж саме стосується і санвузлів [47–48].

Група приміщень адміністрації – зазвичай розташована на першому або другому поверхах основної будівлі поза основними потоками клієнтів санаторно-курортних закладів. Приміщення адміністрації повинні мати зручний зв'язок зі усіма групами приміщень санаторно-курортного закладу. У санаторно-курортних закладах, що розраховані на кількість до 400 чоловік, площа, яку виділяють для групи адміністративних приміщень дорівнює 0,12–0,18 м² на одне ліжко-місце. У великих курортних готелях виділяють більшу площу. У санаторіях адміністрацію прийнято розташовувати в окремому будинку або корпусі [48].

До групи приміщень адміністрації входять: кабінети директора і його заступників, кабінет головного лікаря та його заступників; кабінети головного інженера і інженерно-технічного персоналу, кабінети економіста і планового відділу, кабінети головного бухгалтера та бухгалтерії, кабінети начальника відділу кадрів і сам відділ, кімната для оператора радіовузла, ЕОМ і архів, інші кабінети або кімнати (конторські приміщення, приміщення каси), кабінети адміністративної частини ресторанних закладів [47–48].

Група житлових приміщень – це основна частина приміщень в будь-якому санаторно-курортному закладі (займає 50 – 80 % загального об'єму). В основному розташовують на верхніх поверхах. На першому (цокольному) останньому (верхньому), а іноді – мінус першому, другому, третьому поверхах (будівля, розташована на схилі і рельєф дозволяють організувати вихід з поверхів, розташованих нижче першого або цокольного) використовують під ресторанну групу приміщень, для розміщення вертикальних комунікацій (ліфти, сходи), під приміщення адміністрації, ігрові зали і т.п. Іноді на першому поверсі розташовують номери, що призначені для людей з захворюваннями опорно-рухового апарату та інвалідів [50–51].

До складу приміщень житлової групи входять: номери і спальні кімнати (наприклад, у дитячих таборах), спальні будиночки; коридори; куточки відпочинку; рекреаційні зони, зокрема вітальні, холи, балкони, галереї та ін.; господарські приміщення (кімнати завідувачки, покоївок, прибиральниць, кімнати для зберігання чистої і забрудненої білизни, інвентарні і комори, сортувально-сервізна, кімната для чергової на поверсі. Якщо на поверсі знаходяться ключі від номерів, то розрахунок з клієнтами може проводитись також у цих кімнатах для чергових; ліфтові холи на кожному поверху [47–48].

Особливе значення в санаторно-курортних закладах мають номери, які є основним елементом житлової частини, де клієнтові надають можливість відпочинку в будь-який час доби, різні види зв'язку (зокрема, з різними службами санаторно-курортного закладу), а також можливість дотримання особистої гігієни і зручності користування особистими речами.

Номер є основним показником якісного стану матеріально-технічної бази і комфортного перебування в санаторно-курортному закладі. Якість самого номера визначають за рядом ознак: архітектурно-планувальне рішення (площа і

форма кімнат, наявність балконів, галерей тощо); тип номера (кількість кімнат і ліжко-місць); відсоткове співвідношення номерів різних типів; наявність або відсутність санвузлів і їх оснащення (ванна, духова кабінка, умивальник, біде, джакузі); устаткування і меблювання. Якість номерного фонду впливає і на вартість будівництва, устаткування, реконструкції і переобладнання санаторно-курортного підприємства.

У більшості санаторно-курортних закладів, що були побудовані за часів СРСР, номери поєднані в блоки, коли 2–3 житлових кімнати мають спільний санвузол [49].

Загальна площа номера складається з декількох частин: житлової кімнати або декількох кімнат, передньої, санвузла (може входити або не входити в структуру номера залежно від категорії готелю або типу засобу розміщення).

Державні стандарти передбачають такі мінімальні вимоги до номерів:

- ширина номерів має бути – не менше 2,4 м;
- ширина передпокоїв в номерах – не менше 1,1 м;
- висота підсобних приміщень має бути не менше 2,1 м [48].

Площа житлової кімнати має бути не менше 8 м². Площа житлової кімнати на одну особу, що проживає у будинках:

- цілорічного функціонування – не менше 6,0 м²;
- сезонного (літнього) функціонування – не менше 4,5 м²;
- для таборів – не менше 4,0 м² [47–48, 50].

Санвузол у номерах має бути обладнаний умивальником, унітазом, ванною або душем (повний санвузол). За відсутності санвузла в номері засоби розміщення повинні мати санітарні об'єкти загального користування (з розрахунку один унітаз, один умивальник і один душ не більше ніж на 10 чоловік, окремо для жінок та чоловіків) [50].

Окрім зазначених приміщень у санаторіях і на турбазах виникає необхідність в організації спеціальних зон денного відпочинку як громадських, так і індивідуальних, до яких пред'являють низку вимог (табл. 11.2) [48–49].

Таблиця 11.2 – Спеціальні зони денного відпочинку

<i>Найменування</i>	<i>Визначення і мінімальні вимоги</i>
<i>Балкон</i>	відкритий майданчик, який виступає із стіни і має огорожу. Мінімальні вимоги: ширина – 1,2 м, висота огорожі не менше 1,2 м
<i>Веранда</i>	критий балкон або тераса навколо будинку або впродовж однієї стіни. Зазвичай – це неопалювальне приміщення вбудоване або прибудоване (з пристроєм покриття) до будівлі, закрите, як таке, що не має обмеження по глибині. Крім того, приміщення, до якого вона примикає, окрім світла через веранду, за необхідності повинне мати незалежне природне освітлення
<i>Лоджія</i>	перекрите і захищене з трьох боків приміщення, що відкрите в зовнішній простір, має огорожу. Мінімальні вимоги: ширина – 1,4 м, висота огорожі не менше 1,2 м
<i>Тераса</i>	літня прибудова до житлового приміщення з дахом на стовпах (часто – закрите)

При облаштуванні номерів враховують специфічні вимоги з обслуговування інвалідів і малорухливих осіб, зокрема, враховують ширину отвору вхідних дверей в номер і решти дверей. Меблі мають бути відповідної висоти, щоб людина, яка сидить, з легкістю могла виконувати всі необхідні операції. Площа санвузла має бути більше площі стандартного, оскільки існує необхідність переміщення людини в інвалідній колясці або з милицями. Крім того, ванну, унітаз, біде обладнують поручнями, а в душовій кабіні до поручня можуть додавати ще і спеціальний табурет.

Група службових, господарських приміщень включає:

- побутові приміщення персоналу закладу (вестибюль, гардероб, інші побутові приміщення);
- окремі приміщення для чистої і забрудненої білизни (білизняні і центральна білизняна для всього закладу);
- ремонтні майстерні (слюсарна й столярна, малярна, електроустаткування і слабкострумкових пристроїв);
- склади меблів, інвентарю, будівельних і ремонтних матеріалів і т.д.;
- гаражі, елінги і т.п. [47–48].

Групу приміщень інженерного устаткування використовують для розміщення інженерного та технічного устаткування й обладнання, що належить до систем життєзабезпечення будівлі (опалення, вентиляція та кондиціонування повітря, водовідведення та водопостачання); специфічних систем (системи пожежогасіння), транспортне устаткування (ліфти, ескалатори і т.п.); камери сміттєпровідження та сміттєпровід, білизнопровід та ін. [47–48].

Група приміщень культурно-масового обслуговування і рекреації призначена для проведення масових заходів, розважання та ін. (кіноконцертні, виставкові зали, бібліотеки, творчі майстерні та приміщення службі анімації і розважання, приміщення зі спортивним інвентарем, що надається клієнтам санаторно-курортних закладів та кімнати заняття різними видами спорту тощо) [47–48].

Група приміщень підприємств ресторанного господарства призначена для надання послуг харчування без або з вибором будь-якого варіанту у вигляді сніданку, дворазового або триразового харчування, типу харчування (дієтичне, національна кухня та ін.) [51]; є одним з найважливіших структурних елементів більшості санаторно-курортних закладів. За їх доступністю клієнтам закладу та стороннім особам поділяють на: 1) *відкриті* (загальнодоступні, але з переважним обслуговуванням проживаючих у закладі, що мають доступ як з закладу, так і з населеного пункту, де знаходиться заклад); 2) *закриті*, які обслуговують лише проживаючих санаторно-курортного закладу [48].

Вхід до закладів ресторанного господарства має бути з санаторно-курортного закладу, може мати окремий вхід з вулиці, може бути поєднаний переходом з іншими корпусами санаторно-курортного закладу у разі їх цілорічного функціонування. З погляду архітектурно-планувальних рішень до підприємств ресторанного господарства висувають такі вимоги: 1) розміщення торгових і неторгових приміщень відповідно до прийнятої об'ємно-

планувальної структури будівлі санаторно-курортного закладу (одно- або багатоповерхові), і з урахуванням технологічних особливостей кожної групи, у складі якої воно знаходиться або з якою сполучається; 2) взаємне розташування основних груп повинне забезпечувати їх найкоротші взаємозв'язки, чітке рішення без перетину потоків відвідувачів і персоналу чистого і немитого посуду, напівфабрикатів, сировини і відходів; 3) створення найбільш оптимальної структури приміщень ресторанного господарства в структурі закладу з можливою трансформацією цих приміщень [47–49].

Під час проектування окремих груп приміщень ресторанного господарства їх розміщують з урахуванням основних функцій приміщень: 1) складські приміщення розташовують, як правило, у підвалі, цокольному або на першому поверхах з боку господарського двору, з урахуванням їх зв'язку з розвантажувальними і виробничими приміщеннями; 2) виробничі приміщення компонують і розміщують у готелі з урахуванням найкоротших і зручних зв'язків зі складськими приміщеннями, роздавальною і мийкою столового посуду; 3) торгові приміщення розміщують з боку головного і бічних фасадів. У санаторно-курортних закладах типа курортних готелів підприємства ресторанного господарства завжди мають обов'язково два входи – з вулиці і безпосередньо з готельного підприємства для того, що б можна було обслуговувати не тільки відвідувачів готелю, але і міське населення; 4) адміністративно-побутові приміщення розміщують ізольовано від інших приміщень, але із урахуванням зручного зв'язку з ними. Часто адміністративно-побутові приміщення ресторанного господарства розташовують разом з адміністративно-побутовими приміщеннями закладу; 5) технічні приміщення розташовують, як правило, у підвалі з ізольованим від інших приміщень входом; 6) об'ємно-планувальну композицію приміщень ресторанного господарства в цілому визначають з урахуванням умов раціонального взаємозв'язку харчового блоку і обіднього залу, а так само – доставки їжі в номери [47–49].

Кількість підприємств ресторанного господарства в складі санаторно-курортного закладу, їх обов'язкова наявність і кількість місць залежить від кількості місць, типу засобу розміщення категорії готелю (деякі курортні готелі мають категорії).

На сучасних підприємствах ресторанного господарства здійснюють такий виробничий цикл: 1) прийом і зберігання напівфабрикатів і сировини; 2) доготовування напівфабрикатів і доопрацювання сировини; 3) тепла обробка і оформлення блюд; 4) реалізація продукції, обслуговування клієнтів та розважання.

Залежно від виробничого циклу в структурі ресторанного підприємства виділяють основні *функціональні групи приміщень*: складські, виробничі, торгові, адміністративно-побутові.

Залежно від взаємного розташування торгових і неторгових приміщень ресторанного господарства виділяють такі **композиційні схеми** (рис. 11.6):

- *центрична схема* – у плані має форми близькі до квадрата або кола з

розташуванням обслуговуючих приміщень у центрі приміщення або будівлі ресторанного господарства, а обідніх залів із роздавальними – навколо виробничих. За такою схемою доцільно розташовувати підприємства ресторанного господарства з декількома залами (загального типу, дієтичного харчування і т.д.). Найбільший економічний ефект така схема дає за кількості місць від 200;

- *фронтальна схема* – характерна розташуванням торгових приміщень за найдовшою віссю будівлі паралельно неторговим приміщенням. Відмітною особливістю таких приміщень або будівель стає їх витягнута форма;

- *глибинна схема* – ґрунтується на розташуванні неторгових приміщень за торговими в глибині будівлі (обідній зал примикає до блоку кухні короткою стороною). Ця схема доцільна для невеликих підприємств (до 100 місць), які затиснуті іншими приміщеннями або будівлями;

- *кутова схема* – характерна розміщенням блоку кухні в одному з кутів плану так, що своїми двома боками він примикає до обіднього залу. Використання такої схеми доцільне для підприємства місткістю 200 і більше місць з декількома відособленими залами, що розташовують на наріжних ділянках забудови;

- *роз'єднана схема* – ґрунтується на розташуванні торгових приміщень навколо неторгового. Ця схема зручна для ресторанного господарства з двома торговими залами (наприклад, загального і дієтичного харчування) [48–49].

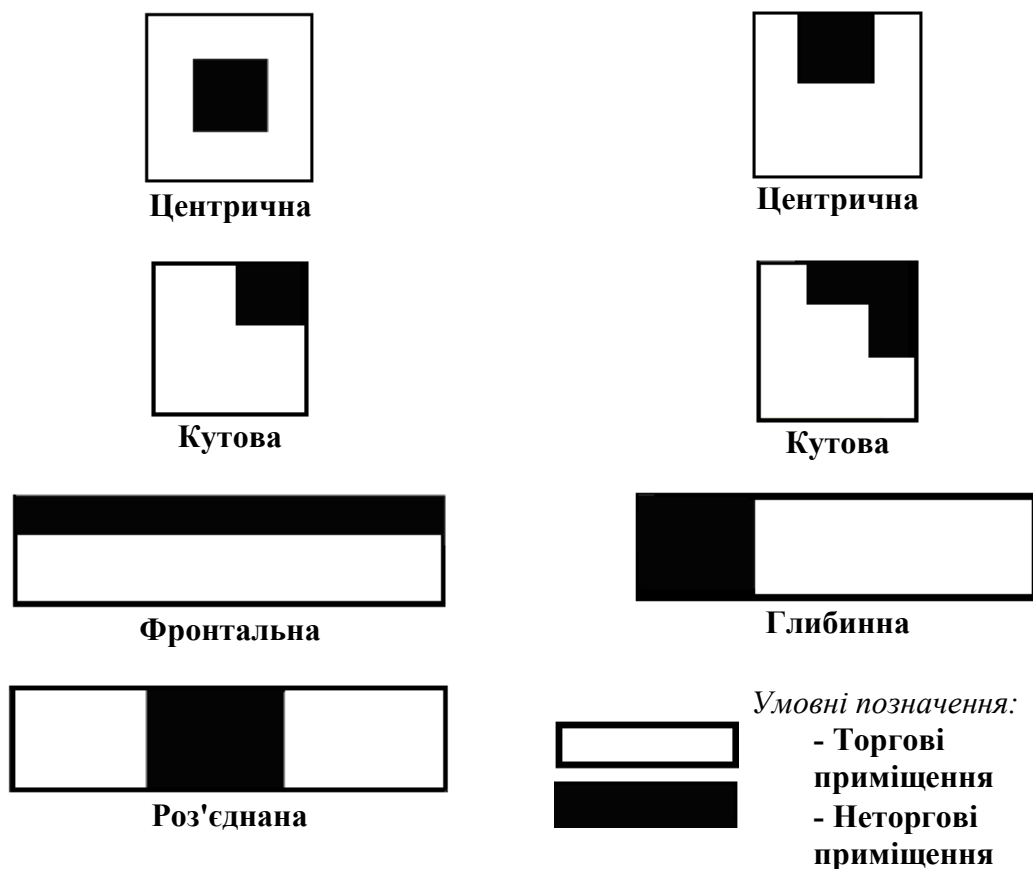


Рисунок 11.6 – Композиційні схеми компонування торгових і неторгових приміщень ресторанного господарства [48]

Група приміщень торгово-побутового обслуговування призначена для надання додаткових послуг гостям (послуги торгових підприємств, хімчисток, фотоательє, косметичних салонів і SPA-центрів, перукарень, вузлів зв'язку і т.д.). Наявність таких приміщень і торгових підприємств залежить від типу санаторно-курортного закладу, його місткості, відстані від населених пунктів.

Пральню і хімчистку розташовують в блоці господарських приміщень. Пральня при санаторно-курортному закладі повинна мати приміщення, які розташовують у порядку технологічної потокової обробки білизни: кімната для сортування і тимчасового зберігання забрудненої білизни, пральний цех, головний цех, центральна білизняна (цех тимчасового зберігання чистої білизни). При цьому забезпечується вільний доступ до технологічного устаткування таким чином, що б рух потоків забрудненої і чистої білизни не перетинався і доступ до устаткування був вільний [47–48].

Група приміщень лікувально-діагностичного призначення присутня в санаторно-курортних закладах і в курортних готелях. До складу цієї групи, який залежить від профілю закладу і його місткості, можуть входити:

- процедурні кабінети (масажні, кімната занять лікувальною фізичною культурою, кімнати електрофорезу, тренажерні зали, солярії, аеросолярії, галокамери і т.д.);
- приміщення бальнеолікування (басейни та камери з мінеральною та прісною водою, з лікувальною гряззю, душеві тощо);
- кабінети діагностики (рентгенографічні, флюорографічні кабінети, кабінети ультразвукового дослідження та ін.), відділення з кабінетами функціональної діагностики;
- кабінети лікарів, консультантів, медперсоналу;
- стоматологічний кабінет;
- аптека;
- автоклавна тощо [48].

Група приміщень навчального призначення зустрічається в закладах цілорічного функціонування, де організовано навчання дітей, які потребують тривалого перебування в санаторно-курортному закладі, у школі – структурному підрозділі санаторно-курортного закладу [48].

Окремо варто розглянути **відкриті площадки та майданчики** за межами будівель і корпусів, які є невід'ємним елементом санаторно-курортних закладів та можуть бути використані з різноманітними цілями, а саме:

- майданчики для паркування та зупинок автотранспорту;
- пляжі (зокрема лікувальні), що використовують для таласотерапії, плавання, закаливання, розважання, занять водними видами спорту;
- доріжки, які використовують для прогулянок, лікувальної ходьби та теренкуру;
- спортивні площадки, що використовують для занять гігієнічною лікувальною гімнастикою, масовими спортивними заходами, різними видами спорту (баскетбол, волейбол, футбол, теніс і т.д.); відкриті басейни; дитячі

гральні та спортивні майданчики з відповідним обладнанням та знаряддям тощо [13, 48].

ТЕМА 12 УПРАВЛІННЯ САНАТОРНО-КУРОРТНИМИ ЗАКЛАДАМИ

Ключові слова: санаторно-курортний режим, функції управління, механізм управління, якість, ефективність.

12.1 Правове-регулювання діяльності санаторно-курортних закладів

За сучасних економічних умов розвиток закладів санаторно-курортної сфери спроможний відіграти ключову роль у відтворювальних процесах як на рівні туристської дестинації, так і на рівні національної економіки. Більшість закладів санаторно-курортної сфери, діяльність яких тісно пов'язана з регулярними державними дотаціями, неспроможні швидко адаптуватися до нових економічних умов і, як наслідок, є неконкурентоспроможними на туристичному ринку. Це пов'язано зі зношеністю матеріально-технічної бази, слабким інноваційним потенціалом, неефективними маркетинговою та кадровою політикою, недостатністю інвестицій, сезонним характером функціонування, недосконалість нормативно-правової бази тощо.

Регламентация санаторно-курортної діяльності в Україні базується на системі нормативно-законодавчих актів, які розроблялися за різних структур державного управління вітчизняним санаторно-курортним комплексом.

Систему нормативно-правового забезпечення регулювання розвитку санаторно-курортних закладів в Україні наведено на рисунку 12.1.

Недосконалість нормативно-правового забезпечення санаторно-курортної діяльності, викликане наявністю суперечностей у нормативних документах, які її регулюють, і складностей організаційного механізму обігу безоплатних і частково оплачуваних за державні кошти санаторно-курортних путівок тощо [52].

12.2 Концепція маркетингу в управлінні санаторно-курортною діяльністю

Санаторно-курортний маркетинг – концепція управління санаторно-курортною організацією, яка передбачає всебічне вивчення потреб клієнтів у курортному лікуванні та відпочинку для найбільш повного їх задоволення шляхом комплексних зусиль з виробництва, реалізацію і просування санаторно-курортного продукту на конкурентному ринку з метою отримання прибутку і досягнення інших цілей організацією.

Як концепція управління рекреаційним підприємством курортний маркетинг, на відміну від його використання як допоміжної функції щодо забезпечення виробництва і збуту санаторно-курортних послуг, акцентує увагу на орієнтацію всієї сукупності господарських функцій курортного підприємства

(виробничої, постачальницької, збутової, кадрової, фінансової та т.п.) щодо задоволення конкретного ринкового попиту різних соціальних груп рекреантів, а отже, і на облік ринкової кон'юнктури, вивчення потреб покупців санаторно-курортних послуг.

До цілей маркетингу в управлінні санаторно-курортною діяльністю зараховують: утримання своїх позицій на ринку курортних послуг (*стратегія виживання*); проникнення на нові ринки (*стратегія зростання*); отримання надвисоких прибутків (*стратегія «зняття вершків»*); диверсифікація продукту; соціальні цілі.

Головна мета санаторно-курортного маркетингу – досягти відповідності між можливостями (пропозицією) рекреаційної організації і потребами (попитом) клієнтів для досягнення основної мети санаторно-курортної організації – отримання прибутку.

Комплекс курортного маркетингу складають п'ять основних елементів (продукт (*product*), ціна (*price*), просування (*promotion*), місце (*place*), персонал (*people*), сформованих після проведення маркетингових досліджень та аналізу отриманої інформації. Виходячи з цього, розробляють програму маркетингу, визначають позиції рекреаційного продукту на ринку і напрямок впливу на певний ринковий сегмент.

Одним з основних принципів курортного маркетингу є принцип зворотного зв'язку.

Функції курортного маркетингу: 1) аналітична функція (вивчення ринку, споживача, конкурентів, продукту і внутрішнього середовища закладу); 2) виробнича функція (заходи щодо вдосконалення санаторно-курортного продукту і підвищенню його конкурентоспроможності, управління якістю обслуговування і рівнем сервісу); 3) ціноутворення; 4) збут (організація продажів санаторно-курортного продукту, формування попиту і стимулювання збуту); 5) просування продукту на ринку; 6) управління і контроль (організація стратегічного й оперативного планування закладу, комунікативна політика всередині підприємства, контроль за реалізацією маркетингових планів та ін.).

Маркетинг у сфері санаторно-курортних послуг включає в себе:

1) *зовнішній маркетинг* – визначає роботу санаторію з формування цін, реалізації путівок, просуванню санаторних послуг;

2) *внутрішній* – весь комплекс взаємовідносин адміністрації санаторного закладу з персоналом (навчання, мотивацію, просування по службі тощо), спрямований на прилучення кожного працівника до маркетингової діяльності та забезпечення високої якості обслуговування відпочиваючих;

3) *інтерактивний* – визначає вміння персоналу обслужити клієнта.

Результат курортного обслуговування – задоволеність рекреанта – складається не тільки з технологічної (матеріальна частина санаторного продукту: рівень лікувальної бази, комфортність номерів, організація харчування і т.д.), а й функціональної складової (безпосередньо процес надання санаторних послуг, у здійсненні якого провідну роль відіграє добре підготовлений і вмотивований персонал).

НОРМАТИВНО-ПРАВОВЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ РЕГУЛЮВАННЯ РОЗВИТКУ САНАТОРНО-КУРОРТНИХ ЗАКЛАДІВ В УКРАЇНІ

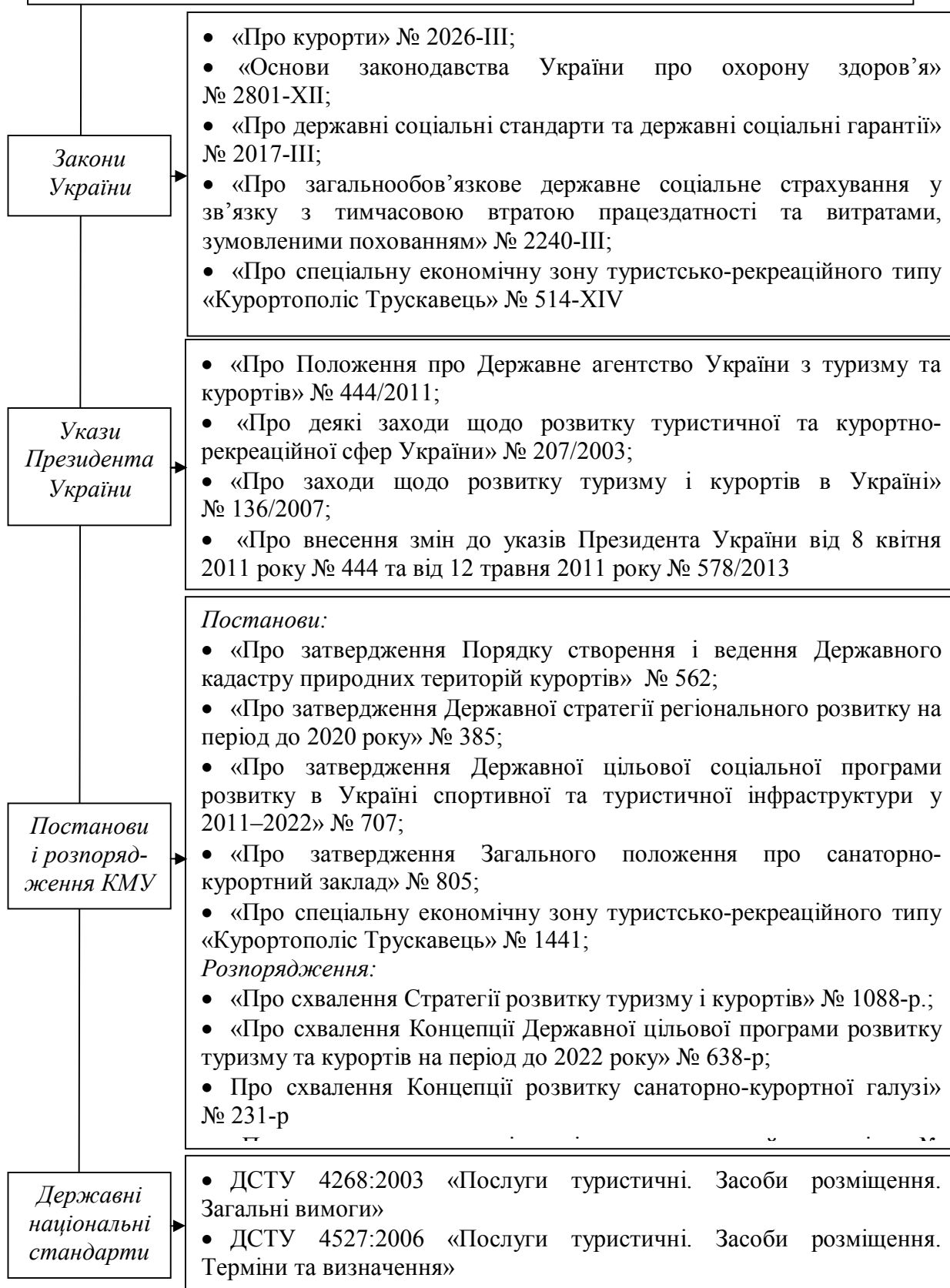


Рисунок 12.1 – Нормативно-правове забезпечення регулювання розвитку санаторно-курортних закладів в Україні

Прийняття організацією маркетингової стратегії як підприємницької стратегії неминуче тягне зміну підходів і прийомів створення та функціонування організаційної структури санаторію. У процесі своєї діяльності служба маркетингу тісно взаємодіє з іншими підрозділами санаторного закладу: з підрозділами обслуговування (медична служба, розміщення, харчоблок, культмасова служба) її пов'язує двосторонній обмін інформацією про рівень сервісу, даними про завантаження санаторію, проведенні внутрішніх маркетингових досліджень; з бухгалтерією відбувається постійна взаємодія з виконання договорів реалізації путівок, формування бази даних для ціноутворення; з планово-економічною службою – щодо спільної розробки та виконання господарсько-фінансового плану санаторію, ціноутворення, аналізу результатів роботи.

12.3 Кадровий склад закладів санаторно-курортного комплексу

Одна з умов успішної діяльності санаторно-курортних закладів в умовах ринкової економіки – ефективна система управління, побудована на сучасних теоріях менеджменту [53]. Ключовою фігурою в цьому процесі виступає менеджер, від якого залежить реалізація кожної управлінської функції.

Сьогодні досить актуальними є проблеми підготовки, навчання, підвищення кваліфікації сучасних керівників санаторно-курортних закладів.

Кожному з рівнів управління санаторно-курортного закладу відповідає певний персонал.

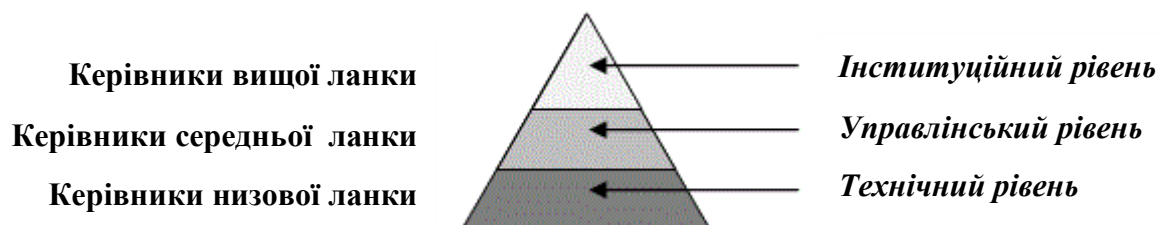


Рисунок 12.2 – Рівні управління санаторно-курортного закладу

До керівників вищої ланки санаторно-курортних закладів на рівні підприємства зараховують *головного лікаря* – особа, яка має успішно справлятися з управлінням не лише медичними процесами (профілактичними, діагностичними, лікувальними), але й мати спеціальні знання в галузі державного управління, соціальної медицини, економіки, охорони здоров'я, кадрової політики.

Керівники середньої ланки координують і контролюють роботу молодших начальників – це заступники головного лікаря з фінансової роботи, з економічної роботи, з лікувальної роботи, з поліклінічної роботи, з технічної роботи, з загальногосподарської роботи, директор будинку культури санаторію та інші.

Керівники низової ланки (операційні керівники) – це організаційний

рівень, який знаходиться безпосередньо над не управлінськими працівниками (завідуючі відділеннями, головна медсестра, лікар з дієтхарчування, шеф-кухар їдальні, механік гаража, виконроб деревообробної дільниці, начальник відділу постачання, завідуючий продовольчим складом, завідуючий матеріальним складом, технік зеленого господарства, начальник служби опалення та інші).

Професійно-кваліфікаційна структура кадрового складу санаторно-курортного закладу передбачає наявність стандартного набору посадових категорій, які можна об'єднати в такі групи:

1) *адміністративно-управлінський персонал*: директор, заступники директора з господарських, фінансово-економічних питань, головний лікар, головний бухгалтер. Основна функція – вирішення конкретних господарських, фінансових та медичних питань.

2) *спеціалісти* – працівники різних відділів і служб (інженери, інструктори, економісти, бухгалтери, методисти, технологи). Фахівці можуть підрозділятися на три підгрупи: фахівці наскрізні; фахівці міжгалузеві; фахівці галузеві або технологічні. Основна функція – кваліфікована і технологічна розробка та реалізація конкретних рішень.

3) *кадри масових професій* – кваліфіковані робітники (кухарі, дієтсестри, кухонні працівники, офіціанти, бармени, водії, електрики, слюсарі-сантехніки, покоївки, теслі, працівники пральні, прибиральники, мийники посуду, двірники, робітники підсобних господарств, механіки, садівники, пожежні та ін.). Основна функція – реалізація та забезпечення технологічного циклу санаторно-курортного обслуговування відпочиваючих.

4) *службовці* – працівники розумової праці, які не потребують спеціальної освіти (секретарі, діловоди, касири і т. д.). Основна функція ведення діловодства, нормативної документації, виконання оперативнотехнічних завдань.

5) *аніматори туризму* – організатори самодіяльного туризму, інструктори, інструктори-методисти, культорганізатори. Основна функція організація і проведення культурно-дозвіллевих заходів.

6) *працівники туризму* – кадри, зайняті безпосередньо туристсько-екскурсійним обслуговуванням.

7) *медичний персонал*. Основна функція – здійснення лікувально-оздоровчих заходів.

Основні види (функції) професійної діяльності менеджерів санаторно-курортної справи:

– розробка та реалізація послуг курортно-рекреаційної спрямованості, орієнтованих на профілактику та усунення психічних і фізичних перенапруг рекреантів;

– конструювання лікувальних туристських циклів санаторно-курортного обслуговування рекреантів;

– організація управлінської та комерційної діяльності в санаторно-курортних комплексах.

Професійну мобільність менеджерів санаторно-курортної справи складають:

1) *менеджери (управлінці) вищої ланки*: директор санаторно-курортного закладу, заступники директора санаторно-курортного закладу за господарськими та фінансово-економічними питань;

2) *менеджери (управлінці) середньої ланки по відділах санаторно-курортного закладу*:

- відділ реалізації путівок (менеджери з продажу, менеджери туризму, офіс-менеджери);
- рекламний відділ (менеджери з реклами);
- відділ культурно-масового обслуговування – туристсько-екскурсійна служба і служба анімації (керівники тургруп, екскурсіводи, гіді-провідники, аніматори туризму – інструктори-методисти, організатори самодіяльного туризму);
- служба розміщення – готель (адміністратор, асистенти адміністратора готелю, менеджери з прийому);
- служба харчування – ресторани, кафе, бари (менеджери ресторану, кафе, бару);
- відділ матеріально-технічного постачання (менеджери з постачання).

12.4 Організація дозвілля в санаторно-курортних закладах: анімаційний сервіс

Організація дозвілля рекреантів під час санаторно-курортного лікування за наявності великої кількості вільного часу поза проведення лікувальних процедур – одне з пріоритетних завдань фахівців курортного справи.

Основними проблемами в організації дозвілля в санаторно-курортних закладах є:

- недотримання їх профілю і спеціалізації, що зумовлює формування змішаного контингенту разом з різними, часто протилежними інтересами (дорослі й діти, сімейні і одинаки тощо);
- суперечності між необхідністю дотримання лікувального режиму і дозвіллевою активністю, особливо у вечірній час;
- відсутність контролю (недостатній контроль) за станом здоров'я хворих за їх участі в активних видах відпочинку;
- невідповідність форм і методів діяльності працівників сфери дозвілля культурному рівню відпочиваючих;
- відставання матеріальної бази сфери дозвілля від сучасних вимог;
- порушення загального шумового режиму, умов комфорту відпочинку тих людей, які не беруть участі в дозвіллевих заходах тощо.

Традиційні форми організації дозвіллевої діяльності в умовах санаторно-курортного закладу наведені на рисунку 12.4.

Наявність анімаційного сервісу може сприяти прискоренню досягнення рекреаційного ефекту – збереженню й відновленню здоров'я людини (соматичного, фізичного, психічного, морального).

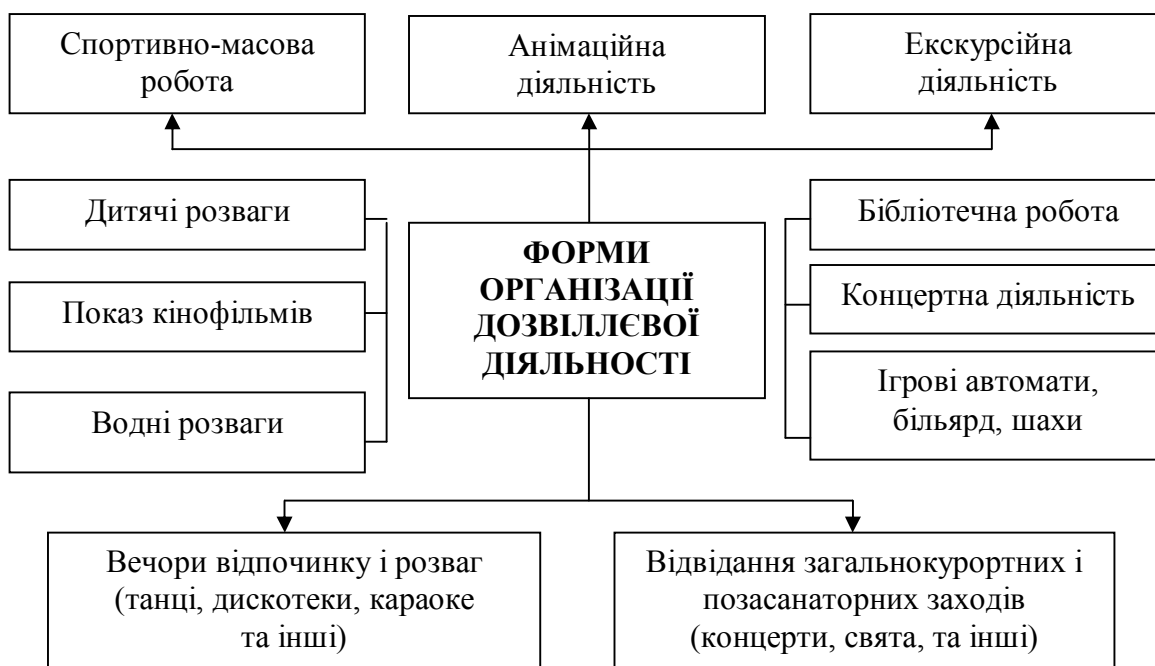


Рисунок 12.3 – Форми організації дозвіллевої діяльності в санаторно-курортних закладах [3, с. 365]

Вибір конкретних форм дозвіллевої діяльності обумовлено можливостями матеріально-технічної бази санаторно-курортного закладу, його місця розташування, наявності природних чинників (гір, водойм, лісу), контингенту відпочиваючих (дорослі, діти, сім'ї), рівня професійної підготовки фахівців.

Як один із напрямків культурно-дозвіллевої діяльності анімацію розуміють як комплекс з розробки й надання спеціальних програм проведення вільного часу, організації розваг і спортивного проведення дозвілля. Як комплексна рекреаційна послуга анімація базується на особистій комунікації аніматора з гостем, їх спільній участі в заходах, зазначених анімаційною програмою, структура якої залежить від кількості й контингенту відпочиваючих, розташування об'єкта, персоналу, графіків харчування, екскурсій і ін.

Аніматор – фахівець із формування й просування туристсько-спортивного продукту на туристському ринку й організації спортивно-оздоровчої діяльності туристів [3, с. 371].

З обліком сприятливих зовнішніх умов формула реалізації анімаційного проекту виглядає в такий спосіб (див. рис. 12.4). Важливу роль в концепції анімації займає відповідність єдиному фірмовому стандарту, стилю.

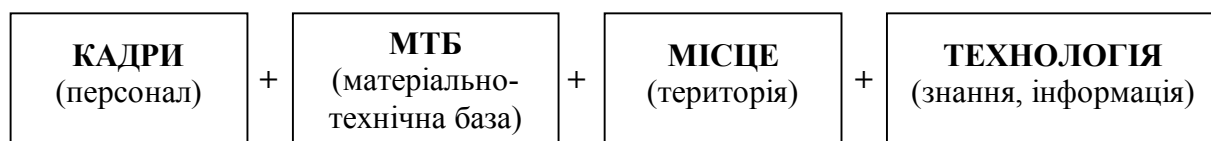


Рисунок 12.4 – Формула реалізації анімаційного проекту

Матеріально-технічна база сектора анімації санаторно-курортного комплексу включає:

- спортивний інвентар, обладнання для проведення спортивних заходів (м'ячі, дартс, ракетки, кульки для настільного і великого тенісу, пістолети, пневматичні, луки, стріли і т. д.);
- театральний реквізит (костюми, декорації, аудіозаписи та ін.);
- дискотехніка (світлова та музична апаратура, колекція лазерних дисків із музикою, мікрофони та ін.);
- додатковий інвентар (канцелярія, стенди та ін.).

З метою підвищення атрактивності дозвіллевих програм часто залучають шоу-колективи, рівень вартості послуг яких залежить від кількості артистів, що беруть участь у заході, їх професійного рівня, жанру, у якому працюють, наявності своєї апаратури, розташування об'єкта для виступів, часу виступу, періодичності, дати (у святкові дні вартість послуг зростає на 50–150 %), якості реквізиту й костюмів, використання спецефектів і ін.

Готельна анімація робить вагомий внесок у виконання всіх умов позитивного перетворення потреб туриста (гостя) на його задоволеність.

Значення анімаційного сервісу полягає: 1) у підвищенні якості, розмаїтості і привабливості готельного продукту і турпослуг; 2) підвищенні якості обслуговування гостей; 3) збільшенні кількості постійних гостей і попиту на готельний продукт завдяки повторним зверненням; 4) збільшенні навантаження й підвищення ефективності використання матеріально-технічної бази готельного підприємства; 5) створенні позитивного іміджу і репутації підприємства; 6) зростанні прибутковості й рентабельності діяльності підприємства в цілому [54].

Отже, анімаційні послуги можна вважати джерелом додаткового прибутку готелю, його іміджевою компонентою, що впливає на формування позитивної репутації. При розробці анімаційних програм, окрім враховування соціально-демографічних характеристик споживачів санаторно-курортних послуг, необхідно закладати перспективну прибутковість (виручку від продажу квитків на дискотеки міських нічних клубів, культурно-розважальні заходи, екскурсії; виручку від надання харчування та інших додаткових послуг; встановлення постпродажної комунікації з гостем з метою повторного залучення тощо).

12.5 Забезпечення якості й ефективності діяльності санаторно-курортних закладів

Організація санаторно-курортної справи в Україні відбувається на трьох рівнях:

1) *вищому* – формують державні органи керування курортами і туризмом. Основні функції: 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. д.); підготовка кадрів: курортологів різних спеціальностей;

2) *середньому* – виробники лікувальних послуг (санаторно-курортні установи (санаторії і пансіонати з лікуванням); некурортні установи (санаторії-профілакторії, заводи розливу мінеральних вод, виробники лікувальних грязей). Функції управлінців цього рівня багатопланові: забезпечення лікувального процесу на курорті; організація анімаційної і спортивної програми для відпочиваючих; забезпечення господарської діяльності курорту; фінансово-економічна діяльність курорту.

3) *низовому* – реалізатори розподілу лікувальних послуг (фонд соціального страхування, що займається викупом і розподілом курортних путівок за пільговими цінами; турфірми, що викупувають і продають споживачам лікувальні тури) [55].

Згідно з Законом України «Про курорти» [1], управління у сфері діяльності курортів здійснюють Кабінет Міністрів України, спеціально уповноважений центральний орган виконавчої влади з питань діяльності курортів, обласні, Київська державна адміністрація, інші органи виконавчої влади та органи місцевого самоврядування. За Методикою розрахунку обсягів туристичної діяльності [56], санаторно-курортні та оздоровчі заклади зараховують до суб'єктів господарювання туристської галузі.

Суб'єктів державного управління курортами України можна умовно розділити на три рівні: вищий, середній, мікрорівень.

Зважаючи на те, що згідно з Національним класифікатором видів економічної діяльності, курортне господарство частково належить до секції N «Охорона здоров'я і соціальна допомога» та N «Готелі та ресторани», активну участь в його розвитку бере Міністерство охорони здоров'я України. Проте відсутність чіткого розподілу повноважень між центральними органами виконавчої влади у сфері стратегічного розвитку рекреаційного господарства є значним недоліком системи управління санаторно-курортними закладами України.

Система управління курортно-рекреаційними закладами значною мірою визначається їх організаційно-правовою формою, формою власності та відомчим підпорядкуванням.

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 цій сфері.

Процес управління якістю становить цілеспрямовану координацію й контроль курортного підприємства щодо якості надаваних послуг.

Санаторно-курортні послуги – послуги з надання санаторно-курортної допомоги, проживання, харчування, проведення дозвілля й інші сервісні послуги, надавані в санаторно-курортних організаціях [57].

До характеристик якості санаторно-курортних послуг зараховують: компетентність, надійність, чуйність, доступність, розуміння, комунікацію, довіру, безпеку, ввічливість, відчутність.

Існує декілька підходів до розуміння управління якістю в санаторно-курортному господарстві: 1) управління якістю як дія, контрольована організацією, що спрямована на забезпечення відповідності якості встановленим стандартам; 2) управління якістю як здатність задовольняти або перевищувати очікування клієнта.

Ефективність роботи підприємств санаторно-курортного комплексу проявляється в ступені задоволення потреб, пов'язаних з оздоровленням і лікуванням за рахунок споживання санаторно-курортних продуктів, а також в розмірі одержуваного прибутку (економічна ефективність).

Основні методи і способи (інструменти) впливу на ефективність роботи підприємств санаторно-курортного комплексу наведені в таблиці 12.1.

Таблиця 12.1 – Методи і способи (інструменти) впливу на ефективність роботи підприємств санаторно-курортного комплексу

Метод	Зміст методу	Спосіб впливу
1	2	3
<i>Економічний</i>	фінансова стабілізація підприємства, підвищення конкурентоспроможності, вибір джерел фінансування витрат, наявність матеріальної зацікавленості працівників у наданні послуг, підвищення рівня продуктивності праці та ін.	ціноутворення, оподаткування, кредитування, інвестування, оплата праці та ін..
<i>Соціальний</i>	забезпечення державної підтримки населення з метою оздоровлення, відпочинку реабілітації; підвищення духовно-культурного виховання; підвищення кваліфікації персоналу, кадрова забезпеченість, соціальна активність працівників та ін.	пільгові програми, мотивація праці та ін.
<i>Психологічний</i>	формування психологічного клімату в колективі, мотивація праці та інше	мінімізація психологічних конфліктів (скандали, стреси); психологічна орієнтація на «кар'єрні сходи» й ін.
<i>Технічний</i>	своєчасне відновлення устаткування, автоматизація процесу виробництва санаторно-курортного продукту та ін.	нове обладнання, транспорт, ремонт приміщень та ін.
<i>Технологічний</i>	удосконалювання існуючих і впровадження нових технологій з обслуговування відпочиваючих	впровадження нових програмних продуктів, нових технологій в ефективному використанні природно-рекреаційних ресурсів та ін.
<i>Збутовий</i>	приведення у відповідність співвідношення ціни і якості на	застосування інноваційної реклами, гнучка система

Продовження таблиці 12.1

1	2	3
	санаторно-курортний продукт; поліпшення контакту зі споживачами та ін.	знижок та ін.
<i>Маркетинговий</i>	дослідження попиту на послуги, пошук нових ринків збуту, реклама та ін.	анкетування, аналіз ринкових можливостей підприємства, вивчення поведінки конкуrentів та ін.
<i>Екологічний</i>	ефективне використання, охорона й відновлення природно-рекреаційних ресурсів, мінімізація антропогенного впливу на навколишнє середовище та ін.	створення «зелених територій»
<i>Правовий</i>	правове регулювання діяльності підприємств та ін.	законодавчі акти, нормативні документи; установлення правил регулюючу діяльність персоналу та ін.
<i>Організаційний</i>	удосконалювання організаційно- виробничого процесу	інструктування, регламентування

З метою досягнення максимального ефекту від використання того або іншого методу з метою підвищення ефективності роботи санаторно-курортного підприємства необхідно визначити мету конкретного методу (підвищення ефективності роботи певного підприємства) й спосіб впливу суб'єкта управління (інструменти й важелі, за рахунок яких буде застосовуватися той або інший метод) на об'єкт (санаторно-курортне підприємство) [58].

Загальну ефективність діяльності санаторно-курортного закладу визначають на основі розрахунку інтегральної оцінки ефективності діяльності санаторно-курортного закладу з урахуванням оцінювання його економічної, медичної і соціальної ефективності.

Україна володіє найрізноманітнішими природно-рекреаційними ресурсами, на базі яких функціонують санаторно-курортні заклади. Проте функціонування цих закладів не можна назвати ефективним через низку причин, що роблять галузь не конкурентоспроможною:

- імідж України та її санаторно-курортних регіонів як місць, непривабливих для закордонних туристів;
- відсутність за кордоном та в Україні реклами санаторно-курортних можливостей держави;
- нерозвинена санаторно-курортна інфраструктура;
- невисока якість обслуговування, невідповідність ціни та якості послуг;
- гостра конкуренція на ринку;
- недостатня державна підтримка розвитку санаторно-курортної діяльності;

– дефіцит інвестицій у розвиток відповідної інфраструктури курортів [59];

– недосконалість нормативно-правового забезпечення санаторно-курортної діяльності, охорони і раціонального використання природних лікувальних ресурсів;

– якість професійної підготовки кадрового складу санітарно-курортних і оздоровчих закладів;

– відсутність механізму антикризового менеджменту санаторно-курортних закладів;

– загальна політична ситуація в країні тощо.

Сьогодні існує об'єктивна необхідність у зміні пріоритетів управління та приведення галузі до європейських стандартів, що не може обійтися без участі держави [60].

Заходи щодо покращення діяльності санаторно-курортних закладів повинні передбачати:

– удосконалення фінансово-економічних механізмів підтримки;

– відтворення та раціональне використання природно-рекреаційних ресурсів;

– можливе проведення роздержавлення та приватизації санаторно-курортних закладів;

– сприяння залученню інвестицій в розвиток відповідної інфраструктури;

– вихід на міжнародні ринки.

Одним з важливих кроків до ефективного управління санаторно-курортним закладом є визначення ринкової стратегії підприємства на довгострокову перспективу, виходячи з природних, економічних та соціальних особливостей певного курорту.

Стратегічне управління в санаторно-курортній галузі передбачає організацію власного потенціалу з чіткою орієнтацією на ринкову ситуацію, що забезпечуватиме розвиток санаторно-курортних закладів [55]. Суть його полягає в усвідомленні єдності процесу і результату спільної роботи лікарів, обслуговуючого персоналу у конкуренції за відпочиваючого.

Формування державної стратегії розвитку курортно-рекреаційного господарства України є актуальною проблемою в зв'язку з такими чинниками:

1) необхідністю масового оздоровлення населення країни;

2) забезпечення конструктивної взаємодії органів державної влади України та її суб'єктів щодо комплексного раціонального використання природно-рекреаційних ресурсів та його збереження;

3) курортно-рекреаційні комплекси України мають велике національне та міжнародне значення: сприяння соціально-економічному прогресу та пришвидшення інтеграції України у світову економічну систему.

На шляху формування стратегії розвитку санаторно-курортного комплексу важливим є аналіз внутрішнього середовища – самої організації, визначення сильних та слабких сторін діяльності, потенціалу розвитку, оцінку дієздатності існуючої структури управління, системи комунікацій між

підрозділами та відділами закладу, чітке визначення та дотримання у роботі функціональних обов'язків персоналу, 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 тощо.

Для вдосконалення організації санаторно-курортного лікування та забезпечення сталого розвитку курорту необхідно досконало знати зовнішнє оточення оздоровниці, враховуючи вплив сукупності факторів на 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. Аналіз зовнішнього середовища та можливостей санаторно-курортного комплексу дозволяє визначити ринкові шанси – потенціал попиту, що не задовольняється сформованою на ринку пропозицією.

Існують такі **основні стратегії розвитку курорту** [55]:

1. *Стратегія кардинальної зміни* – застосовується у разі зменшення завантаженості курорту (за необхідності можливий варіант репрофільювання закладу).

2. *Стратегія збереження зростання* – спрямована на підтримку низького рівня зростання за несприятливих зовнішніх умов, на залучення відпочиваючих завдяки впровадженню нових послуг (медичних і анімаційних).

3. *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.

4. *Стратегія вибіркового зростання* – обирається курортом, орієнтованим на визначений сегмент ринку.

Санаторно-курортна система вимагає розроблення особливих принципів управління, оскільки пов'язана, з одного боку, з експлуатацією природних лікувальних ресурсів, а, з другого – з організацією лікувального процесу. Отже, діяльність санаторно-курортного закладу має бути спрямована на відновлення та поліпшення функцій людської життєдіяльності за умови раціонального використання природних рекреаційних ресурсів [53].

ДОДАТКИ

Таблиця А.1 – Типи клімату в санаторно-курортному лікуванні: лікувальний ефект, показання й протипоказання

Тип клімату	Лікувальний ефект	Показання	Протипоказання
1	2	3	4
<i>Континентальний клімат степів</i>	мікоцидний, секреторний, гіпотензивний, нейрорегуляторний, актопротекторний	захворювання дихальної системи (хронічний трахеїт, бронхіт з рясним виділенням секрету, емфізема легень, туберкульоз); гіпертонічна хвороба I–III стадії; постінфарктний кардіосклероз (1–2 міс.), гіпертрофічний і вазомоторний риніт, хронічний тонзиліт, фарингіт і ларингіт, неврози	ревматичний міокардит, недостатність кровообігу I–III стадії, ішемічна хвороба серця, стенокардія напруги III–IV ФК, атеросклероз судин нижніх кінцівок, облітеруючий ендартеріїт (тромбангіїт), варикозна хвороба, бронхіальна астма з частими нападами
<i>Континентальний клімат лісів</i>	седативний, нейро-регуляторний, актопротекторний, бронходренуючий, метаболічний, гіпотонічний, бактерицидний, репаративно-регенеративний	хронічні захворювання органів дихання (бронхіт, трахеїт, пневмонія, емфізема легенів, туберкульоз); гіпертонічна хвороба I–II стадії, постінфарктний кардіосклероз (1–2 мес), гіпертрофічний і вазомоторний риніт, хронічний тонзиліт, фарингіт і ларингіт, неврози	ревматичний міокардит, недостатність кровообігу II–III стадії, ішемічна хвороба серця, стенокардія напруги III–IV ФК, атеросклероз судин нижніх кінцівок, облітеруючий ендартеріїт, варикозна хвороба, бронхіальна астма з частими нападами
<i>Приморський клімат</i>	седативний, нейротрофічний, протизапальний (репаративно-регенеративний), актопротекторний, тонізуючий	захворювання органів дихання (хронічні бронхіти, пневмонії, сухий і ексудативний плеврит, бронхіальна астма), серцево-судинної системи (нейроциркуляторна дистонія всіх типів, ішемічна хвороба серця, стенокардія напруги I–II ФК, гіпертонічна хвороба I–II стадій, мітральні і аортальні пороки), шлунково-кишкового тракту (функціональні розлади шлунку і кішечника, дискінезії жовчовивідних шляхів),	гострі запальні процеси різної локалізації і хронічні у стадії вираженого загострення, ревматичний і інфекційно-алергічний ендо-, міо- і перикардит, ішемічна хвороба серця, стенокардія напруги вище III ФК з порушеннями ритму, недостатність

Продовження додатку А
Продовження таблиці А.1

1	2	3	4
		<p>ЛОР-органів, нервової системи (наслідки закритих травм головного мозку через 4–6 міс., неврастенію, вегето-судинні дисфункції, мігрень, токсичну енцефалопатію), сечостатевих органів (хронічний дифузний гломерулонефрит без порушення екскреторної функції нирок), ендокринної системи (гіпертиреоз, дифузний токсичний зоб без явищ тиреотоксикозу) і системи крові (анемії різних видів, хронічний лейкоз)</p>	<p>кровообігу II стадії, гіпертонічна хвороба II–III стадій, тиреотоксикоз</p>
<p><i>Середньо- (400–100 м) і високогірний (100–2500 м) клімат</i></p>	<p>репаративно- регенеративний, адаптаційно- трофічний, імунодепресивний, метаболічний, актопротекторний, детоксикаційний, гемостимулюючий, бактерицидний</p>	<p>хронічні запальні захворювання органів дихання (бронхіт, трахеїт, сухий і ексудативний плеврит), бронхіальна астма з рідкісними і легкими нападами, постінфарктний кардіосклероз (6 міс.), туберкульоз легенів, кісток, суглобів, хвороби крові (залізодифіцитна, перніціозна, гіпопластична, гемолітична анемія у стадії ремісії, хронічний лейкоз, лімфогранулематоз, еритрема, токсичні ураження системи крові), гіпертрофічний і вазомоторний риніт, хронічний тонзиліт, фарингіт і ларингіт, неврози</p>	<p>туберкульоз гортані, гіпертонічна хвороба, недостатність кровообігу I стадії, порушення мозкового кровообігу, гепатит, ниркова недостатність, наслідки черепно-мозкової травми, вагітність, фіброміома і міома матки, цукровий діабет у стадії декомпенсації</p>

Таблиця Б.1 – Типи режимів рухової активності в умовах курорту

Назва	Характеристика	Головне завдання	Призначення	Методика проведення
<i>Полегшений</i>	невисокий рівень фізичної активності, після виконання кожної процедури – відпочинок (тривалість залежить від фізичного навантаження)	покращення загального самопочуття й адаптаційних можливостей організму до умов навколишнього середовища, зміцнення імунної системи, профілактика низки захворювань органів дихання, серцево-судинної системи, опорно-рухового апарату	захворювання середньої важкості, як профілактика захворювань або заходи, скеровані на відновлення організму після перенесених захворювань	групова ранкова гімнастика (10 хв.), що передбачає обмежену кількість фізичних вправ (ЛФК – дихальні, рухові вправи тривалістю (25–30 хв); нетривалі дозовані прогулянки рівною місцевістю (0,5–1,5–2 км) декілька разів на день; малорухомі спортивні ігри
<i>Помірний</i>	середній рівень фізичного навантаження на організм; співвідношення відпочинок – фізичне навантаження приблизно рівне	покращення функціонування імунної системи, нормалізація обміну речовин, розширення адаптивних можливостей організму до впливу навколишнього середовища, зміцнення органів дихання, нервової та серцево-судинної систем	на початкових стадіях тих або інших захворювань; профілактика при відновленні організму; комплексне доповнення до методик лікування в санаторно-курортних закладах	групова ранкова гімнастика; ЛФК; щоденні прогулянки; спортивні ігри; заходи спортивного характеру (зимові та літні види спорту залежно від кліматичних і погодних умов – футбол, баскетбол, волейбол, гребля, лижні прогулянки, кінна їзда, теніс, певні екстремальні види спорту)
<i>Посилений</i>	високий рівень фізичної активності, високе фізичне навантаження, що поєднують з відносно малими проміжками відпочинку	підвищення адаптивних можливостей організму. захворюваннях опорно-рухового апарату, серцево-судинної системи (без ускладнень)	хронічні та захворювання середньої важкості; профілактика захворювань або заходи, скеровані на відновлення організму після перенесених захворювань	ранкова гімнастика (25–30 хв); ЛФК за спеціальною методикою (з підвищеним фізичним навантаженням); дозовані прогулянки (10 км маршрути з невеликим кутом похилу поверхні тривалістю 1–1,5 години); спортивні змагання, ігри спортивного характеру без суттєвих обмежень

СПИСОК ДЖЕРЕЛ

1. Про курорти : Закон України від 05 жовтня 2000 р. № 2026-III із змінами і доповненнями, внесеними Законом України від 19 січня 2006 року N 3370-IV [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://tourlib.net/zakon/concept2.htm>
2. Сухарев Е. Е. Курортное дело : учеб. пособие / Е. Е. Сухарев. – 2-е изд., стер. – Москва : Омега-Л, 2011. – 224 с.
3. Ветитнев А. М. Курортное дело : учеб. пособие / А. М. Ветитнев, Л. Б. Журавлева. – Москва : КНОРУС, 2006. – 528 с.
4. Рутинський М. Й. Класифікації та типології курортів / М. Й. Рутинський // Вісник Львівського університету. – Серія географічна. – 2007. – Вип. 34. – С. 236–246.
5. Драчева Е. Л. Специальные виды туризма. Лечебный туризм : учеб. пособие / Е. Л. Драчева. – Москва : Кнорус, 2008. – 152 с.
6. Кифяк В. Ф. Развитие медичного туризму в регіонах України / В. Ф. Кифяк // Вісник Університету банківської справи Національного банку України. – 2013. – № 1. – С. 30–33.
7. Савельев В. Медицинский туризм: тенденции и прогнозы [Электронный ресурс] / Валерий Савельев. – Режим доступа : http://www.trn-news.ru/news/13603/?utm_medium=email.
8. Рутинський М. Й. Рекреалогія з основами курортології. – Ч. 1. Теоретичні засади : курс лекцій / М. Й. Рутинський ; за ред. М. Мальської. – Львів : Фенікс, 2004. – 68 с.
9. Драчева Е. Л. Специальные виды туризма. Лечебный туризм : учеб. пособие / Е. Л. Драчева. – Москва : Кнорус, 2008. – 152 с.
10. Польза и вред солнца [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://amm.net.ua/polza-i-vred-solnca.html>.
11. Звезда по имени Солнце [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://www.vokrugsveta.ru/vs/article/1041/>.
12. Кліматолікування [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://sanikur.com/uk/4/22/23/>.
13. Степанов Е. Г. Основы курортологии и санаторно-курортное лечение : учеб. пособие / Е. Г. Степанов. – Харків : Кроссруд, 2007. – 584 с.
14. Метеозависимость (метеочувствительность) к колебаниям погоды [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://www.spina.co.ua/simptomu/meteozavisimost-meteochuvstvitelnost/>.
15. Сухан В. С. Кліматологія і кліматотерапія [Електронний ресурс] / В. С. Сухан. – Режим доступу : www.uzhnu.edu.ua/uk/infocentre/get/2671.
16. Ландшафтотерапия – лечение красотой курортных пейзажей [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://sankurtur.ru/methods/364/>.
17. Терренкур, тропы здоровья на курортах. История. Показания и ограничения [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://sankurtur.ru/methods/368>.

18. Гидротерапия в курортных условиях [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://sankurtur.ru/methods/372/>.
19. Фоменко Н. В. Рекреационні ресурси та курортологія : навч. посібник / В. Н. Фоменко. – Київ : Центр навчальної літератури, 2007. – 312 с.
20. Лікувальні грязі та пелоїдолікування [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://sanikur.com/uk/4/22/25/>.
21. Лапп С. К. Талассотерапия : море смоет все болезни / С. К. Лапп. – Ростов-на-Дону : Феникс, 2007. – С. 55–67.
22. Смірін С. Грязь, яка лікує [Електронний ресурс] / С. Смірін. – Режим доступу : <http://familytimes.com.ua/gryaz.html>.
23. Грязелечение: лечебные грязи, грязевые курорты (фанготерапия, пелоидотерапия) [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://sankurtur.ru/methods/371/>.
24. Лечение глиной [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://www.astromeridian.ru/medicina/>.
25. Состав лечебной глины [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://www.glinam.narod.ru/28glina.html>.
26. Верещагіна С. Косметичні глини. Користь і властивості косметичної глини. Видикосметичної глини [Електронний ресурс] / Софія Верещагіна. – Режим доступу : <http://ywoman.ru/page/kosmetichni-glini-korist-i-vlastivostikosmetichnoyi-glini-vidi-kosmetichnoyi-glini>.
27. Лечебная глина [Электронный ресурс]. – Режим доступа : http://www.razlib.ru/zdorove/celebnaja_glina_i_celebnye_grjazi/p3.php.
28. Псаммотерапия, песочные ванны в курортном лечении [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://sankurtur.ru/methods/567/>.
29. Термотерапия, парафинотерапия, озокеритотерапия в санаториях и спа-центрах на курортах России и мира [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://sankurtur.ru/methods/2100/>.
30. Лечение нефтепродуктами [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://nexvorat.ru/index.php/znacharskie-sredstva/lechenie-nefteproduktami.html>.
31. Лікарські рослини [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://uk.wikipedia.org/wiki/Лікарські_рослини.
32. Апитерапия [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://anomalialia.narod.ru/med/med16-3.htm>.
33. Сорта меда [Электронный ресурс]. – Режим доступа : http://beehoney.com.ua/honey_types.html.
34. Новые сорта меда [Электронный ресурс]. – Режим доступа : http://beehoney.com.ua/honey_new_types.html.
35. Лечебные свойства меда [Электронный ресурс]. – Режим доступа : http://www.salkova.ru/Product_bee/Honey/medicin.php.
36. Способы применения меда [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://airbees.com/articles/medicalkz/257-sposoby-primeneniya-meda.html>.
37. Кусков А. С. Курортология и оздоровительный туризм / А. С. Кусков, О. В. Лысикова. – Ростов н/Д : Феникс, 2004. – 320 с.

38. Загальні питання фізіотерапії [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://intranet.tdmu.edu.ua/data/kafedra/internal/sport_medic/lectures_stud/uk/med/lik/ptn/.
39. Нетрадиційна медицина [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://megasite.in.ua/5116-netradicijna-medicina-te-shho-vi-ne-znali.html>.
40. Оптимальний руховий режим [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://medbib.in.ua/optimalnyiy-dvigatelnyiy-rejim.html>.
41. Кінезітерапія [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://uk.wikipedia.org/wiki/Кінезітерапія>.
42. Засоби лікувальної фізичної культури [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://medical-enc.com.ua/sredstva.htm>.
43. Види масажу [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.massage.ru/kinds.htm>.
44. Основні прийоми масажу: техніка виконання [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://poradumo.pp.ua/krasa-i-zdorovya/14873-osnovni-priyomi-masazhu-tehnka-vikonannya.html>.
45. Показання і протипоказання для призначення масажу [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.massage.ru/indications.htm>.
46. Ведмідь Н. І. Класифікація санаторно-курортних і оздоровчих підприємств / Н. І. Ведмідь // Культура народів Причорномор'я. – 2012. – № 238. – С. 9–13.
47. Байлик С. И. Гостиничное хозяйство: учебник / С. И. Байлик [для студ. высш. учеб. заведен.]. – 2-е изд., перераб и доп. – Київ : Дакор, 2009. – 368 с.
48. Писаревський І. М. Матеріально-технічна база готелів : підручник / І. М. Писаревський, А. А. Рябев ; Харк. нац. акад. міськ. госп-ва. – Харків : ХНАМГ, 2009. – 286 с.
49. Архитектурное проектирование общественных зданий и сооружений: Учебник для вузов/ В. В. Адамович, Б. Г. Бархан, В. А. Варежкин и др. ; под общ ред. И. Е. Рожина, А. И. Урбаха. – 2-е изд., перераб. и доп. – Москва : Стройиздат, 1984. – 543 с., ил.
50. ДСТУ 4268:2003. Послуги туристичні. Засоби розміщування. Загальні вимоги [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.kurort-service.com/uploads/assets/file/per.pdf>.
51. ДСТУ 4281:2004. Заклади ресторанного господарства. Класифікація [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://3umf.com/doc/449/>.
52. Влащенко Н. М. Нормативно-правове забезпечення санаторно-курортної діяльності в Україні / Н. М. Влащенко // Бізнес Інформ. – 2012. – № 4. – С. 147–150.
53. Краєвська А.С. Менеджмент діяльності санаторно-курортного закладу http://www.confcontact.com/20101224/3_kraev.php.
54. Байлик С. І. Організація анімаційних послуг в туризмі : навч. посібник / С. І. Байлик, О. М. Кравець. – Харків : ХНАМГ, 2009. – 197 с.
55. Чорненька Н. В. Організація туристичної індустрії : навч. посібник / Н. В. Чорненька. – К. : Атіка, 2006. – 264 с.

56. Методика розрахунку обсягів туристичної діяльності [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://ukrstat.org/uk/metod_polog/metod_doc/sp/sp_03.pdf
57. Андрушко И. О. Управление качеством услуг в санаторно-курортном хозяйстве [Электронный ресурс] / И. О. Андрушко. – Режим доступа : http://tourlib.net/statti_tourism/andrushko2.htm.
58. Столяренко А. В. Эффективность деятельности санаторно-курортного комплекса: методологические основы [Электронный ресурс]. – Режим доступа : http://tourlib.net/statti_tourism/stolyarenko.htm.
59. Ткаченко Т. Особливості управління закладами санаторно-курортної сфери [Електронний ресурс] / Т. Ткаченко, С. Костін. – Режим доступу : http://www.lnu.edu.ua/faculty/intrel/2008_24/19.pdf.
60. Мигалина Ю. Ю. Розвиток санаторно-курортної справи в Україні [Електронний ресурс] / Ю. Ю. Мигалина. – Режим доступу : http://tourlib.net/statti_ukr/mygalyna2.htm.

Навчальне видання

КРАВЕЦЬ Ольга Миколаївна,

РЯБЄВ Антон Анатолійович

КОНСПЕКТ ЛЕКЦІЙ

з дисципліни

«КУРОРТОЛОГІЯ»

*(для студентів усіх форм навчання напрямів підготовки
6.030601 – Менеджмент, 6.140101 – Готельно-ресторанна справа,
6.140103 – Туризм)*

Відповідальний за випуск *І. М. Писаревський*

Редактор *О. В. Михаленко*

Комп'ютерне верстання *О. М. Кравець*

План 2014, поз. 165Л

Підп. до друку 19.01.2015 р.
Друк на ризографі
Тираж 50 пр.

Формат 60 × 84/16
Ум. друк. арк. 5,4
Зам. №

Видавець і виготовлювач:
Харківський національний університет
міського господарства імені О. М. Бекетова,
вул. Революції, 12, Харків, 61002
Електронна адреса: rectorat@kname.edu.ua
Свідоцтво суб'єкта видавничої справи:
ДК № 4705 від 28.03.2014 р.