**Електронні навчально-методичні видання у вигляді збірників («хрестоматій») статей та уривків з наукових видань, які є об’єктом вивчення в рамках навчальних дисциплін відповідно до затвердженої навчальної програми підготовки бакалаврів і магістрів** (згідно з розпорядженням Науково-дослідної частини № 03-21 від 05.05. 2017 р.

Дисципліна : Курортологія

Кафедра / факультет / кафедра фізичної терапії, ерготерапії

Викладач доц.. Герич Р.П.

Е- mаіl gerych r@gmail.com

Список наукових текстів (до 10 позицій), що включені у збірник текстів для самостійної роботи студента («хрестоматію) і електронні версії яких додаються:

1. **Лекція 1**

**Організація санаторно-курортного лікування**

**та оздоровлення в Україні.**

**План**

1. ВИЗНАЧЕННЯ ПОНЯТТЯ«кУРОРТОЛОГІЯ»

**2.** Напрямки курортології.

**3.** Визначення санаторно- курортного закладу.

4.Завдання санаторно-курортного лікування.

5. Основні функції реабілітаційних відділень в санаторіях.

6. Основні організаційні засади медичної реабілітації.

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

Курортологія як наука базується на таких напрямках:

1. бальнеологія (лат. balneum - ванна) - наука про лікувальних водах, бальнеотерапія-використання мінеральної води в лікувальних цілях;
2. кліматологія - вчення про клімат, кліматотерапія - використання клімату в лікувальних і оздоровчих цілях:

2.1) геліологія - наука про сонце, геліотерапія - використання сонячних променів у лікувальних і оздоровчих цілях,

2.2) аерологія - вчення про повітря, аеротерапія - використання повітря у лікувальних і оздоровчих цілях,

2.3) талассологія - вчення про море; таласотерапія (грец. thalassa - море) - лікування морським кліматом і купаннями в поєднанні з сонячними ваннами;

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

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

5) фізіотерапія - використання преформованих фізичних факторів (штучних факторів) у лікувальних цілях.

Курорт (нім. Kurovt - лікування і Ort - місце) - освоєна і використовується в лікувально-профілактичних цілях територія з природними лікувальними ресурсами. Лікувальні властивості природних об'єктів і умов встановлюються на основі наукових досліджень, багаторічної практики і затверджуються федеральним органом виконавчої влади, котрі відають питаннями охорони здоров'я.

Санаторно-курортне лікування є важливою складовою системи охорони здоров’я і відіграє провідну роль у побудові та збереженні здоров’я нації. Роль і значення санаторно-курортної системи в соціально-економічному розвитку України полягає як у величезних її можливостях у справі підтримання, зміцнення та відновлення здоров’я нації, так і у визнанні особливого значення України у світовому рекреаційному процесі, культурно-історичному становленні та розвитку світового суспільства. Розвиток санаторно-курортної справи в Україні, у структурі туристично-рекреаційної галузі, має бути спрямований на реалізацію положень Конституції України, закону України «Про курорти», та законів України щодо забезпечення доступної та кваліфікованої медичної допомоги громадянам України. Санаторно-курортне лікування – медична допомога, що здійснюється з профілактичною, лікувальною або реабілітаційною метою, з застосуванням природних лікувальних факторів в умовах перебування на курорті або лікувально-оздоровчій місцевості, в санаторно-курортних закладах. Санаторно-курортна справа в Україні традиційна невід’ємна частина державної політики і важливим розділом національної системи охорони здоров’я, що дозволяє ефективно здійснювати профілактику захворювань санаторно-курортне і відновлювальне лікування хворих.

**Головними завданнями санаторно-курортного лікування** є: • 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.

Санаторно- курортний заклад - це заклад охорони здоров’я, що забезпечує надання громадянам послуг лікувального, профілактичного та реабілітаційного характеру з використанням природних лікувальних ресурсів курортів (лікувальних грязей та озокериту, мінеральних та термальних вод, ропи лиманів та озер, природних комплексів із сприятливими для лікування умовами тощо) та із застосуванням фізіотерапевтичних методів, дієтотерапії, лікувальної фізкультури та інших методів санаторно-курортного лікування.

Згідно з наказом Міністерства охорони здоров’я України від 28.10.2002 № 385 до санаторно-курортних закладів відносяться санаторії (у т. ч. дитячі, однопрофільні, багатопрофільні, спеціалізовані), санаторії для дітей з батьками, санаторії- профілакторії, пансіонати з лікуванням, дитячі оздоровчі центри, міжнародні дитячі медичні центри, курортні поліклініки, бальнеологічні лікарні та грязелікарні. Санаторій – провідний лікувально-профілактичний заклад на курорті.

**Санаторії можуть бути однопрофільними (монопрофільними) і багатопрофільними**. Медичний профіль санаторію встановлюється в залежності від природних лікувальних факторів курорту і затверджених для нього медичних показань. Лікування хворих в санаторії здійснюється переважно природними чинниками (клімат, мінеральні води, лікувальні грязі тощо) у поєднанні з фізіотерапією, лікувальною фізкультурою, масажем, дієтичним харчуванням і психотерапією, за умови додержання призначеного режиму, що в комплексі забезпечує повноцінне санаторно-курортне лікування та відпочинок хворого. Поряд з санаторіями, що знаходяться на курортах, існує система місцевих санаторіїв, що організовані переважно неподалік від міст, в сприятливих ландшафтних та мікрокліматичних умовах. Ці санаторії створені для хворих, яким від’їзд на курорт згідно з медичними показаннями може зашкодити, а також для хворих у важкому стані, що потребують ранньої санаторно- курортної реабілітації.

З урахуванням структури захворюваності населення та її тенденцій, створені спеціалізовані санаторії для лікування хворих з захворюваннями органів кровообігу, травлення, хворобами органів дихання неспецифічного характеру, опорно-рухового апарату, нервової системи, гінекологічними, шкіри, нирок і сечовивідних шляхів, порушеннями обміну речовин. Крім того, функціонують спеціалізовані санаторії та санаторні відділення більш вузького профілю: для лікування хворих на туберкульоз, бронхіальну астму, з захворюваннями і наслідками травм нервової системи та опорно-рухового апарату, лікування професійних захворювань, спеціалізовані відділення для вагітних. В залежності від віку хворих, яким показано санаторно-курортне лікування, існують наступні санаторно-курортні заклади: для дорослих, дітей, батьків з дітьми. До закладів санаторного типу відносять також санаторії-профілакторії, що організовані при підприємствах, установах, навчальних закладах та організаціях, які проводять оздоровлення та санаторно-курортне лікування осіб, які в них працюють або навчаються. Санаторно-курортні заклади, які використовуються для розташування структурних наукових і навчальних підрозділів (кафедри, лабораторії та ін.) вищих медичних закладів освіти III, IV рівнів акредитації, закладів післядипломної освіти, науково-дослідних інститутів – вважаються клінічними. На їх базі здійснюється проведення наукових досліджень, розробка та впровадження ефективних методів профілактики, діагностики, санаторно-курортного лікування і реабілітації хворих, експертна оцінка результатів наукових досліджень. Працівники клініки з числа професорсько-викладацького складу беруть участь у проведенні лікувально-діагностичного процесу, здійснюють обходи, консультації хворих, організують консиліуми, визначають і коригують плани і тактику подальшого обстеження і санаторно-курортного лікування хворих, разом з іншими співробітниками клінічного санаторію несуть відповідальність за якість лікувально-діагностичного процесу. Медична реабілітація може починатися на будь-якому етапі перебігу хвороби в лікарні, санаторії, у поліклініці, диспансері та вдома. Для проведення санаторного етапу відновлювального лікування в санаторно-курортних закладах створені реабілітаційні відділення. Спеціалізовані відділення для реабілітації хворих є структурними підрозділами санаторно- курортних закладів і функціонують у відповідності з Положеннями про них.

**Основні функції реабілітаційних відділень в санаторіях**:

• закріплення досягнутих в стаціонарі позитивних результатів лікування, подальше відновлення порушених та компенсація втрачених в зв’язку з захворюванням функцій, попередження можливості рецидивів захворювання;

• скорочення часу адаптаціï хворого до оточуючих його умов;

• сприяння соціальній та професіональній реабілітації, а в перспективі - відновлення працездатності хворого.

В умовах курорту основна увага у відділенні реабілітації спрямована на відновлення функціонального стану постраждалого органа або системи. Крім цього, обов’язковим є відновлення психологічного стану хворого з використанням методів психологічної корекції, підвищення толерантності до фізичних навантажень із застосуванням різних методів ЛФК (індивідуальні та малогрупові заняття, заняття в кабінеті механотерапії), гідрокінезотерапія, бальнеологічні процедури (при відсутності протипоказань), елементи трудотерапії тощо. Обґрунтовані технології реабілітації та раціонально організований процес відновлювального лікування, який базується на застосуванні природних лікувальних та преформованих фізичних факторах і аргументованих медико-економічних стандартах, зумовлюють рівень реабілітаційних можливостей санаторно-курортного закладу. Саме реабілітація як проблема апелює до особистості інваліда або хворого. В концепції і конкретному змісті реабілітації закладена боротьба за людину, а не лише лікувальні заходи.

**Основними організаційними засадами медичної реабілітації** є: 1. Безперервність і наступність лікувальних та реабілітаційних заходів. 2. Комплексність та цілеспрямованість реабілітаційних заходів. 3. Індивідуальний підхід і програмування відновлювального лікування, яке відбувається в середовищі хворих, що сприяє поверненню реабілітованого в суспільство.

Із загальних задач медичної реабілітації випливають задачі санаторно-курортного етапу реабілітації хворих, а саме:

1. Відновлення анатомічної цілісності органів або структури (при можливості).

2. Відновлення функцій відповідного органа, системи, структури.

3. Комплексне відновлення функціональних можливостей організму.

4. Відновлення психіки хворого з формуванням належного ставлення до себе (свого здоров’я), до родини, до оточення, до роботи.

**Загальні принципи медичної реабілітації, які можна застосувати в умовах санаторного етапу відновлювального лікування**:

1. Ранній початок медичної реабілітації. Хворий повинен бути спрямований на санаторний етап медичної реабілітації якомога раніше стосовно початку захворювання, його гострого періоду, до часу травми або операції за наступних основних умов: відсутність протипоказань, можливість самообслуговування і задовільного пересування по території санаторію (за винятком хворих із травмою спинного мозку або таких, що перенесли мієліт), відсутність важких супутніх захворювань, показання щодо застосування природних фізичних лікувальних засобів.

2. Послідовність медичної реабілітації. Комплекс санаторної відбудовної терапії повинен будуватися з урахуванням уже проведеного лікування в лікарняному стаціонарі, поліклініці або диспансері, його особливостей, термінів (у тому числі і часі операції, травми), повноті і завершеності визначених курсів.

3. Індивідуалізація медичної реабілітації. Кожен хворий повинен одержати той вид і методику лікування, які показані саме йому з урахуванням статі, віку, особливостей перебігу захворювання, фізіотерапевтичних (бальнеологічних) реакцій, індивідуальної переносності процедур і т.д.

4. Комплексність медичної реабілітації. Відбудовне лікування здійснюється, як правило, із застосуванням ряду засобів, а в санаторних умовах - із застосуванням природних і преформованих фізичних лікувальних засобів, раціонального і дієтичного харчування, лікувальної фізкультури, клімато- і психотерапії.

5. Принцип партнерства в медичній реабілітації. Ефективна медична реабілітація передбачає активне співробітництво лікаря і хворого. Лікар санаторію повинен переконати хворого в необхідності активної боротьби за відновлення свого здоров'я. Частина хворих не докладає достатніх і систематичних зусиль для використання водних процедур, вправ ЛФК, перебування на свіжому повітрі, лікувального самонавіяння, обмежень у харчуванні, використання полівітамінів тощо. Лікар зобов'язаний домогтися від хворого збільшення зусиль у цих напрямках. Потрібно змінити психологію багатьох хворих, переконаних у тім, що усе за нього зроблять медики. 6. Закінченість медичної реабілітації. У період завершення лікування хворого в санаторії лікар повинен йому порадити, як продовжити і завершити медичну реабілітацію: у домашніх умовах чи за допомогою лікувальних установ за місцем проживання. Лікар зобов'язаний пояснити хворому необхідність продовження відбудовного лікування до максимально можливого відновлення функцій органа, системи чи організму в цілому. Максимум відновлення функцій ушкоджених органів і систем відбувається протягом перших місяців, протягом першого року після гострого періоду захворювання, операції або травми. Пізніше курортна терапія вже корисна не стільки для відновлення функцій, скільки для підтримки досягнутого рівня здоров’я.

**Розрізняють чотири періоди медичної реабілітації: р**анній, середній, пізній і підтримуючий. Санаторна реабілітація найбільш доцільна в середньому періоді — 2-4 місяці від початку захворювання, травми чи операції. У деяких групах хворих пізній реабілітаційний період затягується до двох років. На сьогодні є наукове обґрунтування, розроблені показання та протипоказання, **відповідні Положення щодо відновлювального лікування на санаторно-курортному етапі для хворих:**

• на хвороби серцево-судинної системи (в т. ч. після перенесеного гострого інфаркту міокарда, аортокоронарного шунтування, нестабільної стенокардії, та з гіпертонічною хворобою, ревматичними захворюваннями);

• на хвороби нервової системи (в т. ч. цереброваскулярну патологію, післяінсультний стан, дітей з органічними ураженнями нервової системи та хворих на ДЦП);

на хвороби органів травлення (в т. ч. після оперативних втручань на органах травлення), після перенесених вірусних гепатитів, захворювань товстої кишки;

• з захворюваннями органів зору у дорослих та дітей (в т. ч. глаукому); • на опікову хворобу (для дітей та дорослих); • на хвороби органів дихання (в т. ч. неспецифічні захворювання легенів, хронічні захворювання верхніх дихальних шляхів); • на хвороби сечостатевої системи (в т. ч. хронічні простатити, статеві розлади у жінок та чоловіків, порушення репродуктивної функції, стани після оперативних втручань на сечових шляхах, в тому числі після дроблення каменів);

• для дітей і дорослих, хворих на цукровий діабет та з іншою ендокринологічною патологією;

• на хвороби та стани після ушкоджень органів опори та руху;

• на хвороби крові та органів кровотворення;

• на хвороби шкіри;

• після оперативних втручань у зв’язку з онкологічними захворюваннями.

Також існує наукове обґрунтування, розроблені показання та протипоказання і відповідні положення спеціалізованих відділень санаторно-курортних закладів для оздоровлення **вагітних та осіб,** які постраждали при ліквідації наслідків Чорнобильської катастрофи. Терміни лікування хворих в реабілітаційних відділеннях прийняті у відповідності з чинними, затвердженими МОЗ України, термінами лікування для санаторно-курортних закладів складають: 24 дні для хворих з загальними показаннями щодо санаторно-курортного лікування та 45 днів для хворих з наслідками травм та захворюваннями спинного мозку. Розміщуються відділення у приміщеннях, що повністю відповідають їх функціональному призначенню, вимогам експлуатації та техніки безпеки. При виборі оздоровниць для розгортання відділень реабілітації потрібно враховувати їх географічне положення, відстань від лікувальних закладів, які направляють хворих на реабілітацію, транспортне сполучення, розміщення лікувально-побутових об'єктів на території оздоровниці, побутові зручності в кімнатах, спальних та лікувальних корпусах та ін. Особлива увага приділяється організації реабілітаційних відділень для хворих на хвороби серцево-судинної системи та після гострих цереброваскулярних захворювань (ГЦВЗ). В санаторіях, де є реабілітаційні відділення, особлива увага повинна приділятися впровадженню нових досягнень медичноï науки i техніки, удосконаленню організаціï лікувально- діагностичної роботи, підвищенню рівня теоретичних і практичних знань медичного персоналу відділень, якості культурно-масового та побутового обслуговування хворих. Відпочинок, оздоровлення, санаторно-курортне лікування та медична реабілітація громадян України в оздоровницях може здійснюватися різними шляхами. В поняття оздоровлення в санаторно-курортних закладах входить не тільки відпочинок, а й різноманітний комплекс загально-зміцнюючих та оздоровлюючих процедур, які загартовують та зміцнюють організм, підвищують опір несприятливим факторам оточуючого середовища, знімають та запобігають негативному впливу стресів, а також за допомогою кліматичних, бальнеологічних та інших лікувальних факторів, попереджають у подальшому захворювання. Фактично, відпочинок і оздоровлення стосуються переважно практично здорових людей, які бажають зміцнити своє здоров’я. Термін перебування у оздоровниці з цією метою може обмежуватися виключно фінансовими можливостями осіб, що відпочивають чи оздоровлюються відповідно до можливостей санаторно-курортного закладу.

**Процес проведення санаторно-курортного та відновлювального лікування складається** з наступних умовних обов’язкових кроків:

• проведення санаторно-курортного відбору;

• забезпечення санаторно-курортними путівками;

• направлення хворих до санаторно-куротного закладу;

• здійснення програми санаторно-курортного лікування або реабілітації;

• оцінки ефективності санаторно-курортного лікування.

Література:

О. М . Кравець, А . А . Рябєв. КУРОРТОЛОГІЯ. П І Д Р У Ч Н И К. ХАРКІВ ХНУМГ ім . О. М . Бекетова .- 2017.

**Лекція 2**

**Порядок проведення санаторно-курортного відбору,**

**забезпечення путівками і направлення громадян на санаторно-курортне лікування**

**ПЛАН**

1. Основна мета санаторно-курортного відбору.
2. Протипоказання для санаторно-курортного та відновлювального лікування.
3. Які результати повинен внести результати в санаторно-курортну карту обстежень.
4. За рахунок яких коштів здійснюється забезпечення путівками на санаторно-курортне та відновлювальне лікування.
5. Умовні обов’язкові крокипроведення санаторно-курортного та відновлювального лікування.

Насамперед слід визначитися, задля якої мети людина їде на курорт чи до санаторію - відпочинок, оздоровлення або лікування, оскільки від цього буде залежати не тільки очікуваний результат, а й відмінності у підходах як до підбору оздоровчого закладу, так і отримання чи придбання путівки. Основна мета санаторно-курортного відбору полягає у покращенні результатів лікування та профілактики хвороб, закріпленні досягнутих результатів лікування, підвищенні ефективності використання санаторної мережі. Під час здійснення санаторно-курортного відбору обов’язково враховуються клінічний діагноз основного та супутніх захворювань, стадія розвитку та особливість перебігу хвороби, стан хворого та очікуваний вірогідний ефект санаторно- курортного лікування, від чого залежить вибір розташування та медичного профілю оздоровниці, що рекомендується, тривалість та сезонність санаторно-курортного лікування, надаються необхідні виписки та рекомендації лікаря оздоровниці. Облік безпосередніх результатів санаторно-курортного лікування здійснюється лікарем оздоровниці, а віддалених результатів (рівень досягнення та ефективність санаторно-курортного лікування) – лікарем за місцем проживання чи роботи хворого після його повернення з санаторію. Отримані дані збираються, аналізуються та систематизуються для подальшого удосконалення санаторно-курортного лікування та відбору, що призведе до покращення санаторно-курортної галузі в цілому.

Основною складовою санаторно-курортного відбору, відповідно наказу № 580 МОЗ України (див. додаток № 2) є встановлення показань до санаторно-курортного лікування за даними встановленого клінічного діагнозу основного та супутніх захворювань, результатами медичного спостереження, проведеного лікування хворого, даних лабораторних та клінічних досліджень. Встановлені дані дозволяють визначити перелік санаторно-курортних закладів, які в найбільшій мірі відповідають завданням лікування конкретного хворого. Таблицю загальних показань до санаторно-курортного лікування для дорослих див. у додатку 3, дітей - у додатку 4. ([www.sankurort.ua](http://www.sankurort.ua))

**Протипоказання для санаторно-курортного та відновлювального лікування поділяються** на загальні та спеціальні. Загальні протипоказання не залежать від конкретного діагнозу окремого хворого, який має показання для санаторно-курортного лікування, і характерні для усіх хворих, що мають ту чи іншу супутню патологію або стан. Спеціальні протипоказання, як правило, залежать від профілю конкретного захворювання або стану хворого. Деякі протипоказання з часом можуть бути зняті у разі зміни стану хворого, а застосування новітніх методів лікування у санаторно-курортній практиці постійно зменшує перелік захворювань, які є протипоказаннями до санаторно-курортного лікування. Таблицю загальних показань та протипоказань до санаторно-курортного лікування для дорослих див. у додатку 5, дітей - у додатку 6. ([www.sankurort.ua](http://www.sankurort.ua))

При вирішенні питання щодо вибору того чи іншого санаторно-курортного закладу, крім основного діагнозу, необхідно враховувати стадію хвороби, наявність або відсутність супутніх захворювань, ступінь порушення функцій окремих органів та систем, здатність хворого до самостійного пересування та самообслуговування, при цьому враховуються не тільки лікувальні фактори та кліматичні характеристики оздоровниці, але й умови доставки хворого до неї (відстань, вид транспорту, пересадки тощо). Відбір хворих на санаторно-курортний етап медичної реабілітації проводиться у відповідності з Положеннями, які затверджуються керівництвом структури, що приймає хворих на лікування, та Міністерством охорони здоров’я України. (Приклад положення про санаторно- курортний відбір в санаторно-курортній комісії надано у Додатку 7).

Після здійснення санаторно-курортного відбору хворий отримує основний документ, що засвідчує потребу у санаторно-курортному лікуванні і є однією з підстав для видачі хворому санаторно-курортної карти та путівки – довідку для отримання путівки форми № 070/о, про що робиться відмітка в медичній карті амбулаторного хворого. Після її отримання хворий, за наявності санаторно-курортної путівки, повинен звернутися у заклад охорони здоров’я, який її видав, по санаторно-курортну карту. Наступним етапом після проведення відбору є направлення хворого на санаторно-курортне лікування, для чого він повинен оформити санаторно-курортну карту за формою № 072/о (зразок див. Додатку 8 та на www.sankurort.ua). У разі направлення на санаторно-курортне лікування хворого нервово-психічними розладами в анамнезі – дані психоневрологічного обстеження. У випадку, коли санаторно-курортна путівка придбана особою в особистому порядку безпосередньо в оздоровниці, оформлення санаторно-курортної карти можна здійснити в лікувально-профілактичному закладі (поліклініці, амбулаторії) за місцем розташування оздоровниці. При цьому хворий буде змушений за власний рахунок сплатити вартість усього необхідного обсягу діагностичного обстеження, передбаченого санаторно- курортною картою. Санаторно-курортна карта видається лікарем після пред’явлення путівки на санаторно-курорторне лікування і без якої путівка не буде дійсною.

***Протипоказання до санаторно-курортного лікування:***

• системні захворювання крові;

• хвороби внутрішніх органів за наявності вираженої органної та системної недостатності;

• паразитарні та інфекційні хвороби;

• гострі інфекції;

• психічні хвороби;

• наркоманія;

• кахексія різного походження;

• хронічні захворювання у фазі різкого загострення;

• злоякісні новоутворення (в окремих випадках після радикального лікування у разі задовільного стану можна направляти у місцеві санаторії для загальнозміцнювального лікування);

• патологічна вагітність протягом усього терміну;

• усі терміни вагітності для бальнео- та грязелікування з приводу гінекологічних захворювань, для лікування радоновими ваннами. Не дозволяється направляти жінок, що проживають у рівнинних місцевостях, на гірські курорти, які розташовані на висоті понад 1000 м над рівнем моря;

• після абортів (до першої менструації) та в період лактації;

• гостропрогресуючі форми туберкульозу легень і хронічний туберкульоз у період дисемінації, зі схильністю до кровотеч.

**В санаторно-курортну карту лікар повинен внести результати наступних обстежень**: • клінічні аналізи крові та сечі; • для осіб старших 40 років, або хворих, направлених для санаторно-курортного лікування за профілем серцево-судинних захворювань (або суміжними профілями, супутніми захворюваннями) – дані електрокардіографії; • флюорографії або рентгенологічного дослідження органів грудної клітини (якщо з часу останнього обстеження пройшло більше 6 місяців); • при захворюваннях органів травлення – дані ультразвукового дослідження органів черевної порожнини; • в разі необхідності, для уточнення діагнозу проводяться додаткові дослідження: визначення залишкового азоту крові, дослідження очного дна, шлункового соку, печінкові, алергологічні проби та ін.; • для жінок та вагітних – обов’язковим є наявність консультативного висновку гінеколога (акушера-гінеколога) та обмінної карти (для вагітних); • при основному або супутніх захворюваннях урологічних, оторинолярингологічних, шкірних, гематологічних, та ін. – висновки відповідних спеціалістів. В деяких оздоровницях здійснюється надання санаторно-курортних послуг для дитини (двох дітей) у супроводі дорослого. В такому разі дорослий повинен оформити на себе всі необхідні форми, зазначені вище, а санаторно-курортна карта для дітей та підлітків оформляється за формою № 76/о з проведенням передбаченого цією формою обсягу обстежень (Додаток 9) (www.sankurort.ua) . Крім того, відповідно до „порядку направлення дітей на санаторно-курортне лікування‖ (див. Додаток 10), на кожну дитину повинна видаватися окрема дитяча путівка за формою 077/0 (див. Додаток 11). Хворі можуть забезпечуватися санаторно-курортними путівками за наступними варіантами: • придбання в особистому порядку за власні кошти; • забезпечення за рахунок коштів фондів соціального страхування; • придбання за рахунок коштів підприємств, установ та організацій, або коштів їх профспілкових комітетів чи їх різноманітних фінансових структур, створених для реалізації конкретних цілей; • забезпечення за рахунок цільових коштів державного бюджету; • забезпечення за рахунок коштів установ і відомств, які мають на балансі власні санаторно- курортні заклади. Придбання санаторно-курортних путівок в порядку особистого звернення за власні кошти, як правило, здійснюється через спеціалізовані туристичні агенції та компанії, або безпосередньо в санаторно-курортному закладі, який має для цього відповідний підрозділ з реалізації путівок, чи у відповідального працівника. Слід зазначити, що такий спосіб отримання путівки не звільняє особу від необхідності оформлення санаторно-курортної карти, без якої путівка вважається недійсною. Також, з метою підвищення ефекту від санаторно-курортного лікування, не зайвим буде і проведення належним чином санаторно-курортного відбору для отримання відповідних рекомендацій фахівців щодо підбору оздоровниць з урахуванням індивідуальних показань/протипоказань, кліматичної зони, природних лікувальних факторів, інфраструктури тощо.

**За рахунок коштів Фондів соціального страхування здійснюється забезпечення путівками на санаторно-курортне та відновлювальне лікування** лише тих осіб, які відповідно до законодавства вважаються застрахованими. Надання застрахованим особам послуг, пов’язаних із санаторно-курортним лікуванням, здійснюється виключно за наявності медичних показань. Відповідно до статті 47 Закону України ―Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування у зв’язку з тимчасовою втратою працездатності та витратами, зумовленими похованням‖, застрахована особа та члени її сім’ї (а також особа, яка навчається у вищому навчальному закладі), мають право на отримання санаторно-курортного лікування за рахунок коштів Фонду соціального страхування з тимчасової втрати працездатності, оздоровлення в спеціалізованих оздоровчих закладах (у тому числі дитячих) у порядку і на умовах, визначених правлінням Фонду. В даному випадку застрахованою особою є найманий працівник та інші особи (громадяни України, іноземці, особи без громадянства та члени їх сімей, які проживають в Україні, якщо інше не передбачено міжнародним договором України, згода на обов’язковість якого надана Верховною Радою України), на користь яких здійснюється загальнообов’язкове державне соціальне страхування у зв’язку з тимчасовою втратою працездатності та витратами, зумовленими похованням, які в установленому законодавством порядку отримали санаторно- курортну путівку оздоровниці. Умови отримання санаторно-курортного лікування застрахованими особами і членами їх сімей, сплаченого за рахунок коштів Фонду соціального страхування з тимчасової втрати працездатності, визначено постановою правління Фонду від 25.02.2009 № 12 ―Про затвердження порядку отримання застрахованими особами і членами їх сімей санаторно-курортного лікування, що сплачується за рахунок коштів Фонду соціального страхування з тимчасової втрати працездатності‖. Забезпечення путівками для санаторно-курортного лікування потерпілих, які стали інвалідами внаслідок нещасного випадку на виробництві або професійного захворювання, за рахунок коштів Фонду соціального страхування від нещасних випадків на виробництві та професійних захворювань України, що передбачено Положенням про забезпечення потерпілих внаслідок нещасного випадку на виробництві та професійного захворювання путівками для санаторно-курортного лікування, затвердженим постановою правління Фонду соціального страхування від нещасних випадків на виробництві та професійних захворювань України від 31.10.2007 р. № 49. В Україні діє порядок забезпечення санаторно-курортними путівками громадян за рахунок коштів державного бюджету України, визначений Постановою Кабінету Міністрів України від 22 лютого 2006 р. № 187. Відповідно до неї, інваліди усіх категорій, особи, на яких поширюється чинність Закону України ―Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту‖, особи, зазначені у статтях 6-1 - 6-4 Закону України ―Про жертви нацистських переслідувань‖, особи, які проживають в інтернатних установах системи Мінпраці, інваліди, що навчаються на денному відділенні у навчальних закладах, учасники бойових дій, ветерани війни, особи, на яких поширюється чинність Закону України ―Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту‖ забезпечуються санаторно-курортними путівками органами праці та соціального захисту населення. Особам, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи, санаторно-курортна путівка надається згідно із Законом України ―Про статус і соціальний захист громадян, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи‖, в порядку, визначеному постановою Кабінету Міністрів України від 16 травня 2000 р. № 800. Порядок забезпечення хворих громадян України санаторно-курортними путівками за рахунок коштів державних установ і відомств, підприємств, організацій, їх профспілкових комітетів або фінансових структур здійснюється відповідно до нормативних документів останніх. Після оформлення путівкі конкретному хворому, у спеціальному обліковому журналі здійснюється відповідний запис (інструкція по заповненню журналу обліку санаторно-курортних путівок надано у Додатку 12). Після того, як хворий отримав путівку на санаторно-курортне лікування, він від’їжджає до оздоровниці відповідно до терміну дії путівки. У разі виникнення будь-яких ускладнень, які тягнуть за собою неможливість вчасного прибуття до санаторно-курортного закладу, необхідно бажано в письмовому вигляді попередити керівництво, або відповідних працівників (з маркетингу чи реалізації путівок) про ситуацію, що склалася. Не виключено, що за наявності вільних місць можливо буде здійснити перенесення терміну дії путівки. День прибуття та день від’їзду хворого з санаторно-курортного закладу входять у термін санаторно-курортного лікування (термін дії путівки). При надходженні хворого до оздоровниці він повинен бути прийнятим на лікування незалежно від часу прибуття. У приймальному відділенні або реєстратурі хворий надає черговій медичній сестрі або реєстратору путівку та санаторно-курортну карту, яка зберігається в медичній картці стаціонарного хворого (історії хвороби). Після первинного огляду лікуючим лікарем санаторію хворому видається санаторно-курортна книжка, в якій зазначаються діагноз та призначені лікувальні процедури. Санаторно-курортна книжка надається хворим в бальнео- фізіотерапевтичні та інші лікувально-діагностичні підрозділи санаторно-курортного закладу де в ній відмічається проведене лікування. Разом з цим, слід зауважити, що основним юридичним документом про проведене хворому лікування є медична картка стаціонарного хворого (історія хвороби) в якій лікуючий лікар зазначає призначений та проведений діагностично-лікувальний комплекс, проведені консультації та огляди хворого (щоденники), зміни у призначеному лікуванні та, за наявності, відмови хворого від призначеного лікування. Курорт (санаторій), перебування на якому веде до погіршення стану здоров’я хворого, вважається для нього протипоказаним. При встановленні протипоказання лікарі повинні керуватися затвердженими Міністерством охорони здоров’я України загальними протипоказаннями, які унеможливлюють направлення хворих на санаторно-курортне лікування, враховуючи в кожному окремому випадку не тільки форму та стадію захворювання, але і ступінь небезпеки перебування на курорті (санаторії) для хворого та для оточення. Для встановлення протипоказань перебування хворого у санаторно-курортному закладі, в ньому створюється лікарсько-консультативна рада, головою якої є керівник оздоровниці, а до складу входять заступник керівника з медичної частини, завідувач відділенням, лікуючий лікар та, за необхідності, консультанти за спеціальностями. Рада визначає, наявність у хворого протипоказань до санаторно-курортного лікування, можливість залишення хворого в оздоровниці для кліматичного, медикаментозного та іншого лікування, необхідність його госпіталізації (переведення до лікарні), або евакуації за місцем проживання, необхідність виділення хворому супроводжуючого для здійснення евакуації. При встановленні у хворого протипоказань до санаторно-курортного лікування лікарсько- консультативна рада оздоровниці складає акт у трьох екземплярах, один з яких направляється на адресу вищого органу охорони здоров’я (обласного або міського відділу охорони здоров’я за місцем проживання хворого), другий – на адресу лікувального закладу, який видав санаторно- курортну карту, для проведення по кожному з актів розслідування причин невірного відбору та направлення хворих на санаторно-курортне лікування та притягнення винних у цьому до відповідальності, третій екземпляр акту залишається в оздорониці. У разі направлення хворого не за рахунок його власних коштів, копія акту направляється на адресу робочого органу організації, за рахунок коштів якої була придбана санаторно-курортна путівка. Усі дані про виявлених хворих з протипоказаннями фіксуються у відповідному журналі, медичній картці стаціонарного хворого (історії хвороби), санаторно-курортній книжці та зворотному талоні санаторно-курортної путівки (зразки примірної форми акту лікувально-консультативної комісії див. у додатку 13 (www.sankurort.ua) Строк встановлення протипоказань перебування хворого в санаторно-курортному закладі не повинен перевищувати п’ять діб з моменту поступлення його до оздоровниці. При здійсненні евакуації хворих з санаторно-курортного закладу керівництво оздоровниці повинно максимально сприяти хворому у його проведенні (придбання проїзних квитків, доставка до транспортних терміналів), а за необхідності, відповідно до рішення лікарсько-консультативної ради забезпечити супроводжуючим. Окремим випадком направлення на санаторно-курортне лікування є направлення хворих на медичну реабілітацію до реабілітаційних відділень санаторно-курортних закладів. Особливість його полягає у тому, що хворий направляється відбірковою комісією закладу охорони здоров’я безпосередньо із стаціонару лікувального закладу, оскільки медична реабілітація є одним із важливих та невід’ємних етапів стаціонарного лікування. Такий порядок направлення хворих забезпечує дотримання основних принципів медичної реабілітації: раннього початку відновлювального лікування, його послідовності та наступності в наданні медичної допомоги. При цьому якнайкраще реалізується схема відновлювального лікування ―стаціонар- реабілітаційне відділення-амбулаторія‖, яка дозволяє закріпити досягнуті в стаціонарі позитивні результати лікування, провести подальше відновлення порушених та компенсацію втрачених у зв’язку з захворюванням функцій, попередити виникнення рецидивів хвороби. Крім того, хворі зобов’язані після закінчення терміну реабілітації повернути зворотний талон путівки в комісію, яка її видала, що забезпечує оцінку ефективності медичної реабілітації фахівцями, які прийняли рішення про необхідність її проведення.

Загальна характеристика програм відновного санаторно-курортного лікування Стандартизація програм санаторно-курортного лікування є необхідною умовою досягнення максимальної ефективності лікувально-оздоровчих закладів. Програми санаторно-курортного (спеціалізованого, нозологічно-орієнтованого, етапного) відновлювального лікування, згідно існуючих клінічних досліджень співставлення ефективності та у відповідності до новітніх науково-методичних розробок, узагальнених та викладених у вигляді висновків-рекомендацій, затверджених Наказом Міністерства охорони здоров’я України № 56 від 06.02.2008 ―Про затвердження клінічних протоколів санаторно-курортного лікування в санаторно–курортних закладах (крім туберкульозного профілю) для дорослого населення‖, та наказом Міністерства охорони здоров’я України № 242 від 12.05.2008 ―Про затвердження стандартів санаторно- курортного лікування дітей з соматичною патологією‖. Вони засновані на максимально можливій та клінічно допустимій, ретельно узгодженій із перебігом, стадійністю та активністю основної патології із обов’язковим урахуванням суміжних змін (ступеню ураженої функції, функціональної спроможності) задля гарантованого запобігання ускладнень з боку супутньої патології. Клінічний протокол – нормативний документ, що визначає вимоги до виконання медичної допомоги хворому при певному захворюванні, з певним синдромом або при певній клінічній ситуації в медичній організації. Методи лікування, що включені у протоколи, мають доведену ефективність та найчастіше використовуються при лікуванні даного захворювання. При цьому оптимізований перелік можливих методів лікування на санаторно-курортному етапі. Методи терапії лікар може використовувати послідовно або комбіновано, з урахуванням протипоказань. Впровадження стандартів у санаторно-курортне лікування дозволило підвищити якість надання медичної допомоги на санаторно-курортному етапі. Для лікаря клінічний протокол економить час на роздуми, значно зменшую кількість помилок і сприяє захисту лікаря від судового переслідування. Пацієнт, у свою чергу, гарантовано одержує найбільш ефективне, сучасне, безпечне і економічне лікування. Наявність регламентованих клінічних протоколів також вигідна для адміністрації лікувальної установи, оскільки дає можливість контролювати дії лікаря, обчислювати економічні витрати на діагностику та лікування. Шляхом введення стандартів діагностики та лікування, а також диференційованих підходів до термінів санаторно- курортного лікування, досягається мета підвищення якості надання санаторно-курортних послуг у курортно-рекреаційних закладах різних форм власності. Структура реабілітаційних лікувально-відновлювальних комплексів заснована на попередній діагностиці, квазімоніторному супроводі у реабілітаційному та постреабілітаційному періодах із визначенням індивідуальної функціональної соціальної спроможності, із можливістю соціальної адаптації та повернення до праці, а також максимального наближення до усереднено здорового контингенту.

Щодо загальної структури санаторно-курортного відновлювального лікування, то слід зазначити, що будь-який реабілітаційний комплекс поряд із обов’язковими, нозологічно- орієнтованими складовими, включає кілька неодмінних загальних компонентів:

• комплекс попередніх адаптаційних заходів щодо ініціації санаторно-курортного відновлювального лікування;

• тестування реальної функціональної спроможності суміжних систем та органів;

• санаторно-курортні оздоровчо-загартовувальні заходи;

• визначення наявного відновлювального резерву стосовно ураженої системи;

• визначення (прогнозування) ймовірного обсягу відновлення активності;

• соціально-побутові аспекти (потреби/вимоги) відновлення активності;

• морально-етичні аспекти реабілітаційного лікування;

• дотримання етапності, послідовності, адекватності психологічного налаштування на очікуваний результат;

• забезпечення методологічної реабілітаційної опіки на післяреабілітаційному етапі відновлення функціональної спроможності;

• реалізація у повному обсязі соціально-виробничої та побутової адаптації;

• ―нозологічне‖ виховання (―школи‖ пацієнтів за профілями захворювань) адекватного дозування відновлювальної функції на подальших етапах медичної реабілітації. Реабілітаційні програми за термінами (тривалістю) поділяються на регламентовані (із затвердженими термінами початку та закінчення) та індивідуальні (приватні, орієнтовані на індивідуальну сприйнятливість, адекватність реагування).

Виділяють:

• цільові (орієнтовані на конкретний клінічно функціональний результат);

• загально орієнтовані (стосовно стану пацієнта взагалі поза профілем основної патології). Щодо інтенсивності відновлювальних та медичних реабілітаційних програм прийнято розрізняти комплекси: •

щадної інтенсивності;

• звичайної інтенсивності;

• інтенсифіковані (відповідно до максимальної відновлювальної спроможності та відповіді зацікавлених систем організму).

Принципово важливим в організації санаторно-курортного відновлювального лікування є відсутність деяких протипоказань для їх здійснення, а саме (подані у порядку зменшення важливості):

• загострення патології, з приводу котрої здійснюються реабілітаційні заходи;

• декомпенсація діяльності серцево-судинної системи (а також часті спонтанні напади стенокардії – нестабільна стенокардія); • дихальна недостатність (а також часті спонтанні напади ядухи);

• гострий запальний процес (поза залежністю від обсягу та локалізації);

• специфічні процеси;

• дестабілізований онкологічний процес (допустимими є певні неінвазивні та неапаратні відновлювальні заходи у період пасивності протионкологічних заходів та протионкологічної терапії). Відповідно загальноприйнятої структури клінічного протоколу до опису санаторно- курортного лікування того чи іншого захворювання звичайно входить його назва, шифр по МКХ-10, окремі протипоказання, перелік обов’язкових та додаткових діагностичних методик, необхідних консультацій спеціалістів, тип санаторного режиму, дієта, обсяг методів кліматотерапії, рухового режиму, бальнеотерапії, апаратної фізіотерапії, додаткових необхідних процедур, термін лікування та показники його якості (зразок клінічного протоколу для дорослих надано у додатку 14) (зразок клінічного протоколу для дітей надано у додатку 15) Після закінчення лікування хворому видається відривний талон санаторно-курортної карти для подання в поліклініку, яка її видавала, та санаторно-курортна книжка з даними про проведене в оздоровниці обстеження та лікування, його ефективності, рекомендаціями по режиму праці, харчування та відпочинку.

Методичні підходи до оцінки ефективності відновного лікування В санаторно-курортних закладах використовуються діагностичні методики у обсязі, затвердженому Міністерством охорони здоров’я України для установ охорони здоров’я. В основі критерію ефективності щодо здійсненого санаторно-курортного відновлювального лікування є обсяг та спрямованість динаміки виявлених клініко-функціональних змін. Безумовно необхідною складовою є позитивна спрямованість зазначених зрушень, однак конкретний обсяг та якість оцінюються завжди індивідуально, виходячи із конкретного вихідного стану та обсягу розширення здатності та спроможності конкретного пацієнта. Важливе місце в санаторно- курортному лікуванні займає складання та проведення індивідуальної програми реабілітації, яка представляє собою перелік заходів та методів в умовах санаторно-курортного закладу, що орієнтовані на особистість пацієнта та цілісний вплив на його організм. Основним критеріям ефективності наданої медичної допомоги на санаторно-курортному етапі є підвищення якості життя пацієнта.

Термін ―якість життя пов’язана зі здоров’ям‖ відображує групи критеріїв: фізичні, психологічні та соціальні. Оцінка якості життя дозволяє визначити адекватність лікувальних та профілактичних заходів, тривалість ремісії в кожного конкретного пацієнта, і повинна доповнювати традиційну методологію обстеження хворого. Необхідним критерієм ефективності ранньої курортної реабілітації є працездатність. Лікар, під наглядом якого хворий надходить на ранню реабілітацію, може дати тільки попередню оцінку працездатності хворого. При оцінці ефективності реабілітаційних заходів наприкінці лікування, оцінюється рівень відновлення працездатності. Матеріали щодо оцінці ефективності ранньої медичної реабілітації в санаторно-куротних умовах надаються у додатку 16 (www.sankurort.ua)/ Приблизний перелік основних оцінних шкал, тестів і опитувальників, вживаних у реабілітаційній медицині презентовано у додатку 17 (www.sankurort.ua). Повний виклад інформаційного матеріалу щодо критеріїв діагностики захворювань, котрі показані до санаторно-курорного відновлювального лікування та оцінці його ефективності є доступним на Інтернет-сайті (www.sankurort.ua) Мінімально необхідний обсяг інструментальної та лабораторної діагностики визначається конкретним захворюванням та функціональним станом конкретного реабілітанта, але ніколи не перевищує загальнокурортних обсягів, рекомендованих до використання. Поклавши в основу досягнення медичної науки та необхідність здійснення об’єктивної оцінки результатів реабілітаційних заходів – у світовій науковій практиці все ширше використовуються засоби доказової медицини. Доказова медицина – встановлює не тільки перелік реальних фактів взаємозв’язку конкретного впливу застосованого лікувального чинника із певними клінічними ефектами, але і чітко метрично передбачає майбутній клінічно реєстрований ефект цього впливу, поза залежністю від супутніх можливих проявів, котрі спроможні викликати прогнозовані зміни у функціонуванні органів та систем. Саме встановлення математичної прогнозованої залежності бажаного терапевтичного ефекту від дози, часу, шляху та способу використання конкретного чинника – є предметом доказової медицини. Розглядаючи методологію клінічних випробувань – слід, перш за все, зробити кілька загальних зауважень щодо етичних норм, котрих слід дотримуватись при організації та проведенні клінічних досліджень взагалі. Зазначимо, що порівнянню підпадають лише методи лікувального впливу, ефективність терапевтичного використання котрих як пацієнт, так і лікар вважатимуть корисними та перспективними, поза як здійснювати порівняння a priori не ефективного методу – є аморальним по своїй суті. Порівнювальні дослідження мають дотримуватися загальних правил проведення клінічних досліджень і в першу чергу це етичні норми здійснення клінічних випробовувань. Головною етичною вимогою будь-якого клінічного випробування є залучення до досліджень осіб виключно на принципі добровільної згоди та при умові повної поінформованості пацієнта щодо мети здійснюваних досліджень. Недотримання цієї умови, як правило призводить до порушень технології дослідження та спричиняють низку інших, «похідних», порушень, котрі, у кінцевому результаті, неодмінно впливають на чистоту‖ остаточних висновків. Таким чином, при виконанні усіх умов оптимізації сучасного санаторно-курортне лікування слід розглядати цей різновид медичної допомоги, як один з найефективніших етапів комплексної терапії хворих. Сприяння розвитку та зміцненню санаторно-курортного комплексу України позитивно вплине на стан здоров’я населення, зменшення рівня захворюваності, інвалідності та витрат на лікування хворих у поліклініках та стаціонарах, підвищенню конкурентоспроможності вітчизняної санаторно-курортної галузі на міжнародному ринку лікувально-оздоровчого туризму.

Література:

1. О. М . Кравець, А . А . Рябєв. КУРОРТОЛОГІЯ. П І Д Р У Ч Н И К. ХАРКІВ ХНУМГ ім . О. М . Бекетова .- 2017.
2. Концепція розвитку санаторно-курортної галузі // Розпорядження № 231-р Кабінету Міністрів України від 23 квітня 2003 р.
3. Степанов Е. Г. Основы курортологии: Учебное пособие (для студентов всех форм обучения по направлению подготовки 0504 – «Туризм»). ‑ Харьков: ХНАГХ, 2006. – 326 с.

**Лекція 3**

**Класифікації та типології курортів**

**ПЛАН**

**1.Проблематика класифікації та типології курортних територій і закладів.**

**2.** **Курортно-рекреаційний продукт**.

3. **Функціональні критерії типології курортів**.

**4.Геопросторові критерії типології курортів.**

**5. Типологія за географічними ринками**.

*Охарактеризовано сучасний стан розвитку наукової систематики курортів та підходи до їхньої класифікації і типології. Розвинено теоретичні положення курортної систематики та з позиції туристичної курортології розроблено інтегральну класифікаційну схему курортів.*   
  
**Ключові слова:** класифікація, типологія, курорт, курортно-рекреаційна система, профіль курорту, турпродуктна спеціалізація курорту.   
  
 Курортний бізнес - один з найприбутковіших секторів індустрії туризму, що є її структурним осердям. Для третини людства на початку ХХІ ст. нормою є принаймні раз у рік проводити відпустку чи вихідні на курорті. А так званий золотий мільярд населення планети з багатих постіндустріальних країн проводить дозвілля у фешенебельних курортних центрах не менше двох разів у рік, крім того, є регулярним споживачем рекреаційно-курортного продукту під час недільних рекреаційних циклів та туристичних поїздок з утилітарною, професійною, діловою чи іншою метою [18].   
  
З’ясувати реальне співвідношення різних видів туризму доволі складно, оскільки, як звичайно, вони зрідка є в “чистому” вигляді. На сучасному етапі розвитку туризму переважають змішані типи турів: релаксаційно-пізнавальні, відпочинково-ділові, ностальгічно-фестивальні тощо. Проте на ринку туристичних послуг за масовістю традиційно домінує курортно-відпочинковий туризм. На його частку, за різними підрахунками, припадає понад три чверті сукупного обсягу туристичних потоків [19]. Далі йде пізнавально-екскурсійний і діловий туризм (до 15 %).   
  
Ринок курортно-рекреаційного туризму практично всеосяжний, тобто охоплює всі верстви, вікові, соціальні й етнічні групи населення. Адже потребу в оздоровчому відпочинку за умов зростання забрудненості довкілля, демографічного й техногенного навантаження відчуває кожна людина, незалежно від місця й умов проживання. Глобалізація споживацького ринку, невпинне зростання попиту й запитів туристів, загострення конкуренції між самими курортами (аж до PR-“війн” між окремими курортними регіонами) веде до такого:   
  
- активізації темпів освоєння рекреаційних ресурсів планети й динамічної розбудови модерної курортної інфраструктури у глобальному масштабі;   
- постійного пошуку інновацій у царині оновлення курортного продукту, поліпшення й урізноманітнення якості сервісу;   
- подальшої турпродуктної диференціації й ринкового розмежування курортів, що веде до невпинного виділення з курортної когорти територій і закладів нових видів та типів.

**Проблематику класифікації та типології курортних територій і закладів розробляють ось уже понад** сторіччя з часу становлення теоретичних засад медичної курортології, рекреалогії і рекреаційної географії, економіки й менеджменту туризму та гостьового сервісу. Розвиток наукових уявлень і системи класифікаційних одиниць курортних комплексів можна умовно розмежувати на три періоди: ранній, класичний та постнекласичний. Підвалини раннього підходу хронологічно сягають доби античної Греції - батьківщини курортної справи. Саме в Елладі традиція курортного водолікування вперше ґрунтовно досліджена й науково описана. Грецькому медику, “батькові” медичної науки Гіппократу належить крилатий вислів-аксіома: *“In balneis salus” (“купання - це здоров’я”)*. Античний учений Плутарх залишив нам свідчення про те, що термальні джерела на грецькому острові Євбея приваблювали хворих із найвіддаленіших районів тогочасної Римської імперії, яка простягалася від Британії і Рейну до Закарпаття, Криму, Кавказу, Аравійської пустелі та Ефіопії.   
  
Упродовж класичного періоду теорію і практику курортного оздоровлення у XVІІІ- на початку ХХ ст. розвивали найвідоміші представники медичної науки. Її викладання було введено в освітні програми підготовки медиків. На цю тематику лише в ХІХ ст. написано понад п’ять тисяч наукових трактатів і розвідок [16].   
  
Найновіші досягнення теорії збагачували практику європейської курортної справи. Завдяки цьому відбувся процес профільної та соціальної стратифікації закладів рекреації. Виокремилися курорти для лікування хворих на туберкульоз, кишково-шлункові розлади, захворювання шкіри, опорно-рухового апарату тощо. Поряд із загальнодоступними оздоровницями виникли заклади для оздоровлення окремих вікових груп людей. Наприклад, 1792 р. з ініціативи англійського лікаря Р. Рассела в Маргіті відкрито перший у світі дитячий курорт.   
  
Отже, у ХІХ-на початку ХХ ст. у науці панувало вузьке тлумачення поняття “курорт” як лікувальної місцевості чи закладу для людей з певними недугами. На цьому ґрунтувалася і перша *класична*класифікація курортів за медичним профілем, прийнята під час першого та другого курортологічних з’їздів медиками-курортологами всіх країн Європи.   
  
До кінця першої половини ХХ ст. курортна мережа Європи пережила чергову еволюційну трансформацію від поселень для лікування приїжджих з різними недугами до центрів масового туризму для людей, які дотримуються активного здорового способу життя. У свідомості пересічного європейця змінився сам сенс поїздок на курорти: розважально-відпочинкові мотиви витіснили лікувальні. Відповідно, докорінної реорганізації зазнала вся курортна індустрія - питання різнобічного відпочинку, естетичного задоволення, веселощів і розваг лягли в основу сучасних конкурентних стратегій розвитку курортних поселень світу. Це породило феномени курортної урбанізації та появи низки курортів нового та змішаних типів: від суто релаксаційних пасивно-дозвіллєвих і оздоровчо-розважальних, до активно- і навіть екстремально-туристичних, екокурортів, плавучих курортів (круїзних лайнерів) тощо.   
  
Нові суспільні реалії зумовили появу нових оригінальних підходів до класифікації курортних комплексів з позиції рекреалогії й прикладної туризмології. Практики ку-рортного сервісу до 1970-х років поширили на весь світ європейську модель прикладної типології курортних закладів за рівнем рекреаційного сервісу (“зірковістю”), паралельно вироблено класичні схеми ринкового розмежування курортів на лікувальні, пасивно- й активно-відпочинкові, сюди ж буквально на початку 1990-х років на правах окремого класифікаційного таксона введені екологічні курорти [21].   
  
Чималу теоретичну спадщину систематизації курортних комплексів залишили вчені так званої радянської наукової школи рекреалогії й рекреаційної географії. Треба віддати належне ґрунтовним розробкам типологічної систематики курортних або територіальних рекреаційних систем (ТРС) В. С. Преображенського, М. С. Мироненка, І. Т. Твердохлєбова [10], Ю. А. Веденіна [2], Е. А. Котлярова [7], П. Г. Царфіса [14], А. В. Гідбута, А. Т. Мезенцева [3], К. В. Зворикіна [5] та ін. Авторитетну українську наукову школу курортної систематики репрезентують фундаментальні праці А. Е. Бабинця, Е. Е. Гордієнка, В. Р. Денисової [1], А. М. Ігнатенка [6], М. В. Лободи [8], М. В. Одрехівського [12] та ін.   
  
Спільним у підходах названих дослідників є визнання чільного класифікаційного критерію за тим таки головним функціональним профілем курорту.   
  
Сучасний постнекласичний етап наукової систематики курортних комплексів вирізняють такі засадничі принципи: дослідники не віддають пріоритету (першості) жодному з класифікаційних критеріїв, визнають їхню співважливість та доцільність послуговування різними класифікаційними схемами залежно від конкретних прикладних завдань дослідження [17]. Саме на таких принципах ґрунтуються сучасні *багатокритеріальні* класифікаційні схеми найавторитетніших західних теоретиків рекреалогії й туристичної курортології - Томаса Ґоудала, Петера Віта [15], Леса Ґайвууда, Хуго Бутшера, Моріса Мулларда, Джона Капенерґурста, Петера Бремама [16], С. Мак-Кула [18] К. Руана [19], Дж. Соана [20] В. Нарстедта, М. Піводди [11] С. Вестона [21] та ін.   
  
Проте огляд названих праць дає нам підстави констатувати, що єдиного уні-фікованого підходу до систематики курортів у світовій науці не існує, як не існує у курортній практиці різних країн єдиного погляду і критеріїв тлумачення поняття “курорт”. Констатуємо таке: у західній науці й практиці курортної справи кінця ХХ - початку ХХІ ст. домінує підхід, відповідно до якого курортом найчастіше називають готельний комплекс класу “Resort”, “SPA” i “Wellnes”, а курортне поселення чи місцевість, згідно з методологією UNWTO, прийнято трактувати як туристичну дести-націю - туристичний центр/регіон.   
  
В Україні у рамках чинного законодавства ([Закон України “Про курорти”](http://tourlib.net/zakon/pro_kurorty.htm)) офіційно використовують такі терміни [4]:   
  
*“Курорт - освоєна природна територія на землях оздоровчого призначення, що має природні лікувальні ресурси, необхідні для їх експлуатації будівлі та споруди з об’єктами інфраструктури, використовується з метою лікування, медичної реабілітації, профілактики захворювань та для рекреації і підлягає особливій охороні”* (Ст. 1 ЗУ “Про курорти”).   
  
За характером природних лікувальних ресурсів курорти України поділяють на курорти державного та місцевого значення.   
  
До курортів державного значення належать природні території, що мають особливо цінні та унікальні природні лікувальні ресурси і які використовують для лікування, медичної реабілітації та профілактики захворювань.   
  
До курортів місцевого значення належать природні території, що мають загальнопоширені природні лікувальні ресурси і які використовують для лікування, медичної реабілітації та профілактики захворювань (Ст. 4 ЗУ “Про курорти”).   
  
Медичний профіль (спеціалізація) курортів визначають з урахуванням властивостей природних лікувальних ресурсів. За спеціалізацією курорти поділяють на курорти загального призначення та спеціалізовані курорти для лікування конкретних захворювань (Ст. 5 ЗУ “Про курорти”).   
  
Курортні ресурси й інфраструктурні об’єкти курортної ТРС “продукують” оздоровчо-рекреаційні послуги. Популярність та обсяги продажу цих послуг є показниками (мірилом) комерційно-споживчого рейтингу як окремого конкретно взятого курортно-рекреаційного продукту, так і територіальної курортно-рекреаційної системи загалом.

**Курортно-рекреаційний продукт** - це спеціалізований для конкретної ТРС комплекс (програма) курортно-рекреаційного обслуговування людини, створений і поставлений на ринок збуту з урахуванням наявних рекреаційних ресурсів та інфраструктурних можливостей цієї рекреаційної системи [13].   
  
Програми курортно-оздоровчих турів будують з урахуванням тієї обставини, що близько 30 - 50 % рекреаційного часу відводиться на лікувально-оздоровчі процедури. З огляду на те, що оздоровчо-курортне обслуговування є підгалуззю охорони здоров’я, його кінцевою “продукцією”, перш за все, є вилікувані, фізично й духовно оздоровлені люди.

Розмаїтість рекреаційних потреб окремих споживачів, наявність різних етнічних, соціальних, вікових та інших груп споживачів з відмінними рекреаційними уподобаннями й цільовими пріоритетами привела до появи цільової спеціалізації організацій курортно-рекреаційного профілю.   
  
Сьогодні провідні курорти світу прагнуть розвиватися як поліфункціональні багатоцільові туристичні центри. Вони активно намагаються залучати туристів з різних секторів ринку. Наприклад, альпійський курорт Давос є всесвітньо популярним гірськолижним курортом і, поряд з цим, найбільшим у Європі центром конгресного туризму. Подібно до цього, Лас-Вегас - найбільший американський центр ігрового бізнесу - поряд з обслуговуванням ринку рекреаційного туризму також активно пропагує себе як центр конгресно-ділового туризму та світовий центр спортивно-видовищного туризму (шоу-організація боксерських поєдинків за пояси чемпіонів світу).   
  
З іншого боку, є тенденція до поглиблення і закріплення вузької турпродуктної спеціалізації того чи іншого курорту, підкріплена багаторічними традиціями й усталеним у суспільній свідомості престижем. Скажімо, з ХІХ ст. престижно їздити “на води” у французький курорт Віші, німецький Баден-Баден, австрійський Бад-Ґастайн, чеські [Карлові Вари](http://tourlib.net/statti_tourism/kudrjavceva.htm), український Трускавець. Аналогічний статус серед безлічі інших гірськолижних курортів мають швейцарський Санкт-Моріц і Кран-Монтана, французький Шамоні, український Буковель.   
  
Сучасна індустрія туризму намагається враховувати й адекватно реагувати на факт наявності статево-вікових особливостей проведення дозвілля. Саме тому, наприклад, на іспанському острові Ібіца складно помітити літніх рекреантів, а в консервативно упорядкованих і ошатних курортних районах Лазурного берега чи Флоріди молодь становить помітну меншість серед когорти респектабельних туристів середнього та літнього віку.   
  
Подібно у Франції можна назвати десятки таласо- і SPA-центрів курортного оздоровлення й омолодження (напр., Віші, Евіан), де жінки становлять абсолютну більшість клієнтів, натомість, на 70-80% з чоловіків формується контингент екстремальних туристів на найвисокогірніших лижних курортах швейцарських Альп (Цермат, Саас-Фе, Верб’є, Кран-Монтана, Санкт-Моріц, Давос, Ґріндельвальд).   
  
Тисячі людей на початку ХХІ ст, досягнувши певного соціального статусу й заможності, відмовляються від традиційних масових курортних турів і починають свідомо вкладати чималі кошти в модель клубного дозвілля за системою таймшеру. Факт причетності людини до одного з елітних закритих від громадськості курортних клубів планети є його перепусткою у так званий “вищий” світ, однією з необхідних передумов особистого самоствердження в обмеженому колі VIP-осіб.   
  
Наприклад, лише 300 обраних осіб планети мають змогу потрапити в елітний курортний клуб “Exluzive Resort”, що володіє 200 клубними резиденціями у найкращих курортних куточках світу, має власний плавучий лайнер-палац “The World”, що здійснює кругосвітні подорожі, та власний пентхауз у легендарному нью-йоркському хмародері мільярдера Трампа. Вступний внесок у цей клуб становить 375 тис. дол., а щорічні таймшерні внески - 25 тис. дол.   
  
Географія курортів з позиції системної методології розглядає поняття курорт як певну спеціалізовану територію з її інфраструктурним каркасом - *територіальну курортно-рекреаційну систему (ТКРС)*. Натомість, курортний менеджмент під поняттям “курорт” розуміє певну управлінсько-економічну систему (УЕС), простіше кажучи - *курортну організацію* як окремий структурний елемент курортно-рекреаційної сфери.   
  
Отже, системи курортно-рекреаційної сфери низового рівня просторово приурочені до мережі локальних курортно-рекреаційних територій і центрів. У світовій практиці туроперейтингу саме за цими організаціями і локальними територіальними одиницями (ТКРС) закріпився термін “курорти”.   
  
Розглянемо типологію курортів як таких. Ми схильні розмежовувати множину наявних у світі курортів за двома ключовими групами критеріїв - функціональним та геопросторовим.   
  
**Функціональні критерії типології курортів** - це критерії, які акцентують увагу на виокремленні пріоритетного функціонального профілю курорту як територіальної системи чи закладу сфери послуг, зорієнтованого на обслуговування певного сегмента споживачів його послуг. Cеред множини функціональних критеріїв у науковій типології курортів найчастіше використовують медичні, соціопсихологічні, ціннісно-смакові й вікові.   
  
Відповідно до структури рекреаційних потреб людини прийнято виділяти такі три головні функціональні класи курортів:   
  
- приморські рекреаційно-відпочинкові;   
- гірські активно-туристичні;   
- лікувально-оздоровчі.   
  
Кожен з названих класів курортів також поділяють на низку типів і підтипів, зокрема, приморські курорти на: курорти-SPA, таласокурорти, поселення з інфраструктурою так званого пасивного пляжного відпочинку, курортні центри з інфраструктурою активної рекреації (аквапарками, яхтингом, серфінгом тощо), історико-культурні курортні центри (наприклад, Монако), курортополіси з модерними рекреаційно-готельними компл ексами (де все включено: власні басейни, аквапарк, сауни, фітнес-центр, ресторани і бари, ігрові центри, дансинги). Гірські курорти поділяють на два підкласи курортів (цілорічної дії і сезонної дії), на підставі чого виокремлюють курорти гірськолижні, літні активно-туристичні (маунт-байк, скелелазання, сплав гірськими річками тощо), екотуристичні, агротуристичні, мисливсько-туристичні, кліматично-оздоровчі, термально-оздоровчі тощо. Лікувально-оздоровчі курорти поділяють на питні, грязьові, купально-ропні, купально-термальні, кліматичні, спелеологічні (підземні) та ін.   
  
У рекреалогії і курортно-рекреаційній географії поширені наукові типології курортів, що ґрунтуються на тих чи інших критеріях геопростору.   
  
**Геопросторові критерії типології курортів** - це критерії, які акцентують увагу на просторових (географічне положення, ландшафт, соціально-економічне освоєння території тощо) характеристиках розміщення курорту як територіальної системи чи закладу сфери послуг, зорієнтованого на обслуговування певного сегмента споживачів його послуг. Цим критеріям притаманні такі риси, як ієрархічність і синергетичність.

Cеред множини геопросторових критеріїв у науковій типології курортів найчастіше використовують ландшафтні, рекреаційно-кліматичні, рекреаційно-ресурсні й урбодемографічні. Загалом ці критерії прийнято об’єднувати у дві групи: природничо-та суспільно-географічні. І саме вони (а не функціональні критерії) є в основі наукових типологій курортно-рекреаційних систем макрорегіонального, регіонально-секторного й локального рангів.   
  
Нижче наведемо найпоширеніші типології курортів за геопросторовими критеріями:   
  
- за орографічним критерієм: низинні, височинні, передгірні, гірські;   
- за секторно-географічним критерієм: приморські, континентальні (а також такі підтипи, як субконтинентальні та океанічні);   
- за зональними рекреаційно-кліматичними критеріями: високогірно-кліматичні (альпійські), помірно кліматичні сезонної дії, середземноморсько-кліматичного типу, тропічні (сухих або вологих тропіків);   
- за ландшафтоформувальними критеріями: приморські (піщані, галькові, скелясто-брилові), континентальні (приозерні, лісові, гірськолучні тощо);   
- за специфічними природними критеріями: питні водооздоровчі, термальні, приакваторіально-сольові (ропні) (на кшталт курортів Мертвого моря, солоних озер і лиманів), іонізаційно-сольові алергологічні (спелеологічні), грязьові, нафталанові, фітонцидні тощо;   
- за демографічно-урбаністичними критеріями: курортополіси, великі поліфункціональні курортні центри, малі вузькоспеціалізовані курортні поселення, територіально відособлені локальні санаторно-курортні комплекси;   
- за суспільними й економічними критеріями: місцевого значення, внутрішньодер-жавні, міжнародного класу; недорогі, респектабельні, фешенебельні; вузького (спеціалізовані) й широкого (загальнооздоровчо-відпочинкові) профілів тощо.   
  
Поряд з названими, у науковій літературі трапляються й інші підходи до типології курортів. Скажімо, є типологія курортів за соціальними характеристиками і навіть за віком споживачів курортних послуг. Окремі групи утворюють так звані соціальні курорти, курортно-реабілітаційні центри для неповносправних громадян (інвалідів) й літніх людей, дитячі й молодіжні курортно-відпочинкові “містечка” та ін.   
  
У практиці курортного обслуговування населення найпоширеніші такі загальноприйняті типології курортів:  
  
- за медико-курортологічними технологіями: комплексні, бальнеопитні, бальнеогрязьові, таласо-, аеро-, фізіо-, фіто-, аромо-, ено-, ампелотерапевтичні та ін.;   
- за медико-оздоровчим профілем (хворобами): серцево-судинні, обміну речовин, неврологічні, опорно-рухові, післяопераційних станів, легеневі, шлунково-кишкові, сечостатеві тощо.   
  
**Генетична класифікація** організацій і територіальних курортно-рекреаційних систем ґрунтується на засновницькому профілі їхньої діяльності. Подальший поділ зводиться до розмежування досліджуваних об’єктів на підкласи, види та підвиди.   
  
На підставі синтезу положень курортної систематики міжнародних [9, 11, 15-21] і вітчизняної [8, 12, 13 та ін.] наукових шкіл рекреалогії й туристичної курортології ми розробили інтегральну класифікаційну схему видів курортів (див. рисунок 1).

Наведену класифікацію ми не вважаємо вичерпною, оскільки з кожним роком з’являються нові концепції курортно-рекреаційного обслуговування, і відповідно, триває процес подальшої диверсифікації курортних закладів.   
  
У теорії та практиці курортології ХХІ ст. вироблено три базові підходи, за якими визначають типологію організацій курортно-рекреаційної сфери, зокрема, за географічними ринками, рекреаційно-продуктною спеціалізацією, організаційно-правовим статусом.   
  
**Типологія за географічними ринками** - один з найпоширеніших підходів, який часто використовують в офіційних документах та інформаційних матеріалах. Навіть спеціалізований орган ООН - Всесвітня туристична організація (UNWTO) розробила й рекомендує послуговуватися стрункою таксономічною системою туристичних ринків планети за географічним принципом (Європа, Америка, Африка, Близький Схід, Південна Азія, Азіатсько-Тихоокеанський реґіон - а в їхніх межах субреґіони, країни і райони дрібніших рангів). Географічний підхід виправдовує себе й у випадку, коли об’єктом дослідження є курортне господарство якоїсь окремої країни чи її субреґіону. Скажімо, у межах України заклади рекреаційної інфраструктури можна згрупувати у такі типи: курорти Українських Карпат, курорти АР Криму, курорти Північно-Західного Причорномор’я, курорти Приазов’я тощо. А в межах Карпатського реґіону курорти за географічним принципом зручно типізувати на: курорти Львівщини ([Трускавець](http://www.turportal.org.ua/), Моршин, Східниця, Славське й ін.), курорти Закарпаття (Свалява, Поляна, Синяк, Боржава, Кваси, Солотвино й ін.), курорти Івано-Франківщини (Яремче, Ворохта, Черче, Шешори й ін.) та курорти Буковини (Сторожинець, Вижниця, Виженка й ін.).   
  
**Типологія за рекреаційно-продуктною спеціалізацією** - загальний підхід, яким послуговуються як виробники курортно-рекреаційних послуг, так і їхні споживачі. Суть підходу зводиться до означення головних споживчо-рекреаційних властивостей того чи іншого курортного продукту. Власне за цим типологічним підходом ми розрізняємо курорти бальнеологічні, термальні, грязьові, гірськолижні, приаквальні (озерні, морські), спелеокурорти тощо. Відповідно, скажімо, на бальнеологічному курорті за цим же підходом виділяємо такі організації, як реабілітаційна клініка, SPA-центр, фітнес-центр, санаторій з лікуванням, пансіонат, готель-SPA тощо; на гірськолижному курорті - апартотель, готель-шале, школа зимових видів спорту, центр прокату гірського спорядження, рятувальна служба та ін.   
  
**Типологія за організаційно-правовим статусом** ґрунтується на означенні правового статусу, організаційної форми, мети та цілей діяльності організації. За цим підходом ми звикли поділяти організації рекреаційної сфери на законодавчі, контрольно-ревізійні, виробничо-комерційні, громадські, навчальні тощо. (Наприклад, державні/приватні підприємства, відкриті/закриті акціонерні товариства, франчайзингові компанії та багато ін.).   
  
Головною організаційною формою закладу курортно-рекреаційної сфери локального рангу є підприємство, яке надає головні (тимчасове проживання, харчування й відпочинок) та, за наявності, різні додаткові послуги; іншими словами, це підприємство готельного типу, готель.   
  
*Фактично всі сучасні готелі світу цілком виправдано зачислювати саме до курортно-рекреаційної індустрії*, адже навіть у найдешевших готелях нині наявна щонайменше інфраструктура так званої пасивної рекреації. З іншого боку, фешенебельні готельні комплекси, ринково сфокусовані на обслуговування ділового й конгресового туризму, мають повний спектр додаткових послуг, спрямованих на задоволення різноманітних рекреаційних потреб клієнтів - плавальні басейни і джакузі, поля для гольфу і тенісні корти, ландшафтні парки з доріжками для теренкуру, солярії, та навіть власні оздоровчо-косметологічні центри.   
  
Найбільшу групу висококомфортних нічліжних закладів становлять саме *готелі туристичного профілю, або курортні готелі*. (У режим функціонування курортних готелів врешті-решт поступово еволюціонує більшість санаторіїв і пансіонатів з лікуванням України). Ці готелі розташовані, зазвичай, у курортних зонах (узбережжя світового океану, гірські системи, озерні й лісові ландшафти) та поряд з визначними туристичними атракціями. Вони займають порівняно великі земельні ділянки, мають паркові зони, у яких є суміжні рекреаційні підрозділи, та поряд з головними (проживання, харчування, трансфер) надають доволі широкий спектр рекреаційних послуг. При курортних готелях, здебільшого, діють пункти прокату рекреаційного спорядження (морського чи гірськотуристичного). Місією функціонування готелів туристичного профілю є задоволення різнобічних рекреаційних послуг клієнтів-індивідуалів та організованих туристичних чи самодіяльних груп рекреантів.   
  
Відповідно до трьох головних класів курортів (приморські рекреаційно-відпочинкові; гірські активно-туристичні; лікувально-оздоровчі) виділяємо три аналогічні підкласи курортних готелів. А в їхньому складі, відповідно, виокремлюємо ще низку типів курортних закладів, що відрізняються між собою рівнем та спектром надання послуг і спеціалізацією.   
  
Курортні готелі призначені для порівняно тривалого проживання й відпочинку гостей на одному місці, тому вони намагаються концентрувати в межах своєї території інфраструктуру для надання якомога більшої кількості різнобічних послуг. Для того, щоб гість почував себе комфортно, у курортних готелях функціонують медико-діагностичні кабінети, оздоровчо-релаксаційні комплекси, косметичні салони, магазини, дитячі садки тощо. Власне завдяки цьому на Заході в практиці туроперейтингу такі готелі прийнято називати *“курорт” (Resort)*, що відповідає науковому поняттю “готельно-курортний комплекс”.   
  
Отже, на сучасному етапі розвитку курортології склалася постнекласична парадигма систематики курортів, суть якої зводиться до плюралізму й взаємодоповнювального співіснування найрізноманітніших дослідницьких підходів та класифікаційних і типологічних критеріїв цієї систематики. Поряд з цим, у практиці міжнародної курортної справи усталилися найуживаніші класифікаційна і типологічні схеми, зміст яких розкрито вище.

## Література

1. Бабинец А.Е., Гордиенко Е.Е., Денисова В.Р. Лечебные минеральные воды и курорты Украины. - К.: Изд-во АН УССР, 1963. - 366 с.   
2. Веденин Ю.А. Динамика территориальных рекреационных систем. - М.: Наука, 1982. - 190 с.   
3. Гидбут А.В., Мезенцев А.Т. Курортно-рекреационное хозяйство: региональный аспект. - М.: Наука, 1991. - 94 с.   
4. [Закон України “Про курорти” від 5.10.2000 р., № 2026-III // Відомості Верховної Ради України. - 2000. - № 50. - Ст. 435.](http://tourlib.net/zakon/pro_kurorty.htm)   
5. Зворыкин К.В., Мухин Г.Д., Насретдинова В.З., Чижова В.П. Научно-прикладные аспекты типологии и оценки рекреационных территорий // Вестн. Москов. ун-та. Сер. 5. География. - 1987. - № 4. - С.38-43.   
6. Игнатенко А.Н. Рекреационные территориальные системы: научные основы развития и функционирования: Учеб. пособие. - К.: УМК ВО при Минвузе УССР, 1989. - 88 с.   
7. Котляров Е.А. География туризма и отдыха. Формирование и развитие территориальных рекреационных комплексов. - М.: Мысль, 1978. - 238 с.   
8. Курортні ресурси України / За ред. М.В. Лободи. - К.: ТАМЕД, 1999. - 344 с.   
9. Кусков А.С., Лысикова О.В. Курортология и оздоровительный туризм: Учеб. пособие. - Ростов н./Д.: Феникс, 2004. - 320 с.   
10. Мироненко Н.С., Твердохлебов И.Т. Рекреационная география. - М.: Изд-во Москов. ун-та, 1981. - 207 с.   
11. Нарстедт В., Піводда М. Рекреаційний сервіс в Європі: професія або інтуїція? Перспективи оздоровчого туризму в умовах бальнеолікарень і курортів / Пер. з нім. - Ужгород: Ліра, 2001. - 119 с.   
12. [Одрехівський М.В. Валеологічні інноваційні центри: економічні проблеми створення і функціонування. - Львів: Світ, 1997. - 144 с.](http://tourlib.net/books_ukr/odrehivsky.htm)   
13. Рутинський М.Й. Рекреалогія з основами курортології. Ч. І. Теоретичні засади: Курс лекцій / За ред. М. Мальської. - Львів: Фенікс, 2004. - 68 с.   
14. Царфис П.Г. Рекреационная география СССР: курортологические аспекты. - М.: Мысль, 1979. -

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |

**Лекція4**

**Основні природні курортні фактори**

**та преформовані фізичні фактори,**

**які застосовуються в лікуванні широкого спектру захворювань в санаторно-курортних умовах**

**План**

1. Визначення поняття кліматотерапія іпреформовані фізичні фактори.
2. Як клімат курорту впливає на організм хворого.
3. Дія приморського клімату узбережжя Чорного моря (курорти Одеси, Бердянська та інші) на організм.
4. Дія клімату лісів.
5. Аеротерапія.
6. Геліотерапія.
7. Таласотерапія.
8. Спелеотерапія.
9. Псаммотерапія.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Преформовані фізичні фактори** – штучно змінені природні або штучні фізичні лікувальні фактори, які є важливою складовою санаторно-курортного лікування. До них відносяться застосування електричного струму, магнітного, електричного та електромагнітного полів, ультрафіолетового, видимого чи інфрачервоного спектру світлового випромінювання, ультразвукових коливань та механічних впливів, тощо.   Враховуючи те, що велика частина населення в сучасних умовах життя не має можливості достатньо контактувати безпосередньо з факторами навколишнього середовища, кліматотерапія в комплексі курортного лікування та оздоровлення має виключне значення.   **Кліматотерапія** – це використання кліматичних чинників і особливостей клімату місцевості для лікування хворих. Особливістю кліматотерапії є можливість її позитивного впливу не тільки на перебіг захворювань, але і на загартування організму та профілактику захворювань.  Необхідно зазначити, що в кліматотерапії приймають участь всі фактори зовнішнього середовища – повітря, сонячне випромінювання, рослинність, водойми, ландшафт землі, пейзажі, ґрунти тощо. Умовно виділяють атмосферні (метеорологічні), космічні (радіаційні) та телуричні (земні) групи кліматичних чинників. Атмосферні чинники включають: температуру та вологість повітря, атмосферний тиск, насиченість озоном, швидкість вітру, кількість та характер опадів, хмарність, атмосферну електрику. Космічні чинники клімату включають: сонячне випромінювання, космічне випромінювання, ритми космічних випромінювань. Телуричні чинники клімату включають: розташування місцевості, ландшафт (пейзаж), магнітне та електростатичне поле землі. Для комплексної оцінки цих чинників використовують поняття клімату і погоди.  Комплексність впливу кліматотерапії на організм людини полягає в тому, що під дією багатьох факторів курортного середовища відбуваються зміни практично в усіх органах та системах. Найбільш активно залучаються до процесу кліматотерапії основні адаптогенні системи: нейроендокринна та кардіо-респіраторна, механізми терморегуляції та психологічної адаптації.   **Клімат курорту впливає на організм хворого складно та різноманітно.** Кліматолікувальні процедури заспокоюють нервову систему, поліпшують фізіологічну регуляцію органів та систем, сприяють доброму бадьорому настрою. Під впливом кліматолікування активізуються та нормалізуються обмін речовин, функція кровообігу, дихання, травлення та виділення, підвищуються захисні сили організму.  Діапазон навантаження при кліматолікуванні може бути значним – від бережливого до тренувального. Кожному пацієнту в санаторії призначається відповідний режим лікування кліматом залежно від загального стану хворого, характеру захворювання, загартовування тощо. Слід нагадати, що в ряді випадків зміна клімату може викликати погіршення самопочуття або загострення хвороби. Це пов’язано з тим, що акліматизація нерідко вимагає від організму хворого значних витрат сил та енергії. Тому пацієнтам з вираженими проявами хвороби, які різко реагують на зміну погоди, недоцільно їхати до віддалених курортів, а краще лікуватись у місцевих санаторіях, де кліматичні умови є звичними для пацієнта.   **Приморський клімат узбережжя Чорного моря (курорти Одеси, Бердянська та інші) володіє лікувальними властивостями**. Це переважно теплий та сухий клімат із незначними добовими коливаннями температури повітря, інтенсивним сонячним випромінюванням, багатим ультрафіолетовими променями. Повітря насичене крапельками морської води, яка містить розчини солей (сульфату, брому, йодиду, натрію, кальцію, магнію, тощо), а також негативно зарядженими іонами. Через значну вологість повітря охолодження моря відбувається повільно і купальний сезон продовжується до 110-120 діб на рік. Вдихання морського повітря, берегові бризи, ритмічний шум прибою, вид синього моря, купання з різницею температур моря та берега сприяють тренуванню механізмів довгострокової адаптації організму, нормалізують діяльність центральної та вегетативної нервової систем, стимулюють імунологічні та ендокринні (симпатоадреналові) механізми адаптації, стимулюють процеси репаративної регенерації дихальних шляхів та інших органів і систем. Основні лікувальні ефекти: актопротекторний, заспокійливий, протизапальний, нейротрофічний.  Загальні покази: захворювання серцево-судинної системи (гіпертонічна хвороба І-ІІ ст., ІХС, стенокардія напруги І-ІІ ФК, серцеві та аортальні вади, нейроциркуляторна дистонія), захворювання органів дихання та ЛОР-органів (хронічні обструктивні захворювання легень, хронічні бронхіти, риніти, тонзиліти, фарингіти, ларингіти, отити), функціональні розлади шлунку, кишківника, жовчовивідних шляхів, хронічний гломерулонефрит без ниркової недостатності, анемії різного ґенезу, мігрень, неврастенія, наслідки ЗЧМТ.  Клімат степів характеризується сухістю та високою температурою (до +30-35 0С) повітря в літній період, стійким інтенсивним сонячним випромінюванням (елементи степного клімату характерні для курортів Бердянська та інших курортів).  Механізм дії: низька вологість полегшує перенесення спеки, легка дегідратація організму сприяє зниженню артеріального тиску, еритроцитемії; летючі речовини степних квітів та трав визивають нормалізацію діяльності центральної нервової системи та зниження артеріального тиску. Основні ефекти: секреторний, гіпотензивний, нейрорегуляторний, актопротекторний.  Загальні покази: хронічний бронхіт, сухий плеврит, трахеїт, хронічний тонзиліт, гіпертрофічний та вазомоторний риніт, фарингіт та ларингіт, туберкульоз легень в фазі розсмоктування інфільтрату, ущільнення та рубцювання, функціональні розлади шлунка, хронічний гепатит, хронічний коліт.   **Клімат лісів** (курорти Київської, Львівської, Волинської, Ровенської областей та інші) характеризується прохолодним та вологим кліматом лісної та лісостепової зони з температурою повітря до 25-30 0С, відносною вологістю до 60 %, невисокою швидкістю вітру та зниженою інсоляцією. Масиви лісів, особливо хвойних, виділяють ароматичні речовини.  Механізм дії: у чистому повітрі лісів підвищений вміст кисню та озону. Ароматичні речовини рослин володіють бактерицидною, фунгіцидною, седативною дією, розріджують секрет дихальних шляхів, посилюють тканинне дихання, покращують працездатність. Основні ефекти: седативний, нейрорегуляторний, гіпотензивний, метаболічний, бактерицидний, бронходренуючий, актопротекторний, репаративно-регенераторний.  Загальні покази: гіпертонічна хвороба І-ІІ ст., ІХС, стенокардія напруги І-ІІ ФК, післяінфарктний кардіосклероз, хронічні обструктивні захворювання легень, туберкульоз легень, хронічний тонзиліт, гіпертрофічний та вазомоторний риніт, фарингіт та ларингіт, функціональні розлади травної системи, виразкова хвороба, неврози.  Із природних кліматичних факторів в комплексному лікуванні широко застосовується аеротерапія, геліотерапія, таласотерапія, спелеотерапія, псаммотерапія.  **Аеротерапія –** лікувальне застосування свіжого повітря на відкритій місцевості. Вона включає в себе тривале перебування (сон) в спеціальних кліматопавільйонах та верандах, вплив повітря на цілком чи частково оголеного пацієнта (на пляжі). Аеротерапію часто поєднують з лікувальною фізкультурою, геліотерапією, таласотерапією, електросонотерапією. В умовах санаторію формами аеротерапії також можуть бути прогулянки, теренкур, спортивні ігри на повітрі, екскурсії.  Механізм дії: зумовлюється охолодженням організму і відповідними компенсаторними реакціями систем кровообігу, дихання, терморегуляції, підвищується забезпеченість організму киснем. Повітряні ванни посилюють оксигенацію тканин і стимулюють симпато-адреналову систему, виділення тиреоїдних гормонів, активують клітинне дихання та різні види обміну речовин. Особливо виражений ефект аеротерапія набуває в холодний період року. При правильному дозуванні збільшується толерантність до фізичного навантаження, покращується кровопостачання головного мозку, міокарда та інших тканин. У процесі курсового впливу підвищується загартованість організму, покращується терморегуляція, нормалізується діяльність центральної нервової системи.  Під час проведення аеротерапії враховуються стан здоров’я, характер та стадія захворювання, ступінь загартованості хворого, його реагування на температурні та метеорологічні умови. Хворим, які різко реагують на зміну клімату та погодні фактори, в перші дні доцільно обмежити кліматолікування перебуванням на балконі, веранді або в кліматопавільйоні, які захищені від сонця, вітру та опадів.  Після періоду адаптації призначаються більш активні форми аеротерапії: тривале перебування на відкритому повітрі, теренкур, лікувальна фізкультура, культурні та спортивні заходи на повітрі.  Аеротерапія призначається хворим із захворюванням серцево-судинної системи, органів дихання, нервової системи тощо. Перебування на верандах в холодний період дозується шляхом впровадження тривалості перебування на повітрі, яка поступово збільшується. В теплий період року хворі можуть знаходитись у верандах цілодобово. При багатьох захворюваннях корисні денний та нічний сон біля моря. Чисте та свіже повітря, в якому містяться негативно заряджені іони, солі брому, йоду, калію та інші речовини, які позитивно впливають на нервову, серцево-судинну, дихальну системи та обмін речовин. Добрим заспокійливим засобом є помірний ритм морського прибою та краєвид моря.  Аеротерапія здійснюється також у вигляді повітряних ванн. Повітряні ванни розподіляються на прохолодні (при температурі в тіні 16-200С), індиферентні 21-220С) та теплі (23-250С). Краще повітряні ванни приймати вранці, коли повітря більш чисте, а пляж та оточуючі предмети ще не нагріті.  Крім температури повітря на тепловідчуття оголеної людини також впливають швидкість вітру та вологість повітря. Комплексна дія температури, швидкості та вологості повітря для оцінювання тепловідчуття визначається еквівалентно-ефективною температурою (ЕЕТ) та позначається числом в градусах за Цельсієм (0С). Найбільш сприятливим ЕЕТ для прийому повітряних ванн є температура в межах 16-220С. При ЕЕТ нижче 160С повітряні ванни можна приймати тільки здоровим, загартованим особам, при ЕЕТ вище 220С організм починає перегріватись. Тому під час спеки ослабленим хворим приймати повітряні ванни недоцільно.  Під час проведення повітряних ванн вирізняють три види холодових навантажень:  - слабке, коли охолодження під час процедури складає 84-105 кДж/м2 (20-25 ккал/м2);  - помірне або середнє – 126-147 кДж/ м2 (30-35 ккал/м2);  - інтенсивне або сильне – 168-189 кДж/ м2 (40-45 ккал/м2).  Слабке холодове навантаження досягається при температурі 16-180С за 10-15 хв., при 18-200С – за 20-30 хв., при 21-230С – за 40-60 хв.; середнє холодове навантаження – відповідно за 15-20 хв., 20-40 хв., 1-2 години; сильна – за 25-30 хв., 30-60 хв., 1,5-3 години. Починають прийом повітряних ванн з холодовим навантаженням 42-53 кДж/м2 (10-15 ккал/м2), збільшуючи дозу за кожні 3-5 днів на 21 кДж/м2 (5 ккал/м2), та доводять дозу до призначеної.   Дози повітряних ванн відображаються на спеціальних стендах, розташованих на пляжах та аеросоляріях, а також транслюються по радіо. При виникненні ознаки охолодження (“гусяча шкіра”), або навпаки, перегрівання (піт на шкірі, слабість) прийом повітряної ванни необхідно припинити. Після повітряних ванн рекомендується теплий душ або обтирання тіла. Купання в морі, річці, допускається, якщо на це є дозвіл лікаря. При правильному дозуванні повітряних ванн в літній період шкіра набуває стійкого загару за рахунок розсіяної ультрафіолетової радіації.  Повітряні ванни корисні всім хворим, особливо особам із захворюваннями серцево-судинної, нервової систем та органів дихання.  Загальні покази: захворювання серцево-судинної системи (гіпертонічна хвороба І-ІІ ст., ІХС, стенокардія напруги І-ІІ ФК, післяінфарктний кардіосклероз (через 5-6 місяців після інфаркту міокарда), серцеві та аортальні вади без порушення ритму серця, нейроциркуляторна дистонія), захворювання органів дихання та ЛОР-органів (хронічні обструктивні захворювання легень, хронічні бронхіти, риніти, тонзиліти, фарингіти, ларингіти, отити), туберкульоз легень у фазі розсмоктування та ущільнення, хвороби крові, гломерулонефрит, пієлонефрит у фазі ремісії, ожиріння, залишкові явища після перенесених захворювань та травм опорно-рухової та нервової систем, мігрень, неврастенія, метеопатичні реакції.  **Геліотерапія** – застосування з лікувальною метою сонячного випромінювання на цілком чи частково оголеного пацієнта.   Механізм дії: в основі лікувальної дії лежать фотохімічні та фотобіологічні процеси, що відбуваються при поглинанні електромагнітного випромінювання сонячного світла інфрачервоного, видимого, довгохвильового та середньохвильового ультрафіолетового діапазону. При курсовій дозі геліотерапії та при правильному дозуванні виникає засмаглість шкіри, покращується діяльність центральної нервової системи, покращується обмін речовин (в тому числі активізується кальцієво-фосфорний обмін в результаті утворення активних форм вітаміну D), підвищується резистентність організму до різноманітних чинників зовнішнього середовища.  Раціональна методика геліотерапії полягає в поступовому збільшенні тривалості опромінення дозами, що зростають. В санаторіях для дозування сонячних ванн застосовується лікувальна доза, яка відповідає ¼ біодози або 21 кДж (5 ккал). Біодоза – це тривалість ультрафіолетового випромінювання в хвилинах, після якої з’являється слабка еритема (почервоніння) шкіри. В ясний день в полуденні години 4 кДж (1 ккал) отримується за 1 хвилину, а в ранкові та передвечірні години – за 1,5 хвилини.  Виділяють три режими сонячних опромінень: слабкої дії, коли організм отримує до 84 кДж (20 ккал), або одну біодозу; помірного – 168 кДж (40 ккал) або дві біодози; сильного – 252-336 кДж (60-80 ккал) або чотири біодози. Починати опромінення необхідно з лікувальної дози 21 кДж (5 ккал) прибавляючи щоденно або через день по 21 кДж (5 ккал).  Краще місце для прийому сонячних ванн – берег моря, річки. Приймати їх необхідно в лежачому положенні, ногами в сторону сонця з припіднятою головою, захищеною шапочкою, парасолькою або спеціальним екраном. Періодично необхідно змінювати положення тіла, щоб одна половина призначеної дози приходилась на передню поверхню тіла, друга – на задню. Не рекомендується приймати сонячні ванни натще або менше ніж через годину після сніданку або обіду. Під час прийому сонячних ванн не рекомендується читати, грати в шахи та інші ігри через можливість переопромінення. Перед процедурою рекомендується протягом 10-15 хвилин знаходитись під тентом, після процедури відпочити в тіні 10-15 хвилин, потім іти до води. Після купання знову приймати сонячні ванни не рекомендовано. Кращий час для прийому сонячних ванн – з 8 до 11 години, та з 16 до 18 години.  Під час проведення геліотерапії необхідно враховувати тривалість загального перебування під сонцем, оскільки тканини верхнього одягу можуть пропускати від 30 до 50% сонячних променів. Тому в дні пішохідних прогулянок або на човні дозування сонячного опромінення повинно зменшуватись. Особам похилого віку та дітям в перші дні перебування в санаторії рекомендується отримувати тільки повітряні ванни під тентами, де багато ультрафіолетових променів, але повністю відсутня дія теплових інфрачервоних променів. Дозування сонячних ванн зазначеним хворим визначає лікар і ця доза повинна бути у 2-3 рази менше звичайної..    У багатьох пацієнтів, особливо тих, які прибувають до санаторіїв із північних районів, в зимовий період відмічається недостатність опромінення ультрафіолетовими променями. Для цього в оздоровницях широко застосовуються в холодний період року загальні ультрафіолетові опромінення в фотаріях. Вони здійснюються за спеціальними схемами у відповідності з призначеним режимом.  Загальні покази: захворювання серцево-судинної системи (гіпертонічна хвороба І-ІІ ст., ІХС, стенокардія напруги І-ІІ ФК, післяінфарктний кардіосклероз через 5-6 місяців після інфаркту міокарда, міокардіосклероз та вади серця без порушення ритму серця, нейроциркуляторна дистонія), захворювання органів дихання та ЛОР-органів (хронічні обструктивні захворювання легень, хронічні бронхіти, риніти, тонзиліти, фарингіти, ларингіти, отити), туберкульоз легень у фазі розсмоктування та ущільнення, гломерулонефрит, пієлонефрит у фазі ремісії, залишкові явища після перенесених захворювань та травм опорно-рухової та нервової систем, екзема, нейродерміт, псоріаз.  **Таласотерапія** – застосування з лікувальною метою морських купань.  Механізм дії: при купанні в морській воді на організм діє комплекс термічних, механічних і хімічних чинників морської води, фізичне навантаження при плаванні. Купання в морі стимулює виділення катехоламінів та глюкокортикостероїдів, модулює порушення центральної нервової системи і вегетативних підкіркових центрів, серцево-судинної, дихальної та інших систем організму, посилює обмін речовин, а також має позитивний психоемоційний вплив. Купання має виражений загартовуючий вплив та підвищує адаптивні властивості організму.  Морські (а також річні) купання – це найбільш популярна кліматотерапевтична процедура. Купання з лікувальною метою призначаються при температурі води не менше 18-190С та температурі повітря 20-220 С. Кращий час для купання – ранковий, коли повітря чисте, денна спека ще не наступила та зберігається достатня бадьорість. Перед купанням рекомендується виконати активні фізичні вправи. Слід пам’ятати, що перед тим, як заходити в воду, необхідно прохолонути, змочити водою руки, обличчя, груди, шию. Після виходу з води необхідно насухо витертися рушником та відпочити 15-20 хвилин. Не рекомендується купатись натще або зразу після прийому їжі.   Купання, як і повітряні ванни, дозуються за холодовими навантаженнями. Основним режимом купання вважається такий, під час якого середня температура тіла знижується на 10С. В цьому випадку холодове навантаження досягає 168-189 кДж/м2 (40-45 ккал/м2), що є сильним холодовим навантаженням, ступінь охолодження в 2 рази менше вважається слабким холодовим навантаженням та складає 84-105 кДж/м2 (20-25 ккал/м2). Проміжна ступінь охолодження є середнім холодовим навантаженням і дорівнює 126-147 кДж/м2 (30-35 ккал/м2).  Звичайно, слабке холодове навантаження при температурі води 18-200С досягається за 2 хвилини, при температурі 21-220С – за 3 хвилини, при температурі 23-240С – за 5 хвилин; середнє холодове навантаження відповідно за 4, 6 та 10 хвилин; сильне – відповідно за 8, 12 та 20 хвилин. Не рекомендується купатись під час поганого самопочуття, більше 2-3 раз в день, а також під час шторму моря в три і більше балів. Не слід знаходитись в воді до ознобу, що може призвести до простуди або загострення основного та супутнього захворювання.  Купатись дозволяється тільки в установлених місцях. Купання в басейнах здійснюється за спеціально відпрацьованими для кожного захворювання методиками.  Для хворих, які приймають фізіотерапевтичні процедури, купання необхідно суворо регламентувати. Проміжок між купаннями та лікувальними процедурами повинен бути не менше 3-4 годин.  Кліматичні процедури необхідно приймати в певній послідовності. Прибувши до пляжу, необхідно роздягнутись в тіні під тентом та прийняти повітряні ванни. Потім перейти до площадки для прийому сонячних ванн. Після цього необхідно перебувати в тіні 5-10 хвилин, а потім тільки заходити у воду. Суворе дотримання правил прийому кліматопроцедур є запорукою ефективного лікування та відпочинку.  Загальні покази: захворювання серцево-судинної системи (гіпертонічна хвороба І-ІІ ст., ІХС, стенокардія напруги І-ІІ ФК, нейроциркуляторна дистонія), захворювання органів дихання та ЛОР-органів в фазі ремісії (хронічні обструктивні захворювання легень, хронічні бронхіти, риніти, тонзиліти, фарингіти, ларингіти, отити), функціональні порушення центральної нервової системи, порушення обміну речовин.  **Спелеотерапія** – лікування за допомогою мікроклімату природних чи штучних печер (зазвичай соляних) з лікувальною метою.  Механізм дії: лікувальними чинниками вважається дрібнодисперсний аерозоль солей натрію, калію, кальцію, магнію та негативно заряджені іони. Їх дія призводить до розрідження харкотиння і виведення його з дихальних шляхів, покращення прохідності бронхів, їх кровопостачання та мукоциліарного кліренсу, покращення місцевого імунітету, зменшення запального процесу, посилення вентиляційно-перфузійної здатності легень, зниження тиску в легеневій артерії та підвищення скоротливої функції міокарда. Крім того, стабільний температурно-вологий режим, незвична обстановка печер створюють відчуття комфорту, посилюють гальмівні процеси в корі головного мозку.  Загальні покази: бронхіальна астма, хронічний обструктивний бронхіт, респіраторні алергози, хронічні риніти та фарингіти, атопічний дерматит, нейродерміт, екзема.  **Псаммотерапія** – застосування з лікувальною метою нагрітого піску. Основними складовими частинами піску є кварц, польовий шпат, слюда, вулканічне скло.  Механізм дії: зумовлений механічним та термічним чинниками. Значне потіння під час процедури зумовлює лікувальний ефект. В результаті дії термічного та механічного компоненту виникають місцеві рефлекторні реакції, які зменшують больові відчуття, активуються місцеві трофічні реакції в тканинах і метаболічні процеси в шкірі.  Загальні покази: підгострі та хронічні негнійні запальні процеси, наслідки травм кістково-м’язової системи, рани, що повільно гояться, рубці, захворювання периферичної нервової системи з больовим синдромом.   Література:   1. О. М . Кравець, А . А . Рябєв. КУРОРТОЛОГІЯ. П І Д Р У Ч Н И К. ХАРКІВ ХНУМГ ім . О. М . Бекетова .- 2017. 2. Концепція розвитку санаторно-курортної галузі // Розпорядження № 231-р Кабінету Міністрів України від 23 квітня 2003 р. 3. Степанов Е. Г. Основы курортологии: Учебное пособие (для студентов всех форм обучения по направлению подготовки 0504 – «Туризм»). ‑ Харьков: ХНАГХ, 2006. – 326 с.   **Лекція 5**  **Бальнеотерапія: визначення, загальні покази та протипокази,**  **механізм дії та особливості застосування відповідного фактора.**  **План**  **1. Визначення поняття бальнеотерапія.** 2. Класифікація мінеральних вод в Україні.3. Механізм фізіологічної і лікувальної дії мінеральних вод і лікувальних грязей. **Бальнеотерапія** - розділ водолікування, завданням якого є застосування мінеральних вод з метою профілактики, лікування і відновлення порушених хворобою функцій організму. Основу бальнеотерапії складають методики зовнішнього застосування мінеральних вод: загальні і місцеві ванни, витягування хребта у воді, зрошення голови, купання і плавання в басейні і т.д.  Певна спільність у механізмі лікувальної дії на організм мінеральних вод при зовнішньому і внутрішньому їх застосуванні, а також у відповідних реакціях організму на ті чи інші дії дозволяє віднести до бальнеотерапії не тільки процедури зовнішнього застосування мінеральної води, але і внутрішнє її застосування (пиття, промивання шлунку, дуоденальний дренаж, різні методики промивання - зрошення шлунку, крапельні клізми, інгаляції і т.д.)  .**Бальнеотерапія** – зовнішнє застосування з лікувальною метою мінеральних вод.  Механізм дії: складається в першу чергу із комплексу хімічних, а також термічних та механічних чинників мінеральної води. З метою лікування використовуються переважно мінеральні води підземних джерел, солоні води морів, лиманів, озер, а також штучно приготовлені мінеральні води. Мінеральні води мають складний склад та відрізняться від звичайних вод іонним складом, підвищеним складом газів (вуглекислого, азоту, метану тощо), мінеральних та органічних компонентів, біологічно-активних мікроелементів (йод, бром, залізо тощо), наявністю специфічних фізичних властивостей (підвищена температура, радіоактивність, кисле або лужне середовище). Мінеральні води розділяються на різні групи в залежності від їх складу. Для питного лікування використовують переважно воду з мінералізацією від 2 до 10-13 г/л. Води більш високої концентрації солей використовують у вигляді лікувальних ванн та душів. Мінеральні води мають широке розповсюдження в товщі земної кори, заповнюючи пори і тріщини в гірських породах. Процеси формування мінеральних вод підлягають певним закономірностям. В результаті геологорозвідувальних робіт виділені області-зони, в яких утворюються мінеральні води (або їх групи) певного іонного сольового і газового складу з наявністю тих чи інших мікрокомпонентів, температури і т.д. Ці області отримали назву "провінцій" мінеральних вод. На даний час виділено 9 основних бальнеологічних груп мінеральних вод, а всередині груп - різні гідрохімічні типи.  I. Мінеральні води, дія яких визначається іонним складом і мінералізацією. II. Вуглекислі води. III. Сірководневі (сульфідні) води. IV. Залізисті води. V. Бромні, йодні і йодобромні води. VI. Кременисті термальні води. VII. Миш'яковмісні води. VIII. Радонові (радіоактивні) води. IX. Борвмісні води.  Для віднесення мінеральних вод до тієї чи іншої бальнеологічної групи використовується сукупність кількісних показників і ознак:  1) загальна мінералізація вод (сумарний вміст розчинених компонентів), 2) іонний склад мінеральних вод,  3) газовий склад і газонасиченість, 4) вміст у водах терапевтичне активних компонентів (мінеральних і органічних), 5) радіоактивність вод, 6) активна реакція води, яка характеризується величиною рН, 7) температура вод.  До питних лікувально-столових вод належать води з мінералізацією від 1 до 10 г/л, до лікувальних - від 10 до 15 г/л (або з мінералізацією <10 г/л при наявності в них бальнеотерапевтичних кількостей миш'яку, бору і деяких інших біологічно активних компонентів). В окремих випадках як лікувальні використовуються води з мінералізацією більше 15 г/л в строго дозованих кількостях. Класифікації мінеральних вод в Україні Перші критерії оцінки мінеральних лікувальних вод розроблені хіміком Грюнхутом і прийняті Наугеймською радою у 1911 р. За цими критеріями оцінювали 14 різних параметрів складу води, за перевищення яких вода, як вважали, змінювала якість питної на якість мінеральної, тобто лікувальної. Рівнозначними залишаються "сухий залишок" (мінералізація), вміст літію, стронцію, вуглекислоти, радону і т. ін., тобто компонентів з бальнеологічними властивостями. Такий принцип виділення мінеральних вод з усього розмаїття природних вод залишився до теперішнього часу.  Перші критерії Грюнхута були отримані шляхом статичного опрацювання даних про склад "звичайних" питних вод і беззаперечно мінеральних, відомих з досвіду користування ними багатьох поколінь.  Відповідно до стану науки перші класифікації мінеральних вод були досить примітивними. Наприклад, мінеральні води розподіляли на:  а) не послаблюючі; б) з незначною послаблюючою дією; в) енергійно послаблюючі (класифікація Лиманна);  або на:  1) муріатичні, тобто з вмістом кухонної солі; 2) такі, що вміщують сірку; 3) гіркі; 4) вуглекислі; 5) залізисті; 6) лужні; 7) термальні (залежно від авторства).   У 20-і роки XX століття в класифікаціях природних (і мінеральних в т. ч.) вод закріпився принцип аналізу хімічних властивостей (класифікації А.А.Лозинського, Н.С.Звоницького, С.А.Щукарєва, Е.Е.Карстенса, В.А.Александрова та ін.).   В таблиці 1.1. коротко викладені дані щодо розвитку уявлень про бальнеологічні показники мінеральних вод, які стосуються тільки критеріїв розподілу мінеральних вод: від перших критеріїв Грюнхута, які стали основою практично в усіх країнах (колонка 2), до критеріїв, застосованих у "Класифікації мінеральних вод України" 2001 р. (колонка 4). У колонці 3 зібрані критерії, які застосовували у колишньому Радянському Союзі, зокрема в Україні. Критерії, в основному, наведені за відомою "Классификацией минеральньїх вод" Іванова-Невраєва.  Таблиця 1.1.  Порівняльні критерії розподілу мінеральних вод   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **Основні показники** | **Перші критерії розподілу мінеральних вод за Грюнхутом, 1911 р. (у дужках поправки 1932 р.)** | **Межі вмісту за діючими документа ми** | **Межі вмісту за новою класифікацією** | | Загальна мінералізація (загальний вміст розчинених солей) | Понад 1 г/л | Понад 1 г/л | Такі самі | | Вміст С02 вільної і розчиненої | 250(500) мг/л і більше | 500 мг/дм3 і більше | Такі самі | | Вміст органічної речовини(в розрахунку на вуглець) | -. | 5-30 мг/дм3 | 8-40 мг/дм3 - води типу "Нафтуся , понад 40 мг/дм3- води типу "Брамштедт" | | Вміст ортоборноі кислоти (Н3ВО3) | Метаборна кислота (НВ02) 1 г/л | 35 мг/дм3 і більше | Такі самі | | Вміст метакремнійової кислоти (H2Si03) | - | 50 мг/дм3 і більше | Ті ж самі | | Вміст As | Гідроаксерніт (HAsCV) 1,3 мг/л | понад 0,7 мг/дм | 0,7-2 мг/дм3 | | Вміст Вг | 5 мг/л і більше | 25 мг/дм3 і більше | Такі самі | | Вміст J | 1,0(5,0) мг/л | 5 мг/дм3 і більше | Такі самі | | Вміст Li | 1 мг/л | - | понад 5 мг/дм3 | | Вміст Se | - | - | понад 10 мкг/дм3 | | Вміст Ад | - | - | понад 0,1 мг/дм3 | | Вміст Sr | 10 мг/л | - | понад 0,001 мг/дм3 | | Вміст Fe | Fe2++Fe3+  10(20) мг/л більше | Fe2++Fe3+  10 мг/дм3 і більше | Такі самі | | Вміст Ва | 10 мг/л | - | - | | Вміст F | 10 мг/л | - | - | | ВМІСТ H2Sзаг(H2S+HS-) | Титрована сірка 1 мг/л і більше | 10 мг/дм3 і більше | Такі самі | | Вміст Rn | Понад 1,3 мкС (29 мкС) | 180Бк/дм3 і більше | Такі самі |   Підхід класифікації Іванова-Невраєва до визначення критеріїв принципово відрізняється від підходу до перших критеріїв розподілу мінеральних вод. В класифікації Іванова-Невраєва більшість критеріїв аналізувалися на основі фармакотерапевтичної практики застосування лікарських засобів, які містять у своєму складі компонент (наприклад, йод, бром, залізо). Деякі критерії визначили за результатами різних дослідів (наприклад, вуглекислий газ, сульфіди).  Позиції класифікації Іванова-Невряєва закріпилися і, в принципі, залишаються одним з основних підходів до визначення критеріїв розподілу мінеральних вод до теперішнього часу. Для деяких критеріїв (наприклад, мінералізації, концентрації кремнійової кислоти) в цій класифікації підхід залишився старим - тобто порівняння та аналіз практично застосовуваних питних і мінеральних вод. Деякі критерії (літій, стронцій) були виключені зі списку біологічно активних речовин так само, на основі порівняння лікувальних доз і вмісту цих речовин у відомих мінеральних водах. Критеріїв оцінки мінеральних вод щодо вмісту бору та органічних речовин автори не запропонували, вважаючи їх недостатньо вивченими. Класифікація Іванова-Невраєва була прийнята і протягом деякого часу була базою для розробки інших документів.   Нові дослідження, проведені після виходу класифікації, дозволили включити в наступні доку документи нові критерії оцінки. Наприклад, для бору - 35 мг/л ортоборної кислоти, для органічних речовин - 5 мг/л (в СРСР) і 8 мг/л Сорг (в новій українській класифікації на основі досліджень, проведених в Україні). Уточнений критерій оцінки для заліза (Грюнхут -10 мг/л, Іванов-Невраєв - 20 мг/л, ГОСТ 13273, ДСТУ 878-93 -10 мг/л).  З часу виходу класифікації Іванова-Невраєва минуло майже 40 років. Життя потребує введення нової класифікації.  В будь-якій класифікації повинні бути виділені принципи (ознаки), які дозволяють окреслити предмет (об'єкт) класифікації, відрізнити його від інших природних об'єктів і на основі принципів класифікаційного розподілу створити можливість зручного практичного використання класифікації для конкретної мети. Цим пояснюється велика кількість класифікацій.  За даної ситуації кінцевою метою класифікації є систематизація знань про мінеральні води та їх лікувальні властивості у формі, максимально зручній для використання фахівцями різних галузей: гідрогеологами, які займаються пошуками, розвідкою та експлуатацією мінеральних вод, бальнеологами, які призначають лікування мінеральними водами, та іншими спеціалістами, які досліджують їх лікувальні властивості.  Нова "Класифікація мінеральних вод України" складена на основі аналізу минулого д ь вітчизняної та зарубіжної науки.  Класифікація починається з чіткого визначення предмета - мінеральних вод.  **Мінеральні води - це** природні підземні води, які справляють на організм людини лікувальну дію, зумовлену підвищеним вмістом основних компонентів (гідрокарбонатів, сульфатів, хлоридів, кальцію, магнію, натрію, калію), специфічних компонентів (газового складу, мікрокомпонентного тощо), або специфічними фізичними властивостями (радіоактивність, температура, структура води, реакція води - рН, Еп тощо), що тією чи іншою мірою відрізняються від дії питної води.  Основною відмінністю предмета від критеріїв Грюнхута є чітке виділення мінеральних вод не тільки за власне критеріями (кількістю), а й за ефектом впливу (відрізняється від дії питної води). Таке формулювання прийняте на основі вивчення документів, що діють у сфері водного законодавства країн Європейського Союзу.  Таким чином, на основі накопиченого до XXI століття досвіду і знань лікувальну дію природних вод визначають три причини:  1) підвищений вміст її основних компонентів; 2) підвищений вміст специфічних компонентів; 3) специфічні фізичні властивості природних вод.  Специфіка медичного призначення великою мірою залежить від того, чи є у воді, наприклад, бром, чи його немає. Поряд з цим кальцій-, магній-, натрій (калій)-, хлор-, сульфат-, гідрокарбонат-іони називають "основними компонентами", оскільки вони мають високі кларки (належать до 1, 2 і 3 декад таблиці «парків В.І. Вернадського) і присутні в природних водах завжди. За даними бальнеологічних досліджень, існує достатньо типів вод, лікувальних тільки через кількісний та якісний склад основних іонів, тобто вод, в яких вміст специфічних компонентів не підвищений.  Інтегральним критерієм, що відображає присутність у воді основних компонентів, є мінералізація (сума основних компонентів). **У поняття мінералізації входять також** специфічні компоненти, проте їх підсумкова кількість не перевищує 1% мінералізації.   Цей інтегральний критерій - мінералізацію в 1г/л -застосовують у світовій практиці для дещо формального розподілу питних і мінеральних вод. Конкретно мін/ральні води мають тільки одне властиве їм значення - води,"\ція яких на організм відрізняється від дії питної води, що може бути застосоване з метою лікування. Цей критерій застосовують тільки з метою відокремлення вод, за відсутності чогось кращого на сьогодні. Існування такої межі між питною і мінеральними водами не означає, що не можна пити воду з мінералізацією понад 1 г/л (це не рекомендується). Також це не означає, що не можуть бути лікувальними води з мінералізацією менше 1 г/л (за наявності специфічних компонентів або властивостей вони можуть бути лікувальними за низької мінералізації). Такий розподіл входить в різні нормативні документи, є основою для складання програм, розрахунків та ін.   До мінеральних вод відносять всі води, мінералізація яких перевищує 1 г/л, за умови доведення їх лікувальної дії. Це означає, що, застосувавши загальноприйняту схему розподілу питних і мінеральних вод, ми переходимо безпосередньо до основної ознаки мінеральних вод. Ця основна ознака - наявність ефектів, відмінних від дії питної води. Такі бальнеологічні ефекти залежать від специфіки складу води. І, отже, цей критерій означає, що ми визнаємо воду мінеральною, якщо сума основних компонентів перевищує 1 г/л, за умови встановлення лікувальних властивостей такої води. Інакше це не мінеральна (тобто лікувальна), а просто "мінералізована" вода.  Є ще одне цікаве питання, пов'язане з мінералізацією води і мінеральними водами. Мова йде про води з мінералізацією, меншою за 0,1 г/л. Нові санітарні правила і норми (ДержСанПіН "Вода питна", наказ №383 МОЗ України, 1996) встановлюють нижню межу мінералізації питних вод -0,1 г/л на основі результатів численних досліджень, в яких встановлене при застосуванні такої води виникнення ефектів, відмінних від дії питної води. Це дає підстави віднести в майбутньому, після додаткових досліджень, такі води до мінеральних лікувальних. Дослідження, проведені з ультрапрісними водами, дозволяють зробити припущення, що їх специфічна дія на організм пов'язана не тільки з мінімальною концентрацією хімічних компонентів, а й з їх структурними особливостями.  Сучасний підхід до визначення критеріїв вмісту специфічних компонентів, за якими виділяють мінеральні води, дещо змінився з огляду на недоліки старих підходів. Для визначення критеріїв застосовують як багаторічний досвід, так і результати досліджень впливу складу питних вод, які вміщують в будь-яких невеликих кількостях специфічні компоненти, а також досліджень, проведених безпосередньо на курортах, токсикологічних досліджень, що входять у норми СанПіН, і т. д. Зовсім по-новому в "Класифікації мінеральних вод України" (рис. 5.1.) здійснений підхід до "специфічних фізичних властивостей", за якими природна вода може бути визнана мінеральною (лікувальною).  Література:  1.О. М . Кравець, А . А . Рябєв. КУРОРТОЛОГІЯ. П І Д Р У Ч Н И К. ХАРКІВ ХНУМГ ім . О. М . Бекетова .- 2017.  2.Концепція розвитку санаторно-курортної галузі // Розпорядження № 231-р Кабінету Міністрів України від 23 квітня 2003 р.  3.Степанов Е. Г. Основы курортологии: Учебное пособие (для студентов всех форм обучения по направлению подготовки 0504 – «Туризм»). ‑ Харьков: ХНАГХ, 2006. – 326 с. | та натрію дають сприятливий вплив на функціональний стан печінки, передусім за рахунок відновлення функції гепатоцитів, підвищують окисно-відновні процеси, посилюють обмін речовин. Прийом мінеральних вод здійснюється в комплексі з дієтотерапією та іншими видами бальнеотерапії (грязь, ванна). Пити мінеральну воду краще біля джерела. Пиття води звичайно призначається 3 рази в день: вранці натще, перед обідом та перед вечерею в залежності від функції шлунку. При нормальній кислотності шлункового соку воду приймають за 40-50 хвилин до їжі, а при зниженій кислотності – за 15-20 хвилин до їжі. При високій кислотності мінеральну воду доцільно приймати зразу або через деякий час після їжі.  Важливе значення під час питного лікування має температура води, характер її прийому (швидко або повільно). При підвищеній кислотності, спастичних болях в шлунку, кишечнику та жовчному міхуру мінеральну воду необхідно вживати в теплому (30-400С) або гарячому (40-500С) вигляді швидкими ковтками для попередження тривалого подразнення шлунку. Хворим з низькою кислотністю шлункового соку рекомендовано вживати воду низької температури (18-250С), спокійно, невеликими ковтками. При нормальній секреції та кислотності воду вживають в теплому вигляді, спокійно. Кількість води на один прийом складає в середньому 200 мл.  В санаторіях для питного лікування найбільш часто використовують гідрокарбонатні, хлоридні, гідрокарбонатно-хлоридні та сульфідні мінеральні води.  Загальні покази: хронічний гастрит із підвищеною та нормальною секрецією, виразкова хвороба, хронічний коліт, хронічні гепатити, жировий гепатоз, хронічний холецистит, дискінезія жовчовивідних шляхів, хронічний панкреатит (гідрокарбонатно-хлоридно-сульфатні, натрій-кальцій-магнієві мінеральні води); хронічний гастрит із зниженою секрецією шлунка (гідрокарбонатно-хлоридно-сульфатні, натрієво-кальцієві мінеральні води); хронічні бронхіт, трахеїт, ларингіт (гідрокарбонатно-сульфатні мінеральні води); хронічні захворювання сечовивідних шляхів (гідрокарбонатно-сульфатні, мінерально-органічні мінеральні води); цукровий діабет, ожиріння, подагра (хлоридно-сульфатні, натрієво-кальцієво-магнієві мінеральні води), анемії (залізисті мінеральні води), тиреотоксикоз (гідрокарбонатно-йодно-бромні мінеральні води), пародонтоз, остеопороз (кальцієві мінеральні води).  Найбільш відомі в Україні та широко застосовуються в лікуванні мінеральні води курорту Трускавця. Для питного лікування застосовуються такі джерела:  1. “Нафтуся” – сульфатно-гідрокарбонатна, магнієво-кальцієва слабо мінералізована в |