

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ  
Харківський державний університет харчування та торгівлі

# **ОСНОВИ КУРОРТОЛОГІЇ ТА РЕКРЕАЦІЇ**

## **Опорний конспект лекцій**

(для студентів денної та заочної форми навчання спеціальності  
241 «Готельно – ресторанна справа» ступеня освіти «бакалавр»)

Харків  
ХДУХТ  
2019

Опорний конспект лекцій з курсу «Основи курортології та рекреації»  
для студентів спеціальності 241 «Готельно – ресторанна справа» / уклад.:  
К. В. Каленік, Н. Ю. Балацька– Х. : ХДУХТ, 2019. – 87с.

Укладачі: Каленік К.В., канд. екон. наук, ст.викладач

Балацька Н.Ю., канд. техн. наук, доцент

Затверджено на засідання кафедри готельного і ресторанного бізнесу

Протокол від «28» серпня 2018 року №1

Схвалено вченою радою ХДУХТ

Протокол від «24» грудня 2018 року № 8

Схвалено редакційно-видавничою радою ХДУХТ

Протокол від «21» вересня 2018 року № 10

© К.В. Каленік, Н.Ю. Балацька 2019 рік  
© Харківський державний університет  
харчування та торгівлі, 2019рік

## ЗМІСТ

Вступ.....	
ЗМ1. ІСТОРИЧНИЙ, НОРМАТИВНО - ПРАВОВИЙ АСПЕКТИ, ПЕРЕДУМОВИ РОЗВИТКУ ТА ТИПІЗАЦІЯ КУРОРТІВ.....	6
<i>Тема 1.</i> Вступ. Історія розвитку курортної справи в Україні та світі..	6
<i>Тема 2.</i> Курорти – провідний сегмент індустрії туризму.....	21
<i>Тема 3.</i> Організаційно – правові аспекти започаткування, діяльності та управління курортів.....	32
ЗМ2. ОРГАНІЗАЦІЯ САНАТОРНО – КУРОРТНОГО ЛІКУВАННЯ.....	44
<i>Тема 4.</i> Природна та сировинна база курортів.....	44
<i>Тема 5.</i> Лікування та оздоровлення на курортах.....	50
Тема 6. Лікувальне значення води та водяної пари (бальнео- та гідротерапія).....	58
Література.....	86

## ВСТУП

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.

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, невідпинне зростання попиту й запитів туристів, загострення конкуренції між самими курортами 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 невідпинного виділення з курортної когорти територій і закладів нових видів та типів.

Метою дисципліни "Основи курортології" є отримання майбутніми фахівцями сфери туризму професійних знань у сфері історичного розвитку та сучасного стану санаторно-курортної справи в Україні та світі.

Завданням вивчення дисципліни "основи курортології" є теоретична і практична підготовка майбутніх фахівців з питань:

- теоретико-методологічних засад курортної справи;
- особливостей впливу природно-ресурсних факторів на розвиток курортної справи;
- вивчення гідромінеральних природних лікувальних ресурсів;
- ознайомлення з принципами організації курортної справи;
- загальних уявлень про курорти та їх типологію;
- методів санаторно-курортного лікування;

- географії курортів світу та України;
- раціонального використання та збереження курортних ресурсів.

Результатом вивчення дисципліни "Основи курортології" стають компетенції майбутніх фахівців професійно оперувати інформацією стосовно визначення основ санаторно-курортної справи в Україні та в різних країнах світу, а також використовувати її в практичній роботі щодо формування конкурентоспроможного продукту на ринку та підвищення якості обслуговування споживачів.

# **ЗМ1. ІСТОРИЧНИЙ, НОРМАТИВНО - ПРАВОВИЙ АСПЕКТИ, ПЕРЕДУМОВИ РОЗВИТКУ ТА ТИПІЗАЦІЯ КУРОРТІВ**

## ***Тема 1. Вступ. Історія розвитку курортної справи в Україні та світі***

- 1. Сутність і завдання курортної справи*
- 2. Історія розвитку курортної справи у світі.*
- 3. Розвиток курортної справи в Україні.*

### 1. Сутність і завдання курортної справи

Предмет і поняття курортології згідно офіційному, законодавчо закріпленому визначенню курортне справа - це сукупність всіх видів науково – практичної діяльності по організації і здійсненню лікування і профілактики захворювань на основі використання природних лікувальних ресурсів. Очевидно, що в умовах активно розвинутих ринкових відносин це визначення не вичерпує всій широти реальних відносин по організації курортної діяльності. Більш деталізованим і відповідним Концепції державної політики розвитку курортного справи в Україні є наступне визначення: курортна справа (діяльність) – сукупність всіх видів науково – практичної діяльності по організації здійсненню профілактики захворювань, лікуванню і реабілітації хворих на основі використання природних лікувальних ресурсів, вивчення їх властивостей і механізмів дії, комплекс заходів по організації, будівництву, управлінню курортами, забезпеченню лікування і культурно – побутового обслуговування громадян, експлуатації і охороні природних лікувальних ресурсів і санітарної охороні курортів. Цей сектор економіки сфери послуг виконує важливі соціальні завдання, головними з яких є:

- зміцнення здоров'я населення на основі раціонального використання природно – рекреаційних ресурсів і вітчизняного курортного комплексу (санаторно – курортної інфраструктури і кадрового потенціалу);
- відновлення трудових ресурсів, зайнятості населення і розвитку курортів.

Наукову медичну основу курортного справи становить курортологія.

Курортологія – наукова дисципліна, вивчає лікувальні властивості природно – кліматичних і фізичних факторів, характер їх дії на організм людини, можливості їх використання для лікування і профілактики захворювань, а також з метою оздоровлення

Курортологія як наука про курорти розвивалася в міру нагромадження знань про лікувальні природні фактори — клімат,

мінеральні води, лікувальні грязі тощо, і в зв'язку з розширенням мережі курортів і розвитком курортної справи в цілому.

Сучасна курортологія — це медична наукова дисципліна, що вивчає лікувальні властивості природних фізичних факторів, характер їх дії на організм людини, можливість їх застосування з лікувальною і профілактичною метою на курортах і в поза-курортних закладах, розробляє покази і протипоказання для санаторно-курортного лікування і методи застосування курортних факторів при різних захворюваннях.

Розділами курортології є: бальнеологія, бальнеотерапія та бальнеотехніка; грязелікування; медична кліматологія і кліматотерапія.

Курортологія як наука базується на наступних напрямках:

1) бальнеологія (лат. *balneum* - ванна) - наука про лікувальні води, 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 в лікувальних і оздоровчих цілях,

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

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

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

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

5) фізіотерапія - використання переформованих фізичних факторів (тучних факторів) в лікувальних цілях.

Під курортною інфраструктурою слід розуміти систему матеріальних об'єктів та видів діяльності з надання курортних послуг населенню, що сприяють зміцненню здоров'я. Курортна інфраструктура включає в себе лікувально-профілактичні, культурно-побутові та розважальні заклади, спортивні майданчики, спеціально навчений медичний та обслуговуючий персонал тощо. Курортна інфраструктура є підсистемою соціальної інфраструктури і має свою підсистему допоміжних господарств (комунікації, дороги, транспорт тощо). Курортне господарство, функцією якого є обслуговування людей з метою лікування і відпочинку, являє собою комплекс лікувально-профілактичних установ: санаторіїв, лікувальних пансіонатів, курортних поліклінік, пляжів, галерей мінеральних вод, водолікарень, радонолечебниць, грязелікарень, соляріїв, аерарії, басейнів і аквапарків, тематичних та природних парків тощо.

Таким чином, науково – практична діяльність на курортах достатньо різноманітна і включає кілька основних напрямків (рис.1)

Це обумовлено комплексністю санаторно-курортного продукту, що включає декілька базових складових: лікувально-оздоровчі послуги,

послуги розміщення, харчування, дозвілля. Слід зазначити, що в межах даного курсу розглянуто тільки немедичні види діяльності, які здійснюються в рамках роботи санаторно-курортних установ. Інші види діяльності на курорті (масове харчування, транспортне обслуговування, велика сфера розваг тощо), хоча і мають пряме відношення до надання курортних послуг (а частіше і входять до їх складу), є предметом вивчення інших дисциплін.

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





## Рис. 1 – Види курортної діяльності

*Місце санаторно-курортного комплексу в сфері надання послуг населенню. Взаємозв'язок курортної справи з іншими видами діяльності.*

Головною особливістю сучасної економіки є прогресуючий ріст сфери послуг порівняно з матеріальним виробництвом. Так, у США частка робіт (зайнятості) у сфері послуг до середини 1990-х рр. досягла 75%, в 2005 р очікується перевищення позначки 80%. На сектор послуг припадає понад 75% ВВП, у ньому зайняті 67% нових компаній США. Аналогічна ситуація спостерігається і в інших розвинених країнах, де частка послуг у валовому національному продукті становить від 2/3 до 3/4 об'єму.

Слід зазначити, що не існує єдиного загально визнаного визначення сфери послуг. Для забезпечення єдності розуміння проблеми визначимо послугу як продукт праці, який виступає насамперед у вигляді процесу досягнення результату, а не тільки самого результату, який характеризується наявністю взаємодії у цьому процесі продавця і покупця, що володіє такими специфічними властивостями, як невідчутність, невіддільність від джерела, мінливість якості, незбереженність. Ці визначення можна поширити і на сферу санаторно-курортних послуг, що займають значне місце в системі надання послуг населенню України. При цьому санаторно-курортні послуги мають як загальну для всієї сфери послуг економічну своєрідність, так і свої специфічні риси. Своєрідність санаторно-курортних послуг як сервісної сфери характеризується зазначеними вище загальними для цієї сфери особливостями і виділяють її з матеріального виробництва. До них відносяться: невідчутність, мінливість якості, невіддільність від джерела виробництва, нездатність до зберігання. Специфічні риси санаторно-курортних послуг обумовлені історичним розвитком курортної системи України.

У вузькому розумінні санаторно-курортні послуги - це послуги, що надаються засобами розміщення, розташованими в курортних місцевостях, відпочиваючим з метою задоволення їх потреб у санаторному лікуванні та курортному відпочинку. У цьому контексті вони складають частину рекреаційних послуг (рис. 1.2).

Під рекреаційною послугою розуміють вигідну, корисну дію, яка виробляється за плату, виконується специфічним чином організованим підприємством, спрямована на задоволення потреб людини у відновленні втрачених сил шляхом короткочасної зміни місця свого проживання або на місці з метою лікування, відпочинку, розваг, отримання нових вражень і пізнавальною метою. У свою чергу сфера рекреаційних послуг є підсистемою більш великої структурної освіти - сфери відпочинку (дозвілля), до складу якої входять послуги закладів культури, спортивних,

видовищних та розважальних підприємств, які, безсумнівно, мають рекреаційне значення, але при цьому володіють значною галузевою специфікою.

Таке розуміння змісту рекреаційних послуг обумовлює можливість віднесення їх до сфери туризму. Правомірність такого віднесення підтверджується прийнятою в усьому світі термінологією, згідно з якою під туризмом розуміється діяльність особи, що подорожує в місце, що знаходиться поза її звичайного середовища на термін, що не перевищує певний період часу, і головною метою подорожі якого не є заняття діяльністю, оплачуваною з джерела в відвідуваному місці. Туризм є комбінацією рекреації, бізнесу та інших поїздок. Велика частина туризму є рекреаційною за своєю природою. Тому в класифікації видів туризму, прийнятої в зарубіжних країнах, в якості одного з видів туризму розглядається лікувально-оздоровчий туризм. При цьому рекреація, реалізована в рамках як туристської, так і курортної діяльності, є основним мотивом і одночасно найважливішою їхньою функцією. Взагалі, в економічній літературі рекреація найчастіше трактується як розширене відтворення фізичних, інтелектуальних та емоційних сил людини. Рекреація цілком відноситься до дозвілля і являє собою діяльність протягом дискреційного (вільного) часу, спрямовану на відновлення життєвих сил організму. Частина цієї рекреаційної діяльності здійснюється поза звичайної середовища проживання. У результаті подорож, оздоровлення та відпочинок на курорті стають важливими компонентами, визначальними цю форму рекреації, що відноситься до туризму і курортного справі.

Таким чином, рекреація є підсистемою вільного часу, що включає рекреацію, як не пов'язану, так і пов'язану з виїздом з постійного місця проживання людини. Сфера туризму включає в себе (рис. 1.2) як рекреацію (наприклад, у вигляді ділових поїздок або відвідувань родичів), так і сам дозвілля (наприклад, у вигляді персональних і ділових подорожей - з метою навчання, проведення конгресів, виставок тощо).

Якщо в якості системо утворюючого критерію розглядати використання вільного часу (відпуску) для рекреаційних цілей, то поїздки в санаторій можна віднести до лікувально - оздоровчого туризму, особливо маючи на увазі позабюджетні джерела фінансування (у тому числі і самих громадян) і участь ринкових посередників у реалізації і просуванні курортних послуг. Можна погодитися з позицією А.Н. Разумова і його співавторів, що лікувальний туризм - це новий розділ курортної медицини (та курортної діяльності), який розглядає організацію роботи санаторно-курортної галузі з погляду технології подорожі, В основі формування туристичного продукту лежить лікувальна або оздоровча технологія, що поліпшує якість життя, Соціальне значення нового напрямку полягає у створенні значної частини цілісної системи охорони здоров'я за рахунок формування блоку «відпочинок» (для здорових, ослаблених і хворих) і підвищенні рентабельності санаторно-курортної галузі за рахунок

впровадження в її роботу закономірностей туристичного бізнесу і технологій управління якістю обслуговування. Для цього необхідно виробити принципово нові підходи до роботи санаторіїв, а саме на основі нових способів господарювання та найбільш повного задоволення споживачів у відпочинку та лікуванні під час подорожей.

## 2. Історія розвитку курортної справи у світі

Аналіз різних наукових підходів щодо ретроспективної періодизації становлення й розвитку курортної справи в Європі й світі [1, 3, 8-10, 13, 14] дає підстави з історико-географічних позицій виділити дев'ять основних періодів. Кожен із зазначених періодів розвитку курортної справи характеризується особливостями організації, регіонами поширення, функціональними завданнями, напрямками та формами сервісної діяльності. Зазначимо, що традиції курортного оздоровлення зародилися й залишаються популярними в Європі й на Близькому Сході, тому ретроспективний аналіз історії розвитку курортної сфери слід зосередити саме на цьому регіоні.

**1. Протокурортний період** – виокремлення курортно-рекреаційної діяльності в самостійний напрямок людської життєдіяльності.

Організованих форм рекреаційна діяльність набула у стародавньому Єгипті. Із виділенням соціальних каст вельмож, державних сановників, жреців та, зрештою, самої божественної родини фараона постало питання про організацію їх дозвілля. У цей час урізноманітнюються заняття повсякденної рекреації та зароджуються основні види організованого рекреаційного туризму.

Замислюючись над ідеєю продовження тривалості людського життя та боротьби із захворюваннями, чималу увагу єгипетські жреці зосередили на розробці концепції здорового способу життя та методик оздоровлення людського організму (у т. ч. бальнеотерапії).

Близькі до давньоєгипетських традиції оздоровчої та дозвіллевої рекреації набули широкого поширення у Межиріччі (цивілізації Шумеру, Аккаду, Ассирії, Вавилонії, Мідії, Персії), країнах Передньої Азії і Близького Сходу, стародавній Індії та Китаї. “Імпортерами” товарів рекреаційного споживання та еталонів і технологій рекреаційного дозвілля у європейські країни Середземномор'я у III – II тис. до Р. Хр. виступали фінікійські, карійські і пелазгійські мореплавці.

Найпоширенішими формами курортно-рекреаційної діяльності в античний період були оздоровчі купання в священних озерах і джерелах. Класичні описи таких занять та організації примітивних масових бальнеогрязевих лічниць знаходимо в найдавніших пам'ятках людської писемності. Відомості про „священні купелі” при храмах, якими користувалися місцеві жителі, знаходимо у давньоіндійському епосі „Ригведа”, давньокитайських трактатах; у Старому та Новому Завітах згадується Сілоамська купіль під Єрусалимом, самодіяльна

водогрязелічниця на Генісаретському озері, де збиралися тисячі хворих з усієї Юдеї, Палестини та сусідніх сирійських царств.

**2. Ранньокурортний період** – античний період становлення перших організованих курортів й закладання кістяка сучасної європейської курортної мережі.

У Європі традиції курортної рекреації поширилися разом з Великою грецькою колонізацією Середземномор'я. Разом з колоністами Середземномор'ям, Близьким Сходом і Передньою Азією поширювалися античні знання і підходи до організації водолічниць. Це, так би мовити, “перша хвиля” курортно-рекреаційного освоєння континенту.

Антична Греція – батьківщина курортної справи. Саме в Греції традиція курортного водолікування була ґрунтовно досліджена й науково описана. Грецькому медику, “батькові” медичної науки, Гіппократу, належить крилатий вислів-аксіома: “In balneis salus” (“купання – це здоров'я”). Античний вчений Плутарх залишив нам свідчення про те, що термальні джерела на грецькому острові Євбея приваблювали хворих із найвіддаленіших районів тогочасної Римської імперії, що простягалася від Британії і Рейну до Закарпаття, Криму, Кавказу, Аравійської пустелі та Ефіопії. З Греції звичай будувати в місцинах з лікувальними джерелами штучні басейни-купелі, вілли і пансіони для здачі в найм приїжджим для водолікування поширився на всі країни Європи.

Греція – батьківщина першого у світі документально зафіксованого бальнеологічного курорту Терми. Його назва згодом поширилася на сотні інших античних курортних поселень, де облаштовувалися оздоровчі комплекси на кшталт купалень міста Терми. Власне, і самі ці архітектурні ансамблі стали називати “терми” чи “термальні купальні”. А історичне давньогрецьке місто - курорт Терми (сучасний курорт Лутраки) і в ХХІ ст. є одним із найфешенебельніших термальних центрів Греції.

Греція – “колиска” народження професії практикуючих лікарів-куртортологів, попит на послуги яких у суспільстві зберігався незмінно високим аж до згасання античної цивілізації.

Найвищого щабля розвитку курортна справа сягнула в епоху Римської імперії. Римляни успадкували кращі традиції еллінської системи дозвіллевих цінностей і на цій основі вибудували власну концепцію життєдіяльності, де рекреація поряд з освітою і працею посідала одне з чільних місць.

Небувалих раніше вершин розвитку в епоху Римської імперії сягнула куртортологічна наука. Так, римський лікар-куртортолог Архіген (І ст. по Р. Хр.) розробив першу в світі класифікацію мінеральних вод.

Для задоволення дедалі зростаючих потреб римських громадян у вишуканому дозвіллі поза межами власного помешкання в IV – II ст. до Р. Хр. по всій Італії почали виникати перші у світі поселення-курорти. Окремі житлово-храмові комплекси, селища і містечка набули та розвивали курортну функцію як основу економічного зростання.

У Римській імперії реалізувалася ідея курортних островів – тихих (малолюдних), ізольованих від суєти й проблем повсякденного материкового буття. Найвідомішими серед них є вулканічні острови Іскья та Капрі, що до наших днів розвиваються як фешенебельні термальні-курортні комплекси.

Зазвичай, ці давньоримські курорти були пов'язані з виходом на поверхню джерел термальних та мінеральних вод. Наявність цих гарячих джерел відображалася у їх назві – “Терме”. Чимало з тих прадавніх, заснованих ще понад дві тисячі років тому курортів у передгір'ях Аппенін, процвітають до сьогодні як найпрестижніші у світі SPA-комплекси (Абано-Терме, Сан-Джуліано-Терме, Сан-Кашіано-Терме, Баньї-ді-Кашіана, Монтекатіні-Терме, Монсу-мmano-Терме, Сан-Пелегріно-Терме, Сірміоне-Терме тощо).

Давні римляни сформулювали аксіому підтримування здорового способу життя, що в наші дні стала крилатим висловом. Латинське “*Senus per aquam*”, тобто “здоров'я через воду” лежить в основі найпрогресивніших сучасних технологій курортного оздоровлення і релаксації. Адже таке популярне нині SPA – це не що інше як абревіатура латинської фрази “*Senus per aquam*”.

Скрізь, де ступала сандалія римського легіонера, паралельно з господарським освоєнням нових територіальних надбань імперії тривав процес їхнього ресурсно-рекреаційного освоєння. Так поза межами Італії на значному просторі Європи у I – III ст. один за одним поставали нові популярні курортні центри: Бат (у суч. Великобританії), Екс-ле-Бен (у суч. Франції), Баден (у суч. Швейцарії), Вісбаден (у суч. Німеччині), Аквінкула (суч. Будапешт в Угорщині), Добрна (у суч. Словенії), Вараджінске-Топліце (у суч. Хорватії), Беїля Еркуланс (у суч. Румунії), Хісар (у суч. Болгарії) та ін.

**3. Період “темних століть”** – час плундрування, занехаювання й забуття курортологічної спадщини античної цивілізації.

Занепад прогресивної античної культури, період “темних століть” та становлення варварських королівств, зростання ідеологічного тиску католицизму, що засуджував і жорстоко переслідував будь-які прояви піклування про гріховну людську плоть, цинічне насадження папськими фанатиками догми, що людина приходить у цей світ для страждань і в цьому житті не місце для відпочинку й розваг, звели нанівець ідею організованого курортно-рекреаційного дозвілля.

По суті, організована курортно-рекреаційна діяльність як така перестала існувати на території Європи. Стихійне ж використання окремими громадами вод місцевих цілющих джерел для самолікування не припинилося навіть у цю добу культурного занепаду.

**4. Період відродження** системи рекреаційних цінностей і практики курортного лікування (XIV – XV ст.). Лише з часом зміцнення позицій світської влади поступово призвело до появи мережі нових центрів оздоровлення й розваг титулованої євро-пейської еліти. У середньовіччя

відомими курортами Європи стали Пломб'єр-ле-Бен і Ахен (Франція) – улюблені місця відпочинку французьких королів. Слава про чудодійні цілющі властивості окремих мінеральних джерел передавалася із вуст в уста й спонукала дедалі більшу кількість можновладців принаймні на деякий час перебиратися у ці курортні місцини з метою оздоровлення. Довкола виходів мінеральних джерел у Франції, Німеччині, Італії зводилися заміські резиденції феодалів, розросталися селища, що до XIV – XV ст. поступово перетворилися на загальновідомі курортні містечка (Евіан, Віші, Карлсбад, Абано-Терме, Баден-Баден, Вісбаден і ін.).

Епоха культурного відродження у Європі ослабила інквізиційний терор католицької Церкви над “інакомислячими” й дала змогу окремим освіченим представникам суспільства у монастирських бібліотеках знайомитися з пам'ятками античної медичної спадщини та розпочати досліди з вивчення цілющих властивостей навколишньої природи. Одним з перших на цьому поприщі був італійський чернець Дж. Савонарола, який у XV ст. підготував й зумів видати “Трактат про італійські мінеральні води” – перший медико-курортологічний довідник з емпірично-науковим описом цілющих властивостей мінеральних вод та методик їхнього зовнішнього використання з лікувальними цілями.

**5. Період геопросторової розбудови мережі елітних курортів** для аристократичної верхівки суспільства та самодіяльних водолічниць для бідноти під протекторатом Церкви. Поступово більшість відомих населенню мінеральних джерел переходила у приватну власність монастирів, лікувальну дію мінеральних вод пов'язували із заступництвом святих.

Упродовж XVI – XVII ст. у Європі остаточно сформувалася мережа примонастирських та світських бальнеологічних курортів, а сама курортна справа виокремилася в самостійну галузь господарської спеціалізації та окремий напрям офіційної медицини. Так, безліч перевидань в тогочасній Європі у XVI ст. зазнав один з перших університетських курсів лекцій з медичної курортології – трактат “Сім книг про теплі води” прославленого італійського лікаря Г. Фаллопія.

У середині XVI ст. вперше після падіння давньоримського ладу в Європі на законодавчому рівні Габсбургами було регламентовано правила створення, облаштування та експлуатації курортних закладів. На найбільшому тогочасному курорті Карлсбаді (суч. Карлові Вари у Чехії) вперше у світі запроваджено чіткий облік рекреантів, уведено спеціальний курортний податок, який знімався з пацієнтів, та уніфіковано порядок проведення лікувальних процедур.

У XVII ст. у Франції при королівському дворі розпочала діяльність спеціально уповноважена комісія, яка займалася наглядом за розвитком курортної справи в країні і курувала питання відкриття нових курортних закладів. Подібні урядові структури незабаром з'явилися і у Великобританії, Пруссії та Австрії.

Тим не менше, в цей період привілеєм на користування курортами володіла виключно знать та окремі визнані нею, “придворні” митці.

**6. Період становлення медичної курортології,** профільної диференціації курортних центрів та популяризації ідеї курортного водо- й клімато-оздоровлення серед заможних прошарків населення. Масштабні соціально-економічні трансформації кінця XVIII – поч. XIX ст. дали поштовх до активізації рекреаційного аспекту життя людини. Кінець XVIII – початок XIX ст. прийнято вважати часом становлення доступного для широких верств населення організованого рекреаційного туризму у сучасному розумінні цього поняття. З появою залізниці і пароплавів, розвитком капіталістичних відносин та комунікаційної інфраструктури поїздки “на води”, на відпочинок біля моря та з метою відвідання відомих міст Європи чи екзотичних заокеанських країн-колоній стали нормою життя не лише знаті, а й середньої і дрібної буржуазії, інтелігенції та загалом усіх освічених міщан.

Завдяки цьому відбувся процес профільної та соціальної стратифікації закладів рекреації. Виокремилися курорти для лікування хворих на туберкульоз, кишково-шлункові розлади, захворювань шкіри, опорно-рухового апарату тощо. Поряд із загальнодоступними лічницями постають заклади для оздоровлення окремих вікових груп людей. Так, наприклад, у 1792 році за ініціативою англійського лікаря Р. Рассела в Маргіті було відкрито перший у світі дитячий курорт.

Однак рівень розвитку курортної справи у період найвищої могутності Римської імперії (I – III ст.) країни Європи змогли удруге досягнути й перевершити лише в XIX ст., а країни Північної Африки – щойно в другій половині XX ст.

**7. Період курортного “буму” XIX століття** – розвитку теорії і практики медичної курортології, демократизації європейських курортів, “другої хвилі” розбудови географічної мережі курортних центрів та поширення моди на курортне дозвілля серед освіченої частини суспільства. З XIX ст. рекреаційний туризм сформувався як самостійна високоприбуткова галузь господарства. Бувати „на водах” стало престижно. Для обслуговування дедалі зростаючих туристичних потоків в усіх країнах Європи велося інтенсивне будівництво готелів, пансіонатів, санаторіїв, під’їзних шляхів, поряд з інтенсифікацією використання існуючих динамічно освоювалися нові курортні ресурси.

У XIX столітті відбувається офіційне відкриття більшості сучасних європейських курортів, в спеціалізованих закладах яких запроваджено практику використання підземних мінеральних вод для лікувальних цілей під стаціонарним наглядом лікарів.

У другій половині XIX століття (з 1863 р.) “народжуються” перші гірські курорти – кліматичні та гірськоколіжні: Шамоні, Санкт-Моріц, Кран-Монтана, Борміо, Давос, Інсбрук та ін. Процес курортного освоєння території зміщується від виходів континентальних джерел мінеральних вод і пелюїдів до теплих морських узбереж та з рівнин у гори.

Виник феномен т. зв. курортної урбанізації, коли саме напливи туристів визначали динаміку розвитку сотень європейських міст.

З'явився окремих літературний жанр – туристичні путівники й нотатки, які тиражувалися багатотисячними накладами й користувалися незмінно високою популярністю серед читачів.

Фундатором наукової бальнеології вважається німецький вчений Ф. Гофман, котрий на початку XVIII ст. вперше з'ясував хімічний склад мінеральних вод і виявив, що лікувальних властивостей їй надає вміст вуглекислоти, сірки, гідрокарбонатів, солей кальцію, магнію та ін.

Теорію і практику курортного оздоровлення у XVIII – XIX ст. розвивали найвідоміші представники медичної науки. Її викладання було введено в освітні програми підготовки практикуючих медиків. На цю тематику лише в XIX ст. було написано понад п'ять тисяч наукових трактатів і розвідок [10].

Найновіші досягнення теорії збагачували практику європейської курортної справи. У XIX столітті з'явилися звичні для нас поняття “курорт” і “санаторій”. Термін “санаторій” для означення спеціалізованої лікувально-курортної установи (від лат. sano – лікую, зцілюю) вперше стали засто-совувати в Німеччині в 1880-х роках після того, як німецький лікар Бремер створив “Закритий лікувальний заклад для хворих туберкульозом”, де в основу лікувального методу було покладено тріаду оздоровчих чинників: “лікування повітрям, спокоєм і дієтичним харчуванням”. Місцевості, в яких розташовувалися санаторії зі сприятливими для лікування природними умовами, одержали назву курортів (від німецького Kur – лікування і Ort – місце).

8. Період “третьої хвилі” курортно-рекреаційного освоєння континенту й геопросторової розбудови мережі курортно-відпочинкових центрів для фізично здорового, економічно активного населення. У першій половині XX 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.

У цей період формується кістяк сучасної географічної мережі приморських (Ніцца, Канни, Сан-Ремо, Ліньяно, Ріміні, Сорренто тощо) та гірських (Курмайор, Гарміш, Санкт-Антон, Целль-ам-Зее, Лех, Кітцбюель, Закопане тощо) курортів Європи.

9. Сучасний період поглиблення масштабів курортного освоєння рекреаційних ресурсів континенту, інтенсифікації їх експлуатації, курортної урбанізації та перетворення курортних центрів на поліфункціональні центри дозвілля постіндустріальної цивілізації. Після



завершення Другої світової війни розпочався якісно новий період розвитку рекреаційного туризму. Туристична рекреація стала звичною для найширших верств суспільства формою проведення дозвілля. До кінця ХХ ст. туристично-рекреаційні потреби у системі життєвих потреб сучасної людини вирости із класу другорядних до групи нагально необхідних потреб, без яких людина не мислить свого повноцінного існування.

Сучасний період розвитку курортно-рекреаційного туризму дослідники поділяють щонайменше на два етапи, межу між якими прийнято “прив’язувати” до економічної кризи 1970-х років [6, 10, 13]. Узгоджуючи підходи представників різних західних шкіл туристики, ми схильні означити їх як “етап туристичного “буму” 1950 – 1970-х років” та “етап глобалізаційного зростання туризму (з 1980-х років до сьогодні)”.

Т.В. Ніколаєнко виділила такі характерні риси названих етапів розвитку міжнародного туризму:

Етап туристичного “буму” 1950 – 1970-х років:

- істотно змінилася соціальна структура західного суспільства. З’являється середній клас, що має велику кількість автомобілів, і розвиваються масові поїздки з рекреаційними цілями;

туристичні потоки орієнтовані, в основному, у південному напрямку. Найпопулярнішими стають курорти Середземного моря. Такі країни як Греція, Італія, Франція – лідери в туристичному бізнесі. Тепле море в літню пору виявилось надзвичайно привабливими, і мешканці міст масово вирушають до нього. Пасивна рекреація – перебування на пляжі і морські купання – стає найпопулярнішою. Це, свого роду, ознака розкішного життя;

уперше виявляють надзвичайну активність у туризмі німці. Вони стали, мабуть, найактивнішими іноземними туристами в масштабах усієї земної кулі. Німеччина втратила колишню агресивність і перетворилася в країну, що “постачає на світовий ринок” найбільшу кількість туристів;

виникають перші великі туроператори, наприклад, “Отельплан” у Швейцарії, “Таук-турс” у Північній Америці. У їхні функції входить організація відпочинку з першого і до останнього дня. Стають дуже популярними туристичні пакети, що у минулому були привілеєм лише багатих людей. 1950-і і пізніші роки – час стрімкої демократизації, наслідком якої стає посилення конкуренції між туроператорами. У результаті ціни падають, а маркетинг дедалі більше вдосконалюється;

інвестиції в туризм стали дуже привабливими, і туристична інфраструктура бурхливо розвивається. Ті, хто першими зробили вдалі інвестиції в туризм, стали широко відомими багатіями.

Етап глобалізаційного зростання туризму (з 1980-х років до сьогодні):

- посилюється тенденція до спеціалізації й індивідуалізації туристичної пропозиції як серед дрібних і середніх, так і серед великих фірм. Конкуренція поступово змінюється тенденцією до кооперації і пошуку цільових груп споживачів; виникають маркетингові концепції

“іміджу фірми” і “системного збуту”. Ринок поділений і стабілізувався на тривалий час;

падіння частки участі на ринку великих турфірм. Активізація малих і середніх спеціалізованих тур-операторів. Виникнення безлічі нових маршрутів;

екологізація туристичного продукту. Приморський туризм стає менш популярним, зате активно розвивається сільський туризм;

уповільнення темпів зростання туристичного попиту. Обсяги туристичного попиту стабілізувалися на досить високому рівні [6, с. 36-38].

На початку XXI століття провідні курорти світу намагаються розвиватися як поліфункціональні багатоцільові туристичні центри [5]. При цьому 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.

З іншого боку, має місце тенденція поглиблення й закорінення вузької турпродуктної спеціалізації того чи іншого курорту, підкріплена багаторічними традиціями й усталеним у суспільній свідомості престижем. Скажімо, з XIX століття престижно їздити “на води” на французький курорт Віші, німецький Баден-Баден, австрійський Бад-Гастайн, чеські Карлові Вари, український Трускавець. Аналогічний статус серед безлічі інших гірськолижних курортів мають швейцарський Санкт-Моріц і Кран-Монтана, французький Шамоні, український Славське.

### 3. Розвиток курортної справи в Україні

Всі народи з незапам'ятних часів знаходили в оточуючому їх середовищі лікувальні засоби. Особливе значення надавалося мінеральним водам, лікувальним грязям і клімату, що застосовувалися для лікування різних захворювань.

Хімічний склад багатьох мінеральних вод подібний до хімічного складу органів і тканин організму людини. При вживанні мінеральних вод всередину і прийманні ванн речовини органічної і неорганічної природи, що містяться в цих водах (особливо біологічно активні мікроелементи), проникаючи через шкіру і слизисті оболонки тіла людини, мають виразний фізіологічний і лікувальний вплив. Те ж саме стосується і лікувальних грязей, до складу яких входять речовини, подібні до гормонів та вітамінів.

Особливо корисна для організму кліматотерапія, оскільки в процесі еволюції людина постійно була під впливом кліматичних чинників, і в організмі виробилися особливі пристосувальні механізми (система терморегуляції, біологічних ритмів і т.п.). Санаторно-курортне лікування

не тільки істотно доповнює медикаментозне лікування, але часто використовується як самостійний, альтернативний спосіб лікування.

Вплив природних фізичних чинників, а також режиму рухової активності і раціонального лікувального харчування сприяє підвищенню захисно-приспосувальних сил організму. Фізичні чинники, на відміну від більшості лікарських засобів, є найбільш фізіологічними, природними для організму, не пригнічуючи, а мобілізуючи його резервні можливості і не викликаючи побічних небажаних явищ і алергічних реакцій.

Курортне лікування сприяє поліпшенню кровообігу, диханню. Крім того, санаторно-курортне лікування, основою якого є тісне спілкування з природою, заповнює відчутний для більшості міських жителів дефіцит природного середовища.

Завдяки географічному положенню, геологічній будові і гідрогеологічним умовам Україна традиційно має всі види курортів.

Перші бальнеологічні курорти в Україні виникли на мінеральних водах у Шкло (1576 р.), в Трускавці (1827 р.) і в Моршині (1877 р.) Львівської області; Березівці під Харковом (1862 р.) і в Миргороді Полтавської області (1917 р.); грязьові - на Сакському озері в Криму (1799 р.), на Одеських лиманах (1829 р.), на Славянських озерах у Донбасі (1832 р.), у Євпаторії (1890 р.) і в Бердянську Запорізької області (1902 р.).

За ці роки методи санаторно-курортного впливу з емпіричних перетворилися в науковообґрунтовані і раціонально використовуються для лікування різних видів захворювань.

В 60-ті роки в Україні було 426 санаторіїв, 154 профілакторії, 132 будинки відпочинку і 31 пансіонат із загальною кількістю місць понад 150 тисяч, а до кінця 90-х років в Україні функціонувало 15 курортів державного і 13 -місцевого значення.

Крім того, на території України постановою Кабінету Міністрів України був затверджений перелік і межі 265 територій, що резервувалися для організації зон лікування і відпочинку населення.

Інтенсивне курортне будівництво дозволило створити систему спеціалізованих санаторіїв. У загальному вигляді їх структура виглядає наступним чином: санаторії для лікування хворих із захворюваннями серцево-судинної системи - 22%; травної - 20%; нервової - 17%; дихальної - 16%, органів руху -17%; нирок і сечовивідних шляхів - 6,5%; із захворюваннями жіночих статевих органів - 4,5%; шкіри - 0,2%.

На початок 1994 року на курортах України діяло понад 3600 санаторіїв, будинків відпочинку, пансіонатів і інших закладів, в яких одночасно могли відпочивати близько 700 тис. чоловік. У зв'язку з розпадом СРСР ситуація в санаторно-курортній галузі різко погіршилася. За роки самостійності України санаторно-курортній системі практично не приділялася увага з боку держави. Відсутність бюджетного фінансування привела до згорання ряду державних програм (санаторно-курортне лікування хворих на туберкульоз, травматичну хворобу спинного мозку, лісліяінфарктних хворих і т.д.). Всі спеціалізовані санаторії перейшли, в

основному, на сезонний характер роботи, при цьому багато з них згорнули свої лікувальні бази і почали переходити в розряд закладів відпочинку з низьким рівнем сервісного обслуговування. Через відсутність контролю почали з'являтися нові заклади (бази відпочинку з лікуванням, центри здоров'я і т.д.), що мають слабку медичну базу і некваліфікований персонал. Загалом санаторно-курортна система України в даний час як система не існує, хоча актуальність санаторно-курортного лікування залишається досить високою.

Через важке економічне становище, що склалося в Україні, зросла захворюваність на туберкульоз; поширилась бронхо-легенева і серцево-судинна патологія. У такій ситуації санаторно-курортне лікування необхідно не тільки зберігати, а й розвивати. Істотним гальмом на шляху відновлення і розвитку санаторно-курортного комплексу України і Криму є відсутність чіткого законодавства про курортну діяльність. Особливо гострими є проблеми власності й оподаткування. В останні роки Крим перестає бути доступним курортом через непомірну дорожнечу санаторно-курортних і оздоровчих послуг. Різке скорочення чисельності відпочиваючих не тільки збільшує економічні і соціальні проблеми регіону, але і приводить до втрати фахівців в галузі наукової і практичної курортології, скорочення об'ємів робіт у тих галузях господарського комплексу, що безпосередньо орієнтовані на санаторно-курортну сферу та її інфраструктуру.

Розвиток санаторно-курортної системи України неможливий через недосконалість податкового законодавства і прорахунки у фінансовій політиці держави. Якщо протягом усіх років існування цієї системи вона була дотаційною, то тепер у бюджеті не тільки не передбачаються подібні асигнування, але й у виплаті податків вона прирівнюється до промислових підприємств.

Такі умови не тільки приводять до неправомірного подорожчання санаторно-курортних послуг, але і знижують можливості їхнього повного завантаження, а значить, збільшують збитки галузі. Всі проблеми санаторно-курортного комплексу України вимагають комплексного довгострокового регулювання на загальнодержавному рівні.

## Тема 2. Курорти – провідний сегмент індустрії туризму

### 1. Класифікація курортів

#### 2. Види санаторно-курортних закладів

#### 3. Особливості санаторно-курортного лікування

#### 4. Лікувально-оздоровчі місцевості України

### 1. Класифікація курортів

Закон України "Про курорти" від 5.10 2000 р. № 2026 визначив правові, організаційні, економічні та соціальні засади розвитку курортів в Україні. Ним визначено офіційне тлумачення основних курортологічних понять:

*Курорт* ( від німец. Kurovt - лікування і Ort – місце ) — це 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 рекреації і підлягає особливій охороні.

*Курортно-рекреаційні заклади* — це спеціалізовані заклади короткочасного (щоденного, щотижневого) та тривалого розміщення людей, призначені для задоволення їх рекреаційних потреб (лікувально-оздоровчих, культурно-освітніх, спортивних тощо).

Розподіл курортів за характером природних лікувальних ресурсів наведено на рис.2.1

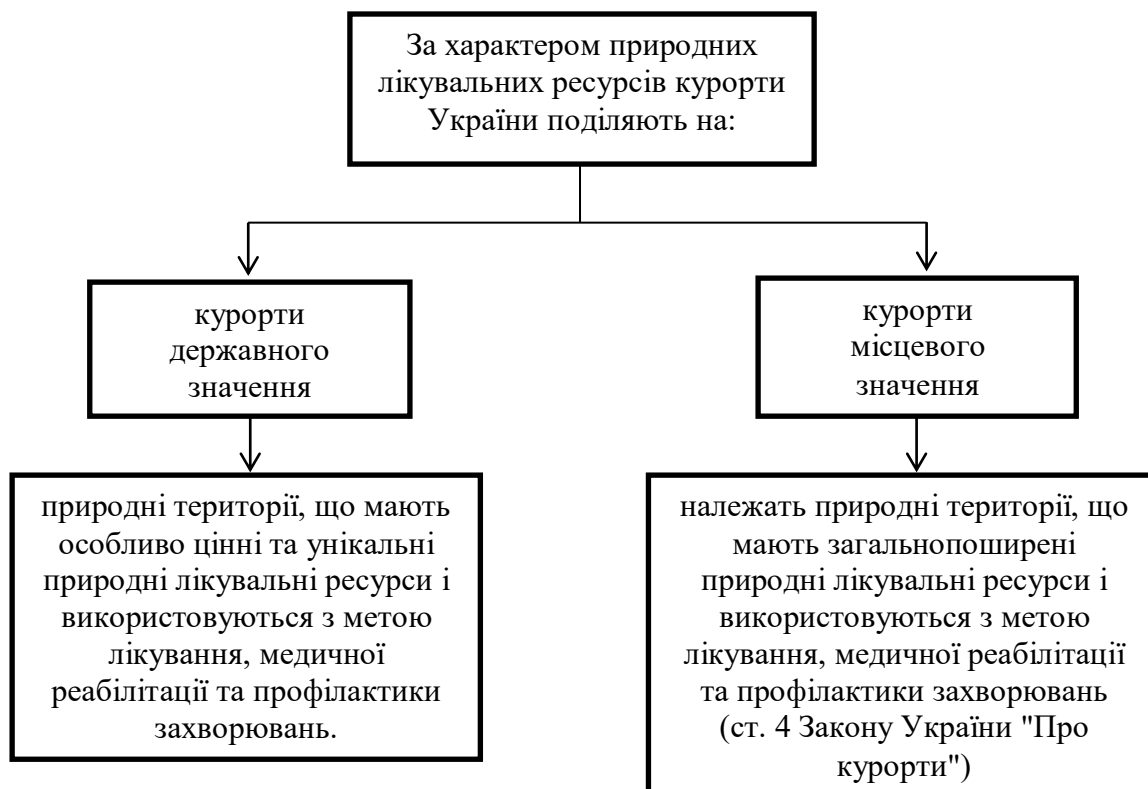


Рисунок 2.1 - Розподіл курортів за характером природних лікувальних ресурсів

Розподіл курортів за медичною спеціалізацією наведено на рис.2.2.



Рисунок 2.2 - Розподіл курортів за медичною спеціалізацією

Розподіл курортів по типам (профілям) наведено на рис.2.3.

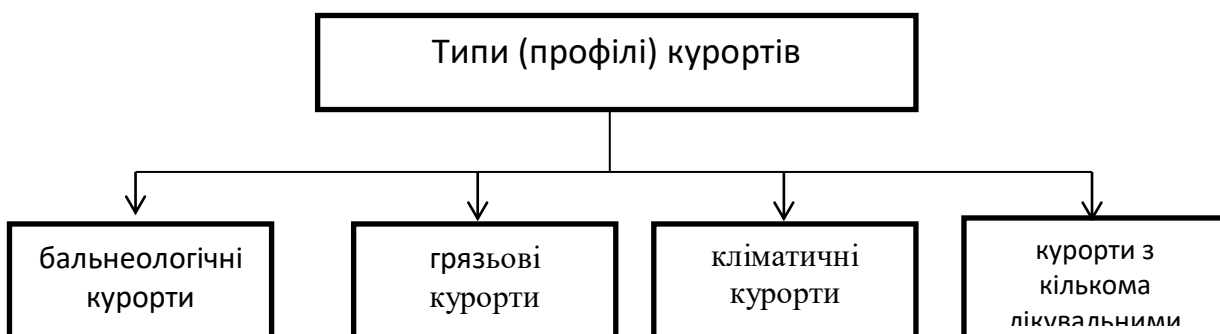


Рисунок 2.3 - Розподіл курортів по типам (профілям)

*Бальнеологічні курорти:* основний лікувальний фактор — мінеральні води, що застосовуються у вигляді ванн, душів, для пиття, інгаляцій, зрошування, промивання тощо. До цих курортів належать: Поляна, Сонячне Закарпаття, Немирів, Біла Церква, Миронівка, Хмільник, Моршин, Трускавець, Верховина, Карпати, Квітка Полонини, Миргород, Шкло, Синяк, Лю-бінь Великий, Гірська Тиса, Шаян, Свалява, Усть-Чорна, Солоний Лиман, Горинь, Черче, Березівські мінеральні води, Рай-Оленівка, Старобільськ.

*Грязьові курорти:* основний лікувальний фактор — грязь, що застосовується у вигляді ванн, аплікацій, тампонів, компресів тощо. На грязевих курортах використовується мулова грязь солоних озер і лиманів, сапропелева (мулова грязь прісних озер), торфова (прісна і мінералізована), а також гідротермальна і сопкова (вулканічного походження). До цих курортів належать: Бердянськ, Гопри, Євпаторія, Маріуполь, Куяльницький, Слов'янськ, Феодосія, Саки.

*Кліматичні курорти;* основні види лікування — повітряні і сонячні ванни, а також купання. Крім основних видів курортного лікування, для посилення дії лікувальних факторів у лікувальний комплекс включають фізіотерапевтичні процедури, лікувальне харчування, лікувальну фізичну культуру. До цих курортів належать: Ірпінь, Буча, Ворзель, Конча-Заспа, Пуца-Водиця, Соснівка, Одеський курортний район, Південний берег Криму, Закарпатська група курортів, Яремча, Бердянськ, Кирилівка.

Більшість курортів, що мають кілька лікувальних факторів, відносять до курортів змішаного типу — бальнеогрязевих, бальнеокліматичних, кліматогрязевих, кліматобальнеогрязевих. Виділяють також курорти з особливими, унікальними природними факторами.

*До курортів з кількома лікувальними факторами в Україні належать:*

— бальнеокліматичні: Верховина, Звенигородська курортна зона, Конча-Заспа;

— бальнеогрязеві: Великий Любінь, Миргород, Моршин, Трускавець, Черче, Шкло;

— кліматогрязеві: Аркадія, Бердянськ, Маріуполь, Кирилівка, Куяльницький;

— кліматобальнеогрязеві: Євпаторія, Кирилівка, Феодосія.

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, гірськолущні 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: курортполіси, великі поліфункціональні курортні центри, малі вузькоспеціалізовані курортні поселення, територіально відособлені локальні санаторно-курортні комплекси;

- за суспільними й економічними критеріями: місцевого значення, внутрішньодержавні, міжнародного класу; недорогі, респектабельні, фешенебельні; вузького (спеціалізовані) й широкого (загальнооздоровчо-відпочинкові) профілів тощо.(рис.2.4)

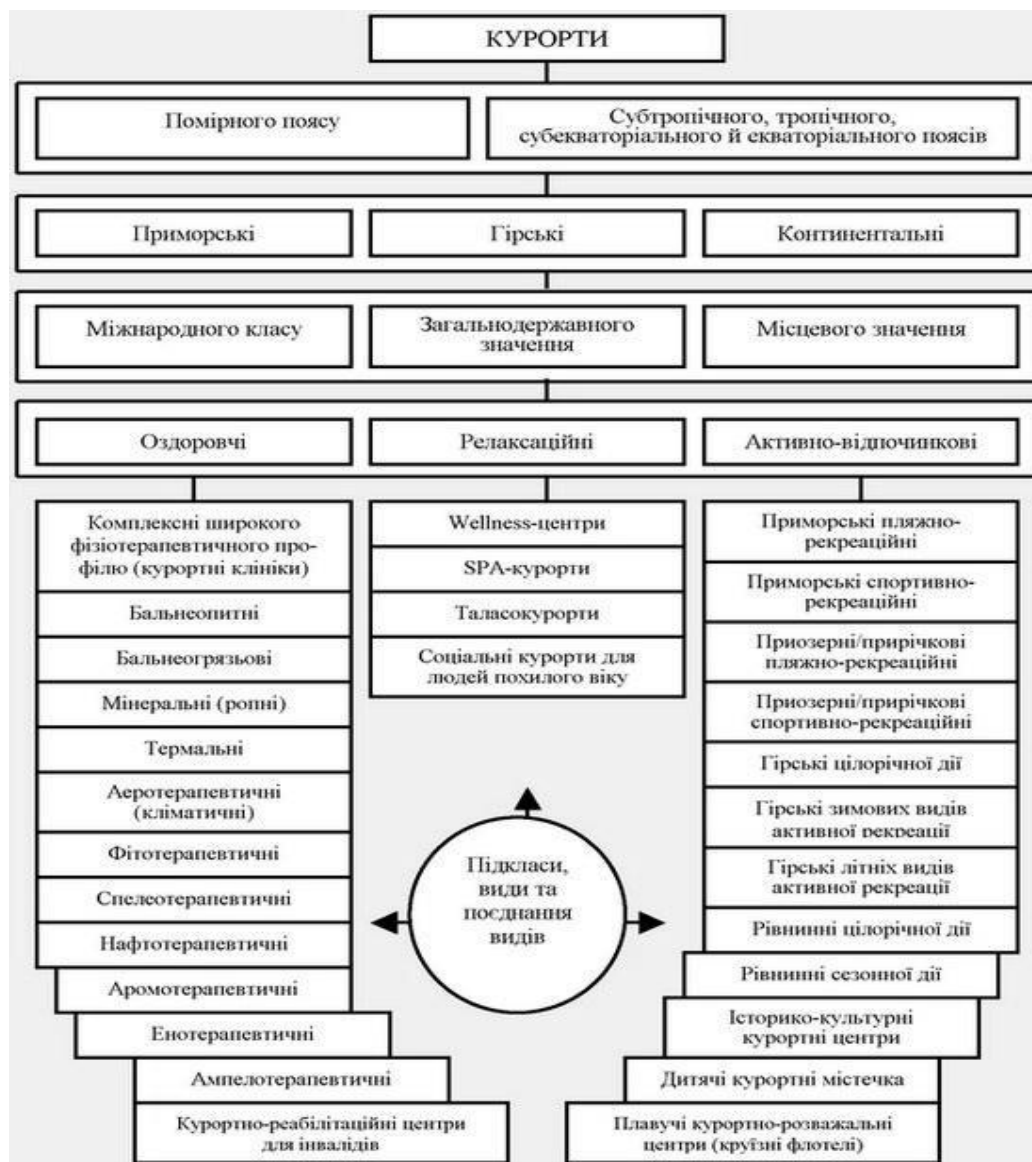


Рисунок 1.4 - Типології курортів за геопросторовими критеріями



## 2. Види санаторно-курортних закладів

*Рекреаційна мережа* - це сукупність розташованих в країні (республіці, області, районі) рекреаційних установ. До них відносяться установи лікувально-оздоровчого відпочинку, спортивного та пізнавального туризму. Основним показником розвитку рекреаційної мережі є щільність рекреаційних закладів, що дорівнює числу місць в них, що припадають на 1 тис. км<sup>2</sup> території. Відповідно до цього території діляться на сильно, середньо і слабо рекреаційно. Функціональне розвиток рекреаційних закладів обумовлено їх орієнтацією на той чи інший вид рекреаційної діяльності.

Діяльність санаторно-курортних і оздоровчих підприємств в Україні регламентують декілька основних нормативно-правових актів - Закон України "Про Курорти", Загальне положення про санаторно-курортний заклад, Національний стандарт України "Послуги туристичні, засоби розміщення" (ДСТУ 4527:2006), Господарський кодекс України.

Відповідно до зазначених вище нормативно-правових актів існують такі типи санаторно-курортних і оздоровчих підприємств: санаторії, санаторії-профілакторії, пансіонати з лікуванням, пансіонати відпочинку, курортний готель, будинки відпочинку, заклади 1-2 денного перебування, бази відпочинку та інші. (табл.2.1.)

Всі типи санаторно-курортних і оздоровчих підприємств за функціональною ознакою розподіляються на санаторно-курортні й оздоровчі підприємства.

До санаторно-курортних підприємств слід віднести: санаторії, санаторії-профілакторії та пансіонати з лікуванням, тобто підприємства які надають послуги лікування та повинні розміщуватися на території курорту чи лікувально-оздоровчій місцевості.

До оздоровчих належать всі інші зазначені вище типи підприємств, що мають умови для відпочинку і оздоровлювання та розташовані, як правило, в межах курортів, рекреаційних та приміських зонах.

За профілем ці підприємства розподіляються на однопрофільні, які надають медичні послуги споживачам з однорідними захворюваннями (монопрофільні) та багатопрофільні, які мають у своєму складі два або більше спеціалізованих відділень.

Для лікування споживачів з однаковими захворюваннями створюються спеціалізовані санаторно-курортні заклади вузького профілю. До спеціалізованих слід відносити лише санаторії, до підприємств загального призначення - всі інші санаторно-курортні і оздоровчі підприємства у т.ч. багатопрофільні санаторії.

Таблиця 2.1 - Типізація санаторно-курортних і оздоровчих підприємств

№ з/п	Тип санаторно-курортних та оздоровчих підприємств	Визначення
1	Санаторій	Спеціалізований засіб розміщення, що забезпечує надання послуг комплексного лікування, медичної реабілітації та профілактики за допомогою природних факторів (клімат, мінеральні води, лікувальні грязі, морські купання, сонцелікування тощо) у поєднанні з дієтотерапією, фізіотерапією, медикаментозним лікуванням та іншими методами санаторно-курортного лікування (у регламентованому режимі), розташований на території курорту чи лікувально-оздоровчої місцевості
2	Санаторій-профілакторій	Спеціалізований засіб розміщення санаторно-курортного типу відомчого підпорядкування, що забезпечує надання послуг комплексного лікування, медичної реабілітації та профілактики захворювань, дієтотерапії, лікувальної фізкультури та інших методів санаторно-курортного лікування (у регламентованому режимі), розташований, як правило, в межах курортів, рекреаційних та приміських зон або на території підприємства засновника при наданні санаторно-курортної послуги без відриву від виробництва, навчання
3	Пансіонат із лікуванням	Спеціалізований засіб розміщення, що забезпечує умови для загального оздоровлення та відпочинку (має умови для надавання медичних і профілактичних послуг та лікування), розташований на території курорту чи лікувально-оздоровчої місцевості
4	Курортний готель	Засіб розміщення, який знаходиться на території курорту та має умови для відпочинку та оздоровлення
5	СПА-готель	Засіб розміщення зі спа-зоною, який має умови для відпочинку та оздоровлення, розташований, як правило, в межах курортів, рекреаційних та приміських зон
6	Пансіонат відпочинку	Засіб розміщення, призначений для відпочинку та оздоровлення, розташований, як правило, в межах курортів, у рекреаційних та приміських зонах
7	Будинок відпочинку	Засіб розміщення, призначений для відпочинку, розташований, як правило, в межах курортів, у рекреаційних та приміських зонах із регламентованим режимом харчування та відпочинку
8	База та інші заклади відпочинку	Засіб розміщення, призначений для відпочинку, розташований, як правило, в рекреаційних та приміських зонах
9	Заклади 1–2 денного перебування	Засіб розміщення, призначений для короткострокового перебування, розташований, як правило, в рекреаційних та приміських зонах

За метою і характером економічної діяльності виділяють підприємства комерційні (прибуткові), які прагнуть отримувати цільовий прибуток на відповідній стадії свого життєвого циклу; та некомерційні (неприбуткові), що створюються з метою надання суспільних медичних послуг, надають пріоритетне значення у своїй діяльності соціальним цілям і не ставлять за мету отримання прибутку. До неприбуткових належать санаторно-курортні і оздоровчі підприємства, які повністю утримуються за рахунок відповідного Державного бюджету, місцевих бюджетів чи знаходяться на балансі інших юридичних осіб (туберкульозні санаторії, санаторії-профілакторії, табори праці та відпочинку тощо).

У табл. 2.2 надано узагальнену класифікацію санаторно-курортних і оздоровчих підприємств за різними ознаками.

Таблиця 2.2 - Узагальнена класифікація санаторно-курортних підприємств за різними ознаками

№ з/п	Класифікаційна ознака	Підвид
1	Профіль	Однопрофільні(монопрофільні); Багатопрофільні
2	Спеціалізація	Загальнотерапевтичні; Спеціалізовані (санаторії)
3	Основний профіль лікування (медичний профіль)	Органів кровообігу; Нервової системи; Органів дихання (нетуберкульозного характеру); Органів травлення; Органів опорно-рухової системи тощо
4	За типом	Санаторії; Санаторії-профілакторії; Пансіонати з лікуванням; Курортні готелі; Будинки та пансіонати відпочинку; Бази та інші заклади відпочинку; Заклади 1-2 денного перебування інші
5	За функцією	Лікувальні; Оздоровчі;
6	Період функціонування	Цілорічні; Сезонні
7	Цільовий сегмент	Для дорослих; Для дорослих з дітьми; Для дітей
8	Місце розташування	Курортного типу (на території курорту); Некурортного типу (поза курорту)
9	Термін перебування	1-2 – денне; Тривале - 3 дні й більше; Тривале й 1-2 - денне

Продовження таблиці 2.2.

10	Форма власності	Приватне підприємство; Підприємство колективної власності; Комунальне підприємство; Державне підприємство; Змішаної форми власності
11	Мета та характер комерційної діяльності	Комерційні (прибуткові); Некомерційні (не прибуткові)
12	Залежно від способу утворення (заснування) та способу формування статутного капіталу	Унітарні; Корпоративне
13	Організаційно-правова форма	Акціонерне товариство; Товариством з обмеженою відповідальністю; Товариством з додатковою відповідальністю; Повне товариство; Командитне товариство
14	Правовий та економічний статус	З повною правовою та економічною самостійністю; Дочірні підприємства; Філіали; Представництва; Відокремлені підрозділи
15	Організаційно-правова форма об'єднань	Асоціації; Корпорації; Консорціуми; Концерни та інші об'єднання
16	Відомче підпорядкування (у складі відомств)	Системи профспілок Міністерства охорони здоров'я України "Сільгоспоздоровниці" Міністерства внутрішніх справ України Міністерства транспорту України Міністерства оборони України Фонду соціального страхування України Державного управління справами тощо

### 3. Особливості санаторно-курортного лікування

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.

Важливим принципом санаторно-курортного лікування є його комплексність, тобто використання різноманітних природних лікувальних факторів у поєднанні з дієтотерапією, фізіотерапевтичними процедурами, лікарськими й іншими лікувальними засобами і методами.

Природні курортні фактори — клімат, мінеральні води, лікувальні грязі — скрізь використовуються і поза курортами: у місцевих санаторіях, санаторіях-профілакторіях, будинках відпочинку, а також у лікарнях та інших лікувально-профілактичних закладах.

Основним лікувально-профілактичним закладом на курорті є санаторій. При лікуванні хворих у санаторії застосовуються, перш за все, природні курортні та фізіотерапевтичні фактори. Медикаментозне лікування, лікувальне харчування, руховий режим носять допоміжний характер.

При визначенні профілю санаторію враховують його географічне місцерозташування, наявність природних курортних факторів, а також лікарських кадрів. Крім того, санаторії призначаються для лікування дорослих, підлітків і дітей, тому виділяються і такі типи санаторіїв, а також санаторії для вагітних і для жінок з дітьми.

При надходженні на лікування в санаторій хворий повинен представити в реєстратуру паспорт, санаторно-курортну карту, путівку. При відсутності путівки, її можна придбати на місці за готівковий розрахунок. Після первинного огляду лікуючий лікар видає хворому санаторну книжку, в якій вказано діагноз, лікувальні процедури, їх періодичність, тривалість, санаторно-курортний режим.

Усі проведені клімато-бальнео-фізіотерапевтичні процедури відзначаються в курортній книжці. Лікуючий лікар систематично стежить за періодичністю процедур, їх ефективністю. Періодично проводить

необхідні лабораторні, клініко-функціональні та інші дослідження, при необхідності вносить корекцію в курортну терапію, відзначає характер адаптації хворого до кліматичних і бальнео-фізіотерапевтичних факторів курорту.

Перед випискою із санаторію лікар видає хворому відривний талон санаторно-курортної карти для пред'явлення до медичної установи, яка видала санаторно-курортну карту. У цьому документі вказуються терміни лікування, діагноз основного і супутнього захворювань при надходженні і остаточний діагноз, при виписці із санаторію, характер проведеного лікування та його ефективність, а також рекомендації щодо подальшої реабілітації.

У спеціалізовані курортні заклади не направляються і не приймаються особи, які потребують на даний момент спеціалізоване стаціонарне лікування, потребують постійного стороннього догляду, а також з інфекційними, психічними, венеричними захворюваннями, туберкульозом, злоякісними новоутвореннями, які страждають алкоголізмом і тимчасово непрацездатні внаслідок якого-небудь захворювання.

Санаторії повинні бути оснащені сучасним діагностичним та лікувальним обладнанням. Це необхідно для проведення широкого клінічного, біохімічного, електрофізіологічного, дослідження хворих з серцево-судинною патологією, захворюваннями нервової системи, шлунково-кишкового тракту, органів опори та руху, нервово-м'язової та інших систем.

Лікувальні засоби на курорті представлені, насамперед, природними природними факторами (мінеральні води, лікувальні грязі, сприятливий клімат), кінезотерапією, фізіотерапевтичної апаратурою. Остання розрахована на посилення дії лікувальних курортних комплексів, а також на придушення активності запального процесу. У цих цілях фізіотерапевтичні процедури повинні застосовуватися на першому етапі (перші 8-10 днів), потім на другому етапі вони повинні чергуватися з бальнеогрязевими або кліматотерапевтичних факторами.

В умовах санаторію, незважаючи на різноманітність лікувальних комплексів, кожному хворому призначають строго індивідуальне лікування, адекватне реактивності різних функціональних систем при тих чи інших формах і стадіях захворювання, а також загальному стану.

Санаторно-курортний етап є важливою ланкою в профілактиці, лікуванні та реабілітації дітей з різними захворюваннями. Санаторне лікування, що включає застосування природних і преформованих фізичних чинників, спрямоване на збереження і зміцнення здоров'я дітей, відновлення порушених функцій різних органів і систем, підвищення імунологічної резистентності, стимуляцію компенсаторно-адаптаційних процесів, медичну реабілітацію. Ефективність санаторно-курортного лікування багато в чому залежить від правильного відбору в санаторно-курортні заклади.

Основними тісно взаємодіючими один з одним функціями лікувально-профілактичної діяльності курортних установ є:

- оздоровча (санаторно-курортне лікування);
- реабілітаційна;
- превентивно-валеологічна (профілактика здорового способу життя);
- рекреаційно-анімаційна.

Кожна функція вимагає своїх специфічних технологій, які тим не менше повинні застосовуватися тільки комплексно. У лікувальних функціях пріоритет віддається природним лікувальним факторам і нетрадиційним методам, спрямованим на розширення резервів здоров'я; в рекреаційних функціях - циклам занять, підвищує духовне здоров'я і моральні орієнтири суспільства.

У санаторно-курортних установах вплив лікувальних процедур поєднується з потужним впливом на організм усієї суми природних умов. Сюди відносяться тривале перебування на повітрі, позитивний вплив ландшафту, ароматів оточуючих квітників, ліси, активний руховий режим (чергування спокою і дозованого руху, прогулянки, екскурсії, походи).

Обов'язковими елементами санаторно-курортного лікування є ранкова гігієнічна гімнастика, лікувальна гімнастика, дозована ходьба, рухливі спортивні ігри. Як правило, хворі та відпочиваючі здійснюють прогулянки та екскурсії, катаються на човнах. Організуються інші види активного відпочинку - великий теніс, підводне плавання, риболовля, полювання, рафтинг, походи в гори, джипінг, кінні прогулянки; на горнокліматичних курортах - спуск з гір, катання на сноубордах та ін.

#### 4. Лікувально-оздоровчі місцевості України

Згідно статті 1 Закону України «Про курорти» лікувально-оздоровча місцевість - природна територія, що має мінеральні та термальні води, лікувальні грязі, озокерит, ропу лиманів та озер, кліматичні та інші природні умови, сприятливі для лікування, медичної реабілітації та профілактики захворювань.

Практично в кожному регіоні нашої країни є свої унікальні джерела здоров'я, не поступають закордонним: бальнеологічні, бальнеогрязьові, кліматичні, ландшафтні, фітолікувальні. Наприклад, на Західній Україні це в основному мінеральні води і бруду, що успішно застосовуються при захворюваннях шлунково-кишкового тракту. На Півдні це м'який клімат - порятунком для тих, у кого проблеми з дихальною системою. У східній частині України лікувальними властивостями володіють мінеральні хлоридні й натрієві води, мулисті грязі, а також ропа озер і затоки Азовського моря. Щедра українська природа сама вказує нам шляхи до зцілення, головне - грамотно цим скористатися.

Територія, де використання природних ресурсів підкріплено наявністю лікувальних і оздоровчих установ, якраз і називається курортом.

Загальна кількість курортів в Україні на сьогоднішній день - 58; з них 45 курортів державного і міжнародного значення та 13 курортів місцевого значення. У кожній курортній зоні функціонують профільні санаторії. У нашій країні таких установ близько 400. У курортних регіонах створені всі необхідні умови для повноцінного оздоровлення та відпочинку.

### **Тема 3. Організаційно – правові аспекти започаткування, діяльності та управління курортів**

*1. Нормативно – правовий аспект управління санаторно – курортними територіями.*

*2. Правові форми використання курортних, лікувально – оздоровчих зон та курортів.*

*3. Створення, розвиток та управління санаторно – курортними підприємствами.*

#### 1. Нормативно – правовий аспект управління санаторно – курортними територіями.

Законодавство про курорти базується на положеннях Конституції України ( 254к/96-ВР ) і складається з Закону України «Про курорти» (Відомості Верховної Ради (ВВР), 2000, № 50, ст.435; із змінами, внесеними згідно із Законом № 3370-IV (3370-15) від 19.01.2006, ВВР, 2006, № 22, ст.184 ) та інших нормативно-правових актів.

Завданням законодавства про курорти є регулювання суспільних відносин у сфері організації і розвитку курортів, виявлення та обліку природних лікувальних ресурсів, забезпечення їх раціонального видобутку, використання і охорони з метою створення сприятливих умов для лікування, профілактики захворювань та відпочинку людей.

Правове регулювання визначено Земельним та Водним кодексами України, Постановою Верховної Ради України «Про оголошення природних територій міста Саки Автономної Республіки Крим курортом державного значення», Основами законодавства України про охорону здоров'я та законами України «Про курорти», «Про охорону навколишнього середовища», «Про планування та забудову територій», «Про основи містобудівництва», «Про оголошення природних територій міста Бердянська Запорізької області курортом державного значення»; Державною програмою соціально – економічного розвитку АР Крим на період до 2017 року (постанова Кабінету Міністрів від 30.08.07 №1067) та Програмою комплексного соціально – економічного розвитку м. Одеси, розпорядженням Кабінету Міністрів України від 06.08.08 № 1088-р «Про схвалення стратегії розвитку туризму і курортів».

На основі вивчення природних можливостей територій та їх освоєння у визначеному порядку дають підстави для проголошення цих територій курортами. При цьому клопотання про оголошення природних



територій курортами повинно бути розглянуте відповідними органами (спеціальними уповноваженими центральним або місцевим органом виконавчої влади) в місячний термін. Рішення про оголошення природних територій курортами державного значення приймається Верховною Радою України за поданням Кабінету Міністрів України; місцевого значення – Верховною Радою АР Крим, обласними, а також Київською і Севастопольською міськими радами за поданням відповідних органів місцевого самоврядування. Загалом, функціонування курортів забезпечується повною вивченістю природних лікувальних ресурсів, наявністю відповідних лікувально – профілактичних закладів; спеціального обладнання і будівель (питні галереї, бювети, грязьові та водолікарняні, аеросолярії тощо), а також спортивних, культурно – освітніх закладів та майданчиків; закладів харчування, торгівлі, побутового обслуговування і комунального облаштування.

Державна політика України у сфері курортної справи визначається Верховною Радою України і будується на принципах:

- законодавчого визначення умов і порядку організації діяльності курортів;
- забезпечення доступності санаторно-курортного лікування для всіх громадян, в першу чергу для інвалідів, ветеранів війни та праці, учасників бойових дій, громадян, які постраждали внаслідок аварії на Чорнобильській АЕС, дітей, жінок репродуктивного віку, які страждають на гінекологічні захворювання, хворих на туберкульоз та хворих з травмами і захворюваннями спинного мозку та хребта;
- врахування попиту населення на конкретні види санаторно-курортних послуг при розробці та затвердженні загальнодержавних і місцевих програм розвитку курортів;
- економного та раціонального використання природних лікувальних ресурсів і забезпечення їх належної охорони;
- сприяння перетворенню санаторно - курортного комплексу України у високорентабельну та конкурентоспроможну галузь економіки.

Основні завдання державної політики розвитку санаторно-курортної галузі в Україні:

- створення та розвиток системи державного регулювання та координації в санаторно-курортній сфері на державному та місцевому рівнях;
- створення єдиного окремого центрального органу виконавчої влади з питань розвитку курортів;
- розробка пропозицій щодо вдосконалення законодавчої бази в санаторно-курортній сфері;
- організація роботи стосовно формування державних програм розвитку курортів та забезпечення їх реалізації;
- міжвідомча і міжрегіональна координація санаторно-курортної діяльності;

- контроль за збереженням та раціональним використанням природних лікувальних ресурсів, лікувально-оздоровчих місцевостей та територій курортів;
- розробка та ведення державних кадастрів природних лікувальних ресурсів і територій курортів;
- розвиток санаторно-курортної інфраструктури, покращення матеріально-технічної і науково-методичної бази санаторно-курортних закладів;
- удосконалення системи відновлювальної медицини;
- розробка і реалізація комплексу заходів щодо формування та запровадження ринкового механізму в санаторно-курортній галузі;
- налагодження співпраці санаторно-курортних закладів з транспортними, сільськогосподарськими, підприємницькими, банківськими структурами, страховими, туристичними та рекламними організаціями, використання маркетингу, менеджменту, досвіду організації туристичного бізнесу в просуванні на внутрішній та зовнішній ринки санаторно-курортних послуг;
- створення умов для залучення інвестицій в санаторно-курортний комплекс України шляхом надання податкових пільг, державних гарантій та інших засобів державної підтримки;
- пріоритетність забезпечення санаторно-курортним лікуванням та пільгами на транспортні витрати до санаторно-курортних закладів категорій населення, які потребують особливої соціальної уваги та підтримки за рахунок бюджетних коштів всіх рівнів та позабюджетних фондів, а також хворих на туберкульоз;
- покращення фінансування санаторно-курортних закладів за рахунок державного та місцевого бюджетів;
- розробка та реалізація науково-практичних програм по вдосконаленню профілактики захворювань, нових лікувально-оздоровчих, стаціонарозаміщуючих технологій на основі ефективного використання природних лікувальних ресурсів і лікувальних факторів;
- розробка медико-економічних стандартів санаторно-курортних послуг і критеріїв ліцензування та акредитації, забезпечення на їх основі проведення акредитації та ліцензування санаторно-курортних закладів;
- підвищення ефективності санаторно-курортного лікування та якості обслуговування хворих, використання сучасних технологій прийому, розміщення, харчування, екскурсійного обслуговування громадян, які знаходяться на курортах;
- захист прав та інтересів громадян в період їх перебування на курорті;
- вдосконалення системи підготовки кадрів для санаторно-курортного комплексу;
- активізація міжнародного співробітництва щодо питань вдосконалення санаторно-курортної діяльності;

- встановлення економічно-вигідних умов для в'їзду, виїзду та перебування на території України для іноземних громадян, які користуються послугами санаторно - курортного комплексу;

- розробка та реалізація рекламно - інформаційних заходів щодо діяльності санаторно-курортів, впровадження інформаційних технологій та створення бази даних санаторно-курортних закладів, проведення форумів, виставок, конгресів, конференцій.

Завдання стосовно реалізації державної політики щодо розвитку санаторно – курортної сфери в Україні повинні бути реалізовані на основі Загальнодержавної програми розвитку санаторно-курортної мережі на певний період.

Увага до проблем організації курортної справи зумовлена негативними тенденціями в стані здоров'я населення, у т.ч. дітей і підлітків, високим рівнем інвалідності громадян, епідемії туберкульозу. Разом з тим, курортний потенціал країни знаходиться в стані хаотичного розвитку.

Оцінка сучасного використання мінеральних вод, лікувальних грязей, інших природних лікувальних ресурсів може бути проведена на підставі моніторингу цих корисних копалин. Результати досліджень дадуть змогу створити кадастр природних лікувальних ресурсів. Це, у свою чергу, буде базисним матеріалом опрацювання прогнозних оцінок перспективності природних лікувальних ресурсів.

Розвиток інфраструктури санаторно-курортної галузі (транспорт, зв'язок, комунальне господарство) потребує розв'язання територіальних, соціально-економічних, екологічних проблем і завдань, які пов'язані з розподілом і визначенням пріоритетних напрямів використання природних лікувальних ресурсів і пошуками шляхів збалансування міжгалузевих інтересів, вирішенням питань розміщення, житлового, соціального, інженерно-транспортного, комунального та інших видів будівництва, відтворення культурно - історичної спадщини, охорони та збагачення природного середовища санаторно-курортної галузі.

## 2. Правові форми використання курортних, лікувально – оздоровчих зон та курортів

Використання курортних, лікувально-оздоровчих зон і курортів здійснюється шляхом експлуатації корисних для профілактики і лікування громадян екологічних, економічних, культурних властивостей як природних лікувальних, оздоровчих ресурсів і факторів, так і власне території.

Право користування цими територіями здійснюється в двох видах: загальне і спеціальне.

*Загальне користування* курортними, лікувально-оздоровчими зонами і курортами здійснюють громадяни в порядку, передбаченому

законодавством України і визначеному місцевими радами. Так, в порядку загального водокористування здійснюється користування водами в оздоровчих цілях в місцях, що влаштовуються відповідними радами (ст. 64 Водного кодексу України); користування сприятливим кліматом — одним з основних природних оздоровчих факторів курортних та лікувально-оздоровчих зон.

*Спеціальне користування* курортними, лікувально-оздоровчими зонами і курортами здійснюють, в основному, санаторно-курортні і лікувальні заклади, заклади відпочинку і культури, видовищні підприємства, підприємства громадського харчування, торгівлі і побутового обслуговування та інші господарюючі суб'єкти, призначені для обслуговування громадян на таких територіях. Підставою для виникнення права спеціального користування є рішення відповідних державних органів, як правило, одночасно про утворення санаторно-курортних або лікувальних закладів і про передачу в їх користування територій, що підлягають особливій охороні. Такі відносини можуть виникати і як самостійні, наприклад, при передачі в користування підприємству джерела мінеральних вод для розливу та реалізації мінеральної води населенню.

Порядок надання в спеціальне користування курортних, лікувально-оздоровчих зон і курортів розрізняється залежно від видів їх природних лікувальних ресурсів та місця розташування. Так, користування лікувальними водними об'єктами для лікувальних, курортних і оздоровчих цілей регулюється Водним кодексом України.

Розробка родовищ підземних лікувальних мінеральних вод, лікувальних грязей та інших корисних копалин, що належать до природних лікувальних ресурсів, здійснюється за спеціальним дозволом (ліцензією) на користування надрами в порядку, визначеному законодавством України.

Мінеральні води, лікувальні грязі видобуваються в обсягах, ліміт яких затверджується Державною комісією України по запасах корисних копалин. Видобуток, підготовка, переробка та використання підземних лікувальних мінеральних вод, лікувальних грязей та інших корисних копалин, що належать до природних лікувальних ресурсів, здійснюються згідно із затвердженими проектами та встановленими Міністерством екології та природних ресурсів України квотами.

Родовища корисних копалин що належать до природних лікувальних ресурсів, надаються у користування юридичним і фізичним особам для використання з метою лікування, медичної реабілітації та профілактики захворювань. Порядок надання у користування таких родовищ визначається Кодексом України про надра та іншими актами законодавства.

Якщо курортними або лікувально-оздоровчими зонами оголошені території земель лісового фонду, то їх використання здійснюється відповідно до Лісового кодексу України.

Незалежно від підстав і порядку виникнення права користування курортними і лікувально-оздоровчими зонами права і обов'язки суб'єктів користування ними полягають у такому:

- дотримуватися цільового характеру використання таких територій;
- раціонально, економне використовувати природні лікувальні ресурси та фактори;
- виконувати необхідні заходи з охорони, відтворення природних лікувальних ресурсів, попереджувати їх виснаження та зруйнування;
- вчасно вносити плату за спеціальне користування;
- реалізовувати інші передбачені чинним законодавством для суб'єктів природокористування права та обов'язки.

Правова охорона курортних, лікувально-оздоровчих зон та курортів здійснюється державою і спрямована на забезпечення прав громадян на збереження і поліпшення здоров'я. До таких територій ставляться особливо високі екологічні вимоги.

Правова охорона курортних, лікувально-оздоровчих зон і курортів включає систему правових, організаційних, економічних та інших заходів, спрямованих на їх раціональне використання, охорону від несприятливого впливу, відтворення і підвищення екологічної цінності, додержання їх правового режиму.

Основними правовими формами охорони курортних, лікувально-оздоровчих зон і курортів є:

- організація округів санітарної охорони;
- встановлення компетентними органами правил та норм з охорони і відтворення природних об'єктів;
- визначення заборон та обмежень у здійсненні господарської та іншої діяльності на їх територіях;
- закріплення прав та обов'язків з раціонального використання природних об'єктів таких територій;
- запобігання забрудненню, засміченню, виснаженню природних об'єктів;
- проведення обліку, контролю, спостереження за якістю природних об'єктів цих територій, додержання вимог їх правового режиму;
- проведення інших заходів і встановлення інших вимог щодо охорони курортних, лікувально-оздоровчих зон, курортів.

Правова охорона курортних, лікувально-оздоровчих зон і курортів включає систему правових, організаційних, економічних та інших заходів, спрямованих на їх раціональне використання, охорону від несприятливого впливу, відтворення і підвищення екологічної цінності, додержання їх правового режиму.

Основними правовими формами охорони курортних, лікувально-оздоровчих зон і курортів є:

- організація округів санітарної охорони;

— встановлення компетентними органами правил та норм з охорони і відтворення природних об'єктів;

— визначення заборон та обмежень у здійсненні господарської та іншої діяльності на їх територіях;

— закріплення прав та обов'язків з раціонального використання природних об'єктів таких територій;

— запобігання забрудненню, засміченню, виснаженню природних об'єктів;

— проведення обліку, контролю, спостереження за якістю природних об'єктів цих територій, додержання вимог їх правового режиму;

— проведення інших заходів і встановлення інших вимог щодо охорони курортних, лікувально-оздоровчих зон, курортів.

У межах округів санітарної охорони встановлюється особливий режим землекористування: забороняється передавати земельні ділянки у власність і надавати у користування, в тому числі в оренду, підприємствам, установам, організаціям і громадянам, діяльність яких не сумісна з охороною природних ресурсів таких територій та забезпеченням сприятливих умов для лікування населення, а також проводити будь-які роботи, що ведуть або можуть призвести до забруднення ґрунту, повітря, поверхневих та підземних вод, негативних змін водного балансу, завдають шкоди зеленим насадженням, призводять до розвитку ерозійних процесів та негативно впливають на природні лікувальні ресурси, а також санітарний стан курортів.

Природоохоронний режим курортних, лікувально-оздоровчих зон визначається Кабінетом Міністрів України і Урядом Автономної Республіки Крим згідно із законодавством України. Місцеві ради, на території яких створюються такі зони, вправі видавати накази, спрямовані на попередження шкоди, що може бути заподіяна природним об'єктам таких зон проведенням будівельних робіт поблизу їх чи на них, роботою автотранспорту, шумом та іншим впливом.

Межі округів і зон санітарної (гірничо-санітарної) охорони курортів державного значення затверджуються Верховною Радою України одночасно з прийняттям рішення про оголошення природних територій курортними територіями державного значення, а місцевого значення — затверджуються відповідно Верховною Радою Автономної Республіки Крим, обласними, Київською та Севастопольською міськими радами одночасно з прийняттям рішення про оголошення природних територій курортними територіями місцевого значення.

Режими округів і зон санітарної (гірничо-санітарної) охорони курортів державного значення затверджуються Кабінетом Міністрів України, а курортів місцевого значення — Радою міністрів Автономної Республіки Крим, обласними, Київською та Севастопольською міськими державними адміністраціями відповідно до законодавства України.

Забезпечення спеціального режиму санітарної охорони курортних, лікувально-оздоровчих зон та курортів здійснюють: у першій зоні —

користувачі природних лікувальних ресурсів; у другій і третій зонах — користувачі природних лікувальних ресурсів, землекористувачі та громадяни, які мешкають на таких територіях.

За порушення режиму використання і охорони курортних, лікувально-оздоровчих зон та курортів може застосовуватися кримінальна, адміністративна, майнова, дисциплінарна відповідальність.

Чинне законодавство не містить спеціальних норм, що передбачають відповідальність за порушення режиму використання та охорони курортних, лікувально-оздоровчих зон і курортів, що є одним з його недоліків. Водночас у ньому є ряд норм, застосування яких можливе у відносинах, що розглядаються.

Підставою для відповідальності є такі порушення:

— самовільне використання курортних, лікувально-оздоровчих зон, курортів, природних лікувальних ресурсів;

— псування, пошкодження, знищення природних курортних і лікувальних ресурсів і факторів, порушення інших вимог з їх використання та охорони;

— нецільове використання курортних, лікувально-оздоровчих зон, курортів;

— здійснення в межах курортних, лікувально-оздоровчих зон, курортів будь-якої діяльності, що суперечить їх цільовому призначенню або може негативно впливати на лікувальні якості і санітарний стан територій, що підлягають особливій охороні;

— самовільна забудова будівлями, спорудами курортних, лікувально-оздоровчих зон, курортів.

Велику частину зазначених порушень можна звести до правопорушень земельного, водного, лісового законодавства України.

Під самовільним використанням курортних, лікувально-оздоровчих зон, курортів, природних лікувальних ресурсів розуміється використання місцевостей в межах курортних, лікувально-оздоровчих зон, курортів, встановлених у певному порядку, без відповідного дозволу компетентних державних органів, використання за рішенням відповідного органу, але з порушенням встановленого правового режиму, а також розробка родовищ мінеральних вод, лікувальних грязей, інших природних лікувальних ресурсів без відповідного дозволу.

Кримінальна відповідальність за зазначене правопорушення може застосовуватися за ст. 199 Кримінального кодексу (КК) України як за самовільне зайняття земельної ділянки після застосування до винного за такі ж дії протягом року адміністративного стягнення; за ст. 162' (незаконне добування корисних копалин) КК України.

Адміністративна відповідальність за зазначене порушення передбачена ст. 53' (самовільне зайняття земельної ділянки); ст. 63 (незаконне використання земель державного лісового фонду) Кодексу України про адміністративні правопорушення (КпАП).

За псування, ушкодження, знищення природних курортних і лікувальних ресурсів і факторів, порушення інших вимог з використання і охорони зон кримінальна відповідальність можлива за ч. 2 ст. 89 (умисне знищення чи істотне ушкодження лісових масивів шляхом підпалу); ст. 160 (незаконна порубка дерев і чагарників у лісах, що виконують санітарно-гігієнічну і оздоровчу функції);

ст. 228 (забруднення водосховищ і атмосферного повітря); ст. 207 (знищення, зруйнування або псування територій природно-заповідного фонду) КК України, якщо зазначені порушення вчинені в межах курортних, лікувально-оздоровчих зон та курортів.

Адміністративна відповідальність за такі порушення передбачена ст. 52 (псування та забруднення сільськогосподарських та інших земель); ст. 65 (незаконна порубка, пошкодження та знищення лісових культур та молодняка); ст. 72 (пошкодження лісу стічними водами, хімічними речовинами, шкідливими викидами, відходами і покидьками); ст. 78 (викид забруднюючих речовин в атмосферу з перевищенням нормативів або без дозволу і шкідливого порушення порядку здійснення впливу на атмосферне повітря); ст. 153 (пошкодження або самовільна порубка зелених насаджень у містах) КпАП.

Порушення вимог з використання і охорони курортних і лікувально-оздоровчих зон, курортів, що полягає в невиконанні вимог щодо використання і охорони природних об'єктів, які знаходяться на таких територіях, тягне застосування адміністративної відповідальності (ст.ст. 53, 57, 59, 60, 67, 73 КпАП).

Під нецільовим використанням курортних, лікувально-оздоровчих зон і курортів розуміють використання земель оздоровчого призначення для цілей, не пов'язаних з лікуванням і профілактикою громадян, використання водних об'єктів, визнаних лікувальними у встановленому порядку, і земель водного фонду, на яких вони розташовані, для інших цілей, крім лікувальних і оздоровчих, користування надрами не для лікувальних і профілактичних цілей, якщо для цих цілей вони були надані.

При нецільовому використанні територій курортних, лікувально-оздоровчих зон і курортів винні несуть адміністративну відповідальність за ст. 53 (використання земель не за цільовим призначенням) КпАП. Крім цього, таке порушення згідно з п. 7 ст. 27 Земельного кодексу України, п. 6 ст. 55 Водного кодексу України і п. 5 ст. 26 Кодексу України про надра тягне припинення права користування територіями курортних, лікувально-оздоровчих зон або курортів.

За здійснення в межах курортних, лікувально-оздоровчих зон, курортів будь-якої діяльності, яка суперечить їх цільовому призначенню або може негативно впливати на лікувальні якості санітарної території, що підлягає особливій охороні, можливе застосування адміністративної відповідальності за ст. 53 (невиконання природоохоронного режиму використання земель) КпАП.



За самовільну забудову будівлями, спорудами курортних, лікувально-оздоровчих зон, курортів до винних застосовується кримінальна відповідальність за ч.ч. 2, 3 ст. 199 КК України і адміністративна відповідальність за ст.ст. 53, 63, 97 КпАП.

Порядок застосування кримінальної і адміністративної відповідальності встановлюється КК України і КпАП.

Порушення режиму використання і охорони курортних, лікувально-оздоровчих зон, курортів може спричинити заподіяння шкоди, що є підставою для застосування майнової відповідальності.

Така шкода підлягає компенсації в розмірах і порядку, передбачених чинним законодавством України залежно від виду шкоди, об'єкту посягання. Так, у разі самовільного зайняття територій курортних, лікувально-оздоровчих зон, курортів, псування, забруднення земель оздоровчого призначення і інших порушень земельного законодавства збитки відшкодовуються в повному обсязі відповідно до ст.ст. 116, 117 Земельного кодексу України, ст.ст. 203, 440, 441, 453 Цивільного кодексу УРСР особами, що їх завдали. При відшкодуванні збитків, завданих такими порушеннями, суд відповідно до ч. 7 ст. 203 Цивільного процесуального кодексу України має право вийти за межі заявлених позовних вимог, якщо це необхідно для захисту прав і інтересів користувачів курортних або лікувально-оздоровчих зон, курортів.

Збитки, завдані лісу на територіях курортних, лікувально-оздоровчих зон та курортів відшкодовуються в розмірах і порядку, встановленому лісовим законодавством, зокрема, відповідно до постанови Кабінету Міністрів України від 5 грудня 1996 р.!

Майнова відповідальність за шкоду, завдану деревам і зеленим насадженням на територіях курортних, лікувально-оздоровчих зон та курортів населених пунктів регулюється спеціальним нормативним актом.

Діяльність підприємств, що здійснюється з порушенням режиму використання і охорони курортних, лікувально-оздоровчих зон та курортів може бути обмежена, тимчасово заборонена (зупинена) або припинена в порядку, передбаченому постановою Верховної Ради України від 29 жовтня 1992 р.2.

Місцеві ради, державні органи охорони навколишнього природного середовища, лісового господарства та інші уповноважені державні органи України в межах своєї компетенції та в порядку, встановленому законодавством, припиняють роботи, що здійснюються підприємствами, закладами, організаціями і громадянами, якщо під час їх проведення не виконуються встановлені спеціальні вимоги з використання і охорони курортних, лікувально-оздоровчих зон, курортів.

### 3. Створення та розвиток санаторно – курортних підприємств

Підставою для прийняття рішення про оголошення природної території курортом є наявність на ній природних лікувальних ресурсів і необхідної інфраструктури для їх експлуатації та лікування людей.

Клопотання про оголошення природних територій курортними мають містити: обґрунтування необхідності оголошення природних територій курортними; характеристику природних лікувальних ресурсів, їх лікувальних факторів; кліматичних, інженерно-геологічних та інших умов, сприятливих для лікування, медичної реабілітації та профілактики захворювань; інших цінностей природних територій, що пропонуються для оголошення курортними; відомості про місцезнаходження, розміри, характер використання та про власників і користувачів природних територій; відповідний картографічний матеріал.

Клопотання про оголошення природних територій курортними подаються до відповідних органів виконавчої влади, уповноважених цим Законом здійснювати їх попередній розгляд.

Клопотання про оголошення природних територій курортними у місячний термін розглядаються:

✓ щодо природних територій державного значення - спеціально уповноваженим центральним органом виконавчої влади з питань діяльності курортів з урахуванням пропозицій Верховної Ради Автономної Республіки Крим, обласних, Київської та Севастопольської міських рад;

✓ щодо природних територій місцевого значення - відповідними місцевими органами виконавчої влади з питань діяльності курортів. У разі схвалення клопотання спеціально уповноважений центральний орган виконавчої влади з питань діяльності курортів або його місцевий орган погоджує це клопотання з власниками чи користувачами земельних ділянок.

На підставі результатів погодження клопотань відповідно спеціально уповноважений центральний орган виконавчої влади з питань діяльності курортів, його місцеві органи забезпечують розроблення проектів оголошення природних територій курортними. Проекти оголошення природних територій курортними підлягають державній екологічній та санітарно-гігієнічній експертизам, які проводяться відповідно до законів України "Про державну екологічну експертизу" і "Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення".

У разі позитивного висновку державної екологічної та санітарно-гігієнічної експертиз щодо проектів оголошення природних територій курортними матеріали передаються:

✓ щодо курортів державного значення - спеціально уповноваженим центральним органом виконавчої влади з питань діяльності курортів до Кабінету Міністрів України;

✓ щодо курортів місцевого значення - місцевими органами виконавчої влади з питань діяльності курортів відповідно до Ради міністрів Автономної Республіки Крим, обласних, Київської та Севастопольської міських державних адміністрацій.

Рішення про оголошення природних територій курортними територіями державного значення приймає Верховна Рада України за поданням Кабінету Міністрів України.

Рішення про оголошення природних територій курортними територіями місцевого значення приймають Верховна Рада Автономної Республіки Крим, обласні, Київська та Севастопольська міські ради за поданням відповідно Ради міністрів Автономної Республіки Крим, обласних, Київської та Севастопольської міських державних адміністрацій.

Забудова курортів здійснюється відповідно до затверджених у встановленому законодавством порядку генеральних планів курортів, іншої містобудівної документації.

Будівництво на курортах нових і розширення діючих промислових підприємств та інших об'єктів, не пов'язаних безпосередньо із задоволенням потреб відпочиваючих і місцевого населення, потреб курортного та житлового будівництва, або таких, що можуть негативно впливати на природні лікувальні фактори, забороняється.

Надання земельних ділянок для створення або розширення курорту здійснюється у порядку, встановленому Земельним кодексом України, на підставі розроблення техніко-економічних обґрунтувань використання землі та проектів відведення земельних ділянок з урахуванням затверджених округів і зон санітарної охорони, схем медичного зонування.

Земельні ділянки курортів використовуються у порядку, визначеному проектом організації використання території та генеральним планом забудови курорту, з дотриманням вимог статей 31, 32 і 33 Закону України «Про курорти».

Розвиток курортів здійснюється згідно з довгостроковими комплексними і цільовими державними та місцевими програмами.

Програми розвитку курортів розробляються на основі даних кадастрів природних лікувальних ресурсів, об'єктивних показників ефективності лікування, медичної реабілітації та профілактики захворювань, результатів спеціальних наукових досліджень і проектних робіт, фінансово-економічних показників діяльності курортів. При цьому визначаються параметри та режим використання природних лікувальних ресурсів з урахуванням екологічних та санітарно - гігієнічних обмежень тощо.

Містобудівна документація, що регламентує всі види будівництва на території курортів, розробляється відповідно до законів України "Про основи містобудування" , "Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні" та інших нормативно-правових актів і підлягає обов'язковій державній екологічній та санітарно-гігієнічній експертизам.

## ЗМ2. ОРГАНІЗАЦІЯ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛІКУВАННЯ

### *Тема 4. Природна та сировинна база курортів*

#### 1. Використання природних лікувальних ресурсів

З метою організації діяльності курортів юридичні та фізичні особи використовують спеціально визначені природні території, які мають мінеральні та термальні води, лікувальні грязі та озокерит, ропу лиманів та озер, акваторію моря, кліматичні, ландшафтні та інші умови, сприятливі для лікування, медичної реабілітації та профілактики захворювань.

Виявлення природних лікувальних ресурсів здійснюється шляхом проведення комплексних медико-біологічних, кліматологічних, геолого-гідрологічних, курортологічних та інших дослідницьких робіт.

Медико-біологічна оцінка якості та цінності природних лікувальних ресурсів, визначення методів їх використання здійснюються центральним органом виконавчої влади з охорони здоров'я на підставі даних дослідницьких робіт.

Наказом міністерства охорони здоров'я України від 02.06.2003 №243 затверджено «Порядок здійснення медико - біологічної оцінки якості та цінності природних лікувальних ресурсів, визначення методів їх використання».

Порядок визначає послідовність та етапи проведення медико-біологічної оцінки якості та цінності природних лікувальних ресурсів та методів їх використання.

Порядок визначає умови видачі медичного (бальнеологічного) висновку за результатами комплексних медико-біологічних, кліматологічних, геолого-гідрологічних, курортологічних та інших дослідницьких робіт щодо медико-біологічної оцінки якості та цінності природних лікувальних ресурсів, у тому числі преформованих засобів.

У даному Порядку використовуються такі терміни та визначення:

**Мінеральні природні води** - природні підземні мінеральні води об'єктів (родовищ), що характеризуються певним та стабільним фізико-хімічним складом, умістом біологічно активних компонентів та сполук відповідно до кондицій, установлених для кожного об'єкта (родовища), які використовуються без додаткової обробки, що може вплинути на хімічний склад та мікробіологічні властивості. **Фасовані природні підземні мінеральні (лікувально-столові, лікувальні) води** - мінеральні води, які розлиті в герметичну тару для реалізації.

Фасовані природні підземні мінеральні лікувально-столові води - природні підземні мінеральні води об'єктів (родовищ), які мають лікувальні властивості, характеризуються мінералізацією від 1,0 до 8,0 г/дм куб., стабільністю фізико-хімічного складу, вмістом біологічно активних компонентів та сполук, нижчим за прийняті бальнеологічні норми відповідно до вимог кондицій, установлених для кожного об'єкта (родовища), які використовуються без додаткової обробки, що може вплинути на хімічний склад та мікробіологічні властивості, згідно з медичним (бальнеологічним) висновком.

Мінеральні природні лікувально-столові води застосовуються як лікувальні за призначенням лікаря і як столові напої при несистематичному вживанні на протязі не більше 30 днів з інтервалом 3-6 місяців.

**Природні підземні мінеральні лікувальні води** - природні підземні мінеральні води об'єктів (родовищ), які мають виражену лікувальну і профілактичну дію на організм людини, характеризуються мінералізацією більше 8,0 г/дм куб. або меншою при вмісті в них біологічно активних компонентів та сполук не нижче прийнятих бальнеологічних норм відповідно до кондицій, установлених для кожного об'єкта (родовища), вода яких використовується без додаткової обробки, що може вплинути на хімічний склад та мікробіологічні властивості, згідно з медичним (бальнеологічним) висновком.

Мінеральні природні лікувальні води використовуються тільки з лікувальною метою за призначенням лікаря відповідно до медичних показань.

Води з мінералізацією від 1,0 до 1,5 г/дм куб. досліджують на біологічну активність для визначення їх типу: столові або лікувально-столові води.

**Розведені мінеральні води** - води, які одержані шляхом розведення природних підземних мінеральних вод природними підземними мінеральними водами з мінералізацією до 1,5 г/дм куб., що дає змогу їх використання у курортній та позакурортній практиці.

**Грязі лікувальні (пелоїди)** - торфові, сапропелеві, мулові сульфідні, прісноводні глинисті мули, сопкові гідротермальні мули, складені із мінеральних та органічних речовин, що пройшли складні перетворення внаслідок фізико-хімічних, хімічних, біохімічних процесів та являють собою однорідну тонкодисперсну пластичну масу, яка застосовується у нагрітому стані для грязелікування. Основні типи лікувальних грязей визначені в додатку 2.

**Морська вода** - води земної поверхні, що зосереджені в морях. Характеризуються стабільністю співвідношення концентрацій основних іонів незалежно від їх абсолютних концентрацій, загальною мінералізацією від 6 до 18 г/дм куб., постійним сольовим складом, у якому 80% припадає на хлорид натрію, 20% - на солі кальцію, магнію, калію, бромю тощо.

**Озокерит (гірський віск)** - групова класифікаційна назва бітумів, масляна частина яких складена твердими вуглеводнями, переважно парафінового ряду (церезини).

**Ропа** - насичена солями вода соляних озер (лиманів), порожнин і пор донних відкладів.

**Бішофіт** - заключний продукт галогенезу, який утворюється на останній стадії формування соляних відкладів сульфатного типу, багатих магнієм.

**Преформовані засоби** - препарати на основі природних лікувальних ресурсів: води з харчовими та рослинними домішками, грязьові розчини, різнорозчинникові грязьові витяжки, грязьові маси з домішками неорганічних, органічних сполук та біологічно активних компонентів, які справляють лікувальну чи профілактичну дію на організм людини при внутрішньому або зовнішньому застосуванні.

Медико-біологічна оцінка якості та цінності природних лікувальних ресурсів - науково-експериментальне обґрунтування ефективності та безпечності природних лікувальних ресурсів, у тому числі преформованих засобів, можливості їхнього використання з метою лікування, медичної реабілітації та профілактики захворювань.

**Кліматологічні дослідження** - вивчення особливостей клімату, його формування і географічного розповсюдження.

**Геолого-гідрологічні дослідження** - геологічні, гідрогеологічні та гідрологічні дослідження природних лікувальних ресурсів, їх походження, умов залягання, фізичних і хімічних властивостей, взаємодії з гірськими породами, атмосферними та поверхневими водами, закономірностей явищ та процесів у них, а також можливості їх практичного використання.

**Курортологічні дослідження** - вивчення дії комплексу природних чинників, притаманних даній місцевості, щодо надання їй статусу курорту (характеристика ландшафтних, кліматичних, інженерно-геологічних умов, природних лікувальних ресурсів, можливості їх використання з метою лікування, медичної реабілітації та профілактики захворювань, визначення методів їх використання тощо).

**Дослідження (випробування)** - експериментальне визначення кількісних і (або) якісних характеристик властивостей об'єкта досліджень. Випробування бувають:

- ❖ досліджувальні (визначальні), які проводяться для вивчення певних характеристик властивостей об'єкта;
- ❖ порівняльні - для порівняння характеристик об'єктів;
- ❖ контрольні - для встановлення відповідності об'єкта згідно з нормативними вимогами.

Доклінічні дослідження природних лікувальних ресурсів, у тому числі преформованих засобів, - комплекс гідрогеологічних, фізико-хімічних, мікробіологічних, санітарно-епідеміологічних, фізіологічних та інших досліджень, у процесі яких обґрунтовуються їх ефективність та безпека.

Клінічні випробування природних лікувальних ресурсів, у тому числі преформованих засобів, - вивчення на людині їх ефективності та безпеки з метою виявлення або підтвердження бальнеологічних та інших властивостей, можливих побічних реакцій при застосуванні.

**Клінічна база** - науковий, лікувально-профілактичний заклад Міністерства охорони здоров'я України, визначений для проведення лінічних випробувань.

Відповідність вимогам чинного стандарту - дотримання всіх установлених вимог до природних лікувальних ресурсів, у тому числі преформованих засобів, відповідно до вимог нормативних документів - Галузевого стандарту ГСТУ 42.10-02-96 "Води мінеральні лікувальні. Технічні умови", Державного стандарту ДСТУ 878-93 "Води мінеральні питні. Технічні умови" та інших технічних умов.

**Аналіз** - експериментальне визначення умісту одного або ряду компонентів речовини в пробі фізичними, фізико-хімічними або іншими методами.

**Медичний (бальнеологічний) висновок** - висновок на підставі комплексних медико-біологічних та інших спеціальних досліджень складу та властивостей природних лікувальних ресурсів, у тому числі преформованих засобів, щодо можливості використання з метою лікування, медичної реабілітації та профілактики захворювань; документ, який регламентує якість природних лікувальних ресурсів, а також кондиційний склад корисних і шкідливих для людини компонентів.

Медико-біологічне обґрунтування терміну придатності до споживання природних лікувальних ресурсів, у тому числі преформованих засобів, - медико-біологічні дослідження терміну придатності природних лікувальних ресурсів до споживання, упродовж якого вони зберігають свої властивості відповідно до вимог нормативної документації.

**Польові роботи** - комплекс досліджень, які проводяться на місці видобутку природних лікувальних ресурсів. Включають: ідентифікацію об'єкта досліджень, пошукове обстеження, гірничо-санітарну оцінку території, визначення умісту компонентів, які легко зазнають змін при зберіганні та транспортуванні, відбір проб на хімічний, радіологічний і мікробіологічний аналізи, контрольні заміри гідрогеологічних параметрів водопунктів щодо встановлення їх відповідності режиму експлуатації родовища, перевірку відповідності обладнання місця видобутку нормативним вимогам. Польові роботи є обов'язковою складовою частиною досліджень при медико-біологічній оцінці природних лікувальних ресурсів та розробці кондицій.

Польові роботи, під час яких фахівці здійснюють необхідний комплекс досліджень безпосередньо на родовищі природного об'єкта, включають:

- ❖ для водопунктів (джерело, свердловина) мінеральних вод:
- ❖ ідентифікацію об'єкта досліджень;
- ❖ опис водопроявів;

- ❖ гірничо-санітарну оцінку ділянки робіт (фіксується наявність чи відсутність джерел забруднення, у тому числі потенційних - ферм, вигрібних ям, скотомогильників, складів отрутохімікатів, смітників тощо);
- ❖ підготовку рекомендацій щодо практичного застосування водопункту;
- ❖ контрольні заміри гідрогеологічних параметрів - статичного та динамічного рівнів, дебіту, встановлення відповідності режиму та характеру експлуатації запасам, паспортним даним водопункту;
- ❖ періодичне визначення концентрації радону;
- ❖ польові фізико-хімічні аналізи;
- ❖ відбір проб для подальшого дослідження в лабораторних умовах;
- ❖ для родовищ лікувальних грязей:
- ❖ пошукове обстеження об'єкта досліджень;
- ❖ гірничо-санітарну оцінку ділянки робіт (фіксується наявність чи відсутність джерел забруднення, у тому числі потенційних - ферм, вигрібних ям, скотомогильників, складів отрутохімікатів, смітників тощо);
- ❖ опис характеру рельєфу, рослинного покриву, умов водно-мінерального живлення;
- ❖ вимір площі родовища, виявлення найбільш перспективної ділянки об'єкта для більш детальних досліджень;
- ❖ зондувальне буріння на найбільш перспективних ділянках родовища (з відбором проб грязі);
- ❖ відбір проб грязі і ропи на різні види аналізів (кількість проб визначається програмою наукових досліджень грязьового родовища);
- ❖ отримання грязьового розчину;
- ❖ відбір проб для подальшого дослідження в лабораторних умовах.

Для родовищ бішофіту, озокериту та інших природних лікувальних ресурсів обсяг польових робіт для кожного конкретного об'єкта визначається (складається) в залежності від специфіки геологічних умов їх розміщення у природі.

Лабораторні дослідження, які мають на меті встановлення рівня стабільності хімічного складу, концентрацій біологічно активних компонентів та сполук, токсичних компонентів, оцінки мікробіологічного стану за результатами 3-4 (за необхідності й більше) аналізів, виконуються протягом 6-12 місяців. За необхідності проводяться фізіологічні дослідження на тваринах.

Для об'єктів з лікувальними властивостями за результатами доклінічних досліджень розробляються рекомендації для проведення клінічних випробувань.

Клінічні випробування виконуються на клінічних базах - спеціалізованих наукових, лікувально-профілактичних закладах, визначених МОЗ України у кожному конкретному випадку. Клінічні випробування здійснюються в порядку, встановленому МОЗ України. Звіт за результатами клінічних випробувань, підписаний керівником клінічної бази, відповідальним виконавцем та завірений печаткою установи,



подається до Інституту. За результатами клінічних випробувань розробляється інструкція щодо використання природних лікувальних ресурсів, у тому числі преформованих засобів, у лікувальній практиці, яка затверджується Вченою радою Інституту, де визначаються медичні показання, основні протипоказання.

Медико-біологічна оцінка якості та цінності природних лікувальних ресурсів, у тому числі преформованих засобів, видається за результатами доклінічних та клінічних досліджень, які оформлюються у вигляді медичного (бальнеологічного) висновку.

Термін придатності до споживання природних лікувальних ресурсів, у тому числі преформованих засобів, устанавлюється та обґрунтовується експериментально для кожного з видів природних лікувальних ресурсів та преформованих засобів.

Розробка родовищ підземних лікувальних мінеральних вод, лікувальних грязей та інших корисних копалин, що належать до природних лікувальних ресурсів, здійснюється за спеціальним дозволом на користування надрами в порядку, визначеному законодавством України. від 19.01.2006 )

Мінеральні води, лікувальні грязі, що належать до природних лікувальних ресурсів, видобуваються в обсягах, ліміт яких затверджується Державною комісією України по запасах корисних копалин. Якість природних лікувальних ресурсів регламентується спеціальним медичним висновком, який визначає кондиційний склад корисних і шкідливих для людини компонентів.

Медичний (бальнеологічний) висновок надається центральним органом виконавчої влади з охорони здоров'я.

Видобуток, підготовка, переробка та використання підземних лікувальних мінеральних вод, лікувальних грязей та інших корисних копалин, що належать до природних лікувальних ресурсів, здійснюються згідно із затвердженими проектами та встановленими центральним органом виконавчої влади з геології та використання надр квотами.

Відповідальність за недотримання затверджених проектами умов і встановлених квот покладається на суб'єкт підприємницької діяльності, який одержав у центральному органі виконавчої влади з геології та використання надр спеціальний дозвіл на використання надр з метою експлуатації родовищ корисних копалин. від 19.01.2006р.)

## **Тема 5. Лікування та оздоровлення на курортах.**

### *1. Організація лікування та обслуговування на курортах*

### *2. Кліматотерапія.*

#### 1. Організація лікування та обслуговування на курортах

Організація лікування на курортах спрямовується на забезпечення громадян природними лікувальними ресурсами і здійснюється відповідно до науково обгрунтованих методик, що розробляються для кожного виду природних лікувальних ресурсів і затверджуються центральним органом виконавчої влади з охорони здоров'я.

Направлення хворих на лікування в санаторно-курортні заклади, незалежно від їх форми власності і відомчого підпорядкування, проводиться відповідно до медичних показань.

Організація обслуговування на курортах здійснюється санаторно-курортними закладами різних форм власності, створеними в установленому законодавством України порядку, і спрямовується на забезпечення умов для повноцінного лікування, медичної реабілітації та профілактики захворювань шляхом прийняття громадянами лікувальних процедур, а також забезпечення належних умов їх проживання, харчування, одержання культурно-побутових послуг.

У разі виникнення у громадян, які прибули на курорт, гострих інфекційних та інших захворювань, а також різкого погіршення здоров'я амбулаторна та стаціонарна медична допомога їм надається закладами охорони здоров'я за місцем розташування курорту в порядку, встановленому законодавством України.

Порядок госпіталізації громадян, які перебувають на курортах, встановлюється центральним органом виконавчої влади з охорони здоров'я.

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

Санаторно-курортні заклади створюються в порядку, передбаченому статтею 16 Основ законодавства України про охорону здоров'я та іншими нормативно-правовими актами.

Порядок створення, припинення закладів охорони здоров'я, особливості діяльності та класифікація закладів визначаються законом.

Мережа державних і комунальних закладів охорони здоров'я формується з урахуванням потреб населення у медичному обслуговуванні, необхідності забезпечення належної якості такого обслуговування, своєчасності, доступності для громадян, ефективного використання

матеріальних, трудових і фінансових ресурсів. Існуюча мережа таких закладів не може бути скорочена.

Планування розвитку мережі державних і комунальних закладів охорони здоров'я, прийняття рішень про її оптимізацію, створення, реорганізацію, перепрофілювання державних і комунальних закладів охорони здоров'я здійснюються відповідно до закону органами, уповноваженими управляти об'єктами відповідно державної і комунальної власності.

Заклади охорони здоров'я підлягають акредитації у випадках та в порядку, визначених Кабінетом Міністрів України.

Заклад охорони здоров'я провадить свою діяльність на підставі статуту (положення), що затверджується власником закладу (уповноваженим ним органом).

Керівником закладу охорони здоров'я незалежно від форми власності може бути призначено лише особу, яка відповідає єдиним кваліфікаційним вимогам, що встановлюються центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я.

Призначення на посаду та звільнення з посади керівника закладу охорони здоров'я здійснюються відповідно до законодавства.

Керівники державних, комунальних закладів охорони здоров'я призначаються на посаду шляхом укладення з ними контракту.

Призначення на посаду та звільнення з посади керівників установ і закладів державної санітарно-епідеміологічної служби здійснюються відповідно до законодавства про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення.

Перелік видів санаторно-курортних закладів затверджується центральним органом виконавчої влади з охорони здоров'я.

Напрями спеціалізації санаторно-курортних закладів визначаються центральним органом виконавчої влади з охорони здоров'я з урахуванням лікувальних властивостей природних лікувальних ресурсів курортів.

Типове положення про санаторно-курортний заклад затверджується Кабінетом Міністрів України.

## 2.Кліматотерапія

Людський організм високочутливий до зміни геофізичних і метеорологічних умов. На основі цієї властивості організму людини базується кліматолікування, яке обґрунтовується безпосереднім впливом кліматичних умов на здоров'я, коли за допомогою кліматичних чинників відновлюються порушені фізіологічні функції організму.

За допомогою дії кліматичних чинників підвищується стійкість людського організму в цілому, на рівні функціонувань всіх систем: системи термоадаптації - при аеротерапії, симпатико-адреналової нейрогуморальної регуляції - при геліотерапії, системи сполученого функціонування і тренування органів кровотворення, дихання, руху і

терморегуляції - при таласотерапії тощо. Ефект кліматотерапії як стимулюючого лікування багато в чому залежить від кліматичних чинників, які використовуються для активного лікування. Безпосередній вплив на організм людини мають температура, тиск, вологість та рух повітря.

*Клімат* - багаторічний режим погоди, який складається на великій території Землі.

Україна характеризується різноманітним з'єднанням природних умов і ландшафтом, які мають великі потенційні можливості для широкого розвитку лікувального та оздоровчого відпочинку. Сприятливий клімат території країни дозволяє широко використовувати кліматотерапію як один з основних методів лікування і профілактики хвороб.

Клімат формується в результаті взаємодії основних його факто ров-: сонячної радіації, циркуляції повітря і впливу земної поверхні. Кліматичні умови території України відрізняються зональністю, чіткими сезонними контрастами в ході метеорологічних елементів, зростанням зміни континентальності з північного заходу на південний схід, формуванням кліматичних відмінностей у гірських районах і на морських узбережжях.

Вітер характеризується напрямком і швидкістю. Напрямок вітру визначається тією стороною світла, звідки він дме (північ, південь, захід, схід). Крім цих основних напрямків, виділяються проміжні, які складають в сумі 16 румбів (північно-східне, північно-західне, південно-східне тощо). Сила вітру визначається за тринадцятибальною шкалою Сімпсона-Бофорта(таблиця 5.1.)

№ з/п	Бали	Швидкість по анемометру/назва	
1	0	0-0,5м/с - штиль	
2	1	0,6-1,7м/с - тихий вітер	
3	2	1,8-3,3м/с - легкий вітер	
4	3	3,4-5,2м/с - слабкий вітер	
5	4	5,3-7,4м/с - помірний вітер	
6	5	7,5 -9,8м/с -	свіжий вітер
7	6	9,9-12,4м/с	
8	7	12,5 - 15,2м/с	сильний вітер
9	8	15,3-18,2м/с	
10	9	18,3-21,5м/с	шторм
11	10	21,6-25,1м/с	
12	11	25,2-29,0м/с	
13	12	більше 29м/с - ураган	

Різде короткочасне посилення вітру до 20 м / с і вище називається шквалом. Причиною вітру є різниця в тиску: повітря переміщається з області з високим тиском в місця з низьким тиском.

Основний вплив клімату на організм людини характеризується результатом дії погоди в цілому. Комплексні методи кліматології виділяють погоду доби і погоду моменту, яка дає більш точну характеристику зміни метеорологічних факторів протягом доби і має велике значення для проведення кліматолікувальних процедур. Оцінка впливу погоди і клімату на організм людини базується на характеристиці теплообміну людини з навколишнім середовищем: виділяють відповідно **комфортну** (сприятливу), **субкомфортну** (відносно сприятливу) і **несприятливу** погоду.

**Комфортна погода** характеризується рівним ходом основних метеорологічних елементів при стійких повітряних масах і відсутності фронтальної активності, міждобовій мінливості атмосферного тиску не більш ніж 4 мбар на добу, температурі повітря 2 °С на добу, швидкості вітру не більш ніж 3 м/сек з відносною вологістю від 55 до 85 %.

Найбільш сприятливими для людини є умови, при яких відносна вологість дорівнює 50%, температура — 17-19°С, а швидкість вітру не перевищує 3 м/сек.

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

**Несприятлива погода** характеризується різкими змінами метеорологічних елементів при яскраво вираженій циклонічній активності. Міждобова мінливість атмосферного тиску — понад 8 мбар на добу, температури — понад 4°С на добу.

В процесі кліматолікування треба враховувати зміни ритмів роботи організму людини при зміні кліматичних умов у різні сезони року та різницю термінів настання і тривалості пір року в різних ландшафтних умовах. Перехід від сезону до сезону року пов'язаний із змінами кліматоутворюючих чинників, а погодні умови попереднього сезону визначають початок наступного. Початок і кінець сезонів року в межах України не збігається ні з календарними датами, ні з астрономічними. Межами для умовного виділення кліматичних сезонів є дати стійкого переходу середньої добової температури через 0 °С для зими і 15 °С для літа. Ці температури відображають особливості формування термічного режиму в конкретні періоди року і зумовлюють відмінну тривалість їх у певні роки.

Комплекс медичних заходів, т.з. метеопрофілактика — направлена на попередження розвитку сезонних, добових реакцій організму на зміну стану природного місця існування.

Медична оцінка погоди і клімату з виявленням несприятливих метеорологічних ситуацій, що викликають порушення стану здоров'я, є визначальною ланкою метеопрофілактики. При певних значеннях

метеорологічних і телуричних чинників (температура нижче 0°C, відносна вологість вище 85 %, атмосферний тиск нижче 100,5 і вище 102 кПа, швидкість руху вітру більше 8 м•с, магнітна індукція вище 100 мкТл), а також при різких змінах погоди виникають порушення життєдіяльності людини – метеопатичні реакції. Крім того, для різних періодів календарного року характерні сезонні захворювання і реакції. Всі ці форми кліматопатології пов'язані з порушенням існуючих механізмів індивідуальної адаптації і частіше формуються у немолодих хворих з ослабленою реактивністю і високою метеочутливістю. Володіючи метеотропними властивостями, кліматолікувальні чинники при некоректному застосуванні можуть викликати подібні реакції, відіграючи роль провокуючого чинника загострення захворювання.

Виділяють 4 класи захворювань, пов'язаних з дією клімато-метеорологічних і геофізичних чинників:

- а) хвороби, викликані термічними навантаженнями;
- б) хвороби, обумовлені сонячним УФ випромінюванням;
- в) сезонні інфекційні хвороби;
- г) істинно сезонні хвороби, що виникають щорічно.

Сезонні захворювання прийнято класифікувати за відповідними періодами року. УФ-недостатність дорослих і особливо дітей взимку в північних і помірних широтах безпосередньо пов'язана з сезоном низького стояння Сонця. Навесні і влітку виникають фотодерматози, кон'юнктивіти, сонячні опіки і перегрівання, а також полінози, викликані пилом квітух рослин. Пізно восени і взимку переважають простудні захворювання, озноблення, обмороження, випадки замерзання, а також загострення рекурентних депресивних розладів. У теплу пору року зазвичай з'являються захворювання, пов'язані з харчовими отруєннями, хвороби, викликані отруйними тваринами і комахами, кишкові інфекції, пов'язані з розмноженням патогенних мікробів.

Для курортної практики рекомендовано класифікувати кліматичні сезони за об'ємом вживаних природних лікувальних чинників. У літній сезон (15 червня - 15 вересня) можливе комплексне застосування всього спектру методів кліматотерапії - аеро-, геліо- і таласотерапії. Осінній сезон (15 вересня - 15 грудня) характеризується поєднанням геліотерапії (з поступовим зниженням потужності потоку УФ випромінювання) і аеротерапії. Зимовий сезон (15 грудня - 15 березня) обмежений переважно аеротерапією. У весняний сезон (15 березня - 15 червня), разом з аеротерапією, поступово з'являється можливість прийому процедур геліотерапії.

До медичних заходів, що знижують залежність від сезонного чинника, відноситься виявлення пацієнтів, що мають анамнез по сезонній патології, проведення планової, поточної і термінової сезонної метеопрофілактики в періоди несприятливої погоди, адекватне призначення процедур клімато-, бальнео-, пелоїдотерапії, апаратних методів фізіотерапії і лфк в різні періоди року, оптимізацію мікроклімату

приміщень здравниць, призначення фізіологічно обґрунтованої сезонної дієти, лікарських адаптогенів, а також - формування правильних стереотипів поведінки з придбанням навичок дозованого термозагартування, системних фізичних тренувань.

**Кліматотерапія** - використання різних кліматичних чинників і особливостей клімату місцевості для лікування хворих. При даному виді лікування на організм діють комплекс кліматопогодних подразників природної зони постійного мешкання хворого або іншої природної зони (лікувально-оздоровчої місцевості).

**Кліматичні чинники** - природні подразники організму, діють на всі види його рецепторів, сенсорних структур і нервових провідників. Вони багато в чому обумовлюють реактивність організму в процесі його філогенезу. Формування у відповідь реакцій відбувається на всіх рівнях структурно-функціональної організації організму - від аферентних провідників до підкіркових і кіркових структур головного мозку. Під дією чинників різної фізичної природи в процесі еволюції в організмі виробилися різні механізми регуляції функцій. Взаємодія із зовнішнім середовищем і пристосування до її умов є невід'ємним компонентом існування організму.

У різних поєднаннях кліматичні чинники можуть бути ефективно використані для стимуляції механізмів довготривалої адаптації організму. Умовно виділяють аеротерапію, геліотерапію, таласотерапію.

**Аеротерапія (лікування повітрям)** - лікувальне застосування свіжого повітря на відкритій місцевості. Вона включає цілодобову аеротерапію і повітряні ванни (дія повітря на повністю або частково голого хворого).

*Цілодобова аеротерапія* – тривала дія свіжого повітря на хворого при прогулянках, сну в спеціальних кліматопавільйонах і верандах). Фізіологічна і лікувальна дія даного методу обумовлена охолодженням людини і підвищенням забезпеченням організму киснем.

**Повітряні ванни** – дозована дія свіжого повітря на організм повністю або частково голої людини.

**Геліотерапія** (Helios – сонце, грец.) – застосування сонячного випромінювання з лікувальною і профілактичною метою (загальні і місцеві сонячні ванни). Сумарне сонячне випромінювання (“інсоляція”) включає три види: пряме, витікаюче безпосередньо від Сонця, розсіяне від небосхилу і відбите від поверхні землі і різних предметів.

Сонячні ванни у повністю або частково голої людини (місцеві ванни) проводять при різних значеннях температури і вологості повітря, швидкості вітру і щільності сумарного сонячного випромінювання. Для подібної комплексної оцінки введено поняття радіаційно-еквівалентно-ефективної температури (РЕЕТ), що розраховується за номограмою міри теплового відчуття голої людини, що знаходиться у спокої і піддається сонячному опромінюванню, з урахуванням вказаних метеопараметрів. Залежно від фізичних умов освітлення сонячними променями, сонячні

ванни діляться на ванни сумарної, розсіяної, ослабленої радіації; загальні і місцеві.

*Сумарні радіації* проводяться під відкритим сонцем. Людина опромінюється прямим світлом всіх ділянок сонячного спектру. Можлива переривиста методика, коли опромінювання наміченої тривалості 2-3 рази уривається на 10-20 хвилин і більш;

*Ослаблені радіації* проводяться під матерчатими тентами і екранами (жалюзійним або ґратчастим) для зниження інтенсивності сонячного випромінювання;

*Розсіяні радіації* – з виключенням прямих сонячних променів для м'якшої і щадної дії. Хворий піддається дії переважно сонячної радіації, що йде від небосхилу, для чого над ним встановлюються спеціальні тенти, змонтовані на достатній висоті і такі, що обертаються на шарнірах, які, закриваючи диск сонця, залишають максимально відкритим небесхил;

*Концентровані* – за допомогою спеціальних дзеркальних рефлекторів різної конструкції (циліндровий увігнутими алюмінієвими дзеркалами або сферично розташованими прямокутними дзеркалами);

*Селективні* - зі світлофільтрами різного кольору.

**Таласотерапія** (thalassa – море, грец.) - лікувальне використання клімату морського узбережжя і морських купань. За інтенсивністю дії послідовно розрізняють наступні види таласотерапії: обтирання морською водою, обливання водою заданої температури, занурення (знаходження у воді менше 1 хвилини), морські купання і плавання в морі.

Лікувальні купання проводять в прохолодній морській воді, а також — річок, озер, лиманів, відкритих і закритих штучних водойм при різній температурі води і ЕЕТ повітря. За температурним режимом купання діляться на дуже холодні (температура води <14°C), холодні (14-16°C), прохолодні (17-19°C), теплуваті (20- 22°C), теплі (23-25°C) і дуже теплі (>25°C). Залежно від хвилювання морські купання розділяються: при штилі і хвилюванні 1 бал – гідростатичні, 2-3 бали – слабкодинамічні, більше 3 балів – динамічні (не рекомендуються, оскільки висота хвиль більше 1,25 м).

**Мікрокліматотерапія** – застосування для лікувальної мети особливих кліматичних чинників, характерних тільки для даної місцевості. Разом із вищезазначеними загальними видами кліматотерапії, в окремих регіонах України існують особливі унікальні мікрокліматичні умови для проведення ряду методик лікування. До подібних напрямів відносять наступні:

**Аероіонотерапія** - вдихання повітря, що містить електричні негативно-заряджені газові молекули (аероіони). Природна гідроаероіонізація забезпечується тривалим перебуванням в місцевостях з чистим іонізованим повітрям (у горах, поблизу водопадів, на березі моря вранці і під час прибоїв). При розбризкуванні води, розриві водних крапель утворюються позитивно і негативно заряджені гідроаероіони (баллоелектричний ефект). Використовуються також штучні водопади, над



якими розташовуються майданчики для відпочинку, розбризкувачі води в парках, на пляжах.

**Аерофітотерапія** - вдихання повітря, насиченого летючими ароматичними речовинами (фітонциди, терпени, ефірні масла), що виділяються рослинами.

**Морська цілодобова аеротерапія** – проводиться на чорноморських і азовських приморських курортах у вигляді денного перебування і нічного сну в безпосередній близькості від моря на прибережній пляжній смузі в кліматопабільйонах або у відкритому морі на відповідних плавзасобах (човнах, плотах, парусних яхтах). На організм пацієнта впливає морське повітря, насичене негативно-зарядженими іонами, озоном (вміст в 2-3 рази вищий, ніж в материковому повітрі), фітонцидами морських водоростей, частинками солей Na, Ca, Mg (“іонні рефлексії із слизистих” верхніх дихальних шляхів), I і Br (вміст в 12 разів більший, ніж в материковому повітрі!). Берег моря – унікальний природний інгаляторій.

**Цілодобова спелеотерапія** – лікування захворювань бронхолегеневої системи в природних умовах соляних копалень і підземних шахт (Солотвин Ужгородської обл. та Артемівськ Донецької обл.), а також ряду карстових печер.

Типи клімату наведено на рисунку 2.1.

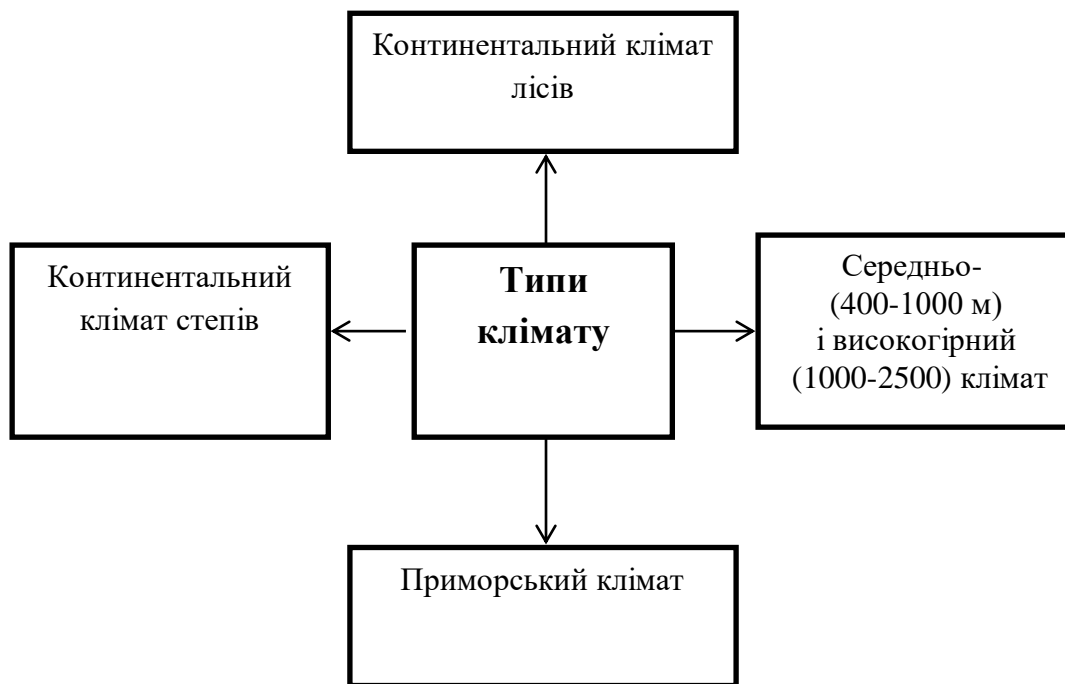


Рисунок 2.1 Типи клімату

Всі види кліматотерапії сприяють тренуванню механізмів адаптації, що лежать в основі гартування, здійснюють на організм неспецифічну, загально зміцнюючу дію, що підвищує його захисні сили, стійкість до

несприятливих умов зовнішнього середовища, кліматотерапія є невід'ємною складовою ефективного санаторно-курортного лікування.

## **Тема 6. Лікувальне значення води та водяної пари (бальнео- та гідротерапія)**

- 1. Питна вода, питна прісна вода*
- 2. Особливості лікувального впливу на організм прісної води. Водні процедури*
- 3. Водолікування, вплив водолікувальних процедур на організм людини*
- 4. Лікування парою*

### 1. Питна вода, питна прісна вода

Наше довкілля є вода, земля і повітря. Швидкість обертання Землі, її розміри в порівнянні з Сонцем і відстань між Землею і Сонцем зумовили існування води у вигляді рідини на поверхні планети і пари в атмосфері.

Вода є одним з найбільш цінних природних багатств, без неї немислиме органічне життя на Землі. Вона служить найважливішим будівельним матеріалом клітин, розчинником, який доставляє живильні речовини в організм і виводить продукти його життєдіяльності.

Вода є невід'ємним компонентом нашої цивілізації, відіграє значну роль у господарській, виробничій та сільськогосподарській діяльності людини.

Для процесів обміну речовин, на основі яких розвивається жива природа, вода має виняткове значення. Зв'язок живих організмів з природою здійснюється через різні сполуки, які регулярно надходять в них і являють собою невід'ємну частину живої тканини. Саме за безпосередньої участі води протікають фізико-хімічні реакції, на яких заснований процес обміну речовин. У живій природі не виявлено жодного важливого біохімічного процесу, що протікає без участі води.

Для людини значення води важко переоцінити хоча б тому, що для своєї нормальної життєдіяльності він повинен споживати воду в два рази більше, ніж їжі у ваговому відношенні. Частка води в організмі кожної живої істоти завжди набагато вище, ніж будь-якого іншого компонента. Прикладом тут служить людське тіло, в якому вміст води протягом життя в середньому змінюється від 97% в ембріоні до 50-60% в зрілому віці. Якщо людський організм втратить 20% вологи від маси тіла, настає смерть.

Без води не може прожити жодна жива істота. Воду можна нічим замінити - саме цим вона відрізняється від усіх відомих нам типів сировини і палива. Можна навести такий цікавий факт - хімічний склад крові по концентрації в ній ряду хімічних елементів хлору, натрію, кисню, кальцію і калію близький до хімічного складу морської води, де спочатку зародилася і розвивалася життя на Землі. Замість води може бути використана тільки сама вода. Широко відомо, що без води немає

практично ніякого життя. В умовах повної відсутності води можуть розвиватися лише найпримітивніші організми.

Основними джерелами прісної води на території України є стоки річок Дніпра, Дністра, Сіверського Дінця, Південного і Західного Бугу, Дунаю з притоками, Тиси і Прута, а також малих річок північного узбережжя Чорного та Азовського морів. Водні ресурси річок Західної України частково використовуються на суміжних територіях, а води Дунаю - для потреб водоспоживання придунайських країн.

Крім того, стоки річок Дніпра, Десни та Сіверського Дінця використовуються в Росії і Білорусії, Дністра - в Молдавії. Сумарна величина стоку річок України без Дунаю в середній по водності рік становить приблизно 87 км. Безпосередньо на території нашої країни формується близько 60% прісної води, інша частина надходить з території суміжних держав.

Об'єктивним показником природної забезпеченості території являється величина річкового стоку місцевого формування, розрахована на 1 км<sup>2</sup>. Так, для найбільш водозабезпечення областей (Івано-Франківська, Закарпатська, Львівська) цей показник дорівнює 225-618 тис. м<sup>3</sup> / рік, для посушливих областей він у багато разів менше - від 5 до 23 тис. м<sup>3</sup> / рік (Запорізька, Миколаївська, Одеська, Херсонська, Крим).

У природних водах у великих кількостях присутні сім основних іонів. Згідно з цим всі природні води діляться на три великі класи: гідрокарбонатні (і карбонатні) сульфатні і хлоридні. Якість поверхневих вод залежить від поєднання кліматичних і геологічних факторів. Основними кліматичними факторами є кількість і частота опадів, а також екологічна ситуація в регіоні. Випадають опади несуть з собою певну кількість нерозчинених частинок, таких як пил, вулканічний попіл, пилок рослин, бактерії, грибкові спори, а іноді і більш великі мікроорганізми.

В цілому поверхневі води характеризуються відносною м'якістю, високим вмістом органіки і наявністю мікроорганізмів.

**Підземні води** класифікуються за походженням, фізичного стану, а також за характером вміщають їх ґрунтів, гідравлічним умовам, температурі, мінералізацією та хімічним складом.

У ситуації, коли підземні води розглядаються як джерело питної води, найбільш важливою інформацією буде мінералізація і хімічний склад води. Так, тому показником всі підземні води, як і всі природні води, діляться на прісні (до 1%), солонуваті (1-25%), солоні (25-50%) і розсоли (більше 50%).

Склад прісних підземних вод часто близький до складу пов'язаних з ними поверхневих вод (переважають іони  $\text{HCO}_3$ ,  $\text{Ca}^{2+}$ ,  $\text{SO}_4^{2-}$ ). Солонуваті підземні найчастіше ставляться до гідрокарбонатному або сульфатному класу. Переважають катіони кальцію, натрію, магнію, калію, заліза і рідше марганцю.

Спільно з присутніми у водах аніонами - карбонатів, гідрокарбонатів сульфатами і хлоридами - катіони утворюють солі. Концентрація солей

залежить від глибини. У водних горизонтах з великих глибин вміст солей досить високе, тому ці води можна класифікувати як солонуваті. До цього типу належить більшість відомих мінеральних вод.

Підземні води, які надають бальнеологічне вплив на організм людини, називають мінеральними водами. Вони в свою чергу поділяються на вуглекислі (наприклад, північнокавказькі мінеральні води - боржомі, нарзан), сульфідні, або сірководневі (наприклад, води Мацести або Арчман), залізисті і миш'яковисті (мінеральні води Кавказу, Закарпаття, Уралу та ін.), А також бромисті і йодисті води з великим вмістом органічних речовин (Трускавець), існують також радонові води (Цхалтубо і П'ятигорськ).

Фактори які впливають на якість ґрунтових вод наведено на рисунку 6.1.

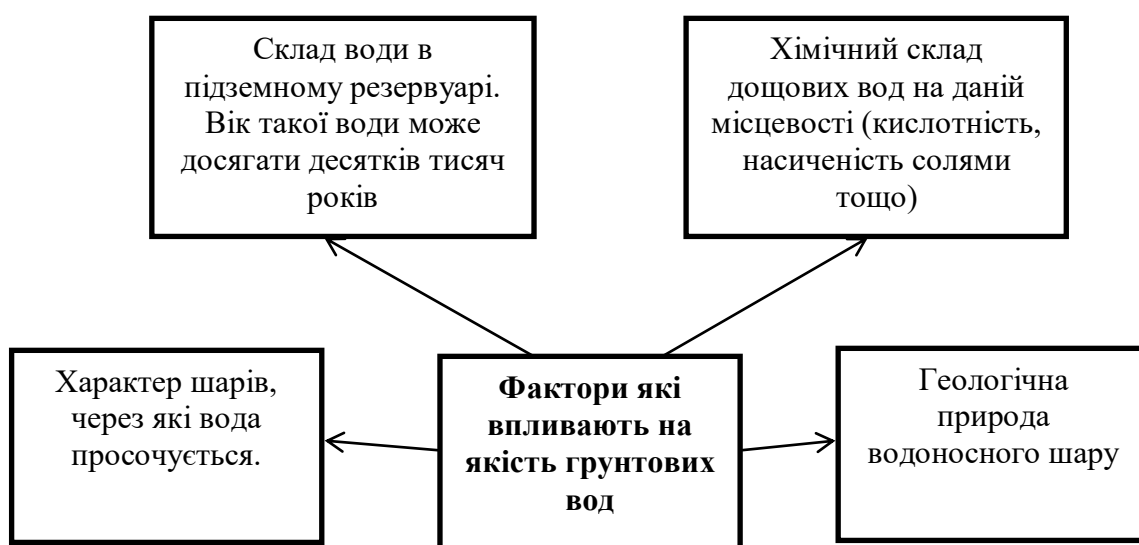


Рисунок 6.1 - Фактори які впливають на якість ґрунтових вод

Води, якість яких найбільш близько відповідає вимогам ГОСТу для питної води, розташовуються в вапнякових шарах. Але глибини їх залягання, як правило, досить великі, тому використання вод подібного класу як джерела питної води економічно недоцільно. В цілому, за відсутності антропогенного чинника, ґрунтові води характеризуються високою мінералізацією, жорсткістю, низьким вмістом органіки і іонів нітратної групи, а також практично повною відсутністю мікроорганізмів.

**Артезіанські води.** Цей тип підземних вод залягає глибоко під землею у водоносних горизонтах між водотривкими шарами, утворюючи водонапірні підземні басейни.

Артезіанські води залягають значно глибше горизонту ґрунтових вод і мають більш стабільний склад. Такий клас вод нерідко має пови-шенну мінералізацію. Артезіанські води вважаються менш забрудненими в порівнянні з поверхневими та ґрунтовими.

Вода - вічний мінерал, тобто кількість води на земній кулі не змінюється. Вона найпоширеніше і аномальне речовина на Землі. Внаслідок надзвичайної поширеності води багатьом з її унікальних властивостей зазвичай не надають достатньої уваги. Найбільш важливими властивостями води, пов'язаними з існуванням на Землі життя, є температури кипіння і замерзання. Так, в процесі охолодження поверхневий шар води замерзає, що утворюється при цьому лід служить тепловим бар'єром, оберігаючи водойми від промерзання, за винятком зовсім дрібних водойм. Це властивість води важливе ще тим, що дозволяє застосовувати його для опріснення води.

Слід відзначити таку особливість води, як її велику кількісну стабільність. Кількість води на землі і в атмосфері сьогодні практично таке ж, що і мільйони років тому.

На території України виявлено близько 500 джерел різних мінеральних вод, у межах Українських Карпат (Нафтуса, Свалява, Поляна Квасова та ін.), Українського щита (Хмільних, Миронівка та ін.), Дніпровсько-Донецької западини (Миргород). Основні родовища Мінеральних вод в Україні: Білоцерківське, Миронівське, Хмельницьке, Лиманське, Старобільське, Моршинське, Збручанське, Трускавецьке, Конопківське, Новозбручанське, Слов'яногірське, Плосківське, Новополянське, Звенигородське, Полянське, Сойминське, Знам'янське, Луганське, Синяцьке, Голубинське, Брусницьке, Гірськотисенське, Лазурне, Куяльник, Кирилівське, Одеське, Сергіївське, Колодязне, Феодосійське, Євпаторійське.

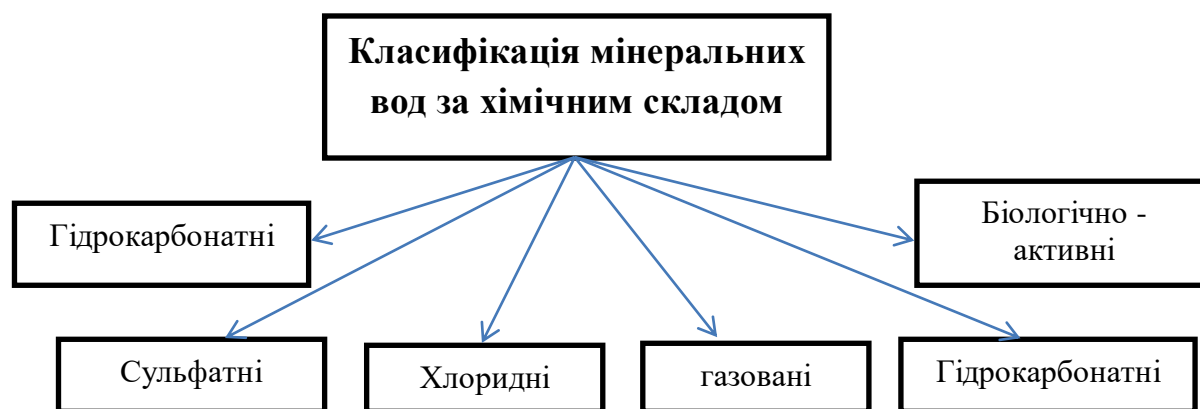


Рисунок 6.2 – Класифікація мінеральних вод за хімічним складом



Рисунок 6.3 – Класифікація мінеральних вод за хімічним складом за ступенем концентрації мінеральних солей

Хімічні властивості мінеральних вод визначаються вмістом в них мінеральних речовин, газів, специфічних біологічно активних речовин. До фізичних властивостей належать температура, радіоактивність. Кислотно-основний стан визначає величина рН. У відповідності з характером впливу на організм мінеральні води можна використовувати для зовнішнього (мінеральні ванни) або внутрішнього (інгаляції, зрошення, спринцювання, клізми, пиття) застосування.

Забарвлення води може вказувати на характер порід, по яких вона рухається. Чиста питна вода не повинна мати забарвлення. Колір води, яка застосовується для лікувальних ванн, нормами не регламентується.

Прозорість це одна з вимог, яка висувається до питної води. Згідно з нею, питна вода може містити завислі речовини в дуже незначній кількості. Оскільки всяке помутніння впливає на смакові якості, мутна вода шкідлива для здоров'я.

За ступенем прозорості воду умовно поділяють на прозору, злегка мутну, мутну і сильно мутну. Прозорість води, яка використовується для лікувальних ванн, так само, як і колір, нормами не регламентується.

Запах води має важливе значення. Він вказує на можливе забруднення її різними речовинами органічного і мінерального походження, на більший вміст в ній заліза; запах сірководню свідчить про те, що вода піднімається з великих глибин. Питна вода не повинна мати ніякого запаху, особливо запаху гнилі, оскільки він робить її непридатною для споживання. Неприємний також болотний, рибний запах і багато інших. Ці вимоги висуваються звичайно до води, яка використовується з метою питного водоспоживання.

Смак води має велике значення для пізнання генезису підземних вод. Солонуваті або солені підземні води дають можливість говорити про їх

зв'язок з соленосними відкладами або з породами, які містять підвищений вміст солей, чи показують на глибинне походження вод. Кислий смак води може вказувати на наявність у воді вільних кислот (сіркової або вугільної). У першому випадку це буває пов'язано з присутністю сульфідних мінералів у водовміщуючих породах або покладами сульфідних руд на глибинах, з якими стикаються при своєму русі підземні води, у другому – з проходженням зон тектонічних порушень, по яких піднімається на поверхню вуглекисла вода.

Як відомо, дистильована вода при температурі 4<sup>0</sup>С має густину, рівну одиниці. Але природна підземна вода завжди містить в собі деяку кількість мінеральних речовин, які попадають в неї з повітря разом із атмосферними опадами і в результаті розчинення і вилуговування порід, з якими вона стикається при русі в надрах земної кори. Тому її густина завжди більша за одиницю, причому чим більше в ній розчинених речовин, тим більша її густина.

Температура води має велике значення. Постійна температура підземної води вказує на те, що вода піднімається з досить великих глибин, на які не впливають зміни температури повітря за порами року; дуже низька температура підземної води характерна для областей розвитку зон багаторічних мерзлих порід; температура води, близька до температури повітря певного пункту, вказує на неглибоке її залягання від поверхні землі. Виходи на поверхню теплих або гарячих підземних вод майже завжди свідчать про походження на схожих ділянках зон розривних порушень. Нарешті, температура підземної води, близька до температури поверхневих водотоків, вказує на тісний взаємозв'язок їх між собою і на живлення ґрунтових вод річковими.

Питна вода вважається смачною і має освіжаючі властивості, якщо її температура знаходиться в межах 7-11 °С, не нижче 5 °С і не вище 15 °С.

Концентрація водневих іонів (рН) в підземних водах невелика, але її значення велике. Вона дозволяє визначати форми стану у воді вуглецевої, кремнієвої, сірководневої і фосфорної кислот, насиченість води слабкими основами; з'ясувати умови розвитку біологічних і хімічних процесів, які відбуваються у водовміщуючих товщах земної кори.

Концентрація водневих іонів залежить від температури води, ступеня її мінералізації, характеру розчинених в ній речовин, від співвідношення кількості вугільної кислоти та іонів НСО<sub>3</sub> та СО<sub>2</sub>, дисоціації органічних кислот. У водах, які мають нейтральну реакцію, рН дорівнює 7, при кислій реакції рН менше 7, при лужній більше 7. За стандартну температуру при експериментальних визначеннях рН приймають 18 °С, при якій нейтральна вода має рН=7,07.

Окислювально-відновлювальний потенціал (Eh) показує інтенсивність окислювальної чи відновлюваної дії системи і таким чином дає уявлення про природні умови формування підземних вод.

Для вод, які, без сумніву, мають лікувальний ефект, характерні від'ємні значення Eh, що вказує на розвиток в них анаеробних процесів



бактеріального руйнування органічної речовини, особливо процесу сульфатредукції, який обумовлює появу у воді сірководню. Води, які характеризуються слабкими лікувальними властивостями, мають позитивне значення Eh (близько 100-300 мВ). Це вказує на те, що ці води формуються в перехідних окисно-відновних умовах.

Проведеними дослідженнями встановлений тісний зв'язок між величиною Eh вод і концентрацією в них сірководню і кисню. При вмісті сірководню більше 0,1 мг/л Eh води завжди має негативне значення. Однак у зв'язку з невисоким вмістом сірководню у воді значенні Eh не бувають нижчими – 40 мВ. Якщо у воді є сліди сірководню і вміст кисню сягає десятих часток міліграма на літр, то Eh змінюється від 200 до 100 мВ, іноді знижується до +40 мВ. Окисно-відновний потенціал розчинів, які містять кисню більше 1 мг/л (сірководень відсутній), становить 445-300 мВ, рідше 250 мВ.

Крім того, мінеральні води характеризуються вмістом макро- (NaCl, CaSO<sub>4</sub>, CaCO<sub>3</sub>, MgCO<sub>3</sub>, FeCO<sub>3</sub>, глинозем, SiO<sub>2</sub>) та мікроелементів (Li<sup>+</sup>, Ba<sup>2+</sup>, Sr<sup>2+</sup>, Fe<sup>2+</sup>, Fe<sup>3+</sup>, Br<sup>-</sup>, I<sup>-</sup>, F<sup>-</sup>, As, Mn, HPO<sub>4</sub><sup>-</sup>, SiO<sub>2</sub>, Ra, Rn та ін.) хімічного складу; вмістом органічних речовин (вуглеводні, феноли, бітуми, лізини, гумінові речовини, жирні кислоти та ін.), мікрофлори (бактерії), газів (CO<sub>2</sub>, O<sub>2</sub>, N<sub>2</sub>, H<sub>2</sub>S, CH<sub>4</sub> та ін.).

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.

Класифікація мінеральних вод України складена на основі аналізу минулого досвіду вивчення мінеральних вод, доступних документів і джерел літератури, останніх досягнень 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, E<sub>п</sub> тощо), що тією чи іншою мірою відрізняються від дії питної води.

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.





Рисунок 6.4 – Основних бальнеологічні групи мінеральних 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 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.

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 тощо. Зовсім по-новому в "Класифікації мінеральних вод України" (додаток В) здійснений підхід до "специфічних фізичних властивостей", за якими природна вода може бути визнана мінеральною (лікувальною).

Розглянемо детальніше класифікацію мінеральних вод, прийняту в Україні. В ній зважали на два можливі способи застосування мінеральних вод – внутрішнє і зовнішнє. Застосування винесено за "рамки", воно не входить у перелік таксономічних одиниць, що складають класифікацію. Відповідно до загального визначення терміну "мінеральні води" класифікація починається з розподілу мінеральних вод на три категорії:

- 1) Категорія "Без специфічних компонентів",
- 2) Категорія "Зі специфічними компонентами",
- 3) Категорія "За фізичними (специфічними) властивостями".

Наступна таксономічна одиниця розподілу – види. У класифікації використаний наскрізний принцип нумерації видів (1. Води, лікувальні за складом основних компонентів – термальні води) від 1, через 2 до 3 категорії. Послідовність побудови – від вод, які за хімічним складом є основою усіх підземних вод (основні іони) з поступовим додаванням "специфіки". Спочатку це води, лікувальні властивості яких пов'язані з основними іонами (1 категорія, 1 вид), далі – води з газами – вуглекислотою, сірководнем. Своєрідним видом, який також значно відрізняється від наступних, є води, збагачені органічною речовиною (категорія 2, вид 4). Усі наступні види 2 категорії, що містять різні специфічні компоненти (борні-залізисті), розташовані у порядку, за яким елемент, що складає основу компонента, міститься у таблиці Менделєєва. Спочатку поставлені елементи-неметали, потім – метали, з яких залізо вилучено в окремий вид. Така логіка застосована не тільки для нумерації видів, а зберігається у всій класифікації. Види можуть бути:

- Монокомпонентні;
- Бікомпонентні;
- Полікомпонентні.

Наступні таксономічні одиниці класифікації – класи (за аніонами) і підкласи (за катіонами). Усього 15 класів – за аніонами і 15 підкласів – за катіонами. Їх використовують насамперед для класифікаційного розподілу мінеральних вод категорії 1, а також для додаткової характеристики вод категорій 2 та 3.

Далі йдуть групи, які виділяють за мінералізацією, вмістом специфічного компонента, за кількісними показниками специфічних (фізичних) властивостей (наприклад, термальні, субтермальні, високотермальні).

Наступна таксономічна одиниця – тип. Типу відповідає власна унікальна назва води та її бальнеологічна характеристика (внутрішнє або зовнішнє застосування)

В класифікації є ще один підпорядок розташування вод – за складом основних компонентів – за класами і підкласами. Класам надані номери (від 1 до 15), підкласи мають позначку літерою (латинської абетки). Таким чином, розташування типів в класифікації підлягає порядку класів і підкласів. Для того, щоб не ознайомлений з мінеральними водами або з класифікацією фахівець зміг одразу уявити собі, води яких класів і

підкласів присутні в класифікації, в таблицях "Типізація вод ..." поставлені позначки про наявність в класифікації мінеральних вод відповідних класу й підкласу.

До кожного типу додається назва типу-аналога, або типу-близького аналога, які використовують в нашій країні та в інших країнах.

Слід зупинитись на цьому питанні докладніше і розібрати, що це таке – тип-аналог, і що таке – тип-близький аналог.

Пошук аналогів ґрунтується на загальній схемі класифікації. Спочатку порівнювали води за категоріями, потім – за видами, далі – за підвидами і, нарешті, за групами. Це означає, що якщо, наприклад, води належать до різних категорій (з специфічними компонентами – категорія 2, без специфічних компонентів – категорія 1), то їх подальше порівняння одразу припиняли. Їх одразу вважали не порівнюваними, незважаючи ні на які інші подібності. І так далі, поки порівняння не доходило до групи. Таксономічна одиниця. група, існує для виявлення не якісних, а кількісних відмінностей вмісту компонентів. Оскільки застосування мінеральних вод, подібних в усьому іншому, крім групи, легко можна скоригувати дозою під час їх застосування, то вважали, що найменша помилка може бути допущена при порівнянні груп. Типи, подібні в усьому, включаючи групи, названі типами-аналогами.

В новій класифікації розширений список критеріїв. Відповідно в класифікацію включені типи мінеральних вод, у яких ще немає характеристики застосування, наданої відповідними вітчизняними медичними установами. Тобто, якоюсь мірою, їх також можна назвати прогностичними. За такої ситуації характеристику їх застосування надають на основі документів інших країн, де є та використовуються типи-аналоги або близькі аналоги.

Серед вод, які належать до категорії III, відомі і давно застосовуються радонові води. Їх специфічна фізична дія на організм зумовлена радіоактивністю. До III категорії класифікації вперше внесені прогностичні води, лікувальна дія яких пов'язана з особливостями структури, зокрема, незвичайними показниками рН, Eh, електропровідності води й інших фізичних властивостей. Підстава – досвід їх успішного вивчення в Україні. Крім того, у класифікації взятий до уваги унікальний досвід застосування мінеральних вод в Японії. Високу ефективність лікування з використанням цих вод можна пояснити тим, що за всіма ознаками вони поєднують лікувальний вплив, властивий усім трьом категоріям. Вони мають підвищений (або, навпаки, дуже низький) вміст основних компонентів (1г/л – в Японії також існує подібна норма), значну концентрацію специфічних компонентів (серед них є такі, які за санітарними нормами вважають "забороненими") і незвичайні фізичні властивості (дуже низька рН, високотермальні). Вивчивши досвід Японії, ми вважали за необхідне ввести у класифікацію нову класифікаційну одиницю – "Води, лікувальні за ознаками двох або трьох категорій".

Всього класифіковано 323 українських родовища і проявів мінеральних вод. Їх упорядкований список додається до класифікації. У списку міститься класифікаційний порядковий номер типу води. За номером можна швидко знайти воду в класифікації і отримати з одного рядка класифікаційної таблиці такі відомості:

1) Склад води, вказаний і формулою Курлова, повна назва води, шифр;

2) Українські та інші зарубіжні аналоги;

3) Застосування води – внутрішнє, зовнішнє, комплексне;

4) Застосування вод в Україні та інших країнах;

5) Для вод зі специфічними компонентами – відомості про вміст цих компонентів;

6) Для вод зі специфічними властивостями – відомості про ці властивості;

7) Розташування родовища води по областях України.

Гідротерапія - це зовнішнє застосування прісної води (водопровідної, річкової, озерної, колодезної, дощовий) у вигляді ванн, душів, обливань, обтирань, укутувань тощо. Прісну воду використовують в гідротерапії як у чистому вигляді, так і з додаванням різних речовин (хвойний екстракт, скипидар, конденсат мускатного шавлії, гірчиця і т.д.), що підсилює її дію на організм. Гідротерапія знайшла широке застосування в лікувально-профілактичній практиці як засіб оздоровлення організму, підвищення його резистентності до несприятливих умов зовнішнього середовища, тренування, загартовування.

Дія прісної води на організм в деяких процедурах поєднують, наприклад, з масажем (душ-масаж, підводний душ-масаж), гальванічним струмом (гідроелектричні ванни), створюють вібрацію водних хвиль (вібраційні ванни), завихрення води у ванні (вихрові ванни) тощо. При деяких гідротерапевтичних процедурах, щоб підсилити дію температурного подразнення на організм, використовують поступове підвищення температури в процесі процедури (місцеві або загальні ванни) або застосовують дію контрасту температур води (контрастні ванни).

Гідротерапія знайшла широке застосування в лікувально-профілактичній практиці й у відновленні організму після перенесених захворювань. Гідротерапевтичні процедури є способом тренування і загартовування організму до дії холодних, а також високотермічних подразників і давно використовуються для цих цілей. Існують різні методики гідротерапевтичних процедур. Гідротерапевтичні процедури наведено на рисунку 6.5.

**Купання.** Лікувально-профілактичні купання можуть здійснюватися у воді морів, річок, озер, лиманів. Як і інші водні процедури, купання надають багатогранну дію на організм. З одного боку, вони діють як прохолодна або холодна водна процедура, оскільки в природних водоймах температура води завжди нижче температури шкіри, а з іншого - під час купання і плавання людина виконує велику роботу, в якій беруть участь

нервова і серцево-судинна системи, м'язовий апарат. На тих хто купається впливає сонячна радіація, в першу чергу ультрафіолетові промені. Купання при оптимальних температурах зазвичай приємно людині, воно покращує його психоемоційний стан.

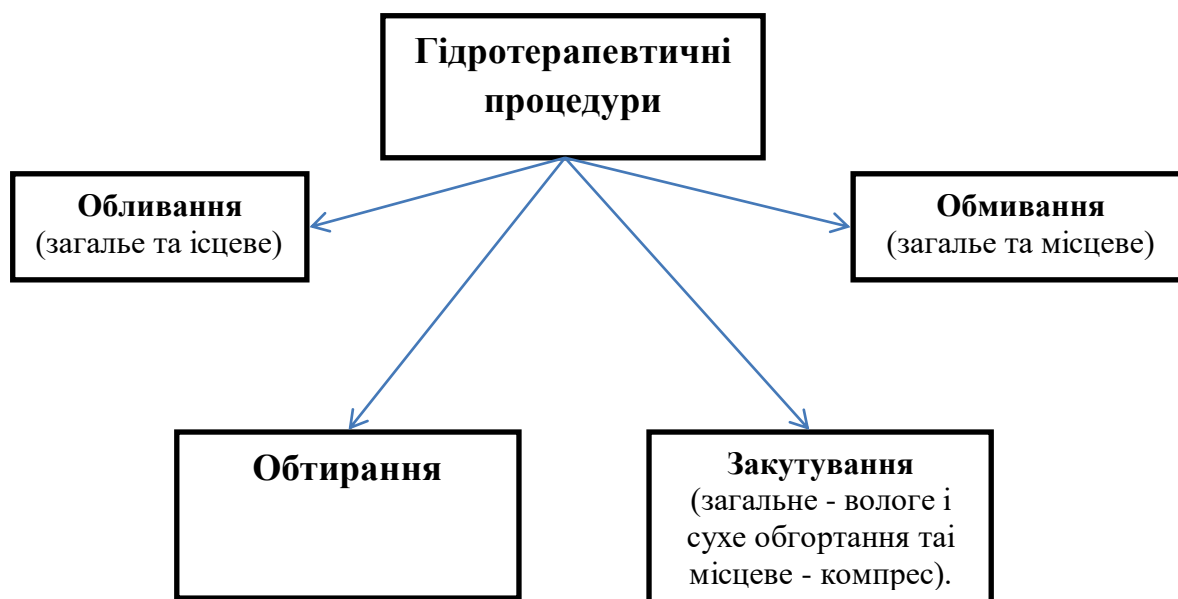


Рисунок 6.5 - Гідротерапевтичні процедури

При купаннях зазвичай спостерігається, як правило, двофазна купальна реакція. *Перша фаза* починає розвиватися відразу після входження у воду. Охолодження шкіри призводить до звуження поверхневих судин, до появи феномена «гусячої» шкіри (скорочення м'язових волокон шкіри), може виникнути відчуття ознобу, підвищиться артеріальний тиск, почастишає пульс. Тривалість цієї фази різна (частіше 1-2 хв.) і залежить від температури води, загального стану людини і попередньої адаптації. У загартованих, тренуваних осіб ця фаза більш коротка.

У *другій фазі* активується обмін речовин (організм підтримує теплову рівновагу), дихання поглиблюється і частішає, в кілька разів зростає споживання кисню, збільшується систолічний і хвилинний об'єм серця, дещо підвищується шкірна температура, шкіра рожевіє.

Іноді настає і *третья фаза* виснаження механізмів терморегуляції, яка виникає при надмірно тривалому перебуванні у воді в результаті охолодження. Знову настає озноб (вторинний), з'являється тремтіння, шкіра синіє, температура її знижується. Переохолодження викликає погіршення самопочуття, виникає відчуття млявості, розбитості, з'являється головний біль, можуть розвинутися застудні явища.

*Каскадні купання* - лікувально-профілактична процедура в природних водоймах, в штучних басейнах, при яких на організм впливає падаюча струмінь води. Нижня частина тіла людини знаходиться в прохолодній або холодній воді водойми, а на верхню з висоти в

декількох метрів падає водяний струмінь. При цьому на організм хворого впливають температура води, масажує тиск струменя, гідроаероіони, що утворюються в підвищеній кількості в зоні роздроблення струменя в результаті баллоелектричного ефекту.

**Водні процедури в басейнах.** Басейни в лікувальних установах можуть використовуватися для групового відпустки загальних водних процедур за типом ванн. Проте частіше басейни мають спеціальне призначення: одні використовуються для гідрокінезотерапії, включаючи лікувальне плавання, інші - для витягнення у воді. У багатьох санаторіях водне витягування хребетного стовпа в даний час проводиться в невеликих басейнах (розміром 3-6 x 5-8м). Басейни можуть бути і круговими.

### 3.Водолікування, вплив водолікувальних процедур на організм людини

До гідротерапії тісно примикає бальнеотерапія - метод лікування, профілактики та відновлення природними мінеральними водами і штучно приготованими мінеральними і газовими їх аналогами, порушених хворобою функцій організму.

Основу гідротерапевтичних і бальнеотерапевтичного методів становляють методики зовнішнього застосування прісних і мінеральних вод: загальні і місцеві ванни, витягування хребта у воді, зрошення голови, купання, плавання в басейні і т.д. Спільність механізму лікувальної дії на організм мінеральних вод при зовнішньому і внутрішньому їх застосуванні, а також відповідна реакція організму дозволяють віднести до Бальнеотерапевтичний процедурам не тільки процедури зовнішнього впливу мінеральною водою, але і її внутрішнє застосування (пиття, промивання шлунка, дуоденальний дренаж, різні методики промивання - зрошення кишечника, зрошення ясен, краплинні клізми, інгаляції і т.д.).

Воду здавна вважають джерелом життя і застосовують з метою оздоровлення організму. Витоки водолікування відносяться до найвіддаленіших часів історії людства.

Перші відомості про водолікування містяться в індуської книзі Ріг-Веда (1500 років до н.е.). Вода застосовувалася не тільки як засіб «обмивання» тіла з гігієнічними цілями, для здійснення релігійних обрядів, а й служила лікувальним цілям у стародавніх індусів і єгиптян. У літературі є вказівки на те, що з лікувальною метою її вперше стали застосовувати ассирійці, вавілоняни і іудеї. З Єгипту техніка водолікування Піфагором (582-507 рр. До н.е.) була перенесена до Греції, де її удосконалив Гіппократ (460-377 рр. До н.е.) використав воду для лікування багатьох хвороб (вказівки на це є в його творах). З Греції вчення Гіппократа про водолікування було перенесено до Риму лікарем Асклепіадом (114-59 рр. До н.е.). У Римі лікування водою отримало широке поширення, про що свідчать численні залишки давньоримських терм, найвеличнішими з яких були терми Каракалли. Рим славився громадськими купальнями, розташовується велика кількість приміщень:



для вмивання теплою водою, миття гарячою водою, купання в холодній воді, для відпочинку і розваг. Ці купальні носили назву «бальніум». Від слова «бальніум» сталася надалі «бальнеотерапія». Особливо цінувалися купальні - бальніум з мінеральною водою. Деякі купальні були величезними. Так, бальніум Тита складався зі ста обширних приміщень. Бальніум Півночі був ще більше - там могли купатися одночасно близько двох з половиною тисяч чоловік. Окремі купальні відрізнялися надзвичайною розкішшю. Про купальні Нерона, наприклад, один з його сучасників сказав: «Немає на світі гірше Нерона, і чи є що-небудь прекрасніше його бальніума?».

У «Каноні», створеному в 1 столітті н.е. Абу Алі Ібн Сіною (Авіценною), серед інших лікувальних засобів згадується про воду як засобі збереження здоров'я.

Емпірики, упоєні успіхом своїх терапевтичних заходів, зазначав А.А.Лозінській (1916), нерідко доходили в своїх методиках лікування до курйозів. Вони наказували хворим пітніти в паровій бані в гарячій печі 15 днів поспіль, тримали хворих у воді не тільки вдень, але і вночі або змушували їх випивати в день до 80 склянок мінеральної води. Щоб урізноманітнити тривале перебування хворих у воді, в басейнах для водолікування поміщали плавучі столики з закусками і напоями. Такий фанатизм не міг сприяти розвитку водолікування як науки. Поряд з «ентузіастами» водолікування були і більш кваліфіковані емпірики - вчитель Oertel, селянин Priessnitz, пастор Кнейпп та ін. Про великий інтерес до їх методикам лікування можна судити по виходив величезними тиражами і охоче розкупаються їх книгам. Так, книга Кнейппа перевидати 46 разів і в 1897р. була переведена на російську мову. «Керівництво для життя згідно законів природи (для збереження здоров'я і для лікування без допомоги ліків) М.Платов перевидавалася 38 разів, а в 1901р. було переведено на російську мову.

Правомірність існування водолікувального методу в подальшому була об'єктивно підтверджена клінічними спостереженнями дипломованих лікарів, які практикували в різних лікувальних установах, де застосовувалася гідротерапія, а також у місцевостях, що розташовували природними мінеральними водами. Розроблені методи лікування, доповнені поруч модифікацій, створених лікарями наступних поколінь, успішно використовуються на практиці і в наші дні, зокрема лікування холодною водою. За даними Gopfert (1969, 1970), в 1965р. в німецької асоціації бальнеологів налічувалося 35 спеціальних установ, де проводилося лікування за методу Кнейппа. У 1980р. в Берліні вийшло об'ємне керівництво «Терапія по Кнейпп», що свідчить про постійний інтерес до цього методу лікування. У Чехословаччині використовується метод холодового впливу по Прісніца.

У вітчизняній бальнеотерапії цей метод впливу на організм не отримав, на жаль, належного розвитку. Опубліковані лише поодинокі роботи, що згадують про сприятливий його вплив при деяких

захворюваннях. Разом з тим є багато робіт, присвячених місцевому застосуванню холоду в гострій патології (запалення, травма, кровотеча). У статті В.В.Кенца, А.І.Сухенко, Т.М.Дука (1983), присвяченій питанням локального холодового впливу на організм, проаналізовано велику кількість вітчизняних і зарубіжних публікацій і абсолютно правомірно, на наш погляд, поставлено питання про перспективність застосування місцевих холодкових впливів у фізичній медицині, що займається переважно підгострій та хронічною патологією.

Гарячі водолікувальні процедури вивчаються і широко застосовуються за кордоном (Китай, Японія, Фінляндія, Угорщина). Відмінною рисою водолікування на Сході, особливо в Японії, є використання термальних вод, переважно у вигляді нетривалих ванн (1-3 хв.) з температурою від 42 до 52°C.

Вода - природний біологічний подразник, з яким організм у своєму повсякденному житті зустрічається постійно (умивання, купання, пиття води і т.д.). Вода в кількості від 60 до 99,7% (по масі) входить до складу всіх живих організмів, у тому числі і тканин людини, де її близько 65%. Відомо, що втрата води значно небезпечніше для організму, ніж голодування. Вода відіграє роль каталізатора в складних процесах обміну речовин, що протікають в організмі.

Холодні процедури урежають і підсилюють, а гарячі учащують і послаблюють серцеві скорочення; перший підвищують артеріальний тиск, гарячі в перший момент також підвищують його, а потім мають гіпотензивний ефект.

Для сприйняття *температурного подразника* велике значення має температура шкіри, яка залежить від індивідуальних особливостей організму, тренуваності його до температурних подразнень, а також впливу попереднього температурного роздратування і фізико-хімічного складу ванни. У зв'язку з цим один і той же температурний подразник може сприйматися по-різному.

Змінюючи при водолікуванні температуру подразника, концентрацію хімічної речовини, місце докладання впливу, тривалість процедури, площа впливу, можна отримувати різні реакції з боку різних органів і систем організму.

Встановлено, що температурний подразник може надавати неопосередних вплив на гладком'язові структури судинної стінки. При цьому дія холоду підвищує тонус останньої, а дія тепла - знижує.

*Хімічний подразник ванн.* Прийнято вважати, що у ванні з прісної води, вміст хімічних речовин в якій настільки мало, що ними можна знехтувати, хімічний подразник відсутня. При бажанні посилити подразнюючу дію прісної води до неї, як уже згадувалося, додають різні речовини (хвойний екстракт, білу емульсію або жовтий розчин скипидару і т.д.). Зазначені речовини підвищують подразнення рецепторів шкіри і внутрішніх органів (при всмоктуванні ароматичних компонентів), діє

також необонятельний аналізатор. Виражене хімічна дія проявляється при лікувальному використанні мінеральних вод.

При вивченні порівняльного дії ванн різного хімічного складу (вуглекислих, сульфідних, радонових, кисневих, хлоридних, натрієвих та ін.) При одних і тих же захворюваннях (гіпертонічна і гіпотонічна хвороби, ревматизм та ін.) Виявляються суттєві відмінності в їхній вплив на функціональний стан центральної нервової системи, показники геодинаміки, функціональної активності кори надниркових залоз, основного обміну і ін., як і в терапевтичному ефекті.

Відповідь організму на водолікувальну процедуру проявляється у так званій бальнеологічної реакції. Остання може бути виражена у трьох формах:

1) фізіологічна реакція, при якій спостерігаються зміни в показниках функціонального стану різних органів і систем, що не виходять за межі фізіологічних коливань; 2) патологічна реакція, при якій функціональні зрушення дещо перевищують фізіологічний рівень, але є короточасними; 3) реакція загострення, що виявляється різко вираженими і при цьому стійкими зрушеннями у показниках фізіологічних систем організму, що свідчать про зрив фізіологічних механізмів захисту в результаті впливу неадекватного подразника.

**Ванни.** Техніка приготування *загальних прісних ванн* дуже проста і зводиться до наповнення ванни водопровідною водою необ-Дімою температури. Для цього у ванні змішують гарячу і холодну воду. Залежно від характеру захворювання та індивідуальних особливостей хворого застосовують загальні прісні ванни різної температури і тривалості. Від температури води у ванні і її тривалості залежить різну дію такої ванни - збудливу, тонізуючу, седативну і т.д. Наявність прісної води в будь-яких умовах (лікарня, поліклініка, на дому) дозволяє широко і з великою користю застосовувати загальні прісні ванни при різних захворюваннях.

Різновиди загальних прісних ванн наведено на рисунку 6.6.

*Мінеральні ванни* - ванни з природної мінеральної води із загальною мінералізацією не менше 2 г / л, змістом різних газів, мікроелементів, інших біологічно активних речовин і т.д., а також штучно приготавлюваних мінеральних і газових вод. Різновиди мінеральних ванн наведено на рисунку 6.7.

**Душ.** Одним з різновидів водолікувальних процедур є душі, при яких на тіло пацієнта впливають водою у вигляді струменя або безлічі малих струменів строго дозируемой температури і тиску, особливо при душі Шарко і Шотландському душі.(рис.6.8)



Рисунок 6.6 - Різновиди загальних прісних ванн

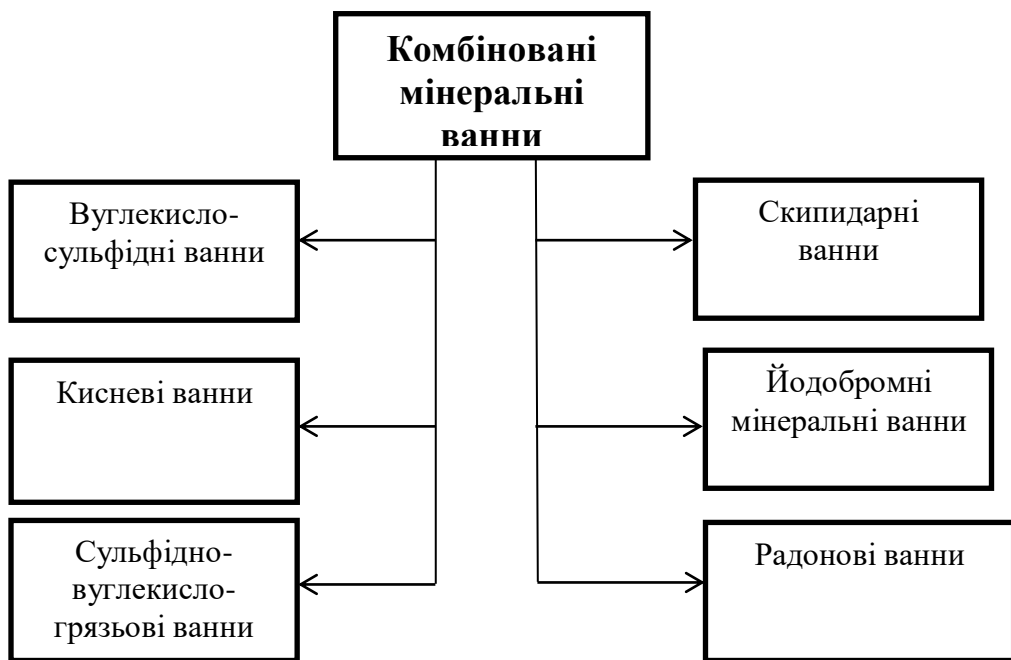


Рисунок 6.7 – Мінеральні ванни

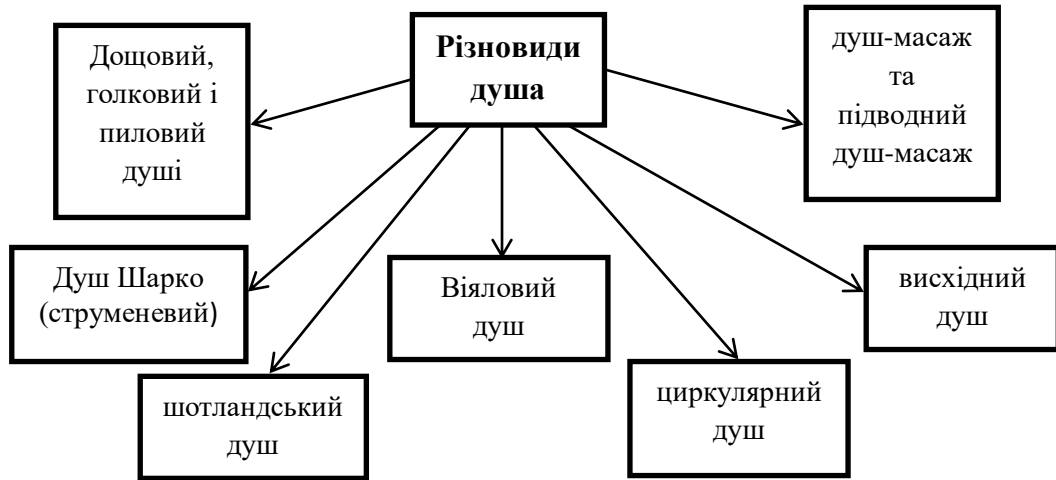


Рисунок 6.8 – Різновиди душу

**Лазня.** Про те, коли і де вперше виникла баня, можна вести тривалі дискусії. Якщо вважати предком сучасної лазні розігріті камені, обливаються водою для обігріву, то її виникнення можна сміливо відносити до найдавнішого періоду в історії людства - кам'яного віку. Такий спосіб обігріву виник у жителів холодних областей північної півкулі. За даними деяких сучасних дослідників, широке поширення лазні відбулося в середні століття, починаючи від території Ісландії. Вона поширювалася на південь, до Європи, потім проникла в Азію і пройшла шлях до самого Берингової протоки. Дійшовши таким чином до Північної Америки, баня пройшла довгий шлях, повернувшись до Ісландії. Інші дослідники не виключають і іншого шляху, по якому відбулося поширення лазні. Проведені на території Центральної Америки археологічні дослідження показали, що племена майя використовували деяку подібність ванни більше 2 000 років тому. Ацтеки запозичили від своїх предків конструкцію потільної ванни, яка називалась «темескаль», і згодом була описана іспанцями, що досліджували Америку в XVI столітті.

Такі ванни застосовувалися також в Ірландії ще за часів панування Римської імперії. Існує думка, що їх поширенню сприяли і вікінги, які припливали до Ірландії в VIII столітті.

Певні традиції, пов'язані з лазнями, простежуються навіть у Центральній та Східній Африці. Що жили в цих регіонах кочові племена використовували в ритуальних і навіть лікувальних цілях ванни з використанням гарячого повітря і пари.

Така велика кількість традицій, пов'язаних з лазнею, дозволяє робити висновок, що конкретного місця, звідки бере початок історія сучасних лазень, просто не існує. Початок її губиться в далекому минулому, коли наші предки почали використовувати вогонь і властивість гарячих каменів

випаровувати зі своєї поверхні воду. Звичайно, з плином часу традиції змінювалися, оскільки племена і народи мігрували в нові кліматичні зони, змінювалися звички і накопичувався досвід. Зараз традиції народів знаходять втілення в сучасних видах лазень, таких як російська лазня, фінська сауна, японська кам'яна ванна, римські терми, темескаль індіанців.

Серйозних підхід до будівництва бань можна простежити ще з часу Стародавній Греції. Так, в Спарті, а потім і у всій Греції, будувалися громадські лазні. Цю традицію перейняли римляни, поширивши її по всій імперії. Підхід римлян до будівництва лазень, званих терми, дуже схожий з тим, що застосовується при проектуванні сучасних саун. Терми мали роздягальню, басейни холодною, теплою і гарячою водою, практикувався масаж, в тому числі із застосуванням ефірних масел. Пізніше римські терми прижилися в Туреччині і азійських країнах.

У Європі, поряд з римськими лазнями з сухим повітрям, були поширені й російські парні. Розквіт цих двох типів лазень припадав на XIII-XVI століття, але вже в наступному столітті їх стали будувати значно рідше. Така відмова була спровокована зміненням відношенням до лазень, як аморальним місцях, а також загрозою епідемії. Проте в Росії традиційні лазні ніколи не втрачали популярності.

У Європі ж інтерес до лазень відродився лише з настанням XIX століття. На цей раз набули поширення ірландські лазні, які вдало поєднували римські і російські традиції. З цього моменту безперервно почали набирати популярність традиції саун, які використовували в будівництві нових бань. Найбільшою популярністю сауни стали користуватися у Фінляндії, країні, якій належить заслуга їхнього нинішнього широкого розповсюдження.

Хоча, як уже говорилося, в історії Європи був час, коли всі види лазень були під забороною, сауна не зникла. Її походження губиться у віках, але передбачається, що вона виникла приблизно дві тисячі років тому у древньофінських племен. Знаходить вона відображення і в багатому фольклорі фінів. Збереглися перекази, що в сауні приймали пологи, банні процедури приймали нареченої перед весіллям і навіть старі перед відходом приходили в сауну. Зрозуміло, що фіни надавали сауні величезне значення протягом усього життя. Всесвітньо відомий епос «Калевала» називає фінських богатирів «чоловіками сауни».

икористання сауни простежується, з тих пір як племена фінів оселилися на тому місці, де сьогодні знаходиться Фінляндія. Традиції сауни переймали й інші племена, що проживали в тій же місцевості. Виділяють два види саун: східну і західну. На конструкцію східній мала помітний вплив культура російської лазні, вона була менша за розмірами і призначалася найчастіше для миття. Сауна у західних фінів застосовувалася для сушіння та зберігання продуктів, таких як м'ясо, риба, овочі та інших.

Михайло Агрикола, основоположник фінської літератури, як видно, першим описав корисні властивості сауни, рекомендуючи її для лікування

різних хвороб в молитовній книзі 1544. Проте фіни з 1150 по 1809 роки перебували під пануванням шведів, які указом заборонили будівництво саун, щоб знизити небезпеку розповсюдження заразних хвороб, тому що ті будувалися з дорогого дерева і були пожежонебезпечними. Інтерес до сауни з'явився знову лише з початком XIX століття. Він виник спочатку у Фінляндії, а потім поширився по всій Європі.

Не буде перебільшенням, якщо сказати, що сауна - одна з головних культурних цінностей народу Фінляндії. Першим заявою про таку традицію послужила невелика сауна, побудована для ігор 1924 року в Парижі. Але за цим гучним кроком стали олімпійські ігри, що проводяться в 1936 році в Берліні. Багато порахували, що у встановленні високих показників спортсменам з Фінляндії допомогла побудована тоді в олімпійському селі сауна. А вже після війни, в 50-х роках, фінська сауна поширилася по всіх країнах.

Причиною того, що традиції фінів подолали важкі часи і живі до цього дня, потрібно вважати не лише унікальні властивості сауни. Фіни з гордістю і повагою ставилися до цієї важливої частини своєї культури. Вони вважали сауну місцем, де відбувається містичний вплив на людину. Звичайно, не заперечувалося і її лікувальну дію. Завдяки вікового досвіду народ Фінляндії зміг використати сауну як місце для ефективного проведення лікувальних процедур. І багато сучасних оздоровчо-профілактичних методик користуються накопиченими протягом століть відомостями.

За часів становлення медицини сауна була одним з небагатьох методик, які застосовуються для лікування хворих. У якійсь мірі її можна назвати поліклінікою того часу. Не потрібно забувати, що аж до середини XIX століття не проводилася чітка межа між знахарями, які володіють традиційними методиками, і лікарями. Теперішнє поділ медицини на два напрями почалося з мікробіологічних досліджень, таких як вивчення роботи клітин і механізмів дії збудників хвороб, відкриттів в області хімії і знахідок синтетичної фармакології. Колишня діагностика хвороб полягала в оцінці стану організму за певними прикметами. Велику увагу приділяли знахарі правильному підбору терапії, враховуючи природні сили, чарівні прийоми, що надавало такого лікування певний стиль або спрямованість. Однак сьогоднішня медицина вибрала інший шлях розвитку.

Лікарями практикувалося вчення Гіппократа, який називав причиною хвороб «погану» кров і надавав великого значення її якості. Тому лікарями часто проводилися кровопускання, і практикувалося використання п'явок. Можна сказати, що лікарів і знахарів об'єднував містичний підхід до лікування, але з різних сторін. І сауна, як місце, яке було відокремлене від житлових приміщень, стала зручним місцем для лікування, у тому числі для проведення кровопускань. У сауні можна було досягти певної міри знезараження, оптимальних температурних умов, там завжди було досить теплої води і можна було створити відокремлену обстановку. До слова сказати, серед фінського народу сауна вважалася

священним місцем, там заборонялося голосно говорити, співати й розважатися взагалі, а пити спиртні напої - тим більше. До цього заборони ставилися серйозно, а порушників карали.

Подібного роду лазні будувалися не тільки у Фінляндії, і багато європейські вчені всерйоз вивчили позитивний вплив банних процедур на здоров'я. Наприклад, у Норвегії серед лікарів існувала методика профілактики деяких хвороб за допомогою сауни. Про те, що в Ірландії для лікування ревматизму повсюдно використовувалися місцеві лазні, писав С. Ф. Мілліган. А англієць W. Тоог, будучи членом Імператорської Академії Наук в Петербурзі, вивчав профілактичну дію російської лазні по відношенню до багатьох видів захворювань. Він визнавав, що лазня позитивно впливає на тривалість життя жителів Росії, їх фізичне і психічне здоров'я. У відносно невеликий період, з 1877 по 1911 роки, про позитивний вплив російської лазні на здоров'я дослідниками було написано близько 30 дисертацій. Навіть корінні жителі Африки, як уже згадувалося, використовували потільну ванну як спосіб лікування.

У японців особливе місце займали лікувальні процедури, що проводяться в традиційних потільну ваннах кама-буро. Вони здавна чудово допомагали при травмах, ревматизмі, артритих, а також дерматологічних захворюваннях і розладах травлення. Не менш дієвим ефект має і відома вже протягом тисячоліття іши-буро, це підтверджує знайдений неподалік від Нагасакі список правил, які описують проведення лікувальних процедур в таких лазнях і протипоказання до них. Так, заборонялося використання лазні тим, хто був хворий на проказу, венеричними хворобами або страждав епілептичними нападами. були Починати лікування наказувалося з акупунктури, проводячи її протягом трьох-чотирьох днів. Саму баню приймати пропонувалося кожні 10 днів. Неприйнятними в ній вважалися сексуальні контакти, сечовипускання, їжа, питво і галасливі розмови. Крім того, вважалося, що лазня здатнавилікувати від 7 видів шкірних захворювань. Японці суворо підходили не тільки до профілактики, а й до особистої гігієни, тому користувалися лазнями часто.

Культура потільних ванн була поширена у ескімосів, що жили на Алясці. Ними користувалися не тільки в гігієнічних цілях, а й для лікування багатьох хвороб, у тому числі пов'язаних з м'язами.

У Центральній Америці місцеві племена індіанців ванни темескаль, що дісталися їм від майя, також застосовували не тільки для підтримки чистоти тіла. Збереглися свідчення, що ацтеки використовували їх при ревматизмі та шкірних хворобах. Навіть сьогодні темескаль застосовується лікарями як елемент комплексної терапії. Лікувальна дія робить як сама ванна, так і використовувані при цьому рослинні екстракти та інші добавки, що впливають разом з парою.

Як видно, подібні традиції використання лазні для оздоровлення та в цілях гігієни зустрічалися у зовсім несхожих народів, але іноді вони незаслужено забувалися. В останні століття медицина повторно



звертається до лазень і саун, як до дієвого засобу профілактики та лікування. Проведені сьогодні дослідження зайвий раз доводять, що традиції, які зустрічаються в різних народів, мають під собою цілком серйозну основу, і використання лазні позитивно впливає на організм.

Види лазнь наведено на рисунку 6.9.

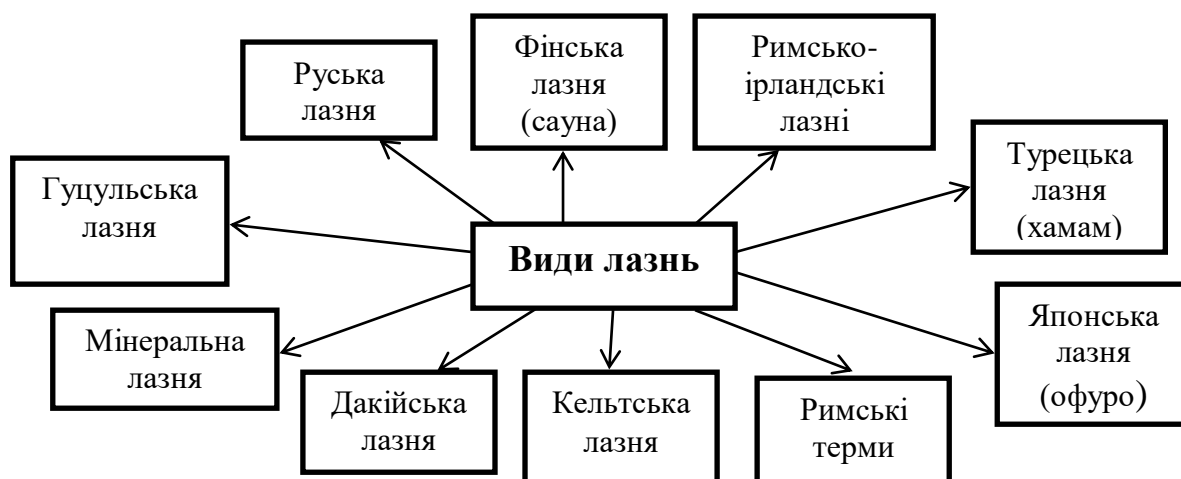


Рисунок 6.9 – Види лазнь

## Тема 7. Пелоїди та мінеральні водойми. Лікування глиною.

### 1. Пелоїди: визначення та види

### 2. Лікувальне використання пелоїдів, глини та інших субстанцій

#### 1. Пелоїди: визначення та види

Пелоїди - це природні органомінеральні колоїдальні освіти (мулові, торф'яні, сопкові та ін.). Вони мають високу теплоємність і теплоудержуючою здатністю і містять, як правило, терапевтично активні речовини (солі, гази, біостимулятори і т.д.) і живі мікроорганізми.

Всі лікувальні грязі мають виражену терапевтичним дією і застосовуються у вигляді різних лікувальних процедур - аплікацій (загальних і місцевих), грязерозвідних ванн, болтушек, суспензій, обгортань, використовуються в поєднанні з фізичними процедурами (гальваногрязь, електрофорез грязьового розчину), а також у вигляді різних грязьових препаратів - екстрактів, гумізоля, віджимань і мазей.

Лікувальні грязі генетично підрозділяються на чотири основні типи (групи)(рис.7.1): і, , і.

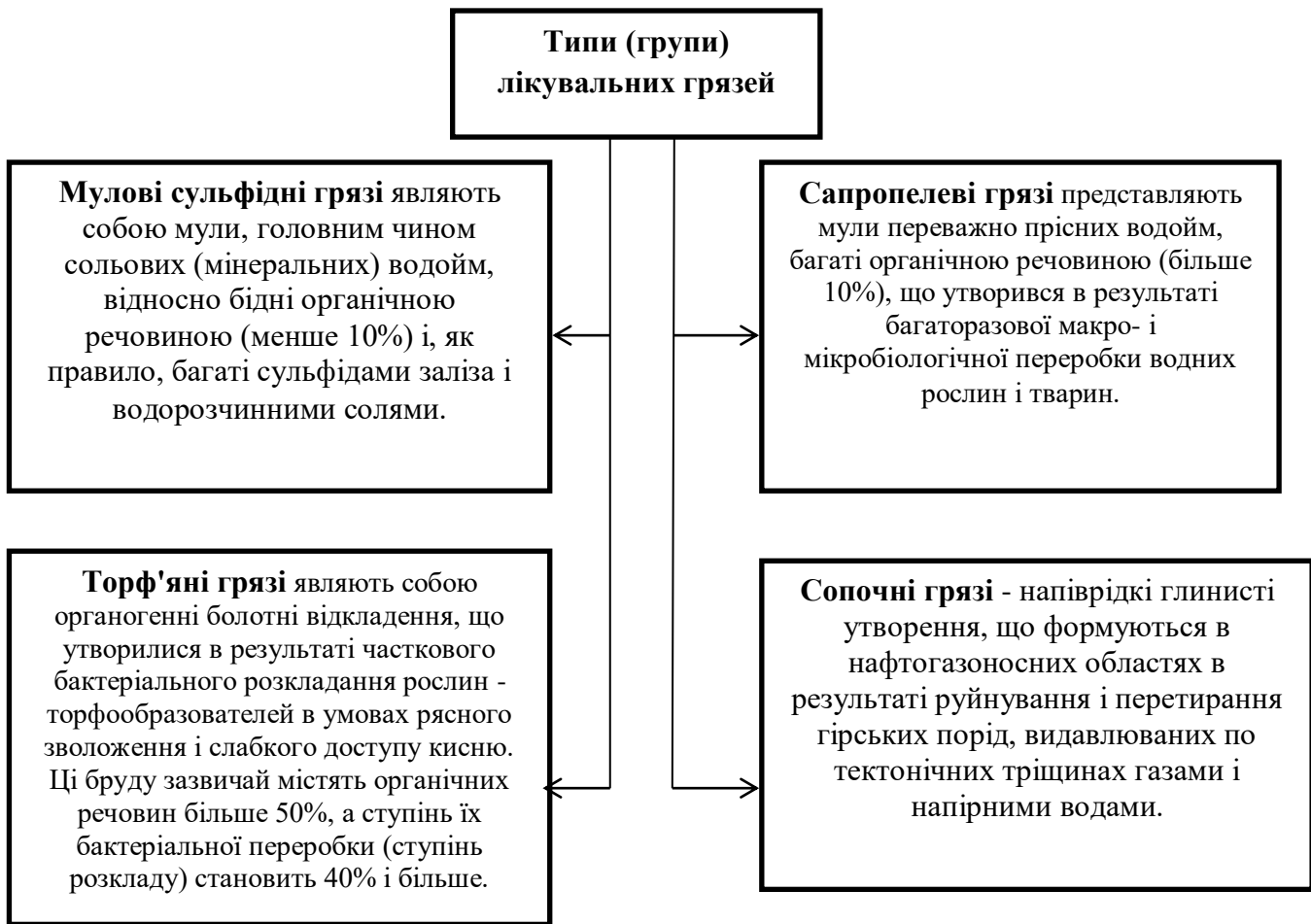


Рисунок 7.1 – Типи лікувальних грязей

Біологічний склад лікувальних грязей чітко взаємопов'язаний з умовами їх формування і багато в чому визначає як хімічний їх склад, так і лікувальні властивості.

Крім своєї власної, в лікувальних грязях можлива наявність і чужорідної мікрофлори, у тому числі патогенної - стрептококів, стафілококів, рідко синьогнійної, правцевої, тифозної паличок, що зазвичай пов'язано з поганим санітарним станом бруду в процесі її підготовки та використання.

*Хімічний склад лікувальних грязей.* Лікувальна грязь як природне утворення являє собою складну фізико-хімічну систему, окремі компоненти якої знаходяться між собою в динамічній рівновазі.

У структурному відношенні лікувальну грязь прийнято розділяти на три основні частини: грубодисперсними (остов), тонкодисперсну (колоїдний комплекс) і рідку (грязьовий розчин). Грубодисперсна частина або остов бруду являє собою тверду основу або так званій «скелет» грязьовий маси, що складається з частинок діаметром більше 0,001 мм різного походження: кристалів солей, мінералів, іноді напівзруйнованих залишків тварин і рослин.

*Мінеральна (зольна) частина* лікувальних грязей складається з численних нерозчинних у воді мінералів і сполук, важко- і легкокорозійних солей, а також інших з'єднань. Ці мінеральні речовини можуть перебувати в грязях в різному стані - у вигляді твердих частинок, гелів, розчинених у воді іонів і газів.

З нерозчинних у воді речовин в мінеральній частині грязей переважають глинисті породи, глинисті мінерали, мінерали групи кремнезему, різноманітні вапняки і доломіт. Зустрічаються також залізовмісні руди і мінерали. Майже завжди присутні сполуки алюмінію як частина глинистих порід. Крім того, в мінеральному складі грязей є в невеликій кількості сполуки сірки, марганцю, фосфору, азоту й в мікродозах кобальт, свинець, молібден, йод, бром, уран та ін. Розчинні у воді речовини (в основному, мінерали та солі) можуть перебувати в лікувальних грязях як в розчиненому стані - в грязьовому розчині, так і у вигляді випали в осад кристалів, порошку, прошарків.

*Органічні грязі* поділяють за біологічного складу нерозложившихся органічних залишків. Так, сапропелі можуть бути водоростеві, зоогенові і торф'яністі (у тому числі гумусові), торфи низькозольні - верхові і перехідні лісового, болотної, лесотопняної складу, торфи середнезольні і високозольні - все низинні (вільховий, березовий, тростинний, осоковий, гіпновий, сфагновий і т.д.).

*Регенерація лікувальних грязей.* У практиці багатьох грязелікувальних учре-ганізацій часто виникають труднощі із забезпеченням лікувальними грязями через малі їх запасів або великий віддаленості і складності видобутку. У таких випадках майже завжди стає доцільним багаторазове використання лікувальної бруду, можливе завдяки її здатності до регенерації.

Контакт лікувальної грязі з хворим під час процедури і з обслуговуючим персоналом створює передумови для внесення в лікувальну грязь хвороботворних мікроорганізмів - тифозних, дизентерійних, кокових та інших а, отже, створює небезпеку зараження ними хворих при повторному використанні бруду. Крім того, в бруд під час процедури можуть потрапляти різні екскретів людини - піт, слизові виділення, шкірний епідерміс і ін. Бруд, застосована для гінекологічних тампонів і т.д., повторному використанню взагалі не підлягає.

Таким чином, сутність регенерації лікувальних грязей полягає у відновленні фізико-хімічних властивостей бруду, в наявності бактеріальної спалаху з подальшим її згасанням до відновлення первісного кількісного та якісного складу основних фізіологічних груп мікроорганізмів і, нарешті, в нормалізації санітарно-бактеріологічних показників. Причому вимоги щодо санітарно-бактеріологічних показників для регенерируемой бруду залишаються такими ж, як і для свежедобитої.

Терміни регенерації бруду можуть коливатися від 2-3 міс. до декількох років і залежать від хімічного і біологічного складу грязей, способу їх підготовки та використання, від початкового санітарного

забруднення і умов регенерації (температури, обсягу регенераційних басейнів, мінералізації покривної води тощо). Тому строки зазвичай визначаються дослідним шляхом для кожного різновиду грязі в конкретних умовах певного грязьового господарства.

*Мінеральні водойми.* До морських водойм слід віднести океани і моря, а також їх затоки, лагуни, лимани і прибережні озера, частково або повністю від них отшнуровані, але не втратили з ними гідродинамічну зв'язок. Материкові водойми поверхневого засолення - це найчастіше суфозійними, термокарстові, іноді тектонічні озера безстічних улоговин, сольовий склад яких сформований за рахунок вилуговування солей з порід і ґрунтів поверхневими і ґрунтовими водами в зоні континентального засолення. Материкові водойми підземного водно-сольового харчування являють собою озера різноманітного походження (карстові і грифонів воронки, стариці, ерозійні поглиблення, штучні ставки, кар'єри), підживлює напірними підземними мінеральними водами. Мінеральні води таких озер не є чисто поверхневими, а фактично являють собою результат змішання глибинних вод з ґрунтовими і поверхнево-стічними водами і їх ча-стичного метаморфізації.

Мінеральні водойми характеризуються великою різноманітністю величин мінералізації води та її сольового складу. Причому в більшості з них і те й інше зазнає значних змін в процесі історичного розвитку водойм, в багаторічних кліматичних циклах і навіть за сезонами року. Мінеральні водойми можна розділити на три гідрохімічних типи: хлоридний, сульфатний і карбонатний (гідрокарбонатні).

*Санітарні зони.* З метою регламентації видів обмежень і оздоровчих заходів та обліку специфіки формування курортних ресурсів у межах округу виділяють три зони: суворого режиму, обмежень і спостережень. У зоні строго режиму знаходяться місця виходів джерел мінеральних вод та їх каптажі, родовища лікувальних грязей, мінеральні озера і лимани, пляжі тощо, тобто все те, що складає лікувальні курортні ресурси. Як показує практика експлуатації мінеральних вод, кордон зон встановлюється в 15-70 м від водозабірних споруд, залежить від типу родовища і його гідрогеологічних умов. Конфігурація зони довільна (коло, квадрат, багатокутник). У межах зони забороняються проживання людей і всі види робіт, які надають шкідливий вплив на природні лікувальні фактори, виключаючи роботи, безпосередньо пов'язані з експлуатацією лікувальних ресурсів.

У зоні обмежень знаходяться площі, які безпосередньо впливають на лікувальні ресурси, а саме області стоку поверхневих і ґрунтових вод, місцевості, що оточують сховища мінеральних вод і лікувальних грязей і зайняті курортно-санаторними установами, парки і місця відпочинку. У межах зони заборонені всі види робіт, прямо не пов'язані з розвитком та благоустроєм курорту. Заборонена вирубка зелених насаджень, використання отрутохімікатів, влаштування полів зрошення, кладовищ та ін.

У зоні спостережень знаходяться області харчування і формування курортних ресурсів, включаючи оточують курорт лісові насадження. У цій зоні дозволені тільки ті види робіт, які не чинять негативного впливу на лікувальні ресурси та природно-кліматичні умови курорту.

На підставі зібраної інформації складається проект округу санітарної охорони, в якому дається опис і прив'язка меж округу і зон, встановлюється в їх межах санітарний режим і перелік заборонних та санітарно-оздоровчих заходів. Особлива увага приділяється санітарно-оздоровчих заходів стосовно до кожної з виділених зон.

У плані заходів щодо зоні суворого режиму насамперед враховується дотримання вимог Держгіртехнагляду по раціональній експлуатації родовищ мінеральних вод. Неприпустимий відбір мінеральної води понад ту кількість, яке було визначено і рекомендовано при оцінці запасів родовища. Якщо потреби курорту різко зросли, то необхідно планувати роботи з розширення гідромінеральної бази. У разі нераціональної забудови території планується ліквідація будівель і споруд, що не відповідають зоні суворого санітарного режиму.

Для зони обмежень передбачається поліпшення санітарно-гігієнічних умов у межах площ поверхневого і ґрунтового стоку. У разі якщо в межі зони потрапляють об'єкти, не пов'язані із задоволенням потреб курорту і негативно впливають на санітарний режим, ставиться питання про їх виведення за межі зони.

Найбільші практичні труднощі пов'язані з реалізацією заходів в межах третьої зони (зони спостережень). Якщо для перших двох зон порушення санітарного режиму позначається майже миттєво, то в області формування курортних гідромінеральних ресурсів ці зміни менш помітні. Проте їх вплив може бути більш відчутно в перспективі. З урахуванням такої перспективи і повинна виконуватися оцінка впливу людини на найближче оточення курорту. Зокрема, лісові масиви в межах округу оголошуються курортними і виділяються з усіх груп і категорій, крім заповідників.

Після затвердження проекту округу його межі закріплюються на місцевості розпізнавальними знаками, а для зони суворого режиму споруджуються спеціальні загородження (виняток становлять озера, пляжі). Загальний нагляд за проведенням охоронних заходів та виконанням режимних спостережень здійснюють органи управління курортом, працівники місцевих санітарно-епідеміологічних станцій та інспекція технагляду. Установи, які експлуатують курортну місцевість і її ресурси, здійснюють заходи з благоустрою зон санітарної охорони та підтриманню встановленого режиму під час експлуатації.

Найважливішими характеристиками мінеральних вод, визначальними їх фізіологічну і лікувальну дію, є мінералізація, хімічний склад, газонасиченості, радіоактивність, температура, рН та ін. Для лікувальних грязей найбільше значення мають структура і теплофізичні властивості, вміст мікроелементів, газів і органічних речовин, рН,

окислювально-відновний потенціал. Цілком очевидно, що мінеральні води та лікувальні грязі за своїм складом складніше багатьох фармакологічних препаратів. Тому їх дію на організм вважається менш специфічним, більш складним і інтегрованим, що зачіпають більшу кількість функціональних систем і елементів.

Дія на організм пелоїдів і мінеральних вод здійснюється за допомогою рефлекторного механізму, нервовим і гуморальним шляхом. Гуморальний механізм у впливі цих природних факторів, мабуть, включається вдруге, нервова система і її центральний відділ є основним регуляторним центром організму. Проникнення речовин з мінеральних вод і лікувальних грязей у внутрішні середовища організму досі залишається дискутабельним, а утворення біологічно активних речовин в органах і тканинах при їх дії частіше носить вторинний характер.

Механічна дія на організм мінеральних вод і лікувальних грязей залежить від обсягу проведених процедур: воно максимально при загальних або менш виражено при невеликих за площею (локальних) впливах. З одного боку, механічний тиск служить джерелом роздратування механорецепторів шкіри і рефлекторним шляхом впливає на формування загальної відповідної реакції організму. З іншого боку, викликаючи здавлення венозних судин, механічний фактор впливає на мікроциркуляцію і гемодинаміку, розподіл крові в організмі, роботу серця і лімфообіг.

Крім того, механічний фактор має певне значення в передачі тепла вглиб тканин. Загалом, механічний фактор, хоча й не грає провідної ролі в механізмі дії лікувальних грязей і мінеральних вод, але він може надавати самостійне вплив на деякі системи в організмі або модифікувати ефекти температурного і хімічного факторів.

Хімічний фактор відіграє далеко не рівнозначну роль при зовнішньому застосуванні різних за складом мінеральних вод і лікувальних грязей. В одних випадках він доведений і йому відводиться дуже важливе місце, в інших - його значення менш істотно або навіть зовсім заперечується. У всякому разі, це питання заслуговує більш детального розгляду. Хімічні речовини, що містяться в лікувальних ваннах (катиони і аніони мінеральних солей, мікроелементи, невелика кількість органічних сполук, гази, радіоактивні речовини та ін.) І грязях (мінеральні солі, органічні кислоти, ліпіди, гумінові сполуки, вітаміни, мікроелементи, біогенні стимулятори і антибіотичні речовини), можуть діяти на організм різними шляхами: а) безпосередньо на шкіру та її структури; б) рефлекторно внаслідок хімічного (специфічного) роздратування екстерорецепторів шкіри (або деяких дистантних рецепторів) і інтерорецепторів; в) гуморальним шляхом при проникненні компонентів мінеральної води або пелоїдів через шкірний бар'єр циркуляції їх у крові.

Найбільшою проникаючою здатністю володіють речовини, розчинні одночасно у воді і ліпідах. Багато газів, у тому числі і що містяться в мінеральній воді і пелоїдів, досить легко дифундують через шкіру.

## 2. Лікувальне використання пелоїдів, глини та інших субстанцій

Аплікації можуть бути загальні і місцеві. При загальній аплікації хворого укладають на відповідно підготовлену кушетку (див. Місцеві аплікації). Лікувальну грязь порівняно густої консистенції (щоб вона не розпливалася і не вичавлювали з-під хворого) накладають певним шаром на все тіло, виключаючи голову, шию і область серця. Цю методику застосовують дуже рідко.

Більш поширені в даний час місцеві аплікації, при яких лікувальну грязь наносять не на все тіло, а лише на яку-небудь його частина: кисті («рукавички»), кисті та передпліччя («високі рукавички»), нижню частину тулуба і ноги («штани», «короткі брюки», «полубрюки», «труси») тощо.

## ЛІТЕРАТУРА

### Нормативна база:

1. Закон України «Про курорти» - Відомості Верховної Ради (ВВР), 2000, N 50, ст.435 із змінами, внесеними згідно із Законом N 3370-IV ([3370-15](#)) від 19.01.2006, ВВР, 2006, N 22, ст.184.
2. Закон України «Про ліцензування певних видів господарської діяльності». ВВР, 200.-№36.-ст.229.
3. Кодекс України про надра. ВВР. 194.-36.-ст.340.
4. Наказ Міністерства охорони здоров'я України «Про затвердження Інструкції по створенню і веденню Державного кадастру природних лікувальних ресурсів». -23 вересня 2009р. -№ 687.
5. Основи законодавства про охорону здоров'я.-ВВР,1993.-№4.-ст.19

### Основна:

6. Клапчук В.М., Ковальська Л.В. Курортна справа: організація, територіальне планування, система управління./ Навч. – метод. посібн. - Івано - Франківськ: Фоліант,2013.-400с.
7. Ветитнев А.М. Курортное дело. Учебник.-М.: КНОРУС,2007-528с.
8. Гудзь П.В. Економічні проблеми розвитку курортно – рекреаційних територій.- Донецьк: Юго-восток,2001.
9. Курорти України. Минуле та сучасність. Санаторно – курортні заклади ЗАТ «Укрпрооздоровниця». – К.: ТЕМАД, 2002р.
10. Ткаченко Т.І. Сталий розвиток туризму: теорія, методологія, реалії бізнесу: монографія. – К.: КНТЕУ, 2006 – 537с.
11. Фоменко Н.В. Рекреаційні ресурси та курортологія. Навчальний посібник. – К.: Центр навчальної літератури, 2007. – 312 с

### ДОДАТКОВА:

12. Бабинець А. Е., Гордиенко Е. Е., Денисова В. Р. Лечебные минеральные воды и курорты Украины. – К.: Издательство АН УССР, 1963. – 366 с.
13. Белая Н.А., Лебедева И.П. Курортное лечение. - М.: Знание, 1978. – 63 с.
14. Бокша В. Г., Богуцкий Б. В. Медицинская климатология и климатотерапия. – К.: Здоров'я, 1980. – 248 с.
15. Ветрова Н.М.. Стратегическое управление в системе экономических инструментов управления рекреационным предприятием // Вестник физиотерапии и курортологии. – 2004. – №2. – С.19-20.



## Інформаційні ресурси

[www.moz.gov.ua](http://www.moz.gov.ua)

[www.rada.gov.ua](http://www.rada.gov.ua) –

[www.nau.kiev.ua](http://www.nau.kiev.ua)

[www.ukrpravo.com](http://www.ukrpravo.com)

[www.ezi.ru](http://www.ezi.ru)

[www.kmu.gov.ua](http://www.kmu.gov.ua)

[www.medobozrenie.ru](http://www.medobozrenie.ru)

[www.wellnessgeo.ru](http://www.wellnessgeo.ru)

[www.medinfo.home.mi.org](http://www.medinfo.home.mi.org)

Навчальне видання

## **ОСНОВИ КУРОРТОЛОГІЇ ТА РЕКРЕАЦІЇ**

Опорний конспект лекцій  
(для студентів денної та заочної форми навчання спеціальності  
241 «Готельно – ресторанна справа» ступеня освіти «бакалавр»)

Укладачі:

Каленік Ксенія Володимирівна

Балацька Наталія Юріївна

Відповідальний за випуск зав. кафедри готельного і ресторанного бізнесу  
Терешкін О.Г.

План 2019 р., поз. 158/\_\_\_

---

Підп. до друку 25.09.2019 р. Формат 60x84 1/16. Папір офсет.  
Ум. друк. арк. 5,6. Тираж 10 прим.

---

Видавець і виготівник

Харківський державний університет харчування та торгівлі  
вул. Клочківська, 333, Харків, 61051.

Свідоцтво суб'єкта видавничої справи ДК № 4417 від 10.10.2012 р.