

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
Національний університет «Чернігівська політехніка»
Навчально-науковий інститут права і соціальних технологій
Факультет соціальних технологій, оздоровлення та реабілітації
Кафедра фізичної реабілітації

КУРОРТОЛОГІЯ ТА ДІЄТОТЕРАПІЯ

методичні вказівки до практичних занять
для здобувачів першого (бакалаврського) рівня вищої освіти
спеціальності 227 – Терапія та реабілітація

Обговорено і рекомендовано
на засіданні кафедри
фізичної реабілітації,
Протокол № 1
від 8 січня 2024 р.

Чернігів 2024

УДК 615.83

К 93

Курортологія та дієтотерапія: методичні вказівки до практичних занять для здобувачів першого (бакалаврського) рівня вищої освіти спеціальності 227 – *Терапія та реабілітація*) / Укл.: В. І. Титаренко, В. В. Черняков. Чернігів: НУ «Чернігівська політехніка», 2024. 105 с.

Укладачі: ТИТАРЕНКО ВЯЧЕСЛАВ ІВАНОВИЧ,
старший викладач кафедри фізичної реабілітації;
ЧЕРНЯКОВ ВОЛОДИМИР ВОЛОДИМИРОВИЧ,
доцент, кандидат педагогічних наук,
доцент кафедри фізичної реабілітації.

Відповідальний за випуск: Зайцев Володимир Олексійович,
завідувач кафедри фізичної реабілітації,
кандидат педагогічних наук, доцент

Рецензент: Драгунов Д. М., доцент, доктор філософії,
доцент кафедри фізичної реабілітації

ЗМІСТ

ПЕРЕДМОВА	4
ПЛАН ПРАКТИЧНИХ ЗАНЯТЬ	8
Змістовий модуль 1. <i>ОСНОВИ ОРГАНІЗАЦІЇ САНАТОРНО-КУРОРТНОЇ СПРАВИ</i>	9
Змістовий модуль 2. <i>ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ У САНАТОРНО-КУРОРТНИХ ЗАКЛАДАХ</i>	49
Змістовий модуль 3. <i>ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ У САНАТОРНО-КУРОРТНИХ ЗАКЛАДАХ</i>	65
Змістовий модуль 4. <i>ОСОБЛИВОСТІ ДІЄТОЛОГІЇ ТА ДІЄТОТЕРАПІЇ</i>	92
ТЕМИ РЕФЕРАТІВ ДО КУРСУ «КУРОРТОЛОГІЯ ТА ДІЄТОТЕРАПІЯ»	101
МОДУЛЬНИЙ ТА ПОТОЧНИЙ КОНТРОЛЬ	102
РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА	104

ПЕРЕДМОВА

Курортологія – наука про природні лікувальні фактори, їх вплив на організм людини, методи використання з метою лікування та профілактики хвороб у людини.

Під час навчання здобувачі будуть ознайомлені з особливостями історичного розвитку та сучасним станом санаторно-курортної справи в Україні і за кордоном.

Курс дисципліни «Курортологія та дієтотерапія» формує уявлення про вплив на розвиток курортної справи природно – ресурсних факторів (рельєф, гідрографія, клімат та інше), а також використання у санаторно-курортній справі фізичних факторів, фізичної лікувальної фізкультури, масажу. Приділяється увага фітотерапії і новому методу курортного лікування – лікування продуктами бджільництва – апітерапія.

Тематика курсу розкриває характеристику гідромінеральних природних лікувальних ресурсів. Під час навчання здобувачі знайомляться з принципами курортної справи, отримують загальні дані про курорти та їх типологію.

У процесі викладання дисципліни наводяться факти й положення, які можуть стати стимулом до подальшого і глибокого розвитку санаторно-курортної індустрії України.

Метою викладання навчальної дисципліни «Курортологія та дієтотерапія» є формування науково-професійного *світогляду* бакалавра спеціальності «Терапія та реабілітація» у галузі Охорона здоров'я та ефективного забезпечення спеціальної професійно-педагогічної підготовки здобувача вищої освіти (ЗВО), формування теоретичних знань у сфері історичного розвитку та сучасного стану санаторно-курортної справи в Україні та світі, підготовка до професійної діяльності в умовах санаторно-курортного закладу, в мультидисциплінарній команді фахівців.

Предмет вивчення – особливості організації процесу курортної справи. Успішне засвоєння дисципліни дозволяє бакалавру з фізичної терапії,

ерготерапії розширити коло застосування набутих раніше знань та практичних навичок для вирішення оздоровчих та реабілітаційних завдань та підвищить здатність трактувати патологічні процеси та порушення та застосовувати для їх корекції придатні засоби фізичної терапії, ерготерапії.

Під час вивчення дисципліни ЗВО має набути або розширити таку фахову компетентність, передбачену освітньою програмою:

Здатність трактувати патологічні процеси та порушення і застосовувати для їх корекції придатні засоби фізичної терапії, ерготерапії.

Основними завданнями вивчення навчальної дисципліни «Курортологія та дієтотерапія» є:

- ознайомлення ЗВО із загальними відомостями про курортну справу у системі охорони здоров'я та її складовими.
- ознайомити ЗВО з періодами розвитку курортної справи та основними етапами розвитку вітчизняної курортної справи.
- розкрити особливості управління санаторно-курортними закладами.
- ознайомити ЗВО з основами медичної кліматології, бальнеології та бальнеотехніки, грязелікування.
- надати знання про основні методи та засоби фізичної терапії, ерготерапії: терапевтичні вправи, функціональне тренування, масаж, природні та преформовані фізичні чинники у процесі реалізації індивідуальних програм з фізичної терапії, ерготерапії.

На практичних заняттях здійснюється розгляд базових теоретичних положень відповідно до завдань лекційного та практичного курсу, розв'язуються приклади, які сприяють формуванню фахового світогляду у вирішенні поставлених завдань щодо функціонування та реабілітації рухової функції людини.

Засобами оцінювання та методами демонстрування результатів навчання з дисципліни є поточний та семестровий контроль. Поточний контроль складається з опитувань, які проводяться під час лекцій та практичних занять. Запитання для поточного контролю знаходяться у відповідних методичних

рекомендаціях. Семестровий контроль проводиться у вигляді заліку, запитання до якого на початку семестру розміщується у системі дистанційного навчання. Залікові білети знаходяться в пакеті документації на дисципліну.

На кожному практичному занятті надаються питання, що саме ЗВО повинен знати і уміти з визначеної теми. До кожної теми додається список рекомендованої літератури, якої буде достатньо для опанування теми заняття і поглибленого вивчення даної проблеми.

Дотримання академічної доброчесності здобувачами освіти передбачає:

– самостійне виконання навчальних завдань, завдань поточного та підсумкового контролю результатів навчання (для осіб з особливими освітніми потребами ця вимога застосовується з урахуванням їхніх індивідуальних потреб і можливостей);

– посилення на джерела інформації у разі використання запозичених ідей, розробок, тверджень, відомостей;

– дотримання норм законодавства про авторське право і суміжні права;

– надання достовірної інформації про результати власної навчальної (наукової, творчої) діяльності, використанні методики досліджень і джерела інформації.

Порушення академічної доброчесності здобувачами вищої освіти можуть мати наслідки:

– повторне проходження підсумкового чи поточного оцінювання;

– повторне вивчення відповідного освітнього компонента освітньої програми;

– відрахування з Університету;

– позбавлення академічної стипендії.

Критерії оцінювання відповіді на практичних заняттях

Здобувач вищої освіти має представити усну доповідь або презентацію у форматі PowerPoint відповідно до теми заняття. Представлення однієї доповіді оцінюється у 1 бал.

– **0,9-1 бал** – оцінюється, якщо здобувач вищої освіти демонструє оригінальність ідеї, її обґрунтування та відповідність основним педагогічним законам; дає розгорнуту відповідь на проблемне питання, висловлює власні судження, підкріплює їх власними прикладами, проявляє творчий підхід, дотримується мовленнєвих норм і високого рівня обґрунтованості відповіді.

– **0,75-0,89 бала** – оцінюється, якщо здобувач вищої освіти демонструє оригінальність ідеї, її обґрунтування та відповідність основним педагогічним законам; дає розгорнуту відповідь на проблемне питання, втім не висловлює власні судження, а наводить запозичені (з посиланнями на джерела), підкріплює їх власними прикладами, проявляє творчий підхід, дотримується мовленнєвих норм і високого рівня обґрунтованості відповіді.

– **0,6-0,74 бала** – оцінюється, якщо здобувач вищої освіти демонструє оригінальність ідеї, є неточним при її обґрунтування, не вказує на відповідність її основним педагогічним законам; дає коротку відповідь на проблемне питання, висловлює запозичені судження (з посиланнями на джерела), не підкріплює їх власними прикладами, допускає помилки при дотриманні мовленнєвих норм і обґрунтованості відповіді.

– **0-0,59 бала** – оцінюється, якщо здобувач вищої освіти не демонструє оригінальність ідеї, не обґрунтовує її відповідності основним педагогічним законам; дає стислу відповідь на проблемне питання, висловлює запозичені судження (з посиланнями на джерела), не підкріплює їх власними прикладами, допускає помилки при дотриманні мовленнєвих норм і обґрунтованості відповіді.

Максимальна оцінка за відповіді на практичних – 7 балів.

ПЛАН ПРАКТИЧНИХ ЗАНЯТЬ

Назва змістових модулів, теми та короткий зміст навчальних занять
<p style="text-align: center;">ЗМІСТОВИЙ МОДУЛЬ 1</p> <p style="text-align: center;">ОСНОВИ ОРГАНІЗАЦІЇ САНАТОРНО-КУРОРТНОЇ СПРАВИ</p>
<p style="text-align: center;">Практичне заняття 1</p> <p style="text-align: center;">Курорти – провідний сегмент індустрії туризму.</p> <p><i>Стислий зміст.</i> Курорти: поняття, функції, різновиди, інфраструктура. Курортна справа в системі охорони здоров'я та лікувально-оздоровчому туризмі. Курортологія: визначення, завдання, напрямки.</p>
<p style="text-align: center;">Практичне заняття 2</p> <p style="text-align: center;">Історія розвитку санаторно-курортної справи</p> <p><i>Стислий зміст.</i> Періоди розвитку курортної справи. Основні етапи розвитку вітчизняної курортної справи.</p>
<p style="text-align: center;">Практичне заняття 3</p> <p style="text-align: center;">Історія розвитку курортної справи в Україні та світі.</p> <p><i>Стислий зміст.</i> Сутність і завдання курортної справи. Історія розвитку курортної справи у світі. Розвиток курортної справи в Україні.</p>
<p style="text-align: center;">ЗМІСТОВИЙ МОДУЛЬ 2</p> <p style="text-align: center;">ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ У САНАТОРНО-КУРОРТНИХ ЗАКЛАДАХ</p>
<p style="text-align: center;">Практичне заняття 4</p> <p style="text-align: center;">Основи медичної кліматології.</p> <p><i>Стислий зміст.</i> Поняття та завдання медичної кліматології. Типи клімату й погоди та їхній вплив на організм людини: адаптація, акліматизація, загартовування. Головні методи кліматотерапії. Фізичні та фізіологічні основи дозиметрії та дозування кліматолікувальних процедур. Курортні ландшафти та їхнє використання в рекреаційних цілях.</p>
<p style="text-align: center;">Практичне заняття 5</p> <p style="text-align: center;">Термотерапія в санаторно-курортному лікуванні.</p> <p><i>Стислий зміст.</i> Термотерапія: поняття, сутність, різновиди. Парафінолікування.</p>

Озокеритолікування. Лікування нафталанською нафтою. Лікувальна дія пари.

ЗМІСТОВИЙ МОДУЛЬ 3

ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ У САНАТОРНО-КУРОРТНИХ ЗАКЛАДАХ

Практичне заняття 6

Бальнеологія як розділ курортології. Внутрішнє використання мінеральних вод.

Стислий зміст. Головні бальнеологічні групи мінеральних вод. Лікувальний вплив основних складових мінеральних вод. Механізм лікувальної дії мінеральних вод. Класифікація питної води. Фізіологічний і лікувальний ефект питної мінеральної води. Методи вживання мінеральної води. Показання та контрацепція для внутрішнього вживання мінеральних вод. Спеціальні методи місцевого використання мінеральної води.

ЗМІСТОВИЙ МОДУЛЬ 4

ОСОБЛИВОСТІ ДІЄТОЛОГІЇ ТА ДІЄТОТЕРАПІЇ

Практичне заняття 7

Види дієтотерапії при надлишковій вазі, значення.

Стислий зміст. Розвантажувальні дієти. Піст і голодування, їх роль у формуванні здоров'я. Вегетаріанство, його значення для здоров'я. Харчування за групами крові. Особливості роздільного харчування, його роль у формуванні здоров'я.

Змістовий модуль 1

ОСНОВИ ОРГАНІЗАЦІЇ САНАТОРНО-КУРОРТНОЇ СПРАВИ

Тема 1: Курорти – провідний сегмент індустрії туризму.

Стислий зміст заняття.

Курорти: поняття, функції, види, інфраструктура

Наука про курорти розвинулась в міру накопичення знань про цілющі природні фактори у зв'язку з розширенням мережі курортів і розвитком курортної справи в цілому. Курорт (від нім. Kurort, от Kur – лікування и Ort – місце) – освоєна природна територія на землях оздоровчого призначення, що має природні лікувальні ресурси, необхідні для їх експлуатації будівлі та споруди з об'єктами інфраструктури, яку використовують з метою лікування, медичної реабілітації, профілактики захворювань та для рекреації і підлягає особливій охороні.

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

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

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

Основні природні лікувальні ресурси: клімат; мінеральні і термальні води; лікувальні грязі; озокерит; ропа лиманів та озер; морська вода; природні об'єкти і комплекси із сприятливими для лікування кліматичними умовами, придатні для використання з метою лікування, медичної реабілітації та профілактики захворювань

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

Функції курортів:

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

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

Загальні вимоги до курортів:

1. Наявність вивчених природних лікувальних чинників, що забезпечують нормальне функціонування курорту і його розвиток.

2. Необхідні технічні пристрої для раціонального застосування курортних чинників (ванні будівлі, басейни, грязелікарня, аеросолярії, пляжі та ін.).

3. Спеціально пристосовані приміщення для лікування і житла (санаторії, дома відпочинку).

4. Наявність лікувально-профілактичних установ, що забезпечують медичне обслуговування хворих.

5. Наявність оздоровчих установ, спортивних споруд і майданчиків.

6. Наявність установ суспільного користування, підприємств громадського харчування, торгівлі і побутового обслуговування, культурно-просвітницьких установ.

7. Впорядкування, що відповідає всім вимогам санітарно-гігієнічних норм (водопровід, каналізація, підтримка чистоти території).

8. Зручні шляхи і засоби сполучення.

9. Необхідність дотримання загальнокурортного режиму.

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

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

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

Функціональні зони на території курортів: 1) курортна; 2) комунально-складська; 3) зелена зони та ін.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Під курортною справою розуміють сукупність усіх видів науково-практичної діяльності з організації й профілактики захворювань, лікування й реабілітації хворих на основі використання природних лікувальних ресурсів, вивчення їх властивостей і механізмів дії, комплекс заходів з організації, будівництва, управління курортами, забезпеченню лікування та культурно-побутового обслуговування громадян, експлуатації й охороні природних лікувальних ресурсів і санітарній охороні курортів.

Завдання курортної справи:

- розробка наукових основ організації курортної справи, питань управління й економічного регулювання цієї діяльності;
- розробка методів і технологій санаторно-курортного лікування й оздоровлення;
- пошук курортних ресурсів;

- вивчення потреби населення в санаторно-курортному оздоровленні й лікуванні, зокрема рекреаційних потреб;
- розробка правових аспектів курортної діяльності, ліцензування, стандартизації й сертифікації курортних послуг;
- експлуатація курортних об'єктів (здравниць, курортної інфраструктури);
- удосконалювання технологій і підвищення якості курортного обслуговування, зокрема розміщення, харчування, анімаційно-дозвілєвої діяльності;
- розробка наукових основ і нормативів санаторно-курортної інфраструктури, благоустрою, зокрема санітарної охорони курортів.

Соціальні завдання курортної справи:

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

Принципи державної політики у сфері курортної справи:

- законодавче визначення умов і порядку організації діяльності курортів;
- забезпечення доступності санаторно-курортного лікування для всіх громадян, насамперед для інвалідів, ветеранів війни та праці, учасників бойових дій, громадян, які постраждали внаслідок аварії на Чорнобильській АЕС, дітей, жінок репродуктивного віку, які страждають на гінекологічні захворювання, хворих на туберкульоз та хворих із травмами і захворюваннями спинного мозку та хребта;
- урахування попиту населення на конкретні види санаторно-курортних послуг під час розроблення та затвердження загальнодержавних і місцевих програм розвитку курортів;

- економне та раціональне використання природних лікувальних ресурсів і забезпечення їх належної охорони;
- сприяння перетворенню санаторно-курортного комплексу України у високорентабельну та конкурентоспроможну галузь економіки.

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

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

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

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

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

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

Наукову медичну основу курортної справи становить курортологія.

Курортологія: визначення, завдання, напрямки

Під курортологією розуміють медичну наукову дисципліну, що вивчає цілющі властивості природно-кліматичних і преформованих фізичних факторів,

характер їх дії на організм людини, можливості їх використання для лікування й профілактики захворювань, а також з метою оздоровлення.

Сучасна курортологія – медична навчальна дисципліна, яка вивчає лікувальні властивості природних фізичних факторів, характер їх дії на організм людини, можливості їх застосування з лікувальною і профілактичною метою на курортах і поза їх межами, яка розробляє рекомендації для санаторно-курортного лікування і методи застосування курортних факторів під час різних захворювань.

Завдання курортології:

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

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

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

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

Розмаїтість рекреаційних потреб окремих споживачів, наявність різних етнічних, соціальних, вікових та інших груп споживачів із відмінними рекреаційними уподобаннями й цільовими пріоритетами спричинила появу цільової спеціалізації організацій курортно-рекреаційного профілю. Сьогодні провідні курорти світу прагнуть розвиватися як полі функціональні багатоцільові тур центри. Наявна також тенденція до поглиблення й

закріплення вузької турпродуктної спеціалізації того або іншого курорту, підкріплена багаторічними традиціями й престижем.

Знати:

1. Сутність курортна справа в системі охорони здоров'я та лікувально-оздоровчому туризмі.
2. Загальні відомості про структуру функції, різновиди, інфраструктура курортів.
3. Визначення, завдання, напрямки розвитку курортології як науки.

Уміти:

1. Охарактеризувати основи курортної справи в системі охорони здоров'я та лікувально-оздоровчому туризмі.
2. Охарактеризувати завдання, функції, різновиди, інфраструктуру курортів.

Рекомендована література: [1, 3, 4, 6]

Тема 2. Історія розвитку санаторно-курортної справи.

Стислий зміст заняття.

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

5 тис. р. тому – найдавніші курортні споруди міста Махенджо-Даро в Індії.

X ст. до н. е. – опис у першому пам'ятнику індійської літератури «Рігведа» обмивань у священних водах ріки Ганг.

Греція – батьківщина першого у світі документально зафіксованого бальнеологічного курорту Терми.

V ст. до н. е. – III ст. н. е. – опис лікувальних джерел у працях Гіппократа, Плутарха (гарячих джерел на острові Евбея), Гая Плінія Старшого (сірчисті лікувальні джерела Каллірхо), Гая Плінія Молодшого, Клавдія Галена, Антіла.

Цілющі підземні води згадуються у Старому й Новому Завітах (Силоамська купальня і священне озеро Бетседа поблизу Єрусалима).

III ст. н. е. – лікувальна місцевість Цивітас-Аурелия-Аквензис. Після зруйнування алеманами відроджена в X ст. за назвою Бадон.

Кінець III ст. н. е. – рецепти приготування ванн із настою лікарських рослин (лавр, ориган та ін.), а також штучних мінеральних ванн лікаря Антіла.

У Середньовіччі відомими курортами Європи стали Пломб'єр-ле-Бен й Ахен (Франція), які були улюбленими місцями відпочинку французьких королів.

V-VI ст. – використання парових лазень східними слов'янами.

1113 р. – Нестор у «Повісті врем'яних літ» описує слов'янські дерев'яні лазні.

X-XIII ст. – опис слов'янських лазень (мовня, мовница, мильня) у літописах. XIII ст. – заснування римлянами поселення Апоніум на мінеральних джерелах (нині курорт Абано-Терме).

Початок XIV в. – відновлений популярний у Німеччині курорт Баден-Баден (раніше Бадон).

1358 р. – заснування всесвітньо відомого курорту Карлсбад в Чехії.

XV ст. – «Трактат про італійські мінеральні води» Дж. Савонароли – перший медико-курортологічний довідник з емпірично-науковим описом цілющих властивостей мінеральних вод та методик їхнього зовнішнього використання з лікувальними цілями.

XV-XVI ст. – у літературі починає розглядатися питання будівництва, устаткування та порядку експлуатації установ бальнео- і грязелікарень.

XVI ст. – з'являються перші ознаки виокремлення водолікування в медичну дисципліну в лекціях Фаллопія щодо основ фізико-хімічного складу природних вод і доцільності їхнього використання в лікувальних цілях. Дослідження фізико-хімічного складу мінеральних вод лікарем-алхіміком Турнейсером.

1578 р. – Войцех Очко публікує в Кракові книгу «Теплиці», присвячену Яворівським цілющим мінеральним джерелам, «які із земних глибин виходять і гарячу пару виділяють».

Середина XVI ст. – уперше після падіння давньоримського ладу в Європі на законодавчому рівні Габсбургами регламентовано правила створення, облаштування та експлуатації курортних закладів. У Карлсбаді введено податок, що стягується з пацієнтів; встановлено порядок проведення лікувальних заходів. початок XVII ст. – у Франції створена курортна інспектура, завдання якої – нагляд за станом курортів та їхньою експлуатацією. Перші спроби промислового розливу різних мінеральних вод.

1603 р. – король Генріх IV видає указ про установа посади інспекторів, що обмежував можливості експлуатації курортів приватними підприємцями. Згодом королі Людовик XIV, Людовик XV і Людовик XVI видають спеціальні укази щодо нагляду за мінеральними джерелами.

1617 р. – видатний лікар епохи Ренесансу доктор медицини Еразм Сикст Львів'янин видає книгу «Про теплиці в Шкло».

1631 р. – запис в Ужгородській інвентарній книзі щодо наявності мінеральних джерел та водолікарні.

XVI-XVII ст. – у Європі остаточно сформувалася мережа примонастирських та світських бальнеологічних курортів, курортна справа виокремилася в самостійну галузь господарської спеціалізації та окремий напрям офіційної медицини.

XVIII ст. – дослідження хімічного складу мінеральних вод німецьким вченим Ф. Гофманом, який вважається фундатором наукової бальнеології.

XVIII ст. – лікування водою застосовують лікарі в різних країнах Європи (Німеччина, Італія, Франція, Англія, Чехія та ін.).

Кінець XVIII ст. – грязелікування набуло широкого застосування в Європі, але тільки на початку XIX ст. його почали проводити під медичним контролем.

Масштабні соціально-економічні трансформації кінця XVIII – початку XIX ст. дали поштовх до активізації рекреаційного аспекту життя людини. Розвиток промисловості, торгівлі й транспорту викликав інтенсивний розвиток європейських курортів на основі комерційного підходу.

Клініко-фізіологічні засади бальнеокліматології були закладені в XVIII ст. Р. Расселом (Великобританія), у XIX–початку XX ст. – О. Лібрайхом, К. Гределем (Німеччина), Ш. Л. М. Дюран-Фарделем (Франція), Фругоні, Л. Девото (Італія).

1792 р. – з ініціативи англійського лікаря Р. Рассела заснований перший дитячий приморський санаторій у Маргіті.

1796 р. – професор Угорського університету П. Китайбел уперше вивчає хімічний склад мінеральних вод Закарпаття.

Кінець XVIII – початок XIX ст. – час становлення доступного для широких верств населення організованого лікувального туризму.

1804 р. – лікар М. Шагін публікує докторську дисертацію «Про мінеральну воду в місті Кам'янець-Подільський» (Віденський університет, Австрія).

1807 р. – французький хімік Фелікс де Сер проводить перший аналіз сакських лікувальних грязей.

1821 р. – аптекар К. Штеллер вивчає хімічний склад немирівської мінеральної води.

1822 р. – шведський хімік І. Я. Берцеліус вперше зробив точні хімічні аналізи карлсбадських джерел і розробив методи визначення складу мінеральних вод. друга пол. XIX ст. (з 1863 р.) – поява перших гірських курортів – кліматичних та гірськолижних: Шамоні, Санкт-Моріц, Кран-Монтана, Борміо, Давос, Інсбрук.

1823 р. – доктор медицини А. А. Черський вивчає хімічний склад сульфідних мінеральних вод Синяцького родовища.

1825 р. – А. Нікітін видав книгу, в якій подано ґрунтовні рекомендації щодо застосування прісних ванн різної температури, штучних і природних мінеральних ванн, морських купань, озерної та морської грязі.

1827 р. – створення Сакської грязелікарні – першого грязьового курорту України. Відкриття хіміком-аптекарем Т. Торосевичем у Трускавці водолікарні з сірчано-солоними ваннами. У Слов'янську штаб-лікар А. Я. Яковлев використовує мінеральні води оз. Ріпне для лікування хворих солдатів Чугуївського військового шпиталю. Створення дивізійним лікарем Е. С. Андрієвським в Одесі на березі Куяльницького лиману бальнеолікарні.

1828 р. – заснований курорт Стара Руса, в 1830-х рр. – Одеські грязьові курорти, в 1833 р. – Сергієвські Мінеральні Води, в 1837 р. – Друскінінкай, в 1838 р. – Кемері, в 1848 р. – Усольє, в 1867 р. – Білокуриха та ін.

Друга пол. ХІХ ст. – досліджені лікувально-кліматичні місцевості Криму, Сакське та Тінакське грязьові озера, в Середній Азії – Іссик-Куль, Ак-Суу, Джалал-Абад, на території Казахстану – Алма-Арасан, в Грузії – Боржомі, Цхалтубо.

1848 р. – створення за рекомендацією проф. Гісгагена Чокракської грязелікарні – відділення керченського військового шпиталю.

1850 р. – відкриття кіновії та купальні у цілющого джерела Святих Козьми й Даміана (за 18 км. від Алушти, біля підніжжя Чатир-Дагу у витоках р. Альма).

1867 р. – неврологом О. М. Мочутковським в Одесі створено перше в Україні бальнеологічне товариство.

Діяльність одного з перших національних товариств – Німецького бальнеотовариства (1878 р.) продовжує Об'єднання німецьких лікарів-курортологів, разом з аналогічним австрійським товариством. Серед найбільших національних товариств – Асоціація італійських бальнеологів, кліматологів і фізіотерапевтів, Японське бальнеологічне товариство, Французьке бальнеологічне товариство.

1878 р. – офіційне відкриття курорту Моршин на місці колишніх солеварень ХІV ст.

80-ті рр. XIX ст. – вперше застосовують термін «санаторій» у Німеччині після того, як 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».

1881 р. – проф. В. Радзішевський вивчає хімічний склад мінеральної води джерела № 1 у Моршині.

1884 р. – лікар М. П. Огранович в Ялті відкриває Чукуларську кліматичну станцію – перший у Криму курортно-лікувальний заклад.

1886 р. – спорудження на березі Мойнакського озера в Євпаторії першої приватної грязелікувальної установи лікарів С. І. Ходжаша й С. П. Цеценовського.

1887 р. – І. Болеман у Будапешті описує у книзі курорти й мінеральні води Закарпаття.

До кінця XIX – початку XX ст. – сформована система курортів, які функціонували на підприємницькій основі як комерційні підприємства.

1890 р. – нагородження ялтинського лікаря В. М. Дмитрієва Срібною медаллю за наукову працю «Кліматичні особливості Південного берега Криму».

1892 р. – присудження м. Ялта Золотої медалі «За зразковий санітарний стан. Вихід у світ книги лікаря-гідропата В. Б. Камінського «Короткий опис домашнього використання деяких факторів природного лікування».

З початком XX ст. великою популярністю в Німеччині користувалися лабораторія бальнеофізіології в Берліні, курортні клініки в Бад-Наухаймі та Дрездені.

1900 р. – відкриття в Ялті Єлпатьєвського добродійного пансіону «Яузлар» для туберкульозних хворих.

1902 р. – відкриття першого в Європі дитячого кістково-туберкульозного санаторію.

1906 р. – відкриття в Києві доктором Й. М. Гарлінським інституту фізичних методів лікування (з 1918 р. – центральна фізіотерапевтична поліклініка).

1907 р. – присудження в м. Спа (Бельгія) Великої золотої медалі слов'янським грязям.

1911 р. – відкрито на березі Сакського озера народну лікарню за ініціативою проф. С. С. Налбандова і проф. М. Н. Бурденка.

1913 р. – серед 500 відомих джерел мінеральних вод і родовищ лікувальних грязей їх використовують тільки на 36 курортах.

1914 р. – з ініціативи Бальнеологічного товариства заснований Національний інститут гідрології і бальнеології в Парижі.

1914 р. – 1 травня в Севастополі створено Романівський інститут фізичних методів лікування – перша наукова та навчальна установа у вітчизняній фізіотерапії (директор – проф. О. Ю. Щербак). Прийнято «Закон про санітарну і гірську охорону лікувальних місцевостей», до якого були включені місця з джерелами мінеральних вод і лікувальними грязями, морськими купаннями, кумисолікуванням, а також кліматичні станції. Присудження в м. Спа (Бельгія) кубка «Гран-прі» і Золотої медалі мінеральній воді джерела Феодосії «Паша-тепе». Прийнятий закон «Про санітарну та гірську охорони лікувальних місць, до яких були включені місця з джерелами мінеральних вод і лікувальними грязями, морськими купаннями, кумисолікування і кліматичні станції».

1917 р. – організація у Миргороді лікарем Н. Зубковським першої водолікарні. Розвиток курортології як самостійного наукового розділу почався на початку 20-х років минулого століття. Саме тоді набув поширення термін «курортологія».

1921 р. – в Лондоні створено Міжнародне товариство медичної гідрології, що об'єднало наукові товариства і вчених понад 40 країн.

1921-1922 рр. – почали функціонувати курорти Чорноморського узбережжя Кавказу – Гагра, Сухумі, почалося відновлення курортів Боржомі,

Абастумані, прийняв хворих Сестрорецьк. 01.01.1922 р. – засновано Ялтинський інститут кліматотерапії туберкульозу.

1924 р. – впровадження О. Р. Киричинським на кафедрі нервових хвороб Київського інституту вдосконалення лікарів першого курсу лекцій із клінічної фізіотерапії.

16.04.1925 р. – відкрито установу санаторного типу «Артек» у Гурзуфі.

28.05.1925 р. – в Лівадійському палаці відкрито перший селянський санаторій. Відкритий у ДІФМЛ ім. І. М. Сеченова в Севастополі навчальних курсів з фізіотерапії та курортології для лікарів і медсестер.

1927 р. – організація кафедри фізіотерапії при Харківському інституті удосконалення лікарів (проф. Є. О. Черніков), нині – каф. фізіотерапії й курортології ХМАПО (зав. каф., проф. Л. Д. Тондій).

1928 р. – створення в Одесі бальнеофізіотерапевтичного інституту (з 1992 р. – Український НДІ мед. реабілітації й курортології).

1929 р. – затвердження на актінологічному конгресі в Парижі системи дозування сонячних опромінювань, запропонованої в Ялті проф. П. Г. Мезерницьким. Будівництво санаторно-курортних установ одержало розвиток у 1929-1932 роках.

1930 р. – створення в Одесі кафедри фізіотерапії інституту вдосконалення лікарів у НДІ курортології (зав. каф. – М. С. Біленький).

1933-1941 рр. – стрімкий розвиток санаторно-курортного будівництва. Здійснюються масштабні заходи з упорядкування гідромінерального й бальнеотехнічного господарства санітарної охорони курортів. Із метою вивчення курортних ресурсів країни створювалися численні експедиції.

1944 р. – організація проф. О. Р. Киричинським кафедри фізіотерапії при Київському ІУВ (нині – кафедра фізіотерапії і курортології КМАПО ім. П. Л. Шупика, зав. кафедри – проф. О. А. Владіміров). У роки II світової війни на базі санаторіїв була розгорнута потужна мережа тилових госпіталів, спеціалізованих «курортних» госпіталів для доліковування поранених. Курорти й санаторії, що

опинилися на тимчасово окупованій німецько-фашистськими загарбниками території, піддалися повному або частковому знищенню й розгарбуванню.

У першій пол. ХХ ст. курортна мережа Європи пережила чергову еволюційну трансформацію від поселень для лікування приїжджих з різними недугами до центрів масового туризму для людей, які дотримуються активного здорового способу життя. Цей період формує фундамент 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.

1951 р. – М. Мессіні видав «Трактат про клінічну гідрокліматологію», а в 1957 р. – огляд «Мінеральні води світу».

1952 р. – створене об'єднане Товариство фізіотерапевтів і курортологів, що провело сім з'їздів. Його друкований орган – журнал «Питання курортології, фізіотерапії й лікувальної фізичної культури» (1923 р.), далі виходив під різними назвами: «Курортна справа», «Курорти, фізіотерапія й робочий відпочинок», «Фізіотерапія», «Питання курортології» та ін.

1956 р. – підпорядкування Україні Управління курортами, санаторіями і закладами відпочинку. Реорганізація управління санаторно-курортним справою, об'єднання та укрупнення дрібних установ.

1958 р. – створено Інститут медичної кліматології (Філадельфія, США) з відділеннями бальнеології, метеорології, геофізики й біології, який спеціалізувався на вивченні курортних ресурсів країни й виробляв рекомендації щодо розвитку санаторно-курортної справи. Власники західних курортів організували Міжнародну федерацію з курортної справи, головними завданнями якої були соціальні проблеми курортної справи, зокрема організація курортної допомоги інвалідам Другої світової війни. Надалі діяльність Федерації звелася до рішення економічних питань курортної індустрії. Силами Федерації на курортах Західної Європи проведені роботи зі стандартизації і класифікації мінеральних вод і лікувальних грязей та гідротермальної техніки. Головна тенденція останніх років на курортах Заходу

– широке поширення SPA-технологій і косметологічних процедур, для яких було розроблено й впроваджене найсучасніше технологічне устаткування. Особливість західної курортологічної школи – створення вузькоспеціалізованих висококомфортних клінік для лікування якої-небудь однієї патології або застосування преформованого або природного монофактору (апарата або технології).

1958 р. – присудження на Всесвітній виставці в Брюсселі Срібної медалі проекту ялтинської санаторію «Чорномор'я» (архітектор Л. Інбер). Центральний інститут курортології об'єднаний із Державним інститутом фізіотерапії у Центральний НДІ курортології й фізіотерапії – координуючий центр досліджень у галузі курортології.

1959 р. – у Києві пройшла перша Всеукраїнська конференція фізіотерапевтів і курортологів. Вихід книги О. Р. Киричинського «Рефлекторна фізіотерапія».

1960 р. – госпрозрахункові санаторії, будинки відпочинку, курортні лікарні, поліклініки і пансіонати передані в підпорядкування профспілок.

1963 р. – в Ялті до сторіччя від дня народження проф. О. Ю. Щербака відбувся перший з'їзд фізіотерапевтів та курортологів України.

З 1964 р. – створення профспілками спеціальної мережі санаторіїв та відділень для підлітків 15-17 років.

1965 р. – створення в Кримському медичному інституті, вперше серед медичних вузів, кафедри фізіотерапії та курортології (зав. кафедри, доц. М. М. Богданов).

1966 р. – вихід в Одесі республіканської міжвідомчої збірки «Фізичні і курортні чинники та їхнє лікувальне застосування» (з 1977 р. – «Курортологія і фізіотерапія»).

1970 р. – постанова «Про заходи щодо впорядкування забудови територій курортів і зон відпочинку і будівництва санаторно-курортних закладів і закладів відпочинку».

З 1971 р. – розпочата організація абсолютно нового типу дитячих оздоровчих установ – спеціалізованих санаторних дитячих установ цілорічної дії.

1976 р. – створення при Одеському медичному інституті кафедри фізіотерапії і курортології.

1978 р. – в Євпаторії відкрито НДІ дитячої курортології (з 1991 р. – Укр. НДІ дитячої курортології й фізіотерапії, директор – проф. М. П. Дриневський, нині – д. м. н. Т. Ф. Голубова). Створення в Одесі при Українському НДІ курортології Спеціалізованої Заради з захисту кандидатських (з 1993 р. – докторських) дисертацій за фахом «Курортологія й фізіотерапія». Створення факультету вдосконалення лікарів у Кримському медичному інституті (декан – проф. М. П. Буглак) та кафедри фізіотерапії й курортології (зав. каф. – доц. Б. В. Богуцький, нині – кафедра фізіотерапії ФПО КДМУ ім. С. І. Георгієвського (зав. кафедри – проф. В.В. Єжов).

1980 р. – створення в Євпаторії кафедри фізіотерапії й курортології дитячого віку ФУВ КМІ (нині – кафедра педіатрії з курсом фізіотерапії ФПО КДМУ ім. С. І. Георгієвського).

1982 р. – постанова «Про заходи щодо подальшого поліпшення санаторно-курортного лікування та відпочинку трудящих та розвитку мережі здравниць профспілок».

До кінця ХХ ст. туристсько-рекреаційні потреби у системі життєвих потреб сучасної людини виростили з класу другорядних до групи нагально необхідних потреб, без яких людина не мислить свого повноцінного існування.

1991 р. – відкриття Полтавського бішофіту – лікувального природного мінералу, який широко використовують у сучасній курортній практиці.

1992 р. – впровадження низки реформ, що зруйнували основи колишнього функціонування курортного комплексу країни й спричинили кризу в курортній сфері.

1992 р. – Федерацією профспілок України, Фондом соцстрахування України та Українською республіканською радою з управління курортами

профспілок на базі курортних закладів профспілок України засновано акціонерне товариство лікувально-оздоровчих закладів профспілок України «Укрпрофоздоровниця». Створено Український державний центр стандартизації й контролю якості природних і преформованих ресурсів та геологічна служба ЗАТ «Укрпрофоздоровниця».

1993 р. – реорганізація Ялтинського НДІ ім. І. М. Сеченова в Кримського республіканського НДІ фізичних методів лікування й мед. кліматології ім. І. М. Сеченова (директор проф. С. С. Солдатченко).

1994 р. – випуск в Євпаторії першого номера журналу «Вісник фізіотерапії й курортології» (головний редактор – проф. М. М. Каладзе). Випуск в Одесі першого номера журналу «Медична реабілітація, курортологія і фізіотерапія» (головний редактор – проф. К. Д. Бабов)

Протягом 1990-1995 рр. чисельність курортників зменшилася більш ніж у 3,6 рази, кількість місць у здравницях – на 34%. Вийшли нормативні терміни експлуатації більше 1,5 тис. дерев'яних корпусів на 49 тис. місць, а 107 здравниць на 33,6 тис. місць потребували повної реконструкції.

26.11.1997 р. – Установчим з'їздом була затверджена Всеукраїнська асоціація фізіотерапевтів та курортологів (ВАФК) – член FEMTES (Всесвітня федерація водолікування та кліматолікування).

1998 р. – у Хмільнику пройшов Перший національний конгрес ВАФК.

Протягом 1999-2000 рр. – показники рекреаційного обслуговування значно збільшилися.

05.10.2000 р. – Верховною Радою України прийнято Закон України «Про курорти».

2001 р. – створена Проблемна комісія МОЗ і АМН України «Санаторно-курортне лікування».

26-28 квітня в Євпаторії відбувся перший Республіканський конгрес курортологів та фізіотерапевтів Криму.

2003 р. – першим член-кореспондентом АМН України за фахом «Курортологія і фізіотерапія» вибрано президента ВАФК проф. М. В. Лободу.

2005 р. – введення ВАК України наукової медичної спеціальності «Медична реабілітація, фізіотерапія і курортологія».

2006 р. – присуджено щорічну Державну премію України в галузі науки і техніки за роботу «Наукова розробка, організація і впровадження системи санаторно-курортного оздоровлення і лікування вагітних в Україні» (чл.-кор. АМН, проф., д-р мед. наук, М. В. Лобода, проф., д-р мед. наук О. А. Владимиров, д-р мед. наук Н. І. Тофан).

Знати:

1. Сутність характеристики періодів розвитку курортної справи.
2. Характерні особливості становлення основних етапів розвитку вітчизняної курортної справи.

Уміти:

1. Обґрунтовано розкривати сутність характеристик періодів розвитку курортної справи.
2. Здійснювати обґрунтований аналіз характерних особливостей становлення основних етапів розвитку вітчизняної курортної справи.

Рекомендована література: [2, 3, 4]

Тема 3. Історія розвитку курортної справи в Україні та світі

Стислий зміст заняття.

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 – використанні 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 повітря, аеротерапія – використання повітря лікувальних і оздоровчих цілях/

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

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

4) кінезітерапія – лікування рухом, фізична культура – активний відпочинок та 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, радонолікарень, грязелікарень, соляріїв, аерарії, басейнів та аквапарків, тематичних та природних парків тощо.

Таким чином, науково-практична діяльність на курортах достатньо різноманітна та включає кілька основних напрямків.

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 сертифікаті 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.

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 обсягу.

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, незбереженість. 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.

Під рекреаційної 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 звичайного середовища проживання. У результаті подорож, оздоровлення та відпочинок на курорті стають важливими компонентами, визначальними цю форму рекреації, що відноситься до туризму і курортної справи.

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 як рекреацію (наприклад, у вигляді ділових поїздок або відвідувань родичів), так і саме 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.

Історія розвитку курортної справи у світі

Аналіз різних наукових підходів щодо ретроспективної періодизації становлення й розвитку курортної справи в Європі й світі 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, жерців 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 жерці 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 та підходи до організації водолікарень. 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 XXI ст. є одним із найфешенебельніших термальних центрів Греції.

Греція – «колыска» народження професії практикуючих лікарів-курортологів. 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 курортологічна наука. Так, римський лікар-курортолог Архітен (I 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 та міста 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 Апеннін. процвітають до сьогодні як найпрестижніші у світі SPA-комплекси (Абано-Терме, Сан-Джуліано-Терме, Сан-Кашіано-Терме, Баньї-ді-Кашіана. Монтекатіні-Терме. Монсуммано-Терме, Сан-Пеллегріно-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 аббревіатура 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 «темник століть» – час пюндрування, занехаювання й забуття курортологічної спадщини античної цивілізації.

Занепад прогресивної античної культури, період «темних століть» та становлення варварських королівств, зростання ідеологічного тиску католицизму, що засуджував та жорстоко переслідував будь-які прояви піклування про гріховну людську плоть, цинічне насаджування 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 європейської 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 замські 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 дослідження 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 водолічиць 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. Карпові 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 нічницями 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 гірськолижні: Шамоні, Санкт-Моріц, Кран-Монтана. Борміо, Давос, Інсбрук та ін. Процес курортного освоєння території зміщується від виходів континентальних джерел мінеральних вод та пелоїдів 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 окремий літературний жанр – туристичні путівники й нотатки, які тиражувалися багатотисячними накладами н 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.

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. *salvo* – лікую, зцілюю) вперше стали застосовувати 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 ХХ ст. курортна мережа Європи пережила чергову еволюційну трансформацію від поселень для лікування приїжджих з різними недугами до центрів масового туризму для людей, які дотримуються активного здорового способу життя. У свідомості пересічного європейця змінився сам сенс поїздок на курорти: розважально-відпочинкові мотиви витіснили лікувальні. Відповідно докорінної реорганізації зазнала вся курортна індустрія – питання різнобічного відпочинку, естетичного задоволення, веселощів і розваг лягли в основу сучасних конкурентних стратегій розвитку курортних поселень світу.

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

9. Сучасний період поглиблення масштабів курортного освоєння рекреаційних ресурсів континенту, інтенсифікації їх експлуатації, курортної урбанізації та перетворення курортних центрів на по-пі функціональні 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 виростили 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. 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 виокремила 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 тур оператори, 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 туроператорів. 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.

На початку XXI століття провідні курорти світу намагаються розвиватися як поліфункціональні багатоцільові туристичні центри. 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.

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-пристосувальних 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.) та у Моршині (1877 р.) Львівської області; Березівці під Харковом (1862 р.) та у Миргороді Полтавської області (1917 р.): грязьові – на Ганському озері в Криму (1799 р.), на Одеських лиманах (1829 р.), на Славянських озерах у Донбасі (1832 р.), у Євпаторії (1890 р.) та у Бердянську Запорізької області (1902 р.).

За ці роки методи санаторно-курортного впливу з емпіричних перетворилися в науково-обґрунтовані 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, після інфарктних 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, зростає 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. Різне 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 прорахунок 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.

Знати:

1. Сутність і завдання курортної справи.
2. Історія розвитку курортної справи у світі.

Уміти:

1. Аналізувати особливості розвитку курортної справи в Україні.
2. Обґрунтовано характеризувати особливості розвитку курортної справи у світі.

Рекомендована література: [2, 3, 4, 5]

Змістовий модуль 2

ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ У САНАТОРНО-КУРОРТНИХ ЗАКЛАДАХ

Тема 4. Основи медичної кліматології

Стислий зміст заняття.

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

Сонячний спектр охоплює:

➤ інфрачервоне випромінювання, IR (760-2800 нм) – визначає надходження тепла на земну поверхню, що виражається в температурному

режимі. ІЧ-промені проникають у тканини тіла на 2-3 см і достатньо активно впливають на розширення кровоносних судин, що сприяє підсиленню кровообігу в шкірі й підшкірно-жировій клітковині й активізації окислювально-відновлювальних процесів;

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

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

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

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

Типи ультрафіолетового випромінювання:

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

➤ тип В, UVB (290-320 нм) – середні хвилі UV-випромінювання, частина яких поглинається хмарами, а інша – озоновим шаром. Лише 5% з них

досягають поверхні Землі. Найактивніші з десятої ранку до четвертої години вечора. Викликають сонячні опіки, сприяють засмазі;

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

Засмага – це захисна реакція організму на сонячне випромінювання.

Механізм утворення засмаги: у поверхневому шарі шкіри між плоскими лускатими клітинами, що поступово відмирають і злущуються, розташовані клітини-меланоцити, у яких у наслідок складних перетворень утворюється пігмент меланін (від гр. melas – чорний), що заповнює клітини зовнішнього рогового шару шкіри, завдяки чому вона змінює колір. Засмага є природним фільтром, що затримує до 90% УФ-опромінення. Появі захисного бар'єра передують сонячний опік: виникає еритема – почервоніння й набряк шкіри з ушкодженням декількох її шарів. З кожним днем роговий шар шкіри потовщується, а шкірний покрив із посиленням пігментації стає грубішим і жорсткішим. Отже, захист проти ультрафіолету з'являється завдяки ушкодженню інших структур.

Регулярне передозування UV-випромінюванням може призвести до незворотних процесів в організмі: хронічного пошкодження шкіри, фотостаріння, зміни генетичного матеріалу, передракових станів та раку шкіри.

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

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

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

Різновиди: фізичні й хімічні.

SPF (від англ. Sun Protective Factor – сонцезахисний фактор) – параметр, що показує, якого ступеня захисту від сонця можна очікувати від того або

іншого препарату. Термін запропонований австралійським ученим Ф. Грайтером у 1962 р. Фільтри SPF – це захист від UVB-променів, захист від UVA-променів – фільтри IPD (immediate pigment darkening – миттєве потемніння) і PPD (persistent pigment darkening – відстрочене потемніння). Функцію захисту SPF можна розрахувати за такою формулою: рівень SPF, зазначений на тюбику, помножити на кількість хвилин, за які шкіра червоніє на сонце. У світлошкірих людей цей час становить близько 10-15 хв. Наприклад, якщо зазвичай людина одержує опік за 10 хв, використовуючи крем, рівень захисту якого SPF 15, то час безпечного перебування на відкритому сонці збільшується до 150 хв. Після закінчення цього часу шар крему необхідно поновити. Для європейських виробників фотозахисних засобів сьогодні існує єдина класифікація Colipa, що оцінює допустимі значення SPF: низький фотозахист – 2-4-6; середній фотозахист – 8-10-12; високий фотозахист – 15-20-25; дуже високий фотозахист – 30-40-50; максимальний фотозахист 50+.

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

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

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

Вітер – горизонтальний, рідше турбулентний, рух повітря відносно земної поверхні, який виникає й підтримується внаслідок нерівномірного горизонтального розподілу атмосферного тиску. Характеризується швидкістю й напрямком; виражається в м/с, км/год і балах.

Шкала Бофорта – метод оцінки швидкості вітру, запропонований англійським адміралом Ф. Бофортом. Швидкість вітру змінюється в широких межах від повного штилю (0-0,5 м/с) до шторму (більше 15-20 м/с) й урагану (більше 30 м/с).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Розподіл медико-кліматичних умов за категоріями надає науково обґрунтовані критерії для рекомендацій населенню під час освоєння нових територій, вибору місця проживання, планування й проектування профілю курортних зон, організації санаторно-курортного процесу, підвищення ефективності санаторно-курортного лікування й організації оздоровчого відпочинку.

Лікувальний клімат – сукупність кліматичних умов і явищ, пов'язаних із певною територією, застосування яких можливе в лікувально-профілактичних цілях або як певної основи для лікування.

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

Під кліматологією розуміють розділ науки, який досліджує механізм лікувального впливу кліматичних особливостей на організм людини, виробляє

найбільш оптимальні, раціональні та ефективні методики й способи кліматолікування.

Медична кліматологія – прикладна наука, що вивчає особливості клімату та погоди з позиції їхнього впливу на організм людини.

До головних розділів медичної кліматології належать:

1. Медична географія – вивчає закономірності розповсюдження захворювання в різних географічних зонах земної кулі.

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

3. Кліматопатологія – вивчає зв'язок різних патологічних реакцій із кліматопогодними факторами.

4. Кліматопрофілактика та кліматотерапія – використання метеорологічних факторів для профілактики й лікування хворих із різними захворюваннями.

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

Метеочутливість (метеопатія) – залежність стану організму від зміни метеорологічної ситуації (тиску, напруженості магнітного поля, вологості

тощо), а також стан організму внаслідок впливу цих змін: зниження чи підвищення працездатності, поліпшення або погіршення стану. Реакція на зміну погоди передбачає: ослаблення адаптаційних механізмів, імунітету, а також прояви й загострення хронічних хвороб. Метеочутливість часто спостерігається у людей, що страждають захворюваннями нервової й серцево-судинної систем. Фактори ризику виникнення метеочутливості: зайва вага, ендокринні порушення в період клімаксу, вагітності й полового дозрівання, ангіна, грип, запалення легенів, травми голови, захворювання серцево-судинної системи. Метеорологічні умови нашої планети – це одна зі складових усіх природних факторів, які постійно випробовують людей на витривалість. Організм, а також усі його регуляторні механізми й рівні (зокрема внутрішньоклітинний, молекулярний, міжклітинний та інші) підпадають під вплив цих факторів. Про стан й особливості організму можна стверджувати, спостерігаючи за швидкістю його відповідних реакцій на виникнення впливу певного природного стрес-фактора.

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

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

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

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

4. Гіпотензивний – виникає у разі зменшення в повітрі кількості кисню (реакція організму – зниження тону судин: поліпшення самопочуття гіпертоніків оскільки в них знижується тиск).

5. Гіпоксичний – виникає у разі настання потепління та зниження змісту кисню. Такий тип умов погоди здатен спричинити кисневу недостатність та її загострення.

Регуляторні й пристосувальні апарати людини мають бути ефективними не стільки через тип погоди, скільки через їхню різку зміну. Саме контрастність погодних і кліматичних факторів впливає на організм, тим самим знижуючи працездатність, погіршуючи самопочуття, збільшуючи у хворих плин захворювань.

Різновиди метеопатичних атмосферних ефектів: різко виражені, виражені й помірні залежно від того, наскільки виражені міждобові зміни метеорологічних величин (температури, тиску тощо).

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

Метеоневроз – один із різновидів невротичних розладів, у разі якого людина під час погодних перепадів має погане самопочуття (задишка, запаморочення, дратівливість, серцебиття, поганий настрій), а показники здоров'я (температура, тиск, серце та інші) залишаються в межах норми. Інакше кажучи, це залежність самопочуття, а також настрою людини від погоди.

Ступені схильності організму до метеорологічних змін:

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

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

3) важкий ступінь (метропатія) – цьому ступеню властиві яскраво виражені порушення, які проявляються у вигляді одного (або декількох) з п'яти типів метеопатичних реакцій:

- серцевий тип – цьому ступеню властиві задишка, а також болі, що локалізуються в області серця;
- мозковий тип – виникають запаморочення, головні болі, дзенькіт і шум у голові;
- змішаний тип – поєднує в собі нервові й серцеві порушення;
- астеноневротичний тип – цьому ступеню притаманні дратівливість, підвищена збудливість, безсоння, може змінюватися артеріальний тиск;
- невизначений тип – прояви захворювання не мають чіткої локалізації, а виникають у вигляді загальної слабкості, ломоти й болю в м'язах, суглобах.

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

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

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

Оцінка впливу погоди й клімату на організм людини базується за характеристикою теплообміну людини з навколишнім середовищем. Відповідно виділяють такі типи погод:

- комфортна (сприятлива) – характеризується рівним ходом головних метеоелементів при стійких повітряних масах і відсутності фронтальної активності, міждобовій мінливості атмосферного тиску не більше ніж 4 мбар на добу, температурі повітря 2°C на добу, швидкості вітру не більш ніж 3 м/с з відносною вологістю від 55 до 85%;
- субкомфортна (відносно сприятлива) – супроводжується змінами рівного ходу метеорологічних елементів, слабкою циклонічною діяльністю з

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

➤ несприятлива – характеризується різкими змінами метеорологічних елементів у разі яскраво вираженої циклонічної активності. Міждобова мінливість атмосферного тиску – понад 8 мбар на добу, температури – понад 4°C на добу.

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

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

Знати:

1. Складові компоненти, поняття та завдання медичної кліматології.
2. Основні типи клімату й погоди та їхній вплив на організм людини: адаптація, акліматизація, загартовування.

Уміти:

1. Охарактеризувати головні методи кліматотерапії.
2. Охарактеризувати фізичні та фізіологічні основи дозиметрії та дозування кліматолікувальних процедур.

Рекомендована література: [1, 3, 4]

Тема 5. Термотерапія в санаторно-курортному лікуванні

Стислий зміст заняття.

Термотерапія: поняття, сутність, різновиди

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

Основні чинники дії на організм при застосуванні природних теплоносіїв:

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

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

3) механічний (наприклад, компресійний ефект аплікації парафіну, озокериту).

Реакції термотерапії на організм людини:

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

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

Лікувальні нафтопродукти: стеарин, керосин, парафін, озокерит, нафталан.

Показання: деякі захворювання опорно-рухового апарату, периферійної нервової системи, ЛОР-органів, сечостатевої системи, при травмах, спайковому процесі в черевній порожнині й малому тазі; целюліт; ожиріння й захворювання шкіри; в цілому термотерапія знімає напругу й втому, поліпшує стан емоційної сфери, підвищує захисні сили організму при стресових розладах. Найчастіше

застосовують грязьові й парафінові обгортання з термоковдрою, апарати для теплового масажу обличчя, голови й тіла, інфрачервоні кабінки, СПА-капсули.

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

Парафінолікування

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

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

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

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

Методики парафінолікування:

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

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

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

Озокеритолікування

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

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

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

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

Ефект від озокеритових процедур: протизапальний; судинорозширювальний, розсмоктувальний, знеболювальний.

Способи лікувального використання озокериту:

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

Кюветно-аплікаційна методика.

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

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

Лікування нафталанською нафтою

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

Родовище нафталану – курорт Нафталан, розташований у 320 км від м. Баку і в 45 км від м. Кіровобад.

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

Ефективність нафталанотерапії підвищується у разі додаткового комплексного застосування електросвітлових або ультразвукових процедур.

Механізм біологічної дії нафталану пояснюється результатом перебудови імунобіологічних захисних реакцій організму.

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

Протипоказання: загальні до теплолікування.

Лікувальна дія пари

Цілюща дія пари посилює кровообіг, покращує дихання шкіри.

Активізація діяльності потових та сальних залоз сприяє виведенню з організму продуктів обміну речовин, покращуючи та полегшуючи діяльність нирок. Стан напруги і збудження у лазні змінюється розслабленням, заспокоєнням нервової системи, що сприяє швидкому відновленню сил і повноцінному відпочинку.

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

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

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

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

3) водяні, або японські лазні.

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

У Константинополі римські терми були видозмінені й одержали назву турецьких лазень (хамам), підлогу в яких підігрівали гарячим повітрям, а потім поливали гарячою водою, у результаті чого утворювалася пара.

Класичний хамам нагадує людську долоню: п'ять окремих кімнат різної функціональності дозволяють поступово переходити від більш низьких температур до більш високих. Характерні процедури хамаму – м'який пілінг (ексfolіація) шкіри рукавичкою кесе із справжньої козячої вовни і пінний масаж на чебек-таші – мармуровому столі з підігрівом.

У Київській русі лазні також відомі з давніх часів. Різновиди лазні за типом топлення: «по-чорному» і «по-білому».

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

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

Знати:

1. Складові компоненти термотерапії: поняття, сутність, різновиди.
2. Сутність техніки парафінолікування та озокеритолікування.

Уміти:

1. Охарактеризувати лікування нафталанською нафтою.
2. Обґрунтовано характеризувати лікувальну дію пари.

Рекомендована література: [3, 4]

Змістовий модуль 3

ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ У САНАТОРНО-КУРОРТНИХ ЗАКЛАДАХ

Тема 6. Бальнеологія як розділ курортології. Внутрішнє використання мінеральних вод

Стислий зміст заняття.

Головні бальнеологічні групи мінеральних вод.

Бальнеотерапія – призначення з лікувальною ціллю натуральних або штучно приготованих мінеральних вод. Лікувально-мінеральні води є природні води, які містять в підвищених концентраціях ті чи інші мінеральні, рідше органічні, компоненти, які мають фізичні властивості (радіоактивність, реакцію середовища), завдяки чому ці води оказують на організм людини дію, яка відрізняється від дії прісної води.

Лікувальні води оцінюються за наступними показниками: 1) газовий склад і ступінь газонасиченості, 2) вміст біологічно активних мікроелементів і органічних речовин, 3) радіоактивність, 4) загальна мінералізація, 5) іонний склад, 6) температура, 7) рН.

Мінеральні води відрізняються від звичайної води хімічним складом, запахом, смаком, температурою. Мінеральні води утворюються в надрах землі:

при проходженні через породи вода розчиняє їх при певному тиску, температурі, наявності різних газів, мікроелементів і т. п. Хімічний склад часто настільки складний, що штучним шляхом створити мінеральну воду вдається не завжди.

Запропоновано різні класифікації мінеральних вод. За класифікацією В. В. Іванова, Г. О. Невраєва мінеральні води ділять на 10 основних бальнеологічних груп:

1. Води без специфічних компонентів, лікувальна дія яких залежить від вмісту в них іонів і мінеральних речовин.
2. Вуглекислі води.
3. Сульфідні (сірководневі).
4. Води, які містять залізо, миш'як, з високим вмістом марганцю, міді, алюмінію, цинку, свинцю.
5. Води бромні, йодні, йодобромні.
6. Радонові (радіоактивні) води.
7. Миш'яковмісні води.
8. Кременисті терми.
9. Борвмісні води.
10. Слабо мінералізовані води з високим вмістом органічних речовин.

Для віднесення мінеральних вод до тієї чи іншої бальнеологічної групи використовують поєднання кількісних показників та ознак:

1. Загальна мінералізація вод (сумарний вміст розчинених компонентів).
2. Іонний склад мінеральних вод.
3. Газовий склад та газонасиченість.
4. Вміст в воді терапевтично активних компонентів (мінеральних та органічних).
5. Радіоактивність вод.
6. Активна реакція води, яка характеризується величиною рН.
7. Температура води.

По загальній мінералізації води діляться:

- слабо мінералізовані – до 2 г/л;
- малої мінералізації – 2-5 г/л;
- середньої мінералізації – 5-15 г/л;
- високої мінералізації – 15-35 г/л;
- розсоли 35 –150 г/л;
- міцні розсоли – більше 150 г/л.

В залежності від температури на зливів діляться на:

- дуже холодні – від 0 до 4°C;
- холодні – від 4 до 20°C;
- слаботермальні – від 20 до 35°C;
- термальні – від 35 до 42°C;
- дуже термальні – більше 42°C.

В залежності від рН мінеральні води діляться на:

- сильно кислі – до 3,5;
- кислі – 3,5-5,5;
- слабо кислі – 5,5-6,8;
- нейтральні – 6,8-7,2;
- слабо лужні – 7,2-8,5;
- лужні більше – 8,5.

Велике значення має іонно-сольовий склад мінеральної води, зокрема:

- аніони – гідрокарбонати, карбонати, сульфати, хлор;
- катіони – калій, натрій магній, кальцій;
- мікроелементи – залізо, йод, бром, кобальт, цинк, мідь, марганець, кремній.

Для характеристики хімічного складу М. Г. Курлов запропонував просту наочну формулу, у якій хімічний склад води представлено у вигляді умовного дробу. Основні параметри записуються в формулу Курлова. Спочатку визначають вміст газу в 1 л води в гр.; загальну мінералізацію; потім в вигляді дробів записують аніони в чисельник та катіони в знаменнику, після дробів

вказують вміст біологічно активних речовин в г/л, радіоактивність в Бк/л, рН, температуру.

H₂S 0/032 М 2,1 SO₄92 (НСО₃6) рН 7,6 Т 10,3 Са 95 (Mg 3) (сірководнева сульфатно-кальцієва маломінералізована слаболужна холодна вода).

1. Води без специфічних компонентів, лікувальна дія яких залежить від вмісту в них іонів і мінеральних речовин.

Ця група вод об'єднує різні по іонному складу з мінералізацією від 1 до 300 г/л (розсоли більше 300 г/л в курортології не використовуються). Вони складають основну масу вод:

➤ сульфатні та сульфатно-магнієві різного катіонного складу – сульфатно-магнієві, сульфатно-кальцієві, Для лікувального внутрішнього застосування – сульфатно-хлоридні та сульфатно-гідрокарбонатні води;

➤ хлоридні, різні по катіонному складу – натрієва, кальцієві та магнієві. Містять високу концентрацію бромю. По мінералізації від малої мінералізації до розсолів – 270 г/л. По газовому складу – азотні та азотно-метанові.

2. Вуглекислі води.

Найбільш цінні в лікувальному відношенні, використовують як питні (столові, лікувально-столові та лікувальні) та бальнеотерапевтичні. До вуглекислих вод відносять підземні води які містять 0,5 г/л розчиненої вуглекислоти, вміст її може досягати до 40 г/л.

По хімічному складу різні:

- гідрокарбонатно-кальцієві (магнієві, натрієві, хлоридно-натрієві);
- сульфатно-кальцієві (натрієві);
- хлоридно-натрієві (натрієво-кальцієві, гідрокарбонатно-натрієві).

Величина мінералізації міняється від 1-5 до 15-35 г/л та більше.

Важливою особливістю цих вод є наявність широкої гама мікроелементів, в т.ч. біологічно активних кремнекислот, миш'яку, заліза, бора, літію, цезію, рубідію, ртуті, фтору, германія.

3. Сульфідні (сірководневі) води.

Сульфідні води різні по іонному складу концентрації сірководню та мінералізації. Від слабо мінералізованих до розсолів 600 г/л, від слабо сульфідних 10-50 мг/л сірководню до 2000 мг/л. За іонним складом хлоридні, сульфатно-кальцієві, сульфатно-магнієво-кальцієві, сульфатно-хлоридні натрієві та гідрокарбонатно-хлоридні натрієві.

4. Залізисті води

До цих вод відноситься води із сумарним вмістом заліза більше 10мг/л. По газовому складі води азотні та вуглекислі, рН – 1,5-3,0 і характеризуються в основному сульфатним або хлоридно-сульфатним складом та складним поєднанням в катіонній частині – алюміній мідь цинк, вміст заліза до сотень мг/л.

Найбільш розповсюджені вуглекислі залізисті води:

- гідрокарбонатні магнієво-кальцієві та натрієво-магнієво-кальцієві слабо мінералізовані – 1-3 г/л;
- сульфатно-гідрокарбонатні магнієво-кальцієві, натрієві малої мінералізації – 2-5 г/л;
- хлоридно-гідрокарбонатні натрієві і кальцієво-натрієві мало мінералізовані – 3-7 г/л.

Виключення – гідрокарбонатно-натрієві (тип Боржомі) та у високо мінералізованих 15-35 г/л хлоридно-натрієвих.

5. Води бромні, йодні, йодобромні.

Лікувальне застосування цієї групи вод визначається наступними пороговими величинами:

- для бромну – 25 мг/л;
- для йоду – 5 мг/л.

Бром, як правило, є супутником йоду, йодні води з низьким вмістом бромну зустрічаються рідко. По складу вони в основному хлоридно-натрієві, кальцієво-натрієві або кальцієві розсоли. Розчинені гази в основному азот, метан, інколи сірководень чи вуглекислота.

Високий вміст йоду зустрічається як в розсолах, так і в менше мінералізованих водах. По хімічному складі це хлоридно-натрієві та гідрокарбонатно-хлоридно натрієві води, по газовому складі – метанові, інколи сірководневі чи вуглекислі.

6. Кременисті термальні води

До них відносяться води із вмістом кремнієвої кислоти більше 50 мг/л і температурою більше 35°C. В основному це вуглекислі чи азотні терми – районах вулканічних процесів – Закавказзі, Памір, Прибайкаллі, Приамур'ї, Камчатка.

Азотні кременисті термальні води є низько мінералізованими – до 0,5 г/л-1,0 г/л, різко лужні – рН 8,5-9,5, висока температура – від 35-50°C до 100-200°C, висока концентрація фтору, радону.

Вуглекислі кременисті терми (Кавказ, Памір, Тянь-Шань).

Вони мають більш високу мінералізацію – 3-7 г/л рідко до 15 г/л, температуру до 50-75°C.

Метанові кременисті терми зустрічаються рідко, по хімічному складу і мінералізації різні – від слабо мінералізованих (4-5 г/л) до високо мінералізованих – більше 15 г/л.

Розподіл кремневої кислоти:

- до 50 мг/л в слабо термальних – 20-35°C;
- 80-100 мг/л при температурі до 50°C;
- до 150 мг/л – високо термальні води.

7. Миш'яковмісні води.

До цієї групи відносяться води з концентрацією миш'яку більше 0,7 мг/л.

За ступенем збагачення діляться:

- слабкі – вміст миш'яку від 0,7 до 5,0 мг/л;
- міцні – вміст миш'яку від 5 до 10 мг/л;
- дуже міцні – вміст миш'яку більше 10 мг/л.

По хімічному складу діляться:

Вуглекислі миш'яковмісні води – характеризуються різним іонним складом від гідрокарбонатно-натрієвого і кальцієво-натрієвого до хлоридно-натрієвого з мінералізацією від 3-5 до 20-35 г/л. Ці води містять бор, кремєнуву кислоту, залізо.

➤ Кислі води рудничного типу – з високим вмістом металів (заліза, алюмінію, міді, марганцю). По газовому складу вони азотні – 86%.

➤ Кислі, фумарольного типу по газовому складу сірководнево-вуглекислі. По іонному складу – сульфатні, рідше хлоридні. Мінералізація не перевищує 5 г/л. Концентрація миш'яку складає 1-1,5 г/л

➤ Бромні та йодобромні – це хлоридно-натрієві води з мінералізацією від 15 до 70-80 г/л. Вміст миш'яку складає від 0,8 до 1,5 мг/л.

8. Радіоактивні води (радонові).

Підгрупа А – радонові води простого складу, в яких радон є єдиним лікувальним компонентом – це холодні киснево-азотні слабо мінералізовані води неглибокої циркуляції атмосферного походження, вміст радону в них досягає сотень нКі/л.

Підгрупа Б переважно на Кавказі, Середній Азії, Алтаї. Найбільш розповсюджені азотні кремєністі лужні термальні води, які характеризуються невисокою активністю – 20 нКі/л (Белокуруха).

Важливим в бальнеологічному плані є вуглекислі слабо та середньо мінералізовані холодні та термальні води з концентрацією радону від 10-40 до 100-200 нКі/л, з широким діапазоном дії (Хмільник).

9. Борвмісні води.

До цих вод відносяться підземні води з концентрацією мета борної кислоти не менше 50 мг/л – на Кавказі, у Карпатах використовують для ванн і для пиття. Терапевтична дія визначається не бором, а іонно-сольовим складом або іншими біологічно – активними компонентами, без врахування дії самого бору. Бор є з яскраво вираженим біологічною, фармакологічною та токсичною дією, він впливає на процеси обміну, антимікробною дією, може викликати

борні токсикози. По газовому складу вони вуглекислі, метанові і азотно-метанові, азотно-вуглекислі, слабо вуглекислі – гуморальні.

Хімічний склад.

Питні води діляться:

1. Лікувально-столові – з мінералізацією від 1 до 10 г/л.

2. Лікувальні – від 10 до 15 г/л (або з мінералізацією менше 10г/л при наявності в них бальнеотерапевтичної кількості миш'яку, бору, та інших біологічно активних компонентів).

3. В окремих випадках можливий прийом води з мінералізацією більше 15 г/л в строго дозованій кількості (Лугела, Баталінська).

Для питного лікування назначають води малої та середньої мінералізації, води більшої мінералізації необхідно при прийому розводити. Води з мінералізацією менше 2 г/л можуть прийматися з лікувальною ціллю, проте вони використовуються як столовий напій, діляться на природно-мінерально-столові води – від 1 до 2 г/л та природно-столові води – до 1 г/л.

Велике значення має іонно-сольовий склад мінеральної води, зокрема аніони – гідрокарбонати, карбонати, сульфати, хлор. Катіони – калій, натрій магній, кальцій. Мікроелементи – залізо, йод, бром, кобальт, цинк, мідь, марганець, кремній.

Із гідрокарбонатів в мінеральних водах частіше зустрічається двовуглекислі води натрію, магнію та кальцію. Гідрокарбонати гальмують рівень кислотоутворення в шлунку – це перша фаза їх дії. Проте, вступаючи в реакцію з шлунковим соком гідрокарбонати утворюють вуглекислоту (друга фаза їх дії), яка стимулює шлункову секрецію. Гідрокарбонаті води в основному лужні – Луганська, Поляна Купель, Березовська.

Із хлоридів в мінеральних водах зустрічаються хлориди натрію, кальцію, калію, магнію. Іони хлору стимулюють утворення соляної кислоти в шлунку. До хлоридних вод відносяться джерело №2 курорту Трускавець, Миргород, Куяльник, Маківська №1, розсоли №1, №6 Моршин, Десна.

Із сульфатів в мінеральних водах зустрічаються в вигляді сірчано-кислих солей кальцію – Буковинська, натрію – Феодосія, магнію. Сірчано-кислі солі натрію та магнію чинять виражений послаблюючий ефект, що обумовлює уповільнення процесів всмоктування в кишковоки та посилення перистальтики (при запорах). Ці води мають і жовчогінний ефект, сприятливий вплив сульфатних вод на функцію печінки, жовчного міхура пояснюється їх дією безпосередньо на функціональний стан печінкової паренхіми, холестериновий та білковий обмін. Мало мінералізовані сульфатні води гальмують шлункову секрецію.

Натрій відіграє важливу роль в регуляції водного обміну, визначає осмотичний тиск в тканинах, чинить виражений стимулюючий ефект на секреторний апарат шлункового тракту, жовчоутворення.

Калій відноситься до числа активаторів ряду ферментативних систем, посилює тонус та рухову активність шлунку та кишковоки. Одним із основних депо для калію є печінка. Синтез глікогену в печінці проходить при прямій участі калію. Вміст – джер. № 6 Моршин.

Магній – зустрічається рідко. Посилює активність ферменту підшлункової залози – трипсину. Чинить спазмолітичну дію на жовчний міхур, сфінктер Оді, обумовлює холекінетичний ефект. Знижує рівень холестерину в крові та жовчі. Сульфат магнію дає послаблюючий ефект. Окрім того зменшує збудливість НС. Містять 20 г/л магнію води: Кримський Нарзан, Олеська, №3 Моршин.

Кальцій – протизапальна та протиспастична дія. Буковинська, Келечин – Закарпаття, №1 Шаян.

Наявність мікроелементів відносить мінеральні води до специфічних:

- залістисті – більше 20 мг/л. Келечин, Сойми, Кваси, Шаян, Миронівна, Березовські;
- йоду, літію – 5 мг/л;
- бромум – 25 мг/л;
- кремнію – 50 мг/л;

- фтору – 2 мг/л;
- миш'яку – 1 мг/л. – Кваси, Шаян, Келечин;
- кобальт – Трускавець № 7 та 9.

Слабо мінералізовані води з високим вмістом органічних речовин.

До мінеральних вод типу «Нафтуса» відносяться Трускавецькі, Шкловські, Сходницькі, Маківські, Бориславські, Збручанські. Ці води слабо мінералізовані (не більше 1 г/л) гідрокарбонатно-кальцієво-магнієві, рідше натрієві або калієві, містять до 10-25 С орг. Бітуми складають не більше 35% від валової кількості органіки.

Характерним для води типу «Нафтуса» є наявність складного компоненту органічних речовин, специфічних фізіологічних груп мікроорганізмів і високі терапевтичні якості.

В якості основних тестів біологічної оцінки є:

- жовчно утворююча функція печінки;
- видільна функція нирок;
- транспортна функція кишковика;
- внутрішньорганна перебудова речовин в клітинах ре генеруючої печінки.

Лікувальний ефект пов'язаний із вмістом в них органічних речовин та вмістом сірки, яка володіє біокаталітичними властивостями, в залежності від умов активують чи інактивують багато біохімічних процесів.

Ці води володіють високими антимікробними властивостями по відношенню до патогенних для людини мікроорганізмів. Антимікробна дія пов'язана із наявністю органічних речовин.

Методика прийому

1. Мінеральну воду п'ють натще 3-4 рази в день перед прийомом їжі.
2. При захворюваннях ШКТ починають з ½ стакана і поступово доводять до повної дози яка вираховується: доза прийому води – 0,33 гр. на 1 кг. маси тіла – разовий прийом, або 1% від маси тіла – добовий прийом,
3. При підвищеній чутливості до мінеральної води рекомендують випити 20 мл за 15-30 хвилин до прийому основної порції.

4. При захворюваннях нирок доза становить – 2% від маси тіла.

5. В домашніх умовах пляшки з мінеральною водою зберігають в горизонтальному положенні в темному місці при температурі 6-12°C.

6. При хронічному гастриті з підвищеною кислотністю звичайно застосовують гідрокарбонатні води у теплому вигляді за одну-дві години до споживання їжі – Боржомі, Лужанська, Поляна Квасова, Поляна Купель, Слов'янська.

7. При зниженій кислотності – хлоридно-натрієві води в холодному вигляді за 15-30 хв. перед споживанням їжі. Температура води – 18-25°C. Воду п'ють повільно, малими порціями – Єсентуки №4 та №17, Миргородська, Куяльник 37, Феодосійська.

8. При нормальній кислотності шлунку мінеральну воду споживають як і при підвищеній секреції, або за 45-60 хв. до прийому їжі. Температура – 28-35°C.

9. При ВХ краще через час після їжі та за годину до їжі в половинній дозі.

10. При оперованому шлунку прийом води у ½ дози.

11. При хронічних ентеритах, колітах, дискєнезіях шлунку прийом води залежить від рухової функції кишківника. При підвищеній – за час до їжі, повільно, малими порціями, температура води – 40-45°C.

При зниженій моторній функції (атонія), призначають середню та високу мінералізацію за 1,5 години до їжі, температура води – 18-24°C, швидко, великими ковтками.

12. При хронічних захворюваннях печінки і жовчовивідних шляхах застосовують Боржомі, Єсентуки №4 та №17, Луганська №1 та №2, Поляна Квасова, Поляна Купель, Слов'янська, Трускавецька. Воду приймають 3 рази, температура – 35-45°C. Час прийому залежить від секреторної функції шлунку.

13. При ДЖВШ по гіпотонічному типу для посилення перистальтики та при ДЖВШ по гіпертонічному типу для зменшення спастичних явищ проводять дренажне промивання жовчних шляхів. Для цього 0,5 л мінеральної

води при температурі 42-45°C випиває лежачи на правому боці 60 хвилин з грілкою на правому підреберні.

14. При хронічному панкреатиті використовують воду як і при захворюваннях печінки, тип води, час прийому залежить від секреції шлунку.

15. При захворювання нирок воду приймають 6 раз на добу за час до їжі і через 2 години після при температурі 24-30°C, Єсентуки №4 та №17, Луганська № 1 та №2, Поляна Квасова, Поляна Купель, Трускавецька. Для лікування сечокам'яної хвороби популярні кислі мало мінералізовані або гідрокарбонатно кальцієві чи натрієві курорту Трускавець.

16. При подагрі застосовують гідрокарбонатні води – Лужанська №1 та №2, Боржомі, Поляна Квасова, Поляна Купель, приймають 2% від ваги тіла, при температурі 40°C, 4 рази на день.

17. При захворюваннях верхніх дихальних шляхів призначають як при подагрі.

18. При анеміях призначають залізисті води, температура води 35-45°C 1-1,5 склянки.

19. При тиреотоксикозі йодні води.

Тривалість прийому 24-30 днів.

Показання та протипоказання для призначення прийому мінеральних вод

1. Хвороби шлунку – хронічні гастрити, ВХ з порушенням секреторної та моторно-евакуаторної функції, в фазі повної і неповної ремісії, хвороби оперованого шлунку з наявністю органічних і функціональних порушень (анастомози, пептичні язви, гастрит кукси), демпінг-синдром, гіпоглікемічний синдром, розвиток анемії.

Функціональні захворювання шлунку

2. Хвороби кишковика – хронічні коліти, ентероколіти фазі ремісії або нестійкої ремісії, функціональні захворювання кишковика.

3. Захворювання гепатобіліарної системи – хронічний гепатит, вірусний гепатит В післяжовтушного періоду, ангіохоліт, хронічний холецистит, жовчно

– кам’яна хвороба без ознак загострення, ПХЕС через 3-4 місяці після операції, функціональні порушення жовчовивідних шляхів та жовчного міхура.

4. Захворювання підшлункової залози – хронічний панкреатит в фазі ремісії.

Захворювання сечостатевої системи – хронічний пієлонефрит з недостатньою функцією нирок.

5. Пієлоцистит, сечокам’яна хвороба.

6. Захворювання обміну речовин – ЦД, ожиріння, подагра, атеросклероз без порушення геодинаміки.

Протипоказання:

1. Захворювання з гострим перебігом, загострення хронічних хвороб, кровотечі.

2. Порушення моторно-евакуаторної функції шлунку, кишковика, які потребують оперативного лікування.

3. Злоякісні новоутворення.

4. Цироз печінки.

5. Недостатність кровообігу.

6. Нефротичний синдром, ниркова недостатність.

7. Індивідуальна непереносимість.

Класифікація питних вод

Мінеральні води в широкому розумінні слова – це підземні й поверхневі природні води із загальною мінералізацією понад 1 г/л, які використовуються в лікувальних і промислових цілях. У вузькому змісті слова до мінеральних відносять води із загальною концентрацією солей понад 1-2 г/л.

Мінеральні води не варто плутати з мінералізованими, тому що всі води в природі тією чи іншою мірою мінералізовані, починаючи від снігових і закінчуючи розсолами.

Лікувальними називаються такі мінеральні води, які внаслідок своїх фізичних і хімічних особливостей виявляють добродійний цілющий вплив на людський організм.

Види мінеральних вод

Усього виділяють 5 видів мінеральних вод:

1. Гідрокарбонатні натрієві води (лужні).
2. Хлоридні води.
3. Сульфатні води.
4. Нітратні води.
5. Води складного складу (комбіновані).
 - а) Гідрокарбонатні хлоридні натрієві (соляно-лужні).
 - б) Гідрокарбонатні сульфатні.
 - в) Хлоридні сульфатні.
 - г) Гідрокарбонатні хлоридні сульфатні.
 - д) Гідрокарбонатно-кальцієво-магнієві води.

Крім зазначених у найменуванні виду іонів кожен із цих п'яти видів мінеральних вод може містити й інші компоненти. Наприклад: залізо, миш'як, йод, бром, кремній, деякі гази (вуглекислий, сірководень, радон, азот, метан). Ця інформація також вказується на етикетці, наприклад «йодиста» або «кремениста» вода.

Класифікація мінеральних вод за рівнем мінералізації

Мінеральні води, що використовуються для приймання усередину, діляться на три групи:

- 1) слабомінералізовані – зі змістом солей від 1 до 5 г/л;
- 2) маломінералізовані – зі змістом солей від 5 до 10 г/л;
- 3) середньої мінералізації – зі змістом солей від 10 до 15 г/л.

Більш високомінералізовані води використовуються вкрай рідко в спеціальних цілях як проносний засіб.

Температура води – це фактор, що має медико-біологічне значення. Для приймання усередину використовують мінеральну воду трьох температурних режимів:

- 1) прохолодну – 25-30°C;
- 2) теплу – 35-37°C;

3) гарячу – 40°C и вище.

Клінічна класифікація мінеральних вод

Питні води підрозділяють на 4 групи:

- 1) мінеральні питні лікувальні;
- 2) мінеральні питні лікувально-столові;
- 3) природні мінеральні столові;
- 4) природні столові води.

До мінеральних питних лікувальних вод відносять такі води, загальна мінералізація яких коливається в межах 8-12 г/л. (виключення баталинська – 21 г/л, лугелла – 52 г/л). Разом з тим, до цих же вод відносять води з меншою мінералізацією, ніж 8 г/л, якщо вони містять підвищені кількості бору, миш'яку, органічних речовин та інших компонентів, що виявляють специфічну дію при окремих захворюваннях. Оскільки мінеральні лікувальні води виявляють на людину виражену дію й можуть при недотриманні дозування й методики приймання викликати небажану на організм дію, то вони призначаються для лікування тільки лікарем.

До мінеральних питних лікувально-столових вод відносять такі води, загальна мінералізація яких становить 2-8 г/л. (Єсентуки №4 – 10 г/л). Лікувально-столові води можуть застосовуватися з лікувальними цілями, і в цьому випадку вони призначаються лікарем. Однак ці води можуть періодично використовуватися в якості столового напою. Однак застосовувати їх регулярно більш 2-3 тижнів у середньому по 1 л у день небезпечно, оскільки це може викликати порушення електrolітного обміну в організмі.

Води мінералізацією від 1 до 2 г/л відносять до природних мінеральних столових, тоді як води мінералізацією менш 1 г/л є природними столовими водами. Останні використовують як звичайну воду для постійного питва.

Фізіологічна й лікувальна дія питних мінеральних вод

Зміст хімічних елементів, газів і органічних речовин у мінеральній воді в основному й визначає її біологічну й лікувальну дію при прийманні усередину.

Розчинені в мінеральній воді солі представлені електрично зарядженими частками – іонами з позитивним (катіони) або негативним (аніони) зарядом. Основними іонами є: три катіони – натрій (Na^+), кальцій (Ca^{2+}), магній (Mg^{2+}), три аніони – хлор (Cl^-), сульфат (SO_4^{2-}) і гідрокарбонат (HCO_3^-). Саме їм належить провідна роль у реалізації лікувальної дії мінеральних вод.

Натрій – один з основних компонентів плазми крові й тканинної рідини. Він дуже швидко всмоктується й уже через кілька хвилин після приймання усередину мінеральної води виявляється практично у всіх органах і тканинах.

Натрій разом із хлором підтримує в тканинах осмотичний тиск і відіграє важливу роль у водно-сольовому обміні організму. Ці іони сприяють затримці води в організмі й можуть привести до розвитку набряку, підсилюють продукцію кишкових ферментів, зменшують окиснення білків і прискорюють усмоктування глюкози.

У комбінації із сульфатами й хлором іони натрію виявляють жовчогінну та послабліву дію, поліпшують холестериновий і білковий обмін.

Кальцій – активний учасник багатьох фізіологічних і біохімічних реакцій організму. Доведена провідна роль кальцію як регулятора діяльності основних кліток організму – нервових, м'язових, брунькових, печіночних і ін.

Кальцій ущільнює клітинні мембрани, знижує їхню проникність, зменшує кровоточивість, виявляє протизапальну й протиалергійну дію, впливає на ріст костей, підвищує стійкість організму до інфекції, підсилює сечовиділення, сприяє зневоднюванню організму.

Магній входить до складу м'язів і рідин організму, відіграє роль активатора процесу обміну вуглеводів, ущільнює клітинні мембрани. У комбінації із сульфатами підсилює відділення жовчі, а в підвищених кількостях викликає проносний ефект.

Зменшує збудливість центральної нервової системи, сприяє зменшенню кристалізації сечокислих солей (оксалати, урати), має антиспастичну дію сечовивідних шляхів, збільшує діурез і лізис сечових конкрементів.

Гідрокарбонатний іон (HCO_3) відіграє більшу роль в організмі, насамперед у підтримці кислотно-основного балансу. Виявляє лужну дію, яка особливо яскраво проявляється в шлунку.

Гідрокарбонатні води регулюють секреторну й моторну функції шлунка, мають понижувальну або підвищувальну ці функції дію, залежно від часу щодо приймання їжі, зменшують спазм воротаря й прискорюють евакуацію їжі у дванадцятипалу кишку.

У результаті приймання цих вод усуваються диспепсичні явища (печія, відрижка, почуття ваги в підшлунковій області й ін.).

Гідрокарбонатні води розріджують секрет слизових оболонок, сприяючи тим самим відторгненню й видаленню патологічному слизу. Вони виявляють легку жовчогінну дію, поліпшують обмін білків, вуглеводів, нуклеїнових кислот.

Зменшують утвір сечової кислоти, сприяють розчиненню й видаленню з організму сечової кислоти, що вже утворилася.

При легкому й середньому ступені діабету в результаті застосування цих вод поліпшується вуглеводний обмін, усуваються ацидотичні зрушення, і зменшується зміст цукру в крові й сечі, підвищується толерантність до вуглеводів.

Хлоридні мінеральні води підвищують обмінні процеси, виявляють жовчогінний ефект, а при тривалім прийманні сприяють збільшенню кислотності шлункового соку. У комбінації з іонами кальцію (хлоридні кальцієві води) виявляють протизапальну дію, знижують проникність клітинних мембран, зменшують кровоточивість, виявляють сприятливу дію на ріст кісткової тканини й зубів. Хлоридні кальцієві води призначають вагітним жінкам, при кровоточивості.

Сульфати. Часто сполучаються з катіонами натрію («глауберові солі»), магнію («гіркі води») і кальцію («гіпсові води»).

Сульфатні води помітно знижують шлункову секрецію, підсилюють перистальтику кишечника, виявляють дратівну дію на його слизову оболонку й приводять до ефекту, що попускає.

Регулюючи стілець, усуваючи метеоризм і очищаючи кишечник, ці води «розвантажують» організм і особливо печінку від впливу різних токсичних речовин.

Сульфатні води (особливо «гіркі води») збільшують утворення жовчі печіночними клітками, підсилюють скорочення жовчного міхура й вихід жовчі в кишечник. Виведення з жовчю продуктів запалення, жовчних кислот, пігментів, холестерину зменшує запальні явища в жовчному міхурі й процес каменеутворення.

«Гіпсові води» ущільнюють судинну стінку, зменшують запальні явища в шлунку, кишечнику й сечовивідних шляхах, а також зменшують спазм і підвищують рухову активність кишечника.

Слід зазначити, що більшість мінеральних вод належить до змішаних вод, тобто містять одночасно кілька провідних іонів. У таких водах лікувальна дія іонів сполучається й взаємопідсилюється.

Змішані води мають більшу цінність. Рідко зустрічається ізольована хвороба одного якого-небудь органа, а при кількох захворюваннях застосування змішаних мінеральних вод має значні переваги, тому що дозволяє лікувати відразу кілька хворих органів.

Дія лікувальних мінеральних вод часто визначається наявністю мікроелементів.

Так, залозисті мінеральні води сприяють нормальному утворенню еритроцитів і збільшують кількість гемоглобіну, підвищують чутливість організму до ультрафіолетових променів, що сприяє утворенню вітаміну D.

Миш'як – сприяє росту, зміцненню організму, виявляє тонізуючу дію. Миш'як сприятливо впливає на кровотворну систему, а також функції печінки й шкіри.

Йод сприяє зниженню запальної реакції, підвищує процеси регенерації, бере участь в окисно-відновних процесах, виявляє бактерицидну дію, стимулює синтез білка й окиснення вуглеводів і ліпідів.

Бром. Бром підсилює гальмові процеси в центральній нервовій системі, нормалізує функціональний стан кори головного мозку, виявляє седативну дію. Бром також є каталізатором для ряду біохімічних процесів.

Кремній підсилює виділення з організму сечової кислоти, сприяє утвору й росту костей, волосся, виявляє сприятливу дію на здоров'я людей похилого віку, що особливо страждають захворюваннями шлунково-кишкового тракту, діабетом і порушенням обміну речовин.

Радонові води усе ширше використовуються для питва. Виявляють болезаспокійливу дію, поліпшують обмінні процеси, рухову й секреторну функції шлунка, кишечника, жовчних шляхів.

Для приймання усередину широко застосовують води, що містять вуглекислий газ – стимулює секреторну й рухову активність шлунка й кишечника, сприяє збільшенню секреції шлункового соку. Води, що містять вуглекислоту, підвищують апетит, краще вгамовують спрагу.

Органічні речовини є особливим компонентом лікувальних вод. Звичайно вони зустрічаються в мінеральних водах нафтового й торф'яного походження.

Найбільш відома вода «Нафтуса» курорту Трускавець, лікувальна дію якої обумовлено органічними речовинами, що втримуються в ній, які впливають на обмінні процеси в печінці й бруньках. Органічні речовини підсилюють процеси жовчо- та сечовиділення, поліпшують роботу печіночних і ниркових кліток. Збільшення струму й поліпшення складу жовчі й сечі приводять до протизапального ефекту й зменшенню процесу каменеутворення.

Механізм фізіологічної й лікувальної дії мінеральних вод

Місцем впливу мінеральних вод при вживанні їх усередину є, насамперед, слизова оболонка травного тракту й наявні в ній у великій кількості нервові закінчення, що реагують на механічні, хімічні, термічні

подразнення, а також рецептори ендокринних кліток, дифузно розсіяних по всім шлунково-кишковому тракту, що й виробляють спеціалізовані гормони.

Вплив мінеральних вод на організм людини пояснюється наступними ефектами.

1. Стимулювання гормонального апарата травного тракту. В останні роки встановлено, що приймання усередину мінеральної води призводить до збільшення секреції практично всіх гормонів органів травлення. Найбільш відомі серед них: гастрин – стимулятор шлункової секреції, секретин – стимулятор утвору бікарбонатів підшлункової залози, холецисто-кинин – стимулятор скорочувальної діяльності жовчного міхура й утвору ферментів підшлунковою залозою, ентероглікагон – стимулятор діяльності кишечника.

Більшість гормонів шлунково-кишкового тракту має трофічний ефект, тобто стимулює процеси розмноження, росту, диференціювання кліток органів травлення. Тому підвищення рівня функціонування гормональної системи в результаті питного лікування приводить до посилення й прискорення загоєння, зменшення запальних змін, тобто веде до видужання.

2. Порожнинний ефект. Складені елементи мінеральної води вступають у фізико-хімічні реакції із умістом порожнин органів травлення. Найпростіший приклад цієї взаємодії – розведення шлункового соку водою.

3. Механічний ефект. Кожне приймання мінеральної води – це, образно говорячи, маленьке промивання шлунка. Мінеральна вода, проходячи по його слизових оболонках, змиває з них слиз, елементи запалення й усе це захоплює із собою в кишечник. Якщо спостерігається застій їжі в шлунку, то мінеральна вода видаляє його застійний уміст.

4. Ефект усмоктування. Усмоктування компонентів мінеральної води в основному відбувається в кишечнику. Речовини, що всмокталися, переміщуються до кишечника. Частина з них вступає в хімічні реакції, а частина йде далі, у кров, включається в обмін речовин і нормалізує його.

5. Вплив на внутрішнє середовище організму. Сталість внутрішнього середовища організму – найважливіша умова його існування. Тому будь-яке

втручання ззовні викликає реакції, що протидіють вторгненню й спрямовані на збереження сталості внутрішнього середовища – гомеостазу.

б. Ефект виділення. Головним шляхом виведення мінеральної води з організму є нирки, а також легені й шкіра. Виділяючись із організму, вода захоплює за собою різні продукти обміну й мінеральні речовини.

Отже, кожне приймання мінеральної води буде викликати реакції регуляторних систем, спрямовані на відновлення гомеостазу. Фактично мінеральні води тренують механізми регулювання сталості внутрішнього середовища, які порушені в результаті хвороби. Подразник, видалося б, слабкий, але, впливаючи на організм день у день, він зрушує процеси регулювання гомеостазу з патологічних позицій, що закріпилися і, тренуючи їх, змушує посилено працювати. Інакше кажучи, сила мінеральних вод у тому, що вони викликають відносно слабкі відповідні реакції. Причому ці зміни відбуваються не тільки під час лікування на курорті (або приймання мінеральної води в домашніх умовах). Вони зберігаються протягом багатьох місяців – так звана фаза післядії питного лікування. Тому досить часто хворі відчують максимальне поліпшення не в санаторії, а через 2-3 місяця після повернення додому.

Дія мінеральних вод на організм хворої людини можна розділити на два етапи.

Перший з них – умовно-рефлекторний. При регулярнім уживанні мінеральної води виникає певний стереотип реакцій, який закріплюється від приймання до приймання. Згодом лише одні маніпуляції, пов'язані з питним лікуванням, – прогулянка до джерела, набір води в куваль і т.п. – приводять до запуску цих реакцій.

Під час другого етапу при зіткненні води зі слизуватими оболонками порожнини рота, стравоходу, шлунка, кишечника виникають безумовно-рефлекторні реакції, коли роздратування від рецепторів, що перебувають у слизуватій передаються в регуляторні органи – аж до центральної нервової системи, досягаючи кори головного мозку.

У процесі приймання усередину мінеральних вод дратуються нервові закінчення, розташовані в слизовій оболонці початкових відділів шлунково-кишкового тракту. Перший рефлекс на прийняту воду виникає в ротовій порожнині, коли вода ще не дісталася шлунка. Дратуючи нервові закінчення слизової оболонки порожнини рота, мінеральні води підвищують кількість слини, рефлекторно змінюють функції шлунково-кишкового тракту. Відзначено, що вплив води на слизову оболонку переднього відділу порожнини рота впливає переважно на шлунок, а вплив мінеральної води на слизову оболонку заднього відділу порожнини рота й корінь язика – на кишечник.

При більш тривалій затримці мінеральної води в порожнині рота її рефлекторний вплив більш виражений. Тому для того щоб підсилити подразнення й тим самим вплинути на секреторну й моторну функції шлунково-кишкового тракту, мінеральну воду слід пити повільно, окремими невеликими ковтками. Навпаки, при надлишку секреторної й моторної функцій шлунка з метою зниження подразливої дії воду необхідно пити залпом, більшими ковтками.

Тепла вода зменшує надлишкову моторику шлунково-кишкового тракту й секреторну активність. Навпаки, холодна вода підвищує моторну активність шлунка й кишечника, стимулює секрецію. Від температури води залежить швидкість переходу води зі шлунка в кишечник. Холодна вода, підсилюючи моторику шлунка й кишечника, переходить по шлунково-кишковому тракту значно швидше, чим тепла.

Впливаючи на нервові закінчення слизової оболонки шлунка у верхніх відділах кишечника, мінеральна вода впливає на його перистальтику. Якщо холодна вода, підсилюючи моторну функцію тонкого й товстого кишечника, виявляє дію, що попускає, то тепла й гаряча вода, розслаблюючи мускулатуру кишечника, сприяє затримці стільця. Отже, холодну воду призначають хворим при схильності до запору, а гарячу й теплу – при поносах.

Мінеральні води своїм катіонно-аніонним складом і наявністю газів стимулюють секрецію шлунка, кишечника, підшлункової залози.

Стимулюючий вплив мінеральної води на шлункову секрецію, пов'язано з подразненням самого шлунка, іменується пілоричною дією. Ця дія виникає через 10-15 хв. після приймання води, коли вона не встигає перейти у дванадцятипалу кишку, а подразнює в основному тільки слизову оболонку шлунка.

Коли мінеральна вода надходить у дванадцятипалу кишку, вона (у першу чергу гідрокарбонатна) викликає протилежний ефект. Дратуючи нервові закінчення слизової оболонки дванадцятипалої кишки, мінеральна вода пригнічує шлункову секрецію, виявляючи тим самим дуоденальну дію. Цей ефект найчастіше виникає при прийманні мінеральної води через 1-1,5 г.

Усмоктування мінеральної води в основному відбувається у верхніх відділах кишечника. Всмоктавшись, мінеральна вода діє також на рецептори кровоносних посудин. Дія мінеральної води не обмежується тільки органами травлення або нирок. Володіючи специфічними біологічними властивостями, мінеральна вода виявляє рефлекторну й гуморальну дію на різні органи й системи організму. У цей процес включається й гормональна система, яка виявляє дію на імунні процеси, ферментні системи, інші процеси обміну речовин.

Методики приймання усередину мінеральних вод

Звичайно мінеральну воду п'ють натще, оскільки в цьому випадку вона впливає на слизову оболонку шлунка і її рецепторний апарат. Кількість мінеральної води становить у середньому 3,3 г/кг маси тіла хворого (200-250 г) на приймання. При більшості захворювань воду п'ють 3-4 рази в день перед прийманням їжі.

При захворюваннях органів травлення найчастіше починають вживати воду з 1/2 склянки (100 мл) та поступово разову дозу підвищують до 1-1,5 склянок (200-300 мл).

При захворюваннях нирок та сечовивідних шляхів кількість вживання мінеральної води становить 6-8 раз, а разова доза становить 250-500 мл.

При санаторно-курортнім лікуванні захворювань органів травлення час приймання мінеральної води залежить від стану шлункової секреції. При зниженій кислотності мінеральна вода вживається за 30 хв. до їжі, за нормальної – за 45 хв., за підвищеної – за 1,5 години до їжі. Якщо людина не страждає захворюваннями органів травлення або не знає стани кислотності, то звичайно вживає воду за 45 хв. до їжі.

Мінеральні води для приймання усередину призначаються звичайно в теплому виді (38-50°C), особливо при захворюваннях органів травлення й нирок, тепла вода є фізіологічною, знімає спазми м'язів внутрішніх органів, у більшій мері проявляє свою лікувальну дію. Вуглекислі води (при відсутності супутніх захворювань органів травлення) можуть застосовуватися за більш низьких температур. Холодні мінеральні води у вигляді разових приймань можуть використовуватися з ланцюгом послаблення при запорах.

На курорті питне лікування мінеральними водами звичайно проводять безпосередньо з джерел – у питних галереях, у бюветах. Курс питного лікування на курорті становить 24-30 днів.

У домашніх умовах тривалість курсу лікування при певних показаннях може бути збільшена до 6 тижнів. Повторні курси лікування слід проводити не раніше, чим через 3-4 місяці.

Показання й протипоказання для внутрішнього приймання мінеральних вод

Показання для призначення питних мінеральних вод є:

➤ ХГ із підвищеною, зниженою й нормальною секрецією, хронічні ентерити й коліти з порушенням секреторної й моторної функції, хронічні захворювання печінки й жовчовивідних шляхів, хронічний панкреатит (гідрокарбонатно-хлоридно-сульфатні, натрій-магнієві, хлоридно-натрієві води);

➤ ЯХШ та 12-палої кишки, хронічні захворювання верхніх дихальних шляхів – ларингіт, трахеїт, бронхіт (гідрокарбонатно-сульфатні, мінерально-органічні води);

- хвороби обміну речовин і ендокринних залоз – цукровий діабет, ожиріння, подагра (хлоридно-сульфатні, натрій-кальцій-магнієві води);
- анемії, крім гемолітичної (залозисті води);
- тиреотоксикоз (гідрокарбонатно-йодні води);
- пародонтоз, остеопороз (кальцієві води);
- хвороби (крім туберкульозної етіології) нирок і сечових шляхів (гідрокарбонатно-сульфатні води).

Протипоказаннями для призначення питних мінеральних вод є:

- загострення запального процесу в шлунку або кишечнику, що супроводжуються блювотою, поносом, кровотечею, різким болючим синдромом;
- жовчнокам'яна хвороба й гострий холецистит, що вимагають хірургічного лікування;
- порушення проходження харчових мас по шлунково-кишковому тракту (звуження стравоходу й воротаря, різке опущення шлунка);
- різко виражена недостатність кровообігу;
- ефротичний синдром, ниркова недостатність;
- цироз печінки.

Спеціальні методи внутрішнього застосування мінеральних вод

Полоскання рота. Треба набрати в рот мінеральну воду й тримати її протягом 2 хвилин, а потім виплюнути. Повторити так 5-6 раз. Уся процедура триває 10-12 хвилин, і на неї витрачається від 1 до 2 склянок води температурою від 33 до 42°C. Полоскання роблять 3 рази в день, курс лікування – 15-20 днів. Для ванночок найбільш придатні гідрокарбонатні й гідрокарбонатно-хлоридні води.

Показання для полоскання рота: гінгівіт, запально-дистрофічна форма пародонтозу, стоматиту, артрит скронно-нижньощелепного суглоба, глосалгія (парестезія мови).

Полоскання глотки. Проводять 2-3 рази в день теплою мінеральною водою (краще лужною). Курс лікування – від одиничних полоскань до

курсого використання протягом 20-25 днів. Застосовують головним чином при атрофічних і субатрофічних фарингітах.

Інгаляції. Під інгаляцією розуміють вдихання пару мінеральної води у вигляді туману.

Для інгаляцій найкраще застосовувати гідрокарбонатні, йодобромні, радонові, а іноді й сульфідні води (есентуки, смирновська славяновська, боржомі, галявина квасова, лужанська, сваява й ін.).

Для інгаляцій частіше використовують води малої й середньої (до 10 г/л) мінералізації. Мінеральні води з високим змістом солей (вище 10 г/л) уживають у розведеному виді. Температура мінеральної води в межах 40°C. Тривалість інгаляції – 6-10 хвилин. Їх проводять щодня, 10-15-20 процедур на курс лікування.

Інгаляції мінеральних вод доцільно використовувати при хронічних запальних захворюваннях верхніх дихальних шляхів і легенів (риніт, фарингіт, ларинготрахеїт, тонзиліт, бронхіт, пневмонія, бронхіальна астма).

Тюбаж – це дренаж жовчних шляхів без зонда Він попереджає застійні явища в жовчному міхурі. Ранком натще випити протягом 10-15 хвилин невеликими ковтками 1-2 склянки підігрітої до 40-50 градусів мінеральної води без газу й полежати на правому боці з теплою грілкою на області печінки 30-40 хвилин. Потім – зробити 10 глибоких вдихів для кращого спорожнювання жовчного міхура. Для посилення жовчогінної дії (особливо при супутніх запорах) добре додати у воду 1-2 чайної ложки сульфату магнію або карловарської солі. Із цією ж метою можна вносити в мінеральну воду 15-20 г ксиліту або сорбіту. Тюбаж проводиться раз на 7-10 днів, на курс 3-4 процедури. Лікування мінеральною водою виявляє протизапальну дію, стимулює жовчовиділення, підвищує функціональну активність печінки.

Процедура кишкового зрошення дозволяє розв'язати два завдання:

1. Підсилює метаболічні процеси в слизовій кишечнику, стимулює її функціональний стан. Це сприяє зменшенню застійних явищ в області органів малого таза, профілактики хронічних захворювань.

2. Механічне очищення кишечника.

Методика проведення кишкового зрошення на кушетці

Протипоказання до приймання процедури гідрокolonотерапії (кишкового зрошення) визначає лікар проктолог.

Напередодні процедури ввечері й з ранку, у день прийняття процедури, необхідно провести спорожнювання кишечника за допомогою очисної клізми.

Вживати їжу до прийняття процедури не рекомендується.

Процедуру кишкового зрошення проводять у положенні пацієнта лежачи на кушетці на лівому боці із зігнутими в колінних суглобах ногами.

Кишковий зонд, змазаний вазеліном, вводять у пряму кишку на глибину 10-15 см. Інший кінець кишкового зонда з'єднують із трійником. Медсестра вводить мінеральну воду в кишечник порціями по 0,5-1,0 л при першій процедурі, а надалі по 1,0-1,5 л за 6-8 приймань із проміжками між ними по 1-2 хвилині. Після введення кожної порції мінеральної води пацієнтові пропонують спорожнити кишечник. Якщо спорожнювання кишечника не відбувається, пацієнтові пропонують робити глибокі дихальні рухи животом, змінити положення тіла, розслабитися.

При введенні мінеральної води в кишечник затиском пережимається гумова трубка, відведена в каналізацію, при спорожнюванні кишечника – пережимається трубка, з'єднана з баком мінеральної води.

На одну процедуру витрачається на початку лікування 8-10 л мінеральної води, а на кінець лікування – 12-15 л.

Після кожного спорожнювання кишечника медична сестра вводить нову порцію мінеральної води. Процедуру закінчують із появою в скляній трубці чистих промивних вод.

Температура мінеральної води 35-39°C, а тривалість 15-20 хвилин.

Після прийняття процедури необхідний 30-хвилинний відпочинок. Протягом дня рекомендується уникати фізичних і емоційних перевантажень.

Вживати їжу можна через 1-1,5 години після процедури.

Зрошення кишечника призначають по 2 процедури в тиждень. На курс лікування 6-10 процедур.

Протипоказання до приймання процедури гідрокolonотерапії:

- гострий апендицит;
- перитоніт;
- гострі запальні й виразкові процеси в прямій кишці;
- кишкові кровотечі будь-якого виду й походження (у тому числі геморої, що кровоточить, тріщини заднього проходу і т.д.);
- рак товстої кишки, особливо в стадії деструкції;
- випадання прямої кишки;
- гіпертонічний криз;
- вагітність.

Знати:

1. Складові компоненти лікувального впливу основних складових мінеральних вод.
2. Сутність механізму лікувальної дії мінеральних вод.

Уміти:

1. Охарактеризувати фізіологічний і лікувальний ефект питної мінеральної води.
2. Застосовувати методи місцевого використання мінеральної води.

Рекомендована література: [1, 5]

Змістовий модуль 4

ОСОБЛИВОСТІ ДІЄТОЛОГІЇ ТА ДІЄТОТЕРАПІЇ

Тема 7. Види дієтотерапії при надлишковій вазі, значення

Стислий зміст заняття.

Дієтхарчування при різних захворюваннях

Дієтичне харчування передбачає вживання термічно оброблених продуктів харчування. На сьогоднішній день, у європейських країнах існують три види дієт: основна (стаціонарна), лікувальна та спеціальна дієти. Основна

дієта призначається при відсутності необхідності в спеціальному лікувальному харчуванні.

Ця дієта побудована на принципах раціонального харчування, та її призначають більшості пацієнтів, які знаходяться в лікарні. Дієта фізіологічно повноцінна: білки – 100 г, жири – 100 г, вуглеводи 400-450 г, енергія 2700-3000 ккал з підвищеним вмістом вітамінів, обмежують лише важко перетравлювані та гострі продукти. Не рекомендується переїдати, зловживати спиртними напоями, нерегулярно вживати їжу. При складанні меню харчового раціону враховують кліматичні умови, характер роботи, а також індивідуальні звички.

Існують чотири лікувальні дієти: дві – для лікування гастроентерологічних хворих, дві – для лікування обміну речовин (розширені та суворі дієти). Спеціальні дієти призначаються рідко.

Вони потребують особливих підходів та спеціалізованих дієтичних продуктів (лактозна непереносимість, недостатність нирок, підвищений рівень ліпідів у крові та ін.).

Оскільки останнім часом набули значного поширення алергічні захворювання, то для їх лікування застосовують так звані гіпоалергенні елімінаційні дієти, які ґрунтуються на усуненні з раціону харчових алергенів, а також харчових речовин, що викликають реакції з вживаними продуктами. У лікуванні алергічних захворювань використовують також режим повного голодування, яке дозволяє істотно підвищити ефективність комплексного лікування.

Штучне харчування. Існують такі хворобливі стани, при яких доводиться тимчасово зовсім припинити вживання їжі звичайним шляхом, і тому для підтримання сил хворого застосовується штучне харчування. Це буває при різкому утрудненні ковтання (у деяких випадках при гострих запаленнях і травмах ротової порожнини, при багаторазовому блюванні, при коматозних станах, при деяких психічних станах, через відмову від їжі тощо).

Штучне харчування буває двох видів: внутрішньокишкове (ентеральне) та позакишкове (парентеральне). Штучне харчування часто використовують у

комплексному лікуванні післяопераційних хворих, спрямоване воно на корекцію обміну речовин.

Хронічні захворювання шлунку з нормальною та підвищеною кислотністю, при виразковій хворобі шлунка та дванадцятипалої кишки

Рекомендовано: харчові продукти та страви, які не мають сильної сокогонної дії і не містять грубої рослинної клітковини, а саме – білі сухарі, сухий бісквіт, супи з макаронними виробами, супи пюре зі свіжих овочів (крім капусти), нежирна яловичина, телятина, кролятина, курятина у вигляді парових котлет, рулетів та фрикадельок, масло вершкове несолоне, олія, свіже молоко, одноденний кефір, паровий яечний омлет, овочі (кабачки, морква, буряки, зелений горошок, зелена квасоля, листяний салат).

Не рекомендовано: прянощі, продукти зі значною кількістю солі, свіжий хліб, м'ясні й рибні бульйони, алкогольні напої, обмежують сметану, круто зварені та смажені яйця, цибулю, часник, гриби, малину, порічки, шоколад, виноградний сік, квас. Страви готують у відвареному, паровому та протертому вигляді. Дієта фізіологічно повноцінна, містить 100 г білків, 100 г жирів, 400-500 г вуглеводів, 3000-3200 ккал.

Хронічні захворювання шлунка з секреторною недостатністю, при хронічних запаленнях кишок (коліти, ентероколіти)

Така дієта характеризується обмеженням механічних та термічних подразників з метою оберігання шлунка та кишок від подразнення, нормалізації секреторної та моторної функцій органів травлення.

Рекомендовано: різноманітні харчові продукти та страви в подрібненому вигляді, які не містять грубої рослинної клітковини, а саме: бульйони міцні рибні, м'ясні, міцні овочеві відвари, протерті борщі, супи з крупами, страви з нежирних сортів яловичини, телятини, кролятини, птиці, смажені без грубої кірочки, соуси (м'ясні, рибні, томатні, сметанні), пюре з картоплі, моркви, капусти, кабачків, баклажанів, буряків, свіжий сир, некисла сметана, кефір, омлети, приготовані на парі, масло вершкове, олія, варені протерті ягоди солодких сортів, варення та мед.

Не рекомендовано: гострі, жирні і копчені страви, сало, жирні сорти м'яса, баранина, птиці (гуска, качка), свіже молоко, сметану, вершки, свіжий хліб, здобу, супи (молочний, квасолевий, гороховий, окрошку), яйця круто зварені, цибулю, часник, гриби, сирі овочі (редиска, огірки, горох, квасоля), чорниці, айва, шоколад, какао, чай, кава, алкогольні напої. Дієта повноцінна, містить 100 г білків, помірне обмеження жирів (80-90 г), нормальна кількість вуглеводів (400-450 г) та солі, 3000-3200 ккал, підвищена кількість вітаміну С (100 мг) та нікотинової кислоти (30-45 мг), вітаміну В₁ та В₂ (до 4-6 мг).

Закреп харчовий з метою посилення моторної функції кишок

Дієта фізіологічно повноцінна із включенням продуктів та страв, які посилюють перистальтику та звільнення кишок.

Рекомендовано: борщі, холодні фруктові супи, щі із свіжої і квашеної капусти, окрошку, холодний борщ, яловичину, нежирну свинину, телятину, хліб переважно чорний, сірий, овочеві гарніри, овочі грубо нарізані, розсипчасту кашу, копченості, холодець, маринади, шинку, ковбаси, салати і вінегрети, консервовані овочі, молоко і сметану, одноденний кефір, кисле молоко, свіжий сир, вершкове масло, олію, сирі фрукти, ягоди, компот, варення, мед, чорнослив. Страви готують у відвареному, смаженому та запеченому вигляді.

Не рекомендовано: хлібобулочні та борошняні вироби з борошна вищого гатунку (білий хліб, пиріжки, млинці), дрібні крупи (рисова і манна), макаронні вироби, киселі, міцні чай, какао та кава, шоколад. Дієта містить 90-100 г білків (50% тваринних), 90-100 г жирів (20-30% рослинних), 450 г вуглеводів, 3100-3200 ккал, рідину не обмежують. Призначають дієтичні продукти зі значною кількістю клітковини, хлібні вироби з висівками та ін.

Хронічне запалення кишок (коліти та ентероколіти, що супроводжуються проносом) з метою нормалізації функції кишок

Дієта фізіологічно повноцінна, з обмеженням механічних та хімічних подразників та виключенням продуктів та страв, які посилюють бродіння в

кишках. Страви готують у відвареному, смаженому та запеченому вигляді (без подрібнення).

Рекомендовано: підвищену кількість вітамінів С, А, В₁, В₂, а також супи слизисті з круп, бульйони з рисом, манними крупами, фрикадельками, нежирні сорти м'яса у вигляді парових котлет, м'ясних пюре, свіжий протертий сир, триденний кефір, білковий омлет, масло вершкове несолоне, цукор (40-50 г на день), сухарі з білого хліба, каші з різних круп, крім пшона та гречки, зварені на воді та протерті, натуральне червоне вино, напої з сухих терпких ягід (чорниці, терену, кісточок гранату, вишні, смородини), міцний чай.

Замість хліба вживають відварений рис. До всіх м'ясних страв слід додавати 1-2 г часнику. Для лікування хворих з гнильним проносом застосовують дієту із тертих яблук (терти яблука слід безпосередньо перед споживанням).

Не рекомендовано: дуже гарячі та холодні страви, овочі й свіжі фрукти, чорний хліб, свіжоспечений білий хліб, пиріжки, круті яйця, молоко та молочні продукти (крім свіжого сиру), закуски, спеції, консерви, ковбаси, копченості, солоні, в'ялені вироби з м'яса та риби, жирні сорти яловичини, свинини, гусятини, рибу, сало, гриби, фініки, морозиво/кремові вироби, спеції, гірчицю, хрін, виноградний сік, газовані напої. Дієта містить 120-140 г білків (60% тваринних), 100-110 г жирів (15-20% рослинних), 350-450 г вуглеводів, 3200-3400 ккал.

Захворювання печінки та жовчного міхура

Дієта сприяє відновленню порушеної функції печінки, нормальному жовчовиділенню, запобігає утворенню каменю в жовчному міхурі та жовчних шляхах, має містити достатню кількість вітамінів А, С, В₁, В₂, В₆, В₁₂, а також рослинної клітковини, що сприяє кращому виділенню жовчі й спорожненню кишечника.

У період загострення хвороби рекомендовано вегетаріанські супи, молочні та фруктові супи, нежирне м'ясо та рибу у відвареному вигляді, молоко у різному вигляді, сметану та вершки (обмежено), вершкове масло (40-

50 г), рослинну олію (кукурудзяну, соняшникову, соєву), відварену рибу, фрикадельки, вінегрети, салати з овочів із вареним м'ясом або рибою, свіжий сир. Рекомендуються м'який некислий сир та вироби з нього, білковий омлет, м'ясо нежирних сортів, рибу (відварену, а потім запечену у сметанному або молочному соусі), парові котлети, рулети, пудинги, каші, запіканки (особливо з гречаних та вівсяних круп), свіжі фрукти, особливо виноград, компоти, мед, варення, ізюм, курагу, яблука, чай з молоком, лимоном, німецька кава з молоком, сирі соки з ягід, фруктів, настій шипшини, смородини, пшеничні висівки з медом або цукром.

Не рекомендовано: дуже холодну та дуже гарячу їжу та напої (соки, мінеральні води, алкогольні напої) не нижче 15-20°C і не вище 60°C, м'ясні і грибні бульйони, жирні сорти м'яса та риби, сало, смажені страви, оладки, млинці, свіжоспечений чорний та білий хліб, вироби із здобного та листового тіста, яєчні жовтки, консерви, ковбаси, приправи, прянощі, копченості, бобові, овочі із значним вмістом ефірних масел (редиска, редька, цибуля, часник, хрін), міцну каву, шоколад. Дієта містить оптимальну кількість білків (100 г), вуглеводів (450-500 г) та енергії 3000 ккал.

Подагра і сечокислий діатез

Дієта сприяє нормалізації пуринового обміну та зменшує утворення сечової кислоти в організмі. Подагра – хронічне захворювання, спричинене порушенням пуринового обміну, затримкою та відкладенням солей сечової кислоти в хрящах, сухожиллях, зв'язках, голосових зв'язках, стінках судин та кишок.

Виходячи з цього, в першу чергу максимально обмежують продукти із значним вмістом пуринів, виключають алкогольні напої, обмежують кількість жирів, підвищують кількість вуглеводів та вітамінів.

Не рекомендовано: продукти, багаті на пуринові речовини (мозок, нирки, печінка, язик, телятина, курчата, ковбасні вироби, соління, сардини і шпроти, м'ясні і рибні консерви, шоколад, міцний чай, какао, кава, малина, брусниця, редиска, спаржа, щавель, шпинат, ревінь, баклажани, селера, брюсельську

капусту, хрін, перець, гірчицю, страви із сої, гороху, сочевиці, квасолі, гриби і алкогольні напої). Калорійність їжі повинна бути обмежена (2700 ккал).

Рекомендують: борщі, вегетаріанські супи, супи з крупами та макаронними виробами, відварене м'ясо та рибу нежирних сортів, страви з круп (каші) та макаронних виробів обмежують, різні молочні страви, овочеві страви, салати, вінегрети із сирих та варених овочів, тушковані та смажені овочі, свіжі фрукти, компоти, натуральні соки, слабкий чай (з молоком), білий та чорний хліб, масло вершкове, оливкова олія.

Захворюваннях нирок (нефрити, пієлонефрити, пієлоцистити та ін.)

Діету призначають диференційно, залежно від характеру основного захворювання, форми та стадії перебігу хвороби. При цих захворюваннях повинно бути фізіологічно повноцінне харчування з обмеженням білків (20-50 г), жирів (80-90 г), багатих на холестерол, вуглеводів (350-400 г), кухонної солі (2-6 г на день) та рідин, речовин, які подразнюють нирки, з підвищеною кількістю вітамінів А, С, В₁, В₂, В₁₂.

Рекомендовано (особливо при набряках) гарбузи, кабачки, огірки, листяні салати, салати з сирих овочів, ізюм, урюк, курагу, чорнослив, яблука печені, свіжі абрикоси, дині, виноград, настій шипшини, відвар пшеничних висівок з медом і лимоном.

Дозволяються також хліб (без солі – при високому артеріальному тиску) білий, сірий та з висівками, різноманітні супи, страви із круп, овочів, макаронних виробів, молоко та молочні продукти, нежирне м'ясо, телятина, кролятина, курятина, риба, парові котлети, тефтелі, обсмажені на олії, свіжий м'який сир, картопля, помідори, несолена капуста, свіжі огірки, буряки, зелений салат, яйця, олії несолені (соняшникова, оливкова). Солодкі страви не обмежуються, хоча цукор, мед, варення – не більше 75 г на день. Рекомендуються фрукти, ягоди, фруктові та овочеві соки.

Не рекомендовано алкогольні напої, пиво, солоні продукти, а також хрін, редиска, петрушка, кріп, селеру, часник, цибулю, які містять значну кількість ефірних масел, та шпинат, щавель й інші продукти зі значним вмістом щавлевої

кислоти. Кількість солі іноді виключають при високому артеріальному тиску і набряках. Для поліпшення смаку страв, приготовлених без солі, додають лимонний сік, яблучний оцет, журавлину. Крім солі, обмежують екстрактивні речовини, які містяться в м'ясі, рибі, грибах. Кількість рідини обмежують тільки при набряках. Калорійність 2100-2500 ккал.

Ожиріння

З метою зниження маси тіла та нормалізації обміну речовин призначають дієтичне харчування. Оскільки ожиріння в 95% випадків – харчового походження, тому обмежують кількість жирів та вуглеводів (особливо легкозасвоєваних), рідини, кухонної солі, виключають алкогольні напої та гострі страви. Водночас доцільно підвищити фізичну активність організму (заняття фізкультурою та спортом). Енергетична цінність дієти зменшується за рахунок вуглеводів та жирів з достатнім вмістом повноцінних білків, поліненасичених жирних кислот, вітамінів та мінеральних речовин.

Не рекомендовано: хлібобулочні вироби з борошна вищих гатунків, зі здобного тіста, жирне м'ясо, копчені продукти, жирна риба, жирні молочні продукти – м'який та твердий сири, сметану, вершки, сало, макаронні вироби, горох, квасоля, солодкі фрукти, кавуни, солодощі, різні соуси, гірчицю, хрін, прянощі, міцні м'ясні, рибні та грибні супи, гострі та солоні закуски, напої та соки зі значним вмістом цукру, мед, варення, цукерки, шоколад. Сіль та вільну рідину потрібно обмежити.

Рекомендують вживати їжу не рідше 4-5 разів на день, не допускаючи переїдання. Можна вживати хліб сірий, чорний вчорашньої випічки, слабкий чай з молоком, лимоном, німцуну каву, овочеві й фруктові соки, настій шипшини, відвар пшеничних висівок, масло вершкове й олію – не менше 15-20 г на день, борщі, овочеві супи вегетаріанські на слабкому м'ясному бульйоні, холодні супи з несолодких сортів фруктів та ягід, приготовлені на сахарині, нежирні сорти м'яса та риби, яйця в обмеженій кількості, свіжий сир і страви з нього, кефір, кисле молоко, гречана та вівсяна каші, оселедець обмежено, шинка, ковбаса лікарська, краби, овочеві консерви, риби в маринаді, салати і

вінегрети, сирі й печені фрукти та ягоди, овочі й овочеві страви різні, а картопля обмежено. Калорійність 1600-1700 ккал.

Цукровий діабет

Їжа має бути різноманітна, повноцінна, з підвищеним вмістом вітамінів і обов'язковим уведенням продуктів з ліпотропною дією. У раціоні має бути нормальна кількість білків (100 г білків і до 60% з них – тваринних), помірنا кількість жирів (65-85 г, із них 25-30% рослинних) та різко обмежена кількість вуглеводів (250-300 г), усього – 2400-2500 ккал.

Не рекомендовано: цукор, мед, солодкі фрукти, овочі та фрукти із значним вмістом вуглеводів (картопля, манка, банани, виноград, кавуни, ізюм, чорнослив, урюк), солодка сиркова маса, згущене молоко, морозиво, а також гострі та жирні сири, жирна риба, жирне м'ясо, копченості, жирні ковбаси, сало, хлібобулочні вироби з борошна вищого гатунку та здобного тіста, гострі соуси, оцет, міцні бульйони, усі соки та напої із значним вмістом цукру.

Рекомендовано вживати: борщі овочеві, молочні супи, вегетаріанський суп на слабкому бульйоні, не жирне м'ясо, яловичина, крільчатина, птиця, у котлетну масу замість хліба можна класти свіжий домашній сир (на 100 г м'яса 50 г домашнього сиру), свіже та кисле молоко, кефір, сметана, сичужний сир, яйця в обмеженій кількості, каша гречана та вівсяна, листяні салати, риба відварна та заливна, вимочений оселедець, нежирна шинка та ковбаса, овочеві та листяні салати з вареним м'ясом або рибою, холодець, чай з молоком, кава чорна з молоком, з вершками на сахарині, масло вершкове, соняшникове, соєве або кукурудзяне, хліб спеціальний діабетичний, сірий пшеничний з борошна грубого помелу, свіжі ягоди та фрукти кислих сортів. Рекомендовано також продукти, що містять не більше 5% вуглеводів: огірки, боби, листяна зелень, редиска, спаржа, помідори, капуста квашена, ревінь, червона капуста, брусниця, журавлина, буряк, шпинат, щавель, баклажани, зелений перець, агрус, лимон, зелена цибуля, кабачки. Можна вживати також продукти, що містять не більше 10% вуглеводів: гарбузи, диня, цибуля ріпчаста, капуста

білоголова, смородина, чорниця, малина, горобина, гриби свіжі та сушені, citrusові.

Знати:

1. Особливості роздільного харчування, його роль у формуванні здоров'я.
2. Сутність розвантажувальних дієт.

Уміти:

1. Охарактеризувати особливості дотримання посту і голодування, їх роль у формуванні здоров'я.
2. Розкривати сутність вегетаріанства, його значення для здоров'я.

Рекомендована література: [7]

ТЕМИ РЕФЕРАТІВ ДО КУРСУ «КУРОРТОЛОГІЯ ТА ДІЄТОТЕРАПІЯ»

1. Історія курортної справи.
2. Організація санаторно-курортного лікування.
3. Дієтичне харчування в санаторно-курортних установах.
4. Види дієтичного харчування.
5. Курорти України (описати один або кілька курортів на вибір).
6. Водні ресурси України і їхнє цільове використання в санаторно-курортній справі.
7. Загартовування (вплив клімату на організм людини, адаптація, акліматизація, види загартовування).
8. Методи кліматолікування (описати один або кілька методів кліматолікування на вибір).
9. Використання клімату з лікувальною метою.
10. Кліматичні курорти (описати один або кілька курортів на вибір).
11. Лікування водою (описати один або кілька аспектів лікування водою на вибір).
12. Зцілювальна пара (розглянути такі аспекти, як: дія лазні на організм, як користуватися лазнею, особливості користування сауною, лазневий віник, використання фіто-ароматичних настоек).

13. Лікувальні грязі (хімічний склад лікувальних грязей, механізм дії грязьових процедур на організм, грязьові аплікації й т.д.).
14. Історія лазень і саун.
15. Історія фітотерапії.
16. Фітотерапія і її значення в курортології.
17. Апітерапія (цілющі властивості меду, бджолина отрута, прополіс, маткове молоко, пилок і перга, бджолиний віск).
18. Історія санаторію «Березівські мінеральні води».
19. Санаторно-курортне лікування захворювань серцево-судинної системи.
20. Санаторно-курортне лікування захворювань органів дихання.
21. Методика заняття лікувальною гімнастикою.
22. Лікування продуктами бджільництва в санаторно-курортних умовах.
23. Санаторно-курортне лікування захворювань шлунково-кишкового тракту.
24. Апітерапія й фітотерапія при захворюваннях шлунково-кишкового тракту.
25. Курортне лікування захворювань кишечника.
26. Апітерапія й фітотерапія при захворюваннях кишечника.
27. Санаторно-курортне лікування хвороб печінки й шляхів жовчовиділення.
28. Апітерапія й фітотерапія при захворюваннях печінки й шляхів жовчовиділення.
29. Санаторно-курортне лікування хвороб обміну речовин.

МОДУЛЬНИЙ ТА ПОТОЧНИЙ КОНТРОЛЬ

Поточний контроль проводиться шляхом спілкування із ЗВО під час лекцій та консультацій та опитувань ЗВО під час практичних занять. Результати поточного контролю за відповідний модуль оприлюднюються викладачем на наступному аудиторному занятті. Бали, які набрані ЗВО під час модульних контролів, складають оцінку поточного контролю. Підсумкові оцінки поточного

контролю доводяться до відома здобувачів вищої освіти до початку сесії. Якщо здобувач вищої освіти виконав всі види робіт протягом семестру, то він, за бажанням, може залишити набрану кількість балів як підсумкову оцінку і не складати залік. У випадку, якщо здобувач вищої освіти хоче підвищити оцінку, отриману за балами, набраними протягом семестру (року), він складає залік.

Модуль за тематичним планом дисципліни та форма контролю	К-сть балів
Змістовий модуль 1. Основи організації санаторно-курортної справи	0...20
1 Присутність на заняттях	0...5
2 Повнота ведення конспектів лекцій	0...2
3 Своєчасні відповіді на практичних заняттях	0...3
4 Самостійна робота	0...5
5 МКР	0...5
Змістовий модуль 2. Особливості лікування у санаторно-курортних закладах	0...20
1 Присутність на заняттях	0...5
2 Повнота ведення конспектів лекцій	0...3
3 Своєчасні відповіді на практичних заняттях	0...2
4 Самостійна робота	0...5
5 МКР	0...5
Змістовий модуль 3. Особливості лікування у санаторно-курортних закладах	0...20
1 Присутність на заняттях	0...5
2 Повнота ведення конспектів лекцій	0...4
3 Своєчасні відповіді на практичних заняттях	0...1
4 Самостійна робота	0...5
5 МКР	0...5
Змістовий модуль 4. Особливості дієтології та дієтотерапії	0...20
1 Присутність на заняттях	0...5
2 Повнота ведення конспектів лекцій	0...4
3 Своєчасні відповіді на практичних заняттях	0...1
4 Самостійна робота	0...5
5 МКР	0...5
Разом за змістові модулі	0...80
ЗАЛІК	0...20
Разом за курс	0...100

Критерії оцінювання відповіді на практичних заняттях

Здобувач вищої освіти має представити усну доповідь або презентацію у форматі PowerPoint відповідно до теми заняття. Представлення однієї доповіді оцінюється у 1 бал.

1,8-2 бали – оцінюється, якщо здобувач вищої освіти демонструє оригінальність ідеї, її обґрунтування та відповідність основним педагогічним законам; дає розгорнуту відповідь на проблемне питання, висловлює власні судження, підкріплює їх власними прикладами, проявляє творчий підхід, дотримується мовленнєвих норм і високого рівня обґрунтованості відповіді.

1,5-1,7 бала – оцінюється, якщо здобувач вищої освіти демонструє оригінальність ідеї, її обґрунтування та відповідність основним педагогічним законам; дає розгорнуту відповідь на проблемне питання, втім не висловлює власні судження, а наводить запозичені (з посиланнями на джерела), підкріплює їх власними прикладами, проявляє творчий підхід, дотримується мовленнєвих норм і високого рівня обґрунтованості відповіді.

1,2-1,4 бала – оцінюється, якщо здобувач вищої освіти демонструє оригінальність ідеї, є неточним при її обґрунтування, не вказує на відповідність її основним педагогічним законам; дає коротку відповідь на проблемне питання, висловлює запозичені судження (з посиланнями на джерела), не підкріплює їх власними прикладами, допускає помилки при дотриманні мовленнєвих норм і обґрунтованості відповіді.

0-1,1 бала – оцінюється, якщо здобувач вищої освіти не демонструє оригінальність ідеї, не обґрунтовує її відповідності основним педагогічним законам; дає стислу відповідь на проблемне питання, висловлює запозичені судження (з посиланнями на джерела), не підкріплює їх власними прикладами, допускає помилки при дотриманні мовленнєвих норм і обґрунтованості відповіді.

Максимальна оцінка за відповіді на практичних заняттях – 16 балів.

Критерії оцінювання присутності на заняттях

Присутність здобувача на одному занятті оцінюється у 1 бал.

Максимальна оцінка за присутність на заняттях – 15 балів.

РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА

1. Використання кліматичних факторів в комплексі санаторно-курортного лікування. В. О. Атюшкін та ін.; за ред. Л. І. Фісенко. Київ: Купріянова, 2005. 256 с.
2. Опорний конспект лекцій з курсу «Основи курортології» / уклад. К. В. Каленік. Харків: ХДУХТ, 2015. 87 с.
3. Кравець О. М., Рябев А. А. Конспект лекцій з дисципліни «Курортологія» (для студентів усіх форм навчання напрямів підготовки 6.030601 – Менеджмент, 6.140101 – Готельно-ресторанна справа, 6.140103 – Туризм). Харків : ХНУМГ ім. О. М. Бекетова, 2016. 102 с.
4. Кравець О. М., Рябев А. А. Курортологія : підручник. Харків : ХНУМГ ім. О. М. Бекетова, 2017. 167 с.
5. Курортологія та курорти України : навч. посіб. для самостійної роботи студентів VI курсу медичних факультетів при підготовці до практичних занять з навчальної дисципліни «Медична реабілітація» / уклад. С. М. Малахова, О. О. Черепок, Н. Г. Волох. Запоріжжя : ЗДМУ, 2019. 105 с.
6. Кушнірук Ю. С. Рекреація та курортологія: навч. посіб. Рівне: НУВГП, 2012. 146 с.
7. Основи харчування: підручник / М. І. Кручаниця, І. С. Миронюкта ін. Ужгород: Вид-во УжНУ «Говерла», 2019. 252 с.