

Министерство образования и науки Российской Федерации
Федеральное агентство по образованию
Ярославский государственный университет им. П.Г. Демидова

А.В. Борисова

Курортное дело и оздоровительный туризм

Рекомендовано
Научно-методическим советом университета для студентов,
обучающихся по специальности
Социально-культурный сервис и туризм

Ярославль 2009

УДК 615.8
ББК Ч 518.1я73+Р11(2)27я73
Б 82

*Рекомендовано
Редакционно-издательским советом университета
в качестве учебного издания. План 2009 года*

Рецензенты:

Н.А. Миронова, кандидат исторических наук, ст. преподаватель кафедры
отечественной истории ЯГПУ им. К.Д. Ушинского;
кафедра туризма и социально-культурного сервиса ЯГПУ
им. К.Д. Ушинского

Б 82 Борисова, А.В. Курортное дело и оздоровительный туризм:
учеб. пособие / А.В. Борисова; Яросл. гос. ун-т. – Ярославль : ЯрГУ,
2009. – 114 с.

ISBN 978-5-8397-0641-5

В учебном пособии излагаются основы курортного дела и оздоровительного туризма в России. Курс дает системное изложение вопросов государственного регулирования деятельности санаторно-курортных организаций, основных принципов и форм лечения на курортах. По итогам изучения дисциплины студенты должны знать курортологические характеристики отдельных зон, основные лечебные факторы и способы их применения, виды и направления оздоровительного туризма.

Учебное пособие предназначено для студентов, обучающихся по специальности 100103 Социально-культурный сервис и туризм (дисциплина «Курортное дело и оздоровительный туризм», блок ДС), очной формы обучения.

ISBN 978-5-8397-0641-5

УДК 615.8
ББК Ч 518.1я73+Р11(2)27я73

© Ярославский государственный университет, 2009

Введение

Санаторно-курортное лечение в России традиционно является частью государственной политики и важным разделом здравоохранения. Согласно традиционному определению здоровье – это состояние полного физического, психического и душевного благополучия, а не только отсутствие болезней. Для оценки состояния здоровья используются следующие показатели: демографические, заболеваемость и трудовые потери, признаки физического развития, качество жизни. В последние годы здоровье россиян вызывает особую тревогу, характеризуется как крайне неблагоприятное. Ввиду неблагоприятных тенденций в состоянии здоровья возрастает роль санаторно-курортного оздоровления. В нем нуждаются 60% взрослых и 40% детей.

Регулярное и качественное санаторно-курортное лечение решает важные социально-экономические задачи: позволяет существенно сократить трудовые и материальные потери, в частности сократить число больных, пользующихся освобождением от работы, количество дней временной нетрудоспособности, уменьшить расходы на лечение в поликлиниках и стационарах.

Лечебно-оздоровительный туризм – наиболее востребованный и динамично развивающийся вид отдыха. По оценкам Всемирной туристской организации (ВТО), лечение и оздоровление относятся к числу важнейших туристских мотиваций.

Курортное дело, согласно Концепции государственной политики развития курортного дела в РФ, – это совокупность всех видов научно-практической деятельности по организации и осуществлению профилактики заболеваний, лечению и реабилитации больных на основе использования природных лечебных ресурсов, изучения их свойств и механизмов действия, комплекс мероприятий по организации, строительству, управлению курортами, обеспечению лечения и культурно-бытового обслуживания граждан, эксплуатации и охране природных лечебных ресурсов и санитарной охране курортов.

В задачи курортного дела входят:

1) разработка научных основ организации курортного дела, вопросов управления и экономического регулирования этой деятельности;

2) разработка методов и технологий санаторно-курортного лечения и оздоровления;

3) изыскание курортных ресурсов;

4) разработка правовых аспектов курортной деятельности, лицензирования, стандартизации и сертификации курортных услуг;

5) эксплуатация курортных объектов (здравниц, курортной инфраструктуры);

6) совершенствование технологий и повышение качества курортного обслуживания, в том числе размещения, питания, анимационно-досуговой деятельности.

Если в качестве основания классификации туризма использовать цель путешествия, то можно выделить лечебный туризм и оздоровительный туризм. Лечебный туризм осуществляется с целью поправки здоровья и предполагает пребывание в санаторно-курортных учреждениях. Цель «лечение» обособливается и в классификации путешествующих лиц, рекомендованной ВТО. Оздоровительный туризм имеет целью профилактику здоровья и отдых. Он характеризуется большей продолжительностью путешествия по сравнению с лечебным туризмом, посещением меньшего количества городов и большей продолжительностью пребывания в одном месте по сравнению с культурно-познавательным туризмом.

Необходимым для изучения является понятие «санаторно-курортные услуги». Это услуги, предоставляемые предприятиями размещения, расположенными в курортных местностях, отдыхающим с целью удовлетворения их потребности в санаторно-курортном лечении и курортном отдыхе.

Курорт как сегмент туристско-рекреационного рынка является объектом маркетинга и способствует экономическому развитию территории, на которой он расположен, что выражается в создании рабочих мест, получении доходов от курортной деятельности, в повышении уровня деловой активности территории, в содействии развитию смежных секторов экономики.

Основными принципами устойчивого развития современного курорта являются:

- наличие ценных туристско-рекреационных ресурсов (ландшафта, воды, воздуха и их сочетания);
- обеспечение условий для сохранения ценных объектов показа;
- грамотное сочетание лечебных факторов курорта с его достопримечательностями;
- обязательное размещение туристов вблизи от остальных объектов курортной инфраструктуры;
- обоснованный выбор на территории курорта мест для торгового обслуживания и организации центров коммерческой и культурной деятельности;
- использование на курорте удобного транспорта;
- экономичность водоснабжения, теплоснабжения, энергоносителей, широкие возможности телекоммуникаций;
- создание необходимых условий жизни для местного населения, составляющего основу обслуживающего персонала.

Современные курортные учреждения при обязательном условии сохранения сильной диагностической и лечебной базы должны стать полноценными учреждениями отдыха, т.е. удачно сочетать лучшие черты здравницы и гостиницы.

Глава 1

Основы санаторно-курортного дела

1.1. Концепция государственной политики развития курортного дела в Российской Федерации

Согласно законодательно закреплённому определению курортное дело – совокупность всех видов научно-практической деятельности по организации и осуществлению лечения и профилактики заболеваний на основе использования природных лечебных ресурсов, комплекс мероприятий по организации, строитель-

ству, управлению курортами, обеспечению лечения и культурно-бытового обслуживания граждан, эксплуатации и охране природных лечебных ресурсов и санитарной охране курортов.

Практическая деятельность в сфере санаторно-курортного дела осуществляется на основе Федерального закона от 23.02.1995 г. № 26-ФЗ «О природных лечебных ресурсах, лечебно-оздоровительных местностях и курортах». В нем отмечается, что природные лечебные ресурсы предоставляются юридическим и физическим лицам для лечения и профилактики заболеваний, а также в целях отдыха. Природные лечебные ресурсы, лечебно-оздоровительные местности, а также курорты и их земли являются особо охраняемыми природными объектами и территориями. Санаторно-курортные организации, осуществляющие лечебный процесс, имеют статус лечебно-профилактических организаций и функционируют на основании государственной лицензии.

Санаторно-курортное дело в России традиционно является составной частью государственной политики и национальной системы здравоохранения. Сеть санаторно-курортных учреждений в настоящее время составляет более 2,4 тыс. здравниц общей мощностью 409,5 тыс. коек. В этих учреждениях ежегодно получают лечение и оздоровление более 5 млн человек.

Главной целью государственной политики в санаторно-курортной сфере является создание в Российской Федерации современного высокоэффективного курортного комплекса, обеспечивающего широкие возможности для удовлетворения потребности граждан в санаторно-курортной помощи. Основными задачами государственной политики развития курортного дела в Российской Федерации являются следующие:

- контроль за сохранением и рациональным использованием природных лечебных ресурсов, лечебно-оздоровительных местностей и курортов;
- развитие инфраструктуры курортов, улучшение материально-технической и научно-методической базы санаторно-курортных и научно-исследовательских учреждений;
- улучшение финансирования санаторно-курортных учреждений из средств федерального и местных бюджетов;

– разработка и реализация научно-практических программ по совершенствованию профилактики заболеваний, новых лечебно-оздоровительных, стационарозамещающих технологий, в том числе укороченных интенсивных курсов лечения на основе эффективного применения природных лечебных факторов;

– использование санаторно-курортных учреждений для создания на их базе сети центров и школ здоровья, отделений восстановительного лечения, реабилитации и долечивания больных;

– повышение эффективности санаторно-курортного лечения и качества обслуживания больных на курортах и в здравницах, использование современных технологий приема, размещения, питания, экскурсионного обслуживания лиц, находящихся на курортах;

– защита прав и интересов граждан в период их пребывания на курорте;

– совершенствование системы подготовки кадров для санаторно-курортного комплекса;

– активизация международного сотрудничества в совершенствовании санаторно-курортной деятельности;

– разработка и реализация рекламно-информационных программ о деятельности отечественных курортов, внедрение информационных технологий и создание базы данных санаторно-курортных организаций, проведение Всероссийских форумов «Здравница», выставок, конгрессов, конференций.

Практическую деятельность коммерческих и некоммерческих организаций, юридических лиц в санаторно-курортной сфере определяют Гражданский кодекс РФ и Закон РФ «О защите прав потребителей» от 07.02.1992 г. № 2300-1.

Как уже отмечалось, закон предусматривает лицензирование санаторно-курортных учреждений для защиты потребителя от некачественных услуг. Лицензирование – законодательно утвержденное возмездное разрешение заниматься какой-либо деятельностью на определенный срок и при соблюдении определенных условий. Перечень подлежащих лицензированию услуг, в том числе и санаторно-курортных, закреплен законодательно.

Санаторно-курортные услуги лицензируются не отдельно, а в составе услуг по оказанию медицинской помощи по отдельным

направлениям (терапия, физиотерапия). Для получения лицензии санаторию необходимо иметь в наличии:

1) помещения, соответствующие экологическим, санитарно-эпидемиологическим, гигиеническим, противопожарным нормам и правилам;

2) штат работников (врачей, среднего медицинского персонала, техников), имеющих профессиональное образование и специальную подготовку;

3) организационно-технические возможности и материально-техническое оснащение для осуществления медицинской помощи.

Лицензирование осуществляют органы исполнительной власти. Лицензия выдается не более чем на 5 лет.

Существует и процедура оценки и подтверждения соответствия услуги установленным правилам (стандартам) – сертификация. В санаторно-курортной отрасли требования к оказанию услуг изложены в форме стандартов систем добровольной сертификации. К 2005 г. сертификацию прошли около 700 российских здравниц.

В стандарте «Санаторно-курортные услуги. Классификация предприятий» требования определены для категорий от 1 до 4 «звезд». Одна «звезда» – минимальный уровень, необходимый для всех организаций. Качественное выполнение требований дает возможность повысить категорию в целом или присвоить ее отдельным корпусам. Пять «звезд» в санаторно-курортных учреждениях не предусмотрено, т.к. для этой категории необходимо предоставление ресторанного питания, что несовместимо с лечебными диетами (прежде всего, наличие алкоголя в меню).

Характерная особенность российских санаториев – значительный разброс уровней качества работы различных служб. Например, инженерно-технические службы не обеспечивают даже одну «звезду», территория может иметь три «звезды», а номерной фонд и питание – две «звезды». Многие руководители сегодня видят своей основной задачей не повышение классности здравниц, а выравнивание уровней функционирования всех служб. Чаще всего «слабыми местами» являются инженерно-технические коммуникации и подготовка персонала.

Сегодня далеко не все санатории удовлетворяют даже минимальным требованиям для прохождения сертификации. Условием для этого являются: оборудование санатория устройствами для доступа инвалидов, пандусами, лифтами, специально оборудованными номерами. Обязательным условием является наличие холодного и горячего водоснабжения. Служба приема должна функционировать круглосуточно, уборка в номерах производиться ежедневно, смена постельного белья осуществляться один раз в неделю, полотенце – один раз в три дня.

Наиболее сложным и нерешенным является вопрос стандартизации санаторно-курортных услуг по их медицинской составляющей.

1.2. Индустрия здоровья. Реабилитация на курорте

Важнейшим фактором национальной безопасности является здоровье граждан. Охрана и укрепление здоровья является важнейшей задачей государства, необходимым условием высокого качества жизни.

Особой подсистемой национального хозяйства является индустрия здоровья. Ее формирование связано с переходом здравоохранения на использование современных технологий. Индустрия здоровья предполагает взаимосвязь, взаимодействие здравоохранения и других сфер деятельности по охране и укреплению здоровья людей.

Множество отраслей национальной экономики прямо или косвенно участвует в функционировании индустрии здоровья. В индустрию здоровья входят лечебно-профилактические, медико-реабилитационные и аптечные организации, центры санэпиднадзора, предприятия медицинской промышленности, организации медицинского страхования.

Индустрия здоровья является элементом рыночного хозяйства. Степень развития индустрии здоровья тесно связана с уровнем зрелости современного рыночного хозяйства. Индустрия здоровья принимает непосредственное участие в создании национального продукта, производя товары и услуги, направленные на охрану

здоровья. Вместе с тем индустрия здоровья – не только производитель, но и покупатель товаров и услуг.

Функционирование индустрии здоровья способствует активному созданию дополнительных рабочих мест, получению доходов населением и государством. На индустрию здоровья возложено выполнение следующих функций:

- оказание медицинских услуг;
- обеспечение товарами медицинского назначения;
- формирование медицинского сообщества, имеющего профессиональные установки и обязанности;
- научное познание болезней, их лечение и профилактика.

Согласно современному определению здоровье – это состояние полного физического, психического и душевного благополучия, а не только отсутствие болезней. Для оценки состояния здоровья используют следующие показатели:

- 1) демографические (рождаемость, смертность, продолжительность жизни);
- 2) заболеваемость и трудовые потери;
- 3) признаки физического развития (ЭКГ, нагрузочные пробы, факторы риска заболеваний – избыточная масса тела, курение);
- 4) качество жизни. Его уровень определяют по опроснику из 69 вопросов по 8 шкалам.

В последние годы здоровье россиян вызывает особую тревогу, характеризуется как крайне неблагоприятное. Фиксируется реальная опасность для выживания, сохранения генофонда народа. Численность населения уменьшается, т.е. происходит депопуляция. Согласно прогнозам, к 2015 г. население будет составлять 137 млн чел. (на 10,9 млн меньше, чем в 1995 г.). На 1000 жителей рождается 9, а умирает 15 человек.

Суммарный коэффициент рождаемости недостаточен даже для простого воспроизводства населения. Средняя продолжительность жизни – 66 лет.

Население трудоспособного возраста несет большие потери вследствие повышенной заболеваемости, смертности от болезней сердца, сосудов мозга, несчастных случаев, травм, алкоголизма, наркомании, вредности производства.

95% взрослых страдают хроническими заболеваниями, более 50% новорожденных имеют отклонения в состоянии здоровья. Основными причинами ухудшения здоровья являются:

- ухудшение среды обитания;
- употребление недоброкачественной воды;
- разбалансированность и нарушение качества питания;
- стрессы;
- низкое качество медицинской помощи.

Ввиду неблагоприятных тенденций в состоянии здоровья возрастает роль санаторно-курортного оздоровления. В нем нуждается 60% взрослых и 40% детей. Согласно результатам исследования, потребности населения в теплый период времени на 1000 человек составляют 60 мест в здравницах, в холодный период – 15 мест. Опрос показал, что 27% населения желает лечиться в санаториях.

Наибольшая потребность в курортной реабилитации отмечается в группе лиц с заболеваниями органов кровообращения. Здесь доминируют гипертоническая болезнь, пороки сердца.

В последнее время на курортах увеличилось число отдыхающих с различными проявлениями неврозов. Эти заболевания отмечаются у отдыхающих из экологически неблагоприятных зон, у лиц, чьи профессии связаны с нарушением режима питания, отдыха (военнослужащие, работающие по вахтовому методу).

Потребность населения в курортном оздоровлении и лечении зависит не только от возрастных особенностей, но и от уровня социально-экономического развития регионов, климатогеографических и экологических условий жизни.

Реабилитация – комплекс мероприятий медицинского, психологического, педагогического, социального характера, направленных на восстановление здоровья, психического статуса и трудоспособности лиц, утративших эти способности в результате заболевания.

Реабилитация является сложной и недостаточно разработанной проблемой. Причины этого состоят в отсутствии единого мнения относительно границы между лечебными и реабилитационными мерами и того, в каких учреждениях они должны проводиться.

В последние годы идея реабилитации получила широкое распространение. Она рассматривается как вид медицинской деятельности. Ее цель – восстановление различных способностей пациента, нормализация физического, психического, интеллектуального и духовного здоровья, нарушенного в результате травм, заболеваний.

Виды реабилитации: медицинская, физическая, профессиональная, социальная, сексуальная и техническая.

В зависимости от места проведения реабилитационных мероприятий различают этапы реабилитации: больничный, амбулаторный, санаторно-курортный. В целостной системе реабилитации важная роль отводится третьему этапу. Реабилитация может проводиться во всех курортных учреждениях, имеющих в штате врачебный персонал.

Контингент лиц, пребывающих в курортных учреждениях на реабилитации, составляют:

- 1) пациенты после госпитального лечения (или поликлинического);
- 2) пациенты с хроническими заболеваниями.

Основными задачами санаторно-курортного этапа реабилитации являются:

- 1) восстановление трудоспособности, подготовка к профессиональной деятельности;
- 2) медицинское просвещение пациентов (формирование здорового образа жизни);
- 3) повышение резервных возможностей организма (устойчивость к холоду, теплу, физическим нагрузкам);
- 4) предупреждение прогрессирования хронических заболеваний.

Основными задачами современного курорта являются выздоровление, восстановление здоровья, реабилитация клиентов. Курортная реабилитация проводится в три этапа:

- 1) первичное обследование для выявления уровня здоровья;
- 2) системное оздоровление;
- 3) контроль качества и эффективности реабилитации и оздоровления.

Многообразие программ реабилитационных мероприятий позволяет подобрать наиболее эффективный комплекс реабилитационных средств.

1.3. Курорты и их типы.

Принципы санаторно-курортного лечения

Курорт (от нем. «kur» – лечение, «ort» – место) – местность, обладающая лечебными факторами и условиями и признанная курортом Законом РФ о здравоохранении.

К курортам предъявляют следующие основные требования:

- наличие изученных природных лечебных факторов;
- необходимые технические устройства для рационального применения курортных факторов;
- специально приспособленные помещения для лечения и проживания;
- наличие лечебно-профилактических учреждений, обеспечивающих медицинское обслуживание;
- наличие оздоровительных учреждений, спортивных сооружений;
- наличие учреждений общественного пользования (питания, торговли, бытового обслуживания, культурно-просветительских);
- удобные пути и средства сообщения.

Тип курорта определяет характер его застройки и развития, эксплуатацию природно-лечебных средств, организацию обслуживания отдыхающих.

Специализацию любого курорта определяют природно-лечебные факторы, используемые для целей профилактики, терапии и медицинской реабилитации больных.

Все курорты можно разделить на шесть типов по сочетанию природно-лечебных факторов:

1) бальнеогрязевой курорт – тип курорта, где в качестве основных лечебных факторов используются минеральные воды и лечебные грязи (Ессентуки, Железноводск, Пятигорск, Горячий Ключ, Нальчик, Старая Русса, Усть-Кут);

2) бальнеоклиматический курорт – тип курорта, где в качестве основных лечебных факторов выступают климат и природные минеральные воды (Дарасун, Кисловодск, Сочи);

3) бальнеологический курорт – здесь основной фактор – природные минеральные воды (Ейск, Белокуриха, Дарасун, Учум, Липецк, КМВ);

4) грязевой курорт – основу составляют лечебные грязи (Ейск, Старая Русса, Усть-Кут, Эльтон);

5) климатокумысолечебный – основными факторами выступают степной и лесостепной климат и кумыс (курорты Башкирии, Оренбургской области, Алтая);

6) климатический – использование климата как основного лечебно-профилактического фактора. В особую группу выделяются приморские климатические курорты: Анапа, Геленджик, Ейск, курорты Петербургской и Калининградской зон.

В отдельный тип выделяются горноклиматические курорты. Основными лечебными факторами здесь выступают повышенная чистота, ионизация воздуха, сниженное давление кислорода (курорты Большого Кавказа, Прибайкалья и Забайкалья).

Важнейшими принципами организации санаторно-курортного лечения являются доступность лечения, направленность, единая система наблюдения за состоянием здоровья и эффективностью проводимого лечения, комплексность лечения, то есть использование разнообразных лечебных факторов в сочетании с диетотерапией, ЛФК и другими методами.

С учетом физиологических особенностей и акклиматизации пребывание в санатории разделяется на три этапа:

1. Начальный период (адаптация). Применение щадящего режима, минимум лечебных процедур. Длительность – 2 – 3 дня.

2. Основной, когда полностью реализуется лечебный комплекс. Продолжительность – 20 дней.

3. Заключительный, включающий щадящий режим, продолжительность 2 – 3 дня.

Главной особенностью лечения на курорте является приоритетное использование активных и даже сильнодействующих природных лечебных факторов.

Основными лечебными учреждениями на курортах являются санатории. Они могут быть однопрофильными – для лечения однородных заболеваний, либо многопрофильными – состоящими из нескольких специализированных отделений. В настоящее время установлены следующие типы санаториев:

1. Для больных туберкулезом.
2. Кардиологические.
3. Для лечения органов желудочно-кишечного тракта.
4. Для лечения опорно-двигательного аппарата.
5. Неврологические.
6. Урологические.
7. Для лечения профессиональных заболеваний.
8. Многопрофильные.

Для санаториев характерно самое большое количество обслуживающего персонала по отношению к учреждениям рекреационной сети: врачи-курортологи различных специальностей, медсестры, специалисты по диетпитанию, горничные, аниматоры, гидрогеологи, работники бухгалтерии, транспорта, бытовых служб.

1.4. История развития санаторно-курортного дела в России

Курортное дело относится к наиболее древним видам туристской индустрии. С античных времен люди умели использовать минеральные воды и лечебные грязи в целях оздоровления. «Чудесные» источники и другие факторы становились основой лечебных тайн храмов, нередко являлись предметом религиозного культа.

Некоторые авторы выделяют следующие периоды в развитии курортного дела:

1) стихийно-эмпирический (древние времена – Средние века). Курортные факторы применялись преимущественно с целью гигиены и санитарии (омовения, купальни, бани);

2) научно-курортологический (XVI – XVIII вв.) Зарождение и развитие научных основ курортологии. Включение курортологии в медицинскую практику. Возникновение первых курортов, подходов к их эксплуатации;

3) коммерческий (XIX – начало XX вв.). Бурное развитие курортов. Использование не только для лечения, но и для времяпрепровождения. Возникновение рекреационных предприятий: санаториев, лечебниц;

4) дифференцированный (XX – начало XXI в.) Разделение подходов к курортному делу на коммерческий и социальный.

Развитие отечественных курортов началось во время царствования императора Петра I. Он был знаком с практикой лечения в Западной Европе, неоднократно там бывал. Так, в 1715 г. «царь занемог и отправился в Германию, городок Пирмонт на лечение. Там пребывал почти три недели, кушал воду. 30 мая, в день рождения царя, публичного банкета не было, т.к. дохтуры при употреблении тех вод вина пить всем заказали». (Павленко Н.И. Петр Великий. М., 1994. С. 480.) Возвратившись в Россию, Петр приказал придворным медикам «искать в нашем государстве ключевых вод, которыми можно пользоваться от различных болезней». В 1717 г. последовал Указ «О приискании в России минеральных вод». Вскоре в Олонецкой губернии были обнаружены минеральные воды. В 1719 г. близ Петрозаводска возле минерального источника построили дворец, в котором жил царь с семьей. Именно здесь и зародился первый курорт в России – Марциальные воды. Правда, после смерти царя курорт пришел в упадок и, по сути, прекратил свое существование. Его возрождение началось уже в 1964 г. Вскоре после 1719 г. были заложены «бани» на Липецких соленых водах, которые стали базой второго отечественного курорта. По указу Петра I были составлены правила пользования минеральными водами – «Дохтурские правила». Так были введены обязательные условия пользования лечебными водами на курортах России.

Интересна история развития и становления такого крупного курортного района, как Кавказские Минеральные Воды. Первые исторические сведения о «горячих водах» Пятигорья относятся к XIV в. и принадлежат арабскому путешественнику Ибн-Батуте. Первое русское поселение здесь – Константиногорская крепость – появилось у горы Машук в 1780 г. В ходе покорения земель Северного Кавказа были открыты новые минеральные источники. В 1803 г. близ источников «кислой воды» (нарзана) возникли первые

жилые строения, получившие название крепости Кисловодской. Император Александр I признал этот регион лечебной местностью государственного значения.

В 1820 – 1830-х гг. только зарождались курорты на Кавказе. В этот период под «курортом» понималось наличие природного источника (минеральных вод, лечебных грязей и т.п.), «парка для прогулок и жилых домов, которые снимали отдыхающие целиком или частично». В 1822 г. в Кисловодске на средства правительства была построена двухэтажная ресторация с колоннадой и лестницей, спускавшейся в парк к источнику. К 1858 г. завершилось строительство Нарзанной галереи. Таким образом, наряду с поездками «на воды» в Европу, стали практиковаться и путешествия на Кавказ. В этих условиях посещение лечебных местностей в пределах империи стало модой для аристократической публики. В то же время следует отметить, что оздоровлением были озабочены как гражданские лица, путешествовавшие зачастую семьями, так и офицеры, находившиеся в составе действующей армии на Кавказе. Некоторые из них оставили путевые заметки, письма родным и друзьям, в которых рассказывали о природе края, нравах местных жителей, пребывании на курортах.

О своих впечатлениях от посещения Тифлиса рассказал А.С. Пушкин. Побывав в городе в 1829 г., поэт назвал оздоровительное заведение, ставшее основой для формирования курорта в последующее время, «славными тифлисскими банями». Пушкин описал принцип применения лечебных вод: «горячий, железосерный источник лился в глубокую ванну, иссеченную в скале. Отроду не встречал я ни в России, ни в Турции ничего роскошнее тифлисских бань».

В период первой половины XIX в. названные ресурсы использовались и для лечения раненых. В свое время высокую оценку качеству и эффективности таких заведений, как бани, дал М.Ю. Лермонтов. В письме С.А. Раевскому, написанном в 1837 г., он отмечал, что «приехал на воды весь в ревматизмах; меня на руках вынесли люди из повозки, я не мог ходить – в месяц меня воды совсем поправили; я никогда не был так здоров».

В это же время описание тифлисских грязелечебниц оставил Ф.Ф. Торнау, офицер, воевавший на Кавказе в 1830-х гг. Расска-

зывая о поездке в Тифлис, он подробно остановился на описании самого заведения и его посетителей. Торнау писал, что бани города относились к числу доступных удовольствий. Построены они были на серных горячих источниках, по-грузински «типлис», давших название городу. Летом они посещались преимущественно от заката до восхода солнца. Поочередно две бани отводились для женщин, а две оставлялись в распоряжении мужчин. В бане находился «бассейн студеной воды с фонтаном, по сторонам глубокие ниши для раздевания, примыкающие к одной общей или к двум или трем отдельным купальням, в которых из стен бил горячий ключ».

В 1846 г. по Высочайшему повелению Кавказские Минеральные Воды были переданы в ведение наместника Кавказского князя М.С. Воронцова. В этот период начинается розлив минеральной воды курорта Ессентуки в бутылки и ее продажа в другие районы страны. К середине века эта вода отправлялась в Петербург, Москву, Ростов.

В 1830 г. были основаны Одесские грязевые курорты, в 1867 г. – курорт Белокуриха на Алтае. С 1836 г. действовало отделение Симферопольского госпиталя для больных ревматизмом на берегу Сакского озера.

Среди многочисленных лечебных местностей в государственном управлении значились Кавказские, Липецкие, Сергиевские, Кемеринские минеральные воды. В 1863 г. в Пятигорске было создано первое в России научное общество по курортному делу – Русское Бальнеологическое общество. Оно возглавило деятельность по развитию отечественной курортологии. Во второй половине XIX в. были обследованы лечебно-климатические местности Крыма, Сибири, Средней Азии, Грузии. В 1868 г. открыты минеральные источники на побережье Охотского моря.

К началу XX в. в России насчитывалось уже 36 курортов, объединявших 60 санаториев (3 тысячи мест), несколько кумысолечебниц. I Мировая война резко сократила приток отдыхающих, но в прифронтной полосе были организованы два курорта. В 1912 г. по официальной статистике в России действовало 72 курорта. В 1914 г. был принят Закон «О санитарной и горной охране лечебных местностей». В 1915 г. в Петрограде состоялся съезд по во-

просам улучшения состояния отечественных лечебных местностей. Коренные преобразования последовали после Октября 1917 г.

В 1918 г. все курорты были объявлены государственной собственностью. В 1923 г. было создано главное курортное управление Наркомздрава во главе с Н.А. Семашко. Таким образом, были заложены основы развития санаторно-курортного дела в стране. В Кавказских Минеральных Водах были переоборудованы в санатории некоторые крупные здания, началось строительство новых профсоюзных санаториев и лечебных учреждений, только в Кисловодске было создано 20 новых санаториев. В 1930-е гг. учреждения края перешли на круглогодичную работу, возросла пропускная способность курортов.

К началу 1940 г. в СССР было 3600 санаториев и Домов отдыха на 470 тысяч мест. Новые курорты создавались на Урале, в Сибири, Дальнем Востоке. В годы Великой Отечественной войны санатории были превращены в сеть тыловых госпиталей.

Послевоенный период характеризовался следующими тенденциями:

- ростом санаторно-курортных учреждений и количества мест в них;
- расширением географии курортных зон на востоке;
- развитием новых форм обслуживания;
- планомерным изучением природных лечебных ресурсов;
- организацией институтов курортологии.

К середине 1980-х гг. в стране насчитывалось 14 тысяч санаториев на 2,5 млн мест. Создавались мощные агломерации: Большие Сочи, Большая Ялта, Кавказские Минеральные Воды, Юрмала.

Развал СССР и переход к рыночной экономике больно ударил по санаторно-курортной отрасли в России: сократилось рекреационное пространство (Россия потеряла основные курортные зоны на Балтике, в Карпатах, в Крыму и др.), резко уменьшилась материальная база, существенный ущерб был нанесен научному обеспечению курортного дела в России.

С середины 1990-х гг. в курортной отрасли наметились положительные тенденции развития. В 1999 г. заполняемость здравниц

составила 67%. В настоящее время курортный комплекс России насчитывает 45 тысяч здравниц.

Вопросы для самоконтроля:

1. Что является главной целью государственной политики в санаторно-курортной сфере?
2. Что представляет собой индустрия здоровья, каковы ее функции?
3. Каковы основные направления российского здравоохранения?
4. Каковы основные показатели здоровья населения России и как они связаны с качеством жизни?
5. Что такое курортная медицина, какова ее связь с этапами реабилитации?
6. Назовите основные типы санаториев.
7. Дайте характеристику основным этапам развития курортного дела в России.

Глава 2

Рекреационное районирование. Территориально-рекреационные системы

2.1. Оценка рекреационных ресурсов

Рекреация (с лат. – восстановление) – расширенное воспроизводство физических, интеллектуальных и эмоциональных сил человека. Рекреация необходима и индивидууму и государству (воспроизводство производительных сил общества).

Важнейшей составной частью рекреационного потенциала являются рекреационные ресурсы. Выделяют два типа: природные и культурно-исторические.

В свою очередь, рекреационная деятельность разделяется на следующие группы:

- 1) лечебно-оздоровительная,
- 2) спортивная,
- 3) познавательная.

Лечебно-оздоровительная направлена на восстановление здоровья человека, она базируется на использовании природных лечебных ресурсов: гидроминеральных и ландшафтно-климатических. Особенность курортной практики состоит в том, что она сочетает в себе множество функций:

- профилактическое оздоровление населения,
- реабилитацию больных,
- анимационно-досуговую деятельность.

Изменение рекреационных потребностей населения и его запросов в качестве отдыха на курортах привело к перерастанию санаторно-курортного дела в курортно-рекреационную систему. Ее цели: повышение уровня индивидуального и общественного здоровья, качества и продолжительности жизни.

Задачами курортно-рекреационной индустрии являются:

- курортный маркетинг, учитывающий не только медицинскую статистику заболеваемости, но и разнообразные рекреационные

потребности населения, определяющие широту спектра услуг на курортах;

- составление прогнозов развития курортно-рекреационных систем различного уровня на ближайшую и дальнюю перспективу;

- разработка новых технологий в области использования и воспроизводства природных лечебных ресурсов и методов санаторно-курортного лечения;

- подготовка менеджеров санаторно-курортного дела для здравниц и туристских фирм, работающих на рынке лечебных услуг;

- поиск эффективных экономических и организационных механизмов совместной деятельности туристских курортных предприятий.

При формировании федеральных и региональных курортно-рекреационных систем приоритетным должно быть понимание того, что общественное и индивидуальное здоровье является основным национальным достоянием государства.

Для использования природных условий и ресурсов необходима их оценка. Процедура оценивания состоит из следующих этапов:

- 1) выделение объектов оценки – природных комплексов, их компонентов и свойств;

- 2) выделение субъекта, с позиции которого ведется оценка;

- 3) формулирование критериев оценки, которые определяются масштабами и целью исследования, свойствами субъекта;

- 4) разработка параметров оценочных шкал градации (интенсивность взаимодействия объекта и субъекта: наиболее благоприятные, благоприятные, умеренно благоприятные, малоблагоприятные, неблагоприятные).

Существуют три основных типа оценивания природных ресурсов:

- медико-биологический,
- психолого-эстетический,
- технологический.

Медико-биологический тип отражает воздействие природных факторов на организм человека. Ведущую роль при этом играет

оценка рекреационных климатических ресурсов. Под климатом понимают многолетний режим погоды, свойственный данной местности.

Особое внимание уделяется состоянию организма человека как ответной реакции на погодные условия. Например, на территории КМВ есть районы с чертами умеренно континентального климата (Кисловодск); резко континентального (Пятигорск), слабо континентального (Джинальский хребет) и переходного (Бермамыт).

Наиболее благоприятной является южная зона. Климат Кисловодска и его окрестностей отличается большим числом ясных дней, малыми скоростями ветра. Воздух чист и прозрачен. Среднегодовая температура в январе $+3,7$; в июле $+19$. Только 37 дней в году не бывает солнца.

Район курортов Ессентуки, Пятигорск, Железноводск – климатическая зона с большим количеством тепла и умеренными осадками. Средняя температура июля $+22$, января $+4,5$. По сравнению с южной зоной здесь выше среднегодовая температура, число дней с туманами и без солнца – 85 – 120.

Существует понятие «зона комфорта», которая для многих людей лежит в пределах $17 - 23$ градусов. Вне ее человек ощущает охлаждение или перегревание. Все многообразие погоды анализируется с помощью классификации, выделяющей 16 классов погоды, которые образуют три группы:

- 1) безморозная погода (8 классов);
- 2) погода с переходом температуры через нулевую отметку (2 класса);
- 3) морозная погода (6 классов).

Благоприятны для человека все классы погоды, когда днем много солнца, хорошая освещенность и окружающие ландшафты привлекательны.

При психолого-эстетической оценке исследуется эмоциональное воздействие отличительных черт природного ландшафта на человека. Речь идет об эмоциональной реакции человека на тот или иной природный комплекс. Эстетическая ценность зависит от структуры ландшафта, разнообразия элементов пейзажа.

Среди других методов психолого-эстетической оценки в последнее время разрабатываются такие, как меры экзотичности и уникальности. Экзотичность – это степень контрастности места отдыха по отношению к постоянному месту жительства. Уникальность – степень встречаемости и неповторимости объектов и явлений. Наиболее привлекательные для отдыха виды рекреационной деятельности обладают и высоким уровнем профилактики заболеваний. Согласно структуре рекреационного времени выделяют соответствующие типы рекреационной деятельности:

- инклюзивную (рекреационная деятельность встроена в трудовую и бытовую деятельность);
- ежедневную (постоянная рекреационная деятельность, включающая прогулки, утреннюю зарядку, спортивные игры, купания);
- еженедельную (рекреационная деятельность отнесена на конец недели и включает поездки за город, на дачу);
- отпускную (рекреационная деятельность отнесена на конец рабочего года и включает лечебно-оздоровительный, экскурсионный, религиозный туризм).

Технологическая оценка включает вопросы техники и технологии использования природных и других ресурсов для рекреационной деятельности в целом, того или иного вида рекреационных занятий, оценку возможностей инженерно-строительного освоения территорий для создания рекреационных учреждений.

Обязательным условием пригодности природных рекреационных ресурсов является экологически благополучное состояние природной среды.

2.2. Курортные зоны. Их характеристика

В целях более эффективного использования природных ресурсов и планирования перспективного развития курортов необходимо разделение территории по принципу однородности признаков. В науке существует понятие «территориально-рекреационная система (ТРС)» – пространство, включающее природные и культурно-инфраструктурные комплексы. В ТРС ку-

портные зоны воздействуют на человека природно-лечебными факторами. Различают следующие типы ТРС:

- лечебный, направленный на оказание реабилитационных услуг, связанных с лечением, профилактикой. Лечебно-восстановительные меры используют минеральные воды, лечебные грязи, климат;

- оздоровительный;

- спортивный –

они направлены на укрепление здоровья, основное внимание уделяют рациональному чередованию труда и отдыха, использованию активного отдыха, походов, экскурсий, воздушных и солнечных ванн;

- познавательный, подчиненный познавательным аспектам человеческой деятельности, помогает раскрытию новых процессов, может быть использован в комплексе оздоровительных мер с целью профилактики, восстановления духовного и психического здоровья.

Впервые применительно к курортно-туристской сфере районирование было осуществлено в 1960-х гг. Тогда оно решало частные проблемы конкретных областей туризма, страна была разделена на 4 рекреационные зоны и 20 районов. В 1970-х гг. впервые было разработано комплексное рекреационное районирование СССР. Были приняты такие районообразующие признаки:

- 1) функциональная структура (на какой вид туризма ориентирована данная территория);

- 2) степень освоенности (развитости) района;

- 3) степень открытости;

- 4) перспективность.

Согласно первому признаку выделяют районы монофункциональные (например, только с лечебной функцией) и полифункциональные (где одинаково хорошо развит спортивный, лечебно-оздоровительный, познавательный туризм).

Согласно второму признаку территории делятся на развитые, среднеразвитые и слаборазвитые. Критерием выступает соотношение общего количества мест для отдыхающих и площади района.

Третий критерий отражает процентное соотношение приезжих туристов и местных отдыхающих в учреждениях. Территории делятся на открытые (где приезжих более 51%) и закрытые (менее 49%, соответственно).

Четвертый признак определяют следующие факторы:

- безопасность территории (политическая стабильность и экологическое благополучие);
- богатство рекреационных ресурсов;
- уровень развития инфраструктуры;
- степень известности на отечественном и мировом туристском рынке.

Развитие туризма в середине 1970-х – первой половине 1980-х гг. привело к выделению 5 зон и 31 района. Третье районирование было выполнено для стран СНГ в начале 1990-х гг. после распада СССР. Тогда появилось 4 зоны и 20 районов, из них 15 – в пределах России. Новая схема постоянно анализировалась и уточнялась. В 1996 г. утвердилось деление страны на 4 зоны и 15 районов. Последний вариант рекреационного районирования появился в 2006 г. и представил деление территории РФ на 5 рекреационных зон, включающих 23 района.

Изменчивость районообразующих факторов может отражать только конкретный исторический момент. Действующий на современном этапе вариант рекреационного районирования, таким образом, предлагает деление территории РФ на 5 рекреационных зон, включающих 23 рекреационных района.

Зона I

Европейский Север (Мурманская область, Карелия, Архангельская, Вологодская области, Республика Коми).

Зона характеризуется полифункциональной структурой, ряд объектов отнесен к уникальным и вошел в фонд мирового наследия ЮНЕСКО, получив известность на мировом туристском рынке. Территория относительно освоена в транспортном отношении, имеет небольшую рекреационную сеть.

Курортологическая характеристика: зона относительно благоприятна для санаторно-курортного дела, ограничения связаны с ландшафтно-климатическими условиями. Богата гидроминераль-

ными ресурсами. Здесь работает старейший отечественный курорт «Марциальные воды», включенный в список уникальных курортов России.

Зона II

Центральная Россия (Ленинградская, Калининградская, Псковская, Новгородская, Тверская, Ярославская, Костромская, Московская, Смоленская, Рязанская, Калужская, Орловская, Саратовская области, республика Татарстан, Башкирия, Удмуртия).

Для нее характерно оптимальное соотношение основных факторов развития туризма: территория густо заселена и урбанизирована, что обусловило самую высокую потребность в различных видах отдыха. Зона полифункциональна, здесь проходят самые известные туристско-экскурсионные маршруты. Территория отличается и самым высоким уровнем развития инфраструктуры благодаря наличию крупных городов и развитию транспортных связей. Зона политически стабильна и признана самой перспективной для развития внутреннего и въездного туризма.

Курортологическая характеристика: условия благоприятны для круглогодичной использования, наличие месторождений лечебных грязей. Здесь самая развитая сеть санаторно-курортных учреждений (только в Подмосковье более 300 санаториев). К уникальным курортам отнесены Сестрорецк, Старая Русса, Янгантау.

Зона III

Юг России.

Зона открытого туризма. Территория крайне неоднородна по специфике ресурсов и степени их освоения. В пределах зоны выделено 7 районов: от развитого (Кавказско-Черноморский) до слабо развитых (Азовский, Каспийский).

Курортологическая характеристика: для круглогодичного освоения пригодна северо-восточная часть. Многообразие иловых минеральных грязей. К уникальным курортам отнесены Кавказские Минеральные Воды, Большие Сочи, Анапа, Теберда. Все курортные зоны имеют общероссийское значение.

Зона IV

Азиатский Север.

Охватывает северную половину Сибири и Дальнего Востока, Якутию. Это самая большая по площади рекреационная зона РФ. Характеризуется слабой заселенностью, чрезвычайно низким уровнем урбанизации и отсутствием транспортной сети.

Природные условия региона мало пригодны для развития массового туризма из-за холодного дискомфорта зимнего периода, недостатка ультрафиолета в Заполярье. При этом на территории сохранилось множество первозданных местностей с богатой флорой и фауной, культурное наследие представлено экзотическими поселениями малых коренных народностей Севера и таежных территорий Сибири.

Курортологическая характеристика: зона имеет малоблагоприятные ландшафтно-климатические условия и ограниченно изученную гидроминеральную базу. Курортная сеть развита крайне слабо. В список уникальных курортов России вошли курорты Талая и Начики. В соответствии с республиканской целевой программой «Развитие курортного дела и повышение эффективности использования природных лечебных факторов озера Абалах на 2003-2010 гг.» рассматривается вопрос о строительстве санаторно-курортного комплекса в Республике Саха.

Зона V

Юг Сибири.

В азиатской части России эта зона наиболее перспективна, поскольку урбанизирована, имеет развитые транспортные связи и благоприятные климатические условия. Обладает богатейшими природными рекреационными ресурсами, позволяющими развивать все природоориентированные виды туризма. Многие объекты экологического туризма вошли в список природного наследия ЮНЕСКО.

Курортологическая характеристика: территория характеризуется относительно благоприятными ландшафтно-климатическими условиями и достаточной обеспеченностью минеральными водами и лечебными грязями. Здесь курортная сеть имеет давнюю историю. В настоящее время наибольшую известность получили

курорты «Тараскуль», «Озеро Учум». В пределах территории находятся две курортные зоны – Белокуриха (Алтай) и Сад-город на Японском море.

Таким образом, можно отметить, что данное районирование отражает нынешнее развитие российского курортного дела и туризма.

2.3. Типы рекреационных зон для санаторно-курортного лечения

Зона 1. Европейский Север.

Здесь наиболее известен курорт «Марциальные воды», находящийся в 55 км от Петрозаводска. Там расположена долина лечебных грязей и железистых минеральных источников. Это первый в России курорт, открытый по указу Петра I. В 1717 – 1719 гг. изучением состава марциальных вод по поручению царя занимались лейб-медики Р. Арескин и Л. Блюментрост. Они признали воды полезными для лечения. До наших дней сохранились «Подлинные дознания о действии Марциальных Кончезерских вод», сделанные в 1718 г. Это была первая публикация о лечебных водах России. Железистая вода источника, названная в честь бога войны и железа Марса марциальной, оказалась полезной при малокровии, цинге, болезнях сердца, печени и др. В 1718 – 1724 гг. Петр I совершил четыре поездки на курорт. Сегодня это курорт круглогодичного действия вместимостью 250 мест.

Медицинский профиль здравницы: заболевания системы кровообращения, органов пищеварения, костно-мышечной, мочеполовой, нервной систем, органов дыхания.

Курорт обладает двумя мощными лечебными факторами – минеральными водами и лечебными грязями. Курорт располагает водо- и грязелечебницами, плавательным бассейном, массажными кабинетами.

Единственный многопрофильный бальнеогрязевой санаторий в регионе Санкт-Петербурга – «Сестрорецкий курорт». Он имеет свою минеральную воду, лечебные грязи, плавательный бассейн с минеральной водой и мини-аквапарком. Это один из старейших

курортов Северо-Западного региона России, основанный в 1898 г. по указу Николая II.

В Архангельской области известен курорт «Беломорье», расположенный в 36 км от Архангельска. Лечебные факторы здравницы: минеральные воды, сапропелевые грязи. Основными показаниями для лечения являются заболевания органов пищеварения, опорно-двигательного аппарата, сердечно-сосудистой системы.

В Республике Коми планируется строительство и введение в строй многофункционального Сереговского курорта на 500 мест.

Зона 2. Центральная Россия.

На территории только Московской области расположено более 300 санаториев и пансионатов. Здесь есть широкие возможности климатолечения, целый ряд минеральных источников, озер с залежами лечебных грязей.

Преимущества санаторно-курортного лечения в Московской области состоят в следующем: в отсутствии резкой акклиматизации, адаптации, во всесезонности, развитой лечебно-диагностической инфраструктуре, умеренно-континентальном климате.

Основными показаниями для лечения можно назвать заболевания сердечно-сосудистой системы, органов дыхания и пищеварения, нервной системы, опорно-двигательного аппарата, обмена веществ.

Большая часть санаториев расположена в западном, северном и северо-восточном направлении от Москвы, практически нет их на востоке. Известны санатории «Можайский», «Озеро Белое», «Пушкино», «Каширские роднички».

На излучине рек Десны и Пахры находится санаторий «Ерино». Он предназначен для лечения больных с заболеваниями желудочно-кишечного тракта, опорно-двигательного аппарата, обмена веществ. В настоящее время на базе санатория налажен розлив лечебно-столовой и столовой воды. Она предназначена для больных гастритами и язвенной болезнью вне периода обострения.

В Ярославской области наибольшую известность получил Центр медицинской реабилитации «Большие соли», который на-

ходится в 250 км от Москвы или в 35 км от Ярославля. Исторически больница получила свое начало как курорт, который был открыт в 1915 г.

В настоящее время в больнице имеется несколько направлений в лечении: бальнеологическое, физиотерапевтическое, мануальная терапия, медикаментозное лечение. Санаторий использует местную минеральную воду со значительным содержанием микроэлементов калия, магния, кальция, железа, фтора, брома. Одна из скважин используется для выпуска лечебно-столовой минеральной воды «Некрасовская», которая рекомендуется при хронических заболеваниях пищеварительного тракта.

Общими показаниями для лечения являются: гипертоническая болезнь, варикозная болезнь, артриты и полиартриты, заболевания позвоночника, нервной системы, женских половых органов, почек.

В Костромской области известен бальнеологический санаторий «Волга», расположенный на р. Волге. Лечебным фактором здесь является минеральная вода (на территории находятся два источника). Санаторий предлагает такие процедуры, как минеральные ванны, гидромассажные ванны, спелеотерапия, ионотерапия, ингаляция, парафиноозокеритолечение, электросветолечение.

Неподалеку расположен санаторий «Костромской». Основной профиль – заболевания сердечно-сосудистой системы, мочевыводящих путей, опорно-двигательного аппарата. Специалисты предлагают такие виды лечения, как ароматерапия, аромафитотерапия, ионотерапия с фиточаями, ЛФК.

В Ивановской области находится санаторий «Зеленый городок». Показания для лечения: заболевания желудка, кишечника, печени, поджелудочной железы, желчного пузыря, мочевыводящих путей. В качестве лечебного фактора используются два источника: минеральной воды и рапы.

Известен и санаторий «Оболсуново» – климато-бальнеологический.

В Новгородском крае находится санаторий «Старая Русса». Он имеет 200-летний опыт лечения уникальными минеральными водами и грязями. Сульфидно-иловая грязь имеет собственное имя в международной классификации – «Старорусская». Показаниями для лечения являются заболевания органов пищеварения,

костно-мышечной системы, гинекологические, кожи, уха, горла, носа, сопутствующие заболевания.

Специалисты предлагают ряд методов лечения: ванны (йодобромные, ароматически, жемчужные, с травами), души (Шарко, подводный, циркулярный), грязелечение, климатолечение.

На Западном Урале находится многопрофильный лечебно-оздоровительный комплекс, курорт «Усть-Качка». В его состав входят бальнеолечебница, 7 санаториев. В лечении применяется более 50 методов на основе минеральных вод.

В Башкирии располагается уникальная здравница «Янган-Тау». Лечебными факторами здесь являются выделяющиеся из недр земли термальные газы, минеральная вода «Кургазак», чистый горный воздух. Санаторий имеет мировую известность.

Показаниями для лечения являются заболевания опорно-двигательного аппарата, нервной системы, почек, органов дыхания, гинекологические заболевания.

Зона 3. Юг России.

Санаторно-курортный и туристический комплекс Краснодарского края включает более 1,2 тыс. крупных и средних предприятий. В крае несколько курортов и курортных зон. Один из самых знаменитых курортов – Сочи. Правительство утвердило федеральную целевую программу «Развитие г. Сочи как горноклиматического курорта в 2006 – 2014 гг.» Основная ее цель – превращение Сочи в круглогодичный курорт мирового уровня.

В юго-западной части черноморского побережья расположена Анапа. Здесь самое экологически чистое в Черноморском бассейне море. В районе находятся сероводородные грязи, сопочные грязи «вулканов», 4 типа целебных подземных минеральных вод. В Анапе более 170 санаториев, оздоровительных центров.

Геленджикская группа курортов состоит из группы морских и горных природно-климатических курортных зон. В Геленджикский курортный район входят Геленджик, Кабардинка, Дивноморск, Джанхот, Бета, Широкая Щель, Криница, Архипо-Осиповка.

Курорт Ейск расположен на побережье Азовского моря. Первые исследования ейских минеральных вод производились в

1912 – 1913 гг. По целебным свойствам ейские минеральные воды не только не уступают, а даже превосходят источники многих известных курортов России. В Ханском (Татарском) озере были обнаружены целебные грязи. Основание курорта относится к 1921 г. Сочетание таких природных лечебных факторов, как сероводородные и йодобромные источники, лечебные грязи, климатолечение и морские купания с физиотерапевтическими процедурами дает прекрасные результаты. Основными показаниями для лечения являются заболевания нервной, сердечно-сосудистой, костно-мышечной систем, гинекологические болезни, аллергические заболевания.

Одним из крупнейших и старейших курортных регионов РФ являются Кавказские Минеральные Воды (КМВ). Группа курортов объединяет Кисловодск, Ессентуки, Железноводск, Пятигорск. Указом Президента 1992 г. в целях сохранения природных свойств всемирно известной местности с уникальными лечебными и оздоровительными факторами, историко-архитектурным и культурным обликом региону КМВ был придан статус «Особо охраняемого эколого-курортного региона РФ».

Основу курортных ресурсов для отдыха и лечения на КМВ составляют минеральные воды различного состава. На относительно небольшой территории насчитывается около 130 источников.

Курорт Кисловодск располагает углекислыми минеральными водами, типичным для среднегорья климатом. Здесь большое количество солнечных дней, малые скорости ветра, повышенная прозрачность воздуха.

Город-курорт Железноводск является самым северным курортом КМВ и располагает 20 здравницами. Климат курорта среднеальпийский: умеренно жаркое лето, теплая зима, сухая осень. Количество солнечных дней составляет 117 в году.

В Карачаево-Черкесии находится климатический среднегорный лесной курорт Теберда. Одним из основных лечебных факторов является мягкий климат, который благоприятствует проведению климатотерапии в течение года, и чистейший, насыщенный озоном воздух. Это уникальный курорт для лечений органов дыхания. Другие лечебные факторы – горные нарзаны и грязи озера Тамбукан. Курорт Теберда входит не только в список уникальных

курортов России, но и в число лучших горноклиматических курортов мира.

В Волгоградской области находится санаторий «Эльтон», который является специализированным бальнеогрязевым учреждением здравоохранения. Основными средствами лечения являются грязь и рапа минерального озера Эльтон, а также вода Сморогдинского минерального источника. На курорте лечатся многочисленные заболевания суставов, в том числе туберкулез костей, ревматические заболевания, гинекологические проблемы, рахит, цинга, малокровие и др.

Зона 4. Азиатский Север.

На Дальнем Востоке в 60 км от Петропавловска-Камчатского расположен санаторий «Жемчужина Камчатки». Профиль здравницы – заболевания опорно-двигательного аппарата, нервной системы, гинекологические, болезни кожи. Здесь предлагаются бальнеологические процедуры, грязелечение, фитотерапия, электро-светолечение.

В 100 км от Петропавловска-Камчатского на одноименном гидротермальном месторождении находится курорт «Начики». Он представляет собой крупнейший в регионе естественный очаг разгрузки азотных термальных вод, связанных с современными вулканическими структурами. Это слабоминерализованные щелочные кремнистые термы, которые используются для бальнеотерапевтических процедур при лечении болезней системы кровообращения, нервной и костно-мышечной систем, болезней мочеполовой сферы и кожи. Аналогичные по своему физико-химическому составу минеральные воды пользуются особой популярностью в Японии. Современные достижения геронтологии в этой стране напрямую связывают с регулярным использованием высокотемпературных кремнистых терм.

Один из известных курортов Камчатки – Паратунка. Изучение минеральных вод в этих местах началось еще в 1930-х гг. Нижнепаратунские источники по химическому составу относятся к группе самых популярных не только на Камчатке, но и в пределах Дальнего Востока. Минеральные воды используются в сочетании с целебными грязями. Одним из основных лечебных факторов яв-

ляется и климат. Поэтому в лечебную программу введено климатолечение.

Среди отрогов Хинганского хребта находится курорт Кульдур. Название его происходит от древнегольдского слова «хуль-жиур», что означает «горячая вода». В 1923 г. Кульдур был причислен к официальным курортным единицам. С 1929 г. курорт начал работать круглогодично. Главным лечебным фактором являются минеральные источники. Особенностью вод является высокое содержание в них фтора, микроэлементов.

В Читинской области работает бальнеологический и климатический курорт Дарасун. Его основной лечебный фактор – холодная углекислая железистая вода, одна из самых ценных в лечебном отношении групп минеральных вод. Здесь лечат заболевания органов кровообращения, пищеварения, дыхания.

Приморский край в силу географического положения и сложившихся климатических условий обладает наиболее благоприятным природно-ресурсным потенциалом и наиболее развитой в Дальневосточном регионе курортной инфраструктурой. Санаторно-курортный комплекс представлен 14 многопрофильными санаториями, 14 санаториями-профилакториями, 30 центрами и базами отдыха.

Здесь расположены три крупных курорта: Шмаковка, Садгород и Ласточка. Первый из них базируется на уникальном по масштабам проявления гидроминеральном поле шмаковского месторождения углекислых высокогазонасыщенных минеральных вод типа кисловодских нарзанов. Питьевое лечение шмаковскими минеральными водами показано при заболеваниях органов пищеварения, мочеполовой системы, нарушении обмена веществ.

Зона 5. Юг Сибири.

Восточные регионы России располагают разнообразными, а в ряде случаев уникальными природными лечебными ресурсами. Основные курортные ресурсы Алтайского края – климат (обилие солнца, повышенная прозрачность воздуха), минеральная вода, иловые грязи. Здесь представлена разнообразная флора: около 100 видов лекарственных растений используются в официальной медицине. Алтай – регион, где одним из приоритетных направлений

экономики должно стать развитие рекреационных услуг. Лечебный фонд Алтая представлен комплексом климатических факторов, которые в сочетании с источниками минеральных вод и лечебными грязями создают благоприятные условия для формирования курортного комплекса, удовлетворяющего потребности не только местного населения, но и жителей других районов страны. Характерной особенностью климата Алтая является обилие солнечного света в течение всего года (от 1862 часов в сильно увлажненных долинах до 2634 часов в высокогорных широких долинах и до 2659 часов на плоскогорьях). По оценкам курортологов, в Северном Алтае летом преобладает прохладная, приближающаяся к комфортной погода, при которой осуществляются все виды климатотерапии.

Обеспеченность Алтая гидротермальными ресурсами незначительна, что объясняется особенностями геолого-гидрологических условий. Радоновые воды Джумалинского источника близки по своим свойствам к минеральной воде курорта Белокуриха. В районе Телецкого озера к перспективным источникам можно отнести Чулышмашский и «Северный аржан», вода которого отличается значительным содержанием сероводорода. Лечебные грязи представлены сапропелем Манжерокского озера и пресноводным илом Озеро-Куреевского месторождения. Для строительства курортных предприятий наиболее благоприятными являются Нижнеприкатунский, Чергинский, Семинский ландшафтно-климатические районы.

В предгорье Алтая в долине р. Белокуриха расположен курорт «Белокуриха». В 1866 г. здесь были открыты целебные источники, в 1888 г. они начали использоваться в лечебных целях. К 1920 г. здесь сложился курортный поселок. Сегодня «Белокуриха» – курорт федерального значения. Здесь используются такие лечебные факторы, как микроклимат, горный ландшафт, минеральная вода. Бальнеотерапия включает 27 видов процедур.

Показаниями к лечению являются гипертония, сердечно-сосудистые заболевания, варикозное расширение вен, болезни ЖКТ, нервной системы.

Вопросы для самоконтроля

1. Каковы курортологическая характеристика и основные курорты рекреационной зоны I «Европейский Север»?
2. Каковы курортологическая характеристика и основные курорты рекреационной зоны II «Центр России»?
3. Каковы курортологическая характеристика и основные курорты рекреационной зоны III «Юг России»?
4. Каковы курортологическая характеристика и основные курорты рекреационной зоны IV «Азиатский Север»?
5. Каковы курортологическая характеристика и основные курорты рекреационной зоны V «Юг Сибири»?
6. Назовите основные типы курортов.

Глава 3

Биоклиматический потенциал курортов

3.1. Минеральные источники. Основные типы минеральных вод

Минеральные источники – естественные выходы минеральных вод на земную поверхность. Минеральные воды содержат те же вещества, которые присутствуют в человеческом организме, и их лечебное действие заключается в восстановлении нарушенного равновесия. На поверхность Земли минеральные воды выходят в форме минеральных источников или буровыми (артезианскими) скважинами. В целях курортного использования выявляют месторождения подземных минеральных вод, которые отвечают установленным нормам.

Зачатки бальнеологии появились еще в V в. до н.э., когда Геродот предложил способ лечения минеральной водой. Римскому врачу Архигену (I в.н.э.) принадлежит первая классификация минеральных вод. Первые сведения о развитии бальнеологии в России связаны с именами ученых XVIII в. Важную роль в изучении лечебных минеральных вод сыграло основание на Кавказе по инициативе доктора С.А. Смирнова Русского бальнеологического общества. В советское время были установлены единые принципы комплексной оценки минеральных вод по химическому составу и физическим свойствам.

При наружном применении минеральная вода действует непосредственно на кожу, изменяя ее проницаемость. При внутреннем употреблении минеральная вода воздействует своей температурой, минеральным и газовым составом на слизистую оболочку различных отделов желудочно-кишечного тракта, чем объясняется эффект применения минеральной воды.

Выделяется шесть основных типов месторождений минеральных вод:

1. Платформенные артезианские бассейны (Кашинское, Старорусское, Сестрорецкое).

2. Предгорные и межгорные артезианские бассейны (Нальчикское).

3. Артезианские бассейны (Ессентуки).

4. Трещинно-жильные гидрологические массивы (Белокуриха)

5. Гидрогеологические массивы (Дарасун, Шмаково).

6. Грунтовые минеральные воды (Марциальные Воды).

В современной науке выделяют следующие типы минеральных вод:

1. Хлоридно-натриевые, наиболее распространенные. Основные месторождения – Старая Русса, Кашин. Их применяют для питьевого лечения, ванн, ингаляций. Основными показателями к лечению являются заболевания суставов, желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), хроническая венозная недостаточность, заболевания органов дыхания.

2. Сульфидные. Могут содержать другие газы (метан, азот), микроэлементы (йод, бром). Основные месторождения – Сочи, Ейск. Применение: заболевания центральной нервной системы, кожи, обмен веществ. Для питьевого лечения вода такого типа не используется.

3. Углекислые. Кисловодск, Ессентуки, Железноводск, Пятигорск. Используются для питьевого лечения и ванн. При заболеваниях ЖКТ, почек, снижают артериальное давление, создают сердцу облегченные условия деятельности.

4. Радоновые воды – природные или искусственно приготовленные. Содержат радиоактивный химический элемент – радон. Не подлежат транспортировке. Белокуриха, Усть-Кут. Заболевания суставов, щитовидной железы, сердца.

5. Йодо-бромные. Болеутоляющее действие, улучшение кровообращения, функции щитовидной железы, обмена веществ. Западная Сибирь, Азово-Кубанская область.

6. Азотно-кремнистые термальные – теплые и горячие. С температурой от 20 до 100 градусов. Талая, Горячий Ключ. Ванны, души, ингаляции. Заболевания нервной системы, опорно-двигательного аппарата, кожи, гинекологические, ЖКТ.

7. Мышьяковистые. Редкие. Камчатка, Кавказ, Сахалин. Питье, ингаляции, ванны. Активизация обмена веществ, дыхания, заболевания кожи, ЖКТ.

8. Пресные органосодержащие типа «Нафтуся». Эта минеральная вода имеет специфический привкус и легкий запах нефти. Предупреждает камнеобразование, выводит из организма радионуклиды, шлаки, улучшает функцию печени и восстанавливает иммунную систему.

Пресные воды данного типа встречаются в Поволжье, на курорте Ундоры, в Коми, Прибайкалье. Нормализуют деятельность почек, мочевыводящих путей.

3.2. Лечебные грязи: их действие, основные показания к грязелечению

Лечебные грязи, или пелоиды, — пластичные массы, состоящие из органических и минеральных веществ, содержащие вещества, подобные гормонам и витаминам.

Благодаря пластичности грязи хорошо прилипают к телу человека, абсорбируя с его поверхности болезнетворные микроорганизмы. Грязи применяются в нагретом до температуры около 50 градусов состоянии. Грязи отличаются высокой теплоемкостью, что обеспечивает глубокое прогревание зон грязевых аппликаций, способствует расширению кровеносных сосудов, активизации кровоснабжения и процессов обмена веществ.

Лечебные грязи подразделяются на:

- 1) те, что содержат органические вещества,
- 2) те, в которых органические вещества присутствуют вместе с минеральными,
- 3) чисто минеральные грязи.

Первый тип представлен лечебными торфами и лечебным сапропелем (иловые отложения пресных озер), они распространены преимущественно в лесной зоне. Большими запасами лечебных торфов отличается Тверская область. Лечебный сапропель обнаружен во многих пресных озерах на всей территории страны (в озерах Селигер, Неро). Изредка среди пресноводных грязей этого типа встречаются и минерализованные — в местах выхода минеральных вод.

Иловые сульфидные грязи содержат органические вещества, находящиеся в донных отложениях (иле) морских заливов и соле-

ных озер, обогащенных минеральными веществами морской или соленой озерной воды. Эти грязи подразделяются на морские (на дне заливов Азовского, Черного, Японского, Балтийского и Белого морей), приморские (на дне соленых озер вдоль побережья морей) и континентальные озерные (на дне соленых озер) и озерно-ключевые грязи (в Средней полосе России, в Поволжье, Предуралье, Якутии).

Чисто минеральные грязи – опочные и гидротермальные – менее распространены и локализованы в нефтеносных районах Таманского полуострова и зонах вулканизма (Камчатка и Курилы) и пока еще не имеют широкого применения.

По международной классификации лечебные грязи делятся на:

1) неорганические (минеральные) иловые грязи:

а) ключевые (в местах выхода ключей);

б) сопочные (выходящие вместе с холодной водой);

в) осадочные грязи лиманов морей;

2) органические (сапропелевые), находящиеся на дне озер.

Образуются из остатков растительных и животных организмов;

3) торфяные грязи болот.

Лечебные грязи оказывают следующее воздействие:

– тепловое: грязь отличается высокой теплоемкостью и дольше сохраняет температуру;

– механическое, то есть воздействие органических и неорганических биологически активных микроэлементов (сульфиды, железо, йод, бром). При этом улучшается состояние иммунной системы;

– местное: грязь обладает адсорбционными свойствами, что способствует удалению с поверхности кожи и слизистых оболочек болезнетворных микроорганизмов. Грязь оказывает также местное противовоспалительное, рассасывающее и обезболивающее действие.

Показания для лечения грязями: заболевания опорно-двигательного аппарата, нервной системы, кожи, ЖКТ, гинекологические, мужских половых органов. Терапевтический эффект грязей зависит от их физико-химических свойств, методики применения, продолжительности и количества процедур, состояния организма человека. Лечебное действие складывается из влияния теплового, механического и химического факторов:

– тепловое – способность удерживать тепло. Максимальный предел нагрева составляет 44 – 48 градусов. Происходит расширение сосудов, ускорение кровотока, обменных процессов;

– механическое – сдавление подлежащих тканей способствует распространению в них тепла на большую глубину;

– химическое – частицы веществ попадают в кровь и влияют на функции различных органов и систем.

Различают общие и местные грязевые процедуры. Более распространена аппликационная методика. На тело наносят слой лечебной грязи определенной температуры, толщины и консистенции на 15 – 20 минут. При общих аппликациях обмазывают грязью все тело, за исключением головы и передней поверхности грудной клетки. При местных аппликациях накладывают грязь на определенную часть тела («чулки», «носки», «перчатки»). К местным процедурам относят и грязевые компрессы. Их применяют при заболеваниях суставов.

Широкое распространение получили методики использования грязевого раствора для орошений, полосканий. Грязелечение сочетают также с электролечением. Обычно курс грязелечения проводят один раз в год.

Хранение лечебной грязи происходит в грязехранилищах, под слоем соляного раствора – рапы. Пресные грязи после их применения используют в качестве удобрений, а иловые сульфидные закладывают в хранилища для регенерации. В течение полугода там погибают все микроорганизмы, и грязь снова готова к применению.

Основными курортами, где применяют грязелечение, являются Ессентуки, Железноводск, Марциальные Воды, Солигалич, Сольвычегодск, Старая Русса, Пятигорск, Учум, Эльтон.

Широко используют в лечебной практике озокерит – вещество из парафинов с добавками жидких масел и асфальтно-смолистых веществ. Единственное месторождение озокерита в мире находится на расстоянии 4 км от курорта в г. Бориславе. Содержание в нем минеральных масел определяет его консистенцию – мажеобразную, восковую, хрупкую или твердую. Использование озокерита имеет противовоспалительное и анальгетическое действие.

3.3. Бальнеология. Бальнеотерапия

Бальнеология (от лат. «*balneum*» – баня, купание) – раздел медицинской науки, изучающий происхождение и физико-химические свойства минеральных вод, методы их использования с лечебно-профилактической целью при наружном и внутреннем применении.

Бальнеотерапия – наружное лечение минеральными водами, использование природных и искусственно приготовленных минеральных вод для профилактики и лечения различных заболеваний и с целью медицинской реабилитации. К бальнеотерапии относят также использование минеральных вод для питья, промывания-орошения кишечника, ингаляции.

Бальнеологический курорт – тип курорта, где в качестве основного лечебного фактора используются природные минеральные воды.

Минеральные воды используются в виде ванн, купаний в бассейнах, душей, различных орошений и промываний, ингаляций, питьевого лечения.

Ванны

Лечебные процедуры, при которых обнаженного больного или часть его тела помещают в водную среду с лечебными, профилактическими, гигиеническими целями. В основе действия ванн лежит влияние воды разной температуры на многочисленные нервные окончания (рецепторы) в коже. Продолжительность приема ванн составляет 10 – 15 минут, чаще всего их назначают через день или два дня подряд с последующим перерывом.

В зависимости от температуры воды ванны делят на:

- холодные (до 20 градусов)
- прохладные (20–33 градуса)
- индифферентные (34–37 градусов)
- теплые (38–39 градусов)
- горячие (40 градусов).

При приеме горячих ванн усиливается кровоснабжение кожи и воспалительных очагов. При приеме холодных ванн сначала происходит быстрое сужение кожных сосудов, которое вскоре сменяется их расширением. Происходит повышение тонуса нерв-

ной системы и тонуса мышц. Эти процедуры оказывают тонизирующее действие, ведут к тренировке терморегуляционных механизмов организма.

Ванны так называемых индифферентных температур (близких к температуре кожи) не оказывают раздражающего действия, не вызывают перераспределения крови в организме. Они снижают повышенную возбудимость нервной системы, вызывают развитие торможения в коре головного мозга.

Питьевое лечение

Из методов внутреннего применения минеральных вод наиболее распространено питьевое лечение. Воды оказывают раздражающее действие на рецепторы слизистых оболочек верхних отделов кишечного тракта (полости рта, желудка). Минеральная вода, принятая натощак, за 1 – 1,5 часа до приема пищи, довольно быстро переходит в двенадцатиперстную кишку и тормозит желудочную секрецию. Если же выпить минеральную воду во время приема пищи или за 10 – 15 минут до него, то она надолго задерживается в желудке и стимулирует желудочную секрецию.

При питьевом лечении имеет значение и температура принимаемой воды. Питье холодной минеральной воды может привести к спазму желчных путей, поэтому обычно назначают подогретую воду.

Наиболее известными в России бальнеологическими курортами являются Кавказские Минеральные Воды.

Ессентуки. Самый равнинный курорт КМВ, основан в 1798 г. По праву считается крупнейшим и наиболее популярным питьевым курортом страны. Главные лечебные свойства – более 20 минеральных источников. Основа лечения курорта – минеральная вода, лечебная грязь Тамбуканского озера и благоприятный микроклимат. Лечебные минеральные воды (Ессентуки-4, 17, Ессентуки Новая-2), которым нет аналогов в Европе, помогают избавиться от заболеваний печени, желчевыводящих путей, ЖКТ, обмена веществ, центральной нервной системы.

Кисловодск – уникальный бальнеологический и климатический курорт. К основным природным лечебным факторам относятся минеральные источники – Кисловодские нарзаны. Свое современное название курорт получил благодаря наличию «кислых

вод». Название источника «Нарзан» происходит от другого кабардинского слова «Нарт-санна» («богатырь-вода»). Датой основания курорта считается 1803 г., хотя первый официальный заезд больных состоялся в 1808 – 1809 гг.

Воды 7 действующих в Кисловодске источников обладают уникальными свойствами. Показаниями для лечения в Кисловодске являются кардиологические и гинекологические заболевания, болезни системы кровообращения, органов дыхания, нервной системы.

Железноводск – один из живописнейших городов-курортов. Главное его богатство – всемирно известные минеральные воды, позволяющие проводить высокоэффективное лечение заболеваний органов пищеварения, почек и мочевыводящих путей.

Пятигорск – бальнеологический и грязевой курорт федерального значения. Этот крупнейший курорт России не имеет себе равных по разнообразию минеральных вод. Здесь более 50 различных минеральных источников. Земля Пятигорья славится целительными радоновыми, углекисло-сероводородными и углекислыми водами.

3.4. Климатотерапия

Понятие «климат» в научную литературу ввел древнегреческий астроном Геппарх (190 – 120 гг. до н.э.). Термин происходит от греческого слова «κλίμα», что означает «наклон» (наклон земной поверхности к солнечным лучам). В XVIII в. М.В. Ломоносов отмечал влияние ландшафта (моря, суши и гор) на особенности климата.

Формирование науки, изучающей вопросы климатообразования, относится к концу XVIII – началу XIX в. Исследователи начали рассматривать климат как совокупность атмосферных явлений в течение определенного промежутка времени.

Климат – это многолетний режим погоды определенной местности. На его формирование оказывают влияние приход-расход солнечного тепла в атмосфере, циркуляция в ней воздушных масс и особенности земной поверхности, которые незначительно изменяются на протяжении многих лет. Погодой же называют состоя-

ние метеорологических элементов в данном месте в определенный момент времени.

С целью раскрытия условий формирования климата, необходимо рассмотреть его составляющие, то есть климатообразующие факторы:

- солнечная радиация, обеспечивающая поступление на Землю света, тепла и ультрафиолета;
- атмосферная циркуляция, с которой связан перенос воздушных масс в атмосферных вихрях (циклонах и антициклонах), и наличие зон раздела воздушных масс (атмосферных фронтов);
- подстилающая поверхность, определяющая перераспределение солнечной радиации в зависимости от характера земной поверхности.

С развитием человеческого общества появился новый фактор, влияющий на климат планеты, – антропогенный. В городах температура воздуха выше, чем в сельской местности. Запыленность воздуха способствует образованию туманов, облаков, что ведет к сокращению продолжительности солнечного сияния и выпадению осадков. Хозяйственная деятельность человека оказывает пагубное, порой необратимое влияние на климат.

Климатотерапией называют использование метеорологических факторов, то есть особенностей климатических и погодных условий данной местности, в лечебных и профилактических целях.

В климатотерапии используются:

- влияние смены климата. Смена климатических районов может оказывать стимулирующее действие, повышать сопротивляемость организма, вызывать перелом в течении болезни, особенно при вялотекущих патологических процессах. Лечение в местных здравницах рекомендуется больным с нарушенной адаптацией и с повышенной метеочувствительностью;
- специальные климатические воздействия (галокамер и др.).

В зависимости от температуры и влажности воздуха различают следующие типы климата:

- 1) континентальный,
- 2) морской.

Климат оказывает как положительное, так и отрицательное воздействие на организм человека. Положительное воздействие

используют в рекреационной деятельности для организации климатолечения. От отрицательных факторов требуется защита в виде климатопрофилактики. Использование климатических факторов имеет очень большое оздоровительное значение в связи с тренирующим воздействием климата на естественные механизмы стимуляции жизнедеятельности организма.

Люди в процессе исторического развития приспособляются к определенным климатическим условиям. Приспособляемость человека к определенным климатическим условиям называют климатической адаптацией. Привыкание происходит постепенно, в течение определенного времени – адаптационного периода. Он может длиться от нескольких дней до месяца.

В настоящее время специалисты выделяют следующие климатические зоны и курорты:

- климат пустынь отличается продолжительным жарким и сухим летом с очень высокой средней температурой воздуха, низкой влажностью, с интенсивной солнечной радиацией. Такой климат способствует обильному потоотделению и облегчает функцию почек, в связи с чем он показан при хронических нефритах;

- климат степей – жаркий и сухой, но отличается более резкими перепадами температур дня и ночи. Такие курорты показаны страдающим туберкулезом и хроническими заболеваниями легких;

- климат лесостепей (Европейской России) создает щадящие условия. При нем не бывает резких перепадов температур, наблюдается умеренная влажность. Курорты этой зоны показаны при различных хронических заболеваниях (сердечно-сосудистой системы и др.);

- горный климат характеризуется наибольшей чистотой воздуха, интенсивностью солнечной радиации, особенно ультрафиолетовой. Климат таких курортов оказывает тонизирующее и закаливающее действие, он показан при расстройствах нервной системы, хронических заболеваниях легких и сердца;

- приморский климат (климат морских побережий) характеризуется чистотой и свежестью воздуха при высоком содержании в нем гидроаэроионов, озона и морских солей, интенсивным солнечным излучением, которое усиливается отражением от поверхности моря, отсутствием резких перепадов температур воздуха.

Важной особенностью приморской климатической зоны является возможность использования такого лечебного фактора, как морские купания. Приморский климат оказывает тонизирующее, общеукрепляющее и закаливающее действие.

Для лечения и профилактики заболеваний используют такие виды климатотерапии, как аэротерапия и гелиотерапия.

Аэротерапия – лечебное воздействие открытого воздуха. Только пребывание в климатической среде данного курорта, в том числе прогулки на свежем воздухе, экскурсии, игры, оказывают лечебное влияние. Специальным видом аэротерапии являются воздушные ванны. Для проведения таких процедур используются специальные сооружения: аэрации, климатопавильоны, климатовейранды. Лечебное действие аэротерапии основано на дозированном и возрастающем охлаждении организма. Это улучшает терморегуляцию, повышает устойчивость к действию низких температур, то есть закаливает организм. Повышенное содержание кислорода в атмосфере способствует улучшению окислительных процессов в тканях организма. Аэротерапия показана всем больным в период выздоровления или ослабления процесса, особенно при заболеваниях легких, сердечно-сосудистой и нервной системы.

Гелиотерапия – лечение солнечной радиацией. Солнечные ванны являются сильнодействующим профилактическим и лечебным фактором и поэтому требуют строгого дозирования. Их следует проводить только по назначению врача и под строгим медицинским контролем. Основным фактором солнечной радиации является ультрафиолетовое излучение. Под влиянием солнечных ванн повышается работоспособность человека и сопротивляемость инфекционным и простудным заболеваниям. Показания к гелиотерапии, в основном, те же, что и для общего ультрафиолетового облучения как в лечебных, так и в профилактических целях.

Особенно активно развивается круглогодичное климатолечение в Кисловодске. Повышенное солнечное излучение, сниженное давление и весовое содержание кислорода в воздухе оказывают благотворное влияние на важнейшие системы организма. Благодаря повышенной прозрачности и чистоте воздуха естественная ионизация на КМВ выше, чем на других курортах, в том числе черноморских. В Кисловодске бывает до 300 дней в году с благо-

приятными и относительно благоприятными условиями для проведения различных форм климатолечения. Летние формы проводятся с мая по сентябрь. Благоприятный низкогорный климат широко используется при лечении сердечно-сосудистых, неврологических заболеваний, а также неспецифических заболеваний органов дыхания. Климатологические исследования, проведенные в Кисловодской кардиологической клинике показали, что солнечные облучения могут задерживать развитие гипертонии и атеросклероза.

Вопросы для самоконтроля

1. Что представляет собой бальнеология и бальнеотерапия?
2. Что представляют собой минеральные лечебные воды, назовите их основные типы.
3. Каковы особенности применения в лечебной практике минеральных вод?
4. Какие грязи (происхождение, структура) считаются лечебными?
5. Какими факторами обусловлено действие лечебных грязей на организм человека?
6. Какие методы грязелечения применяют в курортной медицине?
7. Что такое климатотерапия и каковы ее основные формы?

Глава 4

Методы курортного лечения

4.1. Лечебная физкультура и ее основные формы

Лечебная физкультура (ЛФК) – это

1) раздел клинической медицины, изучающий рациональное применение физкультуры и изменения, возникающие у больных под влиянием физических упражнений;

2) метод неспецифической терапии, использующий средства физкультуры для восстановления здоровья и трудоспособности;

3) метод лечения, основанный на использовании физических упражнений, широко применяющийся в санаторно-курортных условиях с целью укрепления здоровья, лечения и реабилитации больных.

ЛФК оказывает как общее действие на организм (нормализация сердечно-сосудистой системы, органов дыхания), так и местное действие – восстановление деятельности пораженных органов.

Физические упражнения с лечебной целью начали применяться в древние времена. В Китае гимнастика для лечения впервые упоминается в книге «Кунг-фу» (2500 лет до н.э.). В Древнем Китае были врачебно-гимнастические школы, где обучали лечебной гимнастике и массажу. Древнегреческий философ Платон называл движение «целительной частью медицины» а Плутарх – «кладовой жизни». Основателем лечебной гимнастики считают греческого врача Геродика. В Европе известно имя К. Тиссо – военного хирурга армии Наполеона. Он разработал новую реабилитационную концепцию, которая включала гимнастику в постели, раннюю активизацию тяжелых больных, дозирование упражнений, применение трудотерапии для восстановления утраченных функций. Тиссо является автором самого термина – медицинская гимнастика. Его афоризм «движение может заменить разные лекарства, но ни одно лекарство не в состоянии заменить движение» стал девизом лечебной физкультуры.

В России физические упражнения с лечебной целью применяли еще в XVI – XVII вв. Однако наука о лечебном применении физических упражнений стала развиваться со второй половины XVIII в. В 1775 г. профессор С.Г. Забелин рекомендовал специальные упражнения для здоровых и больных детей грудного возраста. В 1843 г. проф. В. Кудрявцев рекомендовал специальную гимнастику для лечения искривления позвоночника. Известный хирург Н.И. Пирогов считал, что для борьбы с атрофией мышц конечностей при ранениях необходимо применять специальные упражнения. В Ессентуках в 1897 г. был основан Цандеровский механотерапевтический институт, благодаря деятельности которого до наших дней сохранились аппараты для механотерапии – прототипы современных тренажеров.

Строительство советского здравоохранения осуществлялось под руководством Н.А. Семашко, наркома здравоохранения. Уже в 1923 – 1924 гг. были видны успехи преобразований, целью которых декларировались оздоровление нации и массовая физкультура. В 1923 г. в Государственном институте физкультуры в Москве была открыта первая кафедра лечебной физкультуры. В 1928 г. был принят термин «лечебная физкультура». Сейчас ЛФК является одним из наиболее важных и действенных методов в медицинской реабилитации.

К основным формам ЛФК относятся утренняя гимнастика, лечебная гимнастика, ближний туризм (пешеходные прогулки по окрестностям курорта в течение 1 – 3 дней), терренкур (дозированная ходьба), игры, физические упражнения в бассейне (гидрокинезотерапия), оздоровительный бег.

Утренняя гигиеническая гимнастика проводится до завтрака на свежем воздухе или в проветренных помещениях. Она предусматривает создание определенного физического тонуса, бодрости, перевод организма в деятельное состояние после сна. Продолжительность такой гимнастики – от 5 – 10 до 20 – 30 минут.

В целях лечебной гимнастики в санаториях проводятся механотерапия и занятия на тренажерах с применением различных специальных аппаратов. Эти аппараты чаще всего применяются при травмах с повреждениями функций опорно-двигательного аппарата и для укрепления и развития мышечной силы.

Основными принципами применения ЛФК являются:

- 1) индивидуально дозированная физическая тренировка;
- 2) подбор упражнений и их сочетаний в зависимости от характера заболевания и его течения;
- 3) возраст и состояние здоровья;
- 4) длительность и регулярность применения ЛФК;
- 5) постепенное увеличение физической нагрузки в процессе лечения.

В лечебной физкультуре гимнастические упражнения подразделяются:

– по самостоятельности – активные (полностью выполняются самими больными) и пассивные (выполняются больными с нарушенной двигательной функцией при помощи здоровой конечности или с помощью методиста);

– по анатомическому принципу – для конкретных групп мышц (дыхательные, мышцы ног и рук).

Спортивные и подвижные игры проводятся под руководством методиста по лечебной физкультуре на специальных площадках. Они способствуют развитию практически необходимых движений и улучшению микроциркуляции крови во всех органах и системах. Гребля показана для улучшения функции дыхательной, сердечно-сосудистой системы. В ходе занятий улучшается питание сердечной мышцы, нормализуются нервные процессы в коре головного мозга, усиливается кровоснабжение в мышцах и связках. Морской велосипед показан женщинам при наличии внутренних хронических процессов.

Обычно для лечения какого-либо конкретного заболевания используют комбинацию самых различных форм и средств ЛФК.

Показаниями к занятиям ЛФК являются беременность, ожирение, нарушение осанки, заболевания опорно-двигательного аппарата, легочные заболевания, травмы, сердечно-сосудистые заболевания, заболевания пищеварительной системы.

4.2. Физиотерапевтические процедуры

Физиотерапия (от греч. «physis» – природа, «therapeia» – уход, лечение) – раздел медицины, изучающий свойства физических факторов и разрабатывающий методы их применения с лечебно-профилактическими целями.

Физиотерапия использует различные физические факторы – пресную воду, глину. Данные процедуры включаются в комплексное санаторно-курортное лечение в зависимости от состояния больного, характера заболевания, также от характера лечебных факторов данного курорта.

Лечебные физические факторы разделяются на:

- 1) искусственные (электролечебные, магнито-, фото-, механо-, термо-, гидро-, радиолечебные);
- 2) природные (климатолечебные, бальнеолечебные, грязелечебные).

Наиболее широко на курортах применяется электролечение, в частности гальванизация (постоянный ток низкого напряжения). Его разновидности:

- лекарственный электрофорез – сочетание воздействия на организм электрического тока и лекарственного вещества через кожу или слизистые оболочки;
- гальваногрязелечение – пропускание электрического тока через грязевую аппликацию;
- франклинизация – воздействие электрического поля высокой напряженности;
- индуктотермия – местное воздействие переменным высокочастотным магнитным полем;
- магнитотерапия – применение магнитного поля низкой частоты.

Эти виды лечения применяют при заболеваниях опорно-двигательного аппарата, пищеварительной, нервной системы.

На современном этапе на всероссийских курортах аппаратные методы лечения получают 20% санаторных больных. Наиболее выраженный лечебный эффект физических факторов наступает в результате курсового лечения продолжительностью 6 – 12, реже 14 – 20 процедур.

Одним из наиболее популярных видов физиотерапии является массаж. Это дозированное механическое воздействие на обнаженное тело специальными приемами, выполняемыми руками массажиста в определенной последовательности и сочетаниях. Массаж проводится для лечения и профилактики заболеваний, укрепления мышц, уменьшения утомления, повышения выносливости. При проведении массажа усиливается эластичность кожи, улучшается кровоснабжение тканей, происходит очищение кожи от шлаков.

По источнику воздействия выделяют массаж ручной, аппаратный и комбинированный (гидромассаж).

Широко используется в настоящее время и мануальная терапия – дозированное механическое воздействие на заблокированные суставы при помощи специальных приемов, выполняемых врачом.

Мануальная терапия усиливает кровоток в тканях, уменьшает чувствительность нервных окончаний.

Одной из разновидностей мануальной терапии является акупунктура (от лат. «acus» – игла, «punctio» – колоть) – лечебное воздействие на биологически активные точки при помощи металлических игл. Всего описано около 1500 биологически активных точек, но в лечебной практике используется лишь 150.

В результате процедуры достигается анальгетический, спазмолитический, сосудорасширяющий эффект.

Показаниями к лечению являются заболевания системы кровообращения, органов дыхания, пищеварения, остеохондроз.

Сегодня все большее распространение для лечебно-профилактических целей приобретают немедикаментозные методы, среди которых ведущее место занимают естественные физические факторы (свет, звук, тепло). Преимуществом физиотерапевтических процедур является отсутствие побочных реакций организма, возникающих при лекарственном лечении.

Теплолечение, термотерапия – совокупность физиотерапевтических методов, использующих тепло естественных и искусственных источников. В зависимости от характера применяемого тепла различают:

1) влажное тепло – местные водяные ванны, души, согревающие компрессы, лечебные грязи;

2) сухое тепло – грелки, песок, озокерит, суховоздушные и электросветовые ванны.

Тепловые процедуры вызывают в организме расширение сосудов, что приводит к увеличению кровоснабжения и повышению кожной температуры; перераспределение крови, снижение артериального давления, интенсификацию обмена веществ, ускорение заживления ран и переломов, успокаивающий эффект.

Показаниями к термотерапии являются заболевания центральной нервной системы, полиартриты, остеохондроз, травмы опорно-двигательного аппарата, бронхиальная астма, бронхит, заболевания почек, ожирение, болезни пищеварения.

Существуют и противопоказания: активные формы туберкулеза, болезни крови, острые инфекционные заболевания, опухоли.

4.3. Иные методы лечения

В лечебной практике курортов используют также менее традиционные виды природных лечебных ресурсов.

Нафталанолечение – применение нафталанской лечебной нефти в лечебно-профилактических целях. Нефть добывают в Азербайджане близ курорта Нафалан. Она оказывает влияние на сердечно-сосудистую систему, обмен веществ, имеет местный болеутоляющий и противовоспалительный эффект.

Лечение проводят в виде местных ванн.

Псаммотерапия (от греч. psammo – песок) – лечение нагретым песком в виде общих или местных песочных ванн. Лечение горячим песком известно еще со времен Древнего Египта. Процедура имеет чрезвычайно широкие показания. С ее помощью лечатся заболевания опорно-двигательного аппарата, гинекологические.

Песок хорошо поглощает тепло и мало отдает его. Поэтому человек может лежать на горячем песке, не испытывая неудобств. Важным фактором является и высокая гигроскопичность песка. Пот, выделяемый при тепловом воздействии, мгновенно впитывается им. Это предупреждает перегревание организма. В псаммотерапии чаще всего используется песок, нагретый до 50 – 60 градусов.

Процедуру проводят на берегу моря или реки, тело горизонтально лежащего человека покрывают довольно тонким «песчаным одеялом» – 5 – 6 см. Голову обязательно накрывают головным убором. Свободными остаются сердце и живот. Длительность процедуры около 30 минут. После процедуры нельзя купаться и загорать, показан лишь душ и отдых в тени.

Апитерапия – воздействие пчелиного яда с лечебной целью. Показаниями к лечению являются остеохондроз, заболевания нервной системы, суставов. Уникальные свойства пчелиных «продуктов» были обнаружены человеком в незапамятные времена. Древние египтяне широко использовали воск и прополис для бальзамирования мумий. Мед применялся для консервирования пищи. Издревле мед считался эликсиром долголетия. Древнегреческий мыслитель Демокрит, проживший более 100 лет, говорил: «Кто с пчелой водит дружбу, тот мудро поступает». Санатории, применяющие апитерапию, находятся в Краснодарском крае, на Кавказе, в Подмосковье, в Западной Сибири, в Башкирии.

Пантолечение – применение целебных продуктов, получаемых из рогов маралов. Панты (рога) марала используются в лечении в санатории «Приока» в Рязанской области.

Кумысолечение – применение кумыса с терапевтической целью. Кумыс – кисломолочный напиток из кобыльего молока, приготовленный путем его сбраживания молочно-кислыми бактериями и молочными дрожжами. Молоко выдерживают в закупоренных бутылках 30 – 40 минут при температуре 20 – 22 градуса для естественного газирования, затем охлаждают до 4 – 6 градусов. Готовый кумыс – шипучий, пенящийся напиток со спиртовым привкусом и запахом.

При его использовании улучшается аппетит, усиливается работа ЖКТ, происходит прибавление в весе.

Показания к применению: недостаточность витамина С, туберкулез, гастрит с пониженной секрецией.

Самолечение кумысом недопустимо. Дозировка его применения строго индивидуальна.

Лечение применяют в Башкирии, Бурятии, на Алтае (Красная Поляна, Аксаково, Алкино).

Энотерапия (винолечение).

Изучением винограда занимается целая отрасль науки – ампелография (от греч. «ampelos» – виноград и «grapho» – писать). Основоположником ее принято считать немецкого врача и естествоиспытателя Ф.Я. Сакса. В 1661 г. он издал первую в мире книгу, где привел сведения не только о сортах винограда, но и о винах всех стран, где было развито виноделие. В труде «Ампелография СССР» описано 3070 сортов винограда. Во время Великой Отечественной войны в госпиталях и санаториях Кавказа вино входило в обязательный пищевой рацион. Оно рассматривалось как прекрасное лечебное и диетическое средство. Сегодня в Краснодарском крае выращивают лучшие сорта столового, в том числе лечебного, винограда. Лечение начинают с 300 граммов, в течение четырех недель увеличивая ежедневную норму до 3 кг винограда или 1,5 литра сока. Виноград содержит глюкозу, фруктозу, органические кислоты: яблочную, лимонную, вино-каменную, янтарную, минеральные соли и микроэлементы. По своей калорийности один литр виноградного сока равен 3,5 кг помидоров, или 1,5 кг яблок, или 1, 7 л коровьего молока, или 650 г говядины.

Лечебные и диетические свойства вин получили признание в течение тысячелетий. Античные врачеватели прописывали своим пациентам виноград для лечения ангины, язв во рту. Спелые ягоды и сок использовали как мочегонное, слабительное и общеукрепляющее средство. Целебные свойства определяют содержанием в них органических кислот. Богат и минеральный состав вин – они содержат до 24 микроэлементов. Красные столовые вина богаты калием и фосфором.

Многочисленными исследованиями доказано, что вино замедляет процессы старения, повышает иммунитет, нормализует функции сердечно-сосудистой и нервной системы. Различными сортами вин можно лечить заболевания кожи, обмена веществ, пищеварительной системы, сердца, сосудов. Платон даже называл вино «молоком стариков».

При ослабленной сердечной деятельности рекомендуются белые вина и шампанское, при диарее полезны красные сухие вина с высокой концентрацией дубильных веществ – «Саперави», «Каберне», «Мерло», красные столовые вина назначают при железодефицитной анемии, при плохом стоянии сосудов применяют сухие

белые вина «Ркацителли», «Рислинг», «Пино Блан», разбавленные минеральной водой.

Затяжные или частые простудные заболевания лечат подогретым полусухим или полусладким красным вином с медом, имбирем, лимонной цедрой.

Противопоказаниями являются заболевания печени и почек, сахарный диабет, язвенная болезнь, ожирение. Кроме того, категорически противопоказана винотерапия людям, страдающим алкоголизмом, беременным женщинам и людям в возрасте до 20 лет.

При лечении вином необходимо помнить знаменитые слова Авиценны: «Вино – наш друг, но в нем живет коварство: пьешь много – яд, немного пьешь – лекарство».

Гирудотерапия (от греч. «*hirudo*» – пиявка) – лечение пиявками.

Первые сведения об использовании пиявок с лечебными целями относятся к Древнему Египту. Пользовался ими и великий ученый Авиценна. Пиявка упоминалась в трудах Гиппократов, Плиния, Парацельса. Настоящий расцвет гирудотерапии наблюдался в XVIII – XIX вв.

Пиявка, присасываясь к коже человека, высасывает небольшое количество крови (до 10 – 15 мл). Слюна пиявки обладает уникальными целебными свойствами. Она содержит более 60 биологически активных веществ, которые способны справиться даже с тяжелыми заболеваниями. Так, в течение 3 месяцев пиявка способна обезвредить и переработать даже кровь, зараженную сибирской язвой.

В мире существует около 400 видов пиявок. На территории России их только два. Для использования в медицине пригодна лишь медицинская пиявка. Лечебные пиявки выращивают в искусственных условиях. Они абсолютно стерильны, и их используют только один раз.

Показаниями для лечения являются избыточный вес, заболевания печени, эндокринной системы, кровообращения. Гирудотерапия активно применяется в сочетании с грязелечением, игло-рефлексотерапией, физиотерапией. Медицинские пиявки эффективно используют в самых разных областях медицины: кардиологии, офтальмологии, дерматологии, хирургии, гинеколо-

гии, урологии, неврологии, до сих пор гирудотерапия остается единственной панацеей от тромбофлебита.

Вопросы для самоконтроля:

1. Что представляет собой лечебная физкультура? Назовите ее основные формы.
2. Что представляет собой лечебная физиотерапия? Назовите разновидности электролечения.
3. Расскажите о разновидностях массажа.
4. Что представляет собой термотерапия, какое применение она находит в курортной практике?
5. Какие нетрадиционные методы лечения используют в курортной практике, каковы их особенности?

Глава 5

Организация санаторно-курортного питания

5.1. Основы лечебного питания на курортах

Известно, что для обеспечения нормального хода основных жизненных процессов необходимо поступление в организм не только определенного количества пищевых веществ и энергии, но и полное соответствие химической структуры пищи состоянию физиологических систем организма, ответственных за ее усвоение. Количественные и качественные пропорции пищи определяются возрастом, полом, профессией, географическими условиями и другими факторами.

Услуги питания относятся к базовым курортным услугам, без которых невозможно само пребывание на курортах.

Основы отечественной курортологической школы лечебного диетического питания стали складываться в советское время. Лечебное питание являлось обязательной и неотъемлемой частью санаторного лечения и входило в пакет услуг, предоставляемых по санаторно-курортной путевке. Выбор диеты осуществлял лечащий врач.

Так называемый советский тип санаторно-курортного обслуживания базировался на четырех основных принципах:

- 1) преемственность;
- 2) доступность;
- 3) профилактическая направленность;
- 4) комплексный подход.

Служба питания входила в санаторно-курортный комплекс наряду с лечебной, культмассовой, спортивно-оздоровительной деятельностью и размещением. В здравоохранении сформировалась концепция сбалансированного питания: установлены определенные пропорции витаминов, микроэлементов, калорийность продуктов. В соответствии с этой концепцией в здравницах было организовано приготовление блюд по 15 лечебным диетам, в зависимости от профиля заболевания.

В современных условиях основные положения диетического питания остаются обязательными при организации питания отдыхающих. Считается, что на курорте, куда больные приезжают для лечения, легче организовать правильное питание и пропагандировать современные положения рационального и лечебного питания.

В санаторно-курортных условиях возрастают энергозатраты организма, так как занятия лечебной физкультурой, интенсивная ходьба, прогулки способствуют увеличению расхода энергии. В рационе увеличивается количество белка животного происхождения, минеральных солей, витаминов, клетчатки, суточное потребление жидкости.

Лечебное питание на курортах, в санаториях рекомендуется назначать в комплексе с другими лечебными мероприятиями. Например, лечение лиц с избыточной массой тела должно проводиться обязательно с применением диеты в сочетании с физиотерапией, лечебной физкультурой и медикаментозной терапией.

При определении калорийности рациона особое внимание следует уделять изменению веса больных. В санаториях принята групповая система лечебного питания. Под ней понимают принцип разработки ряда суточных пищевых рационов с правом выбора из двух – трех блюд по каждому лечебному столу или строгим режимом питания, при котором выбор блюд не разрешается.

Режим питания должен быть построен таким образом, чтобы каждый прием пищи как по времени, так и по количественно-качественному составу сочетался с терапевтическим воздействием санаторно-курортных факторов. Время питания больных зависит от количества приемов пищи и общего распорядка дня в санаториях. Перерыв между отдельными приемами пищи не должен превышать 5 часов в дневное время, а между последним вечерним приемом пищи и завтраком – 10 – 11 часов.

Для санаториев общего профиля наиболее целесообразен четырехразовый режим питания. Четвертый прием пищи – прием кефира за один-два часа до отхода ко сну. Этот режим может изменяться в зависимости от профиля курорта и характера бальнеопроцедур.

Распорядок приема пищи для курортов смешанного типа – бальнеопитьевых и климатических:

– первый (плотный) завтрак (содержит белковые блюда) – с 8.30 до 9.30. Для лиц, получающих бальнеологические процедуры после 9.30 за счет завтрака, организуется второй завтрак с 11.00 до 11.30 (овощные салаты, фрукты, молоко);

– обед – с 13.30 до 15.00;

– ужин – с 19.00 до 20.00;

– второй ужин (молоко, кефир) – с 21.00 до 22.30.

Прием пищи в определенные часы имеет важное значение для выработки условных рефлексов и слаженной работы не только органов пищеварения, но и всех органов и систем. Важна и продолжительность еды. Переваривание и усвоение пищи протекает значительно лучше, если пищу принимают не торопясь, хорошо пережевывая. Поэтому распорядок санатория должен быть таким, чтобы прием пищи каждым больным в столовой занимал не менее 20 – 25 минут. Переход с одной диеты на другую следует осуществлять постепенно, с таким расчетом, чтобы новая диета служила следующей ступенью на пути к переводу больного на общий стол.

Набор и ассортимент продуктов в суточном рационе больного и отдыхающего зависят от ассигнований на питание. Однако лечебное питание в пределах общей суммы строится дифференцированно по каждой лечебной диете и медицинским показаниям. Недопустимо как уменьшение, так и увеличение стоимости набора продуктов в отдельных лечебных диетах.

Удовлетворение вкусовых привычек больного имеет существенное значение в тактике проведения лечебного питания. Для удовлетворения вкусовых запросов при построении питания по групповой системе можно рекомендовать:

1) такое построение меню, в котором не практикуется повторения, кроме таких наиболее часто употребляемых блюд, как супы, картофель жареный;

2) обеспечение тщательной кулинарной обработки пищи. Все блюда лечебного питания должны быть вкусными и приятными на вид;

3) обеспечение уютной обстановки обеденного зала и соответствующей сервировки стола;

4) установление системы предварительного заказа блюд (накануне) на все лечебные столы, кроме наиболее строгих.

Общее руководство питанием больных осуществляет главный врач санатория. Непосредственная ответственность за организацию лечебного питания возлагается на врача-диетолога, который подчиняется главному врачу санатория.

Врач-диетолог является методическим руководителем по диетотерапии и организационным вопросам, связанным с питанием больных.

За соблюдением медицинских требований (диетических, санитарно-противоэпидемических) отвечает диетическая служба, подчиненная заместителю главного врача по медицинской части. Снабжение продуктами питания и организация их хранения находятся в ведении заместителя главного врача по административно-хозяйственной части.

В настоящее время услуги питания входят в базовый набор услуг, документируемый путевкой. Обычно затраты на питание составляют 25 – 30% общих затрат. При этом на долю продуктов приходится 55 – 60% стоимости питания, остальное – на заработную плату с начислениями, коммунальные платежи, хозяйственные и складские расходы.

Помимо столовой услуги питания в санатории могут оказывать бары и кафе, обслуживающие отдыхающих за наличный расчет.

Таким образом, в настоящее время организация питания в санаторно-курортных учреждениях строится с медицинских позиций и является частью лечебного процесса. Его регулирование осуществляется на основе нормативных документов.

5.2. Диетотерапия. Диетология

Диета является одним из важных методов лечения при многих заболеваниях, а при таких, как сахарный диабет легкого течения, ожирение, – единственным. При лечебном питании имеет значение не только правильный подбор продуктов, но и соблюдение технологии обработки, температура потребляемой больными пищи, кратность и время приема пищи.

Диетология (диететика) – наука о питании больных, изучающая и обосновывающая принципы питания при различных забо-

леваниях. Диетология не только определяет способы обработки пищевых продуктов, способствующие лучшему усвоению пищи, но и рекомендует исключение одних продуктов из рациона питания больного, включение в рацион других, полезных продуктов.

Основы диетологии были заложены еще в Средние века, когда целители определяли полезные свойства растений и использовали их для лечения различных заболеваний. Поскольку в организме больного человека биохимические процессы протекают с определенными отклонениями, изменяя характер питания, можно регулировать обмен веществ и активно влиять на течение болезни. Эта коррекция предполагает:

- 1) индивидуализацию питания по калорийности и химическому составу;
- 2) приспособление диеты к нарушениям в организме;
- 3) частичное изменение технологической обработки и приемов пищи (измельчение, усиление термической обработки);
- 4) добавку биологически активных веществ (обогащенных железом, медью).

Диетическое питание должно:

- 1) являться лечебным средством;
- 2) оказывать влияние на характер болезни;
- 3) повышать эффективность терапевтических средств;
- 4) повышать сопротивляемость организма по отношению к неблагоприятным условиям внешней среды.

В зависимости от характера заболевания, стадии его, с учетом состояния обмена веществ, а также индивидуальных привычек и национальных особенностей строится диетический режим при том или ином заболевании. В соответствии с этой концепцией в нашей стране установлены физиологические нормы питания для основных групп населения, детей различных возрастов, пожилых людей. Разработано 15 диет. Любая лечебная диета по своему химическому составу соответствует сущности болезни и в связи с этим в ней отдельные продукты либо ограничиваются, либо вводятся в повышенном по сравнению с рационом здорового человека количестве. Поэтому лечебное питание назначается на определенный срок, и при улучшении состояния здоровья диета расширяется и постепенно приближается к рациону здорового человека. По-

скольку большинство диет малосоленые, нужно широко использовать зелень, кислые овощные и фруктовые соки, ягоды, фрукты и овощи в натуральном виде. Рассмотрим отдельные диеты.

Диета № 1

Назначается при хронических заболеваниях желудка и двенадцатиперстной кишки. Исключаются блюда и продукты, обладающие раздражающим и сокогонным действием. Режим питания – 4 – 5 раз в день.

Диета № 5

Назначается при заболеваниях печени, желчевыводящих путей и поджелудочной железы. Исключаются блюда, содержащие холестерин, очень холодные и газированные напитки. Прием пищи – 5 – 6 раз в день, небольшими порциями.

Диета № 8

Назначается при избыточном весе. Рекомендовано ограничение калорийности за счет углеводов и жиров. Увеличивается количество овощей и фруктов, продуктов моря. Исключаются кондитерские изделия, соль.

Диета № 9

Назначается при сахарном диабете. Рекомендуются пища вареная, паровая и запеченная. Исключаются изделия из теста, торты, жирные бульоны, копчености. Прием пищи – 5 – 6 раз в день.

Диеты № 7 и № 10

Имеют сходные характеристики, могут быть совмещены. Назначаются при заболеваниях сердечно-сосудистой системы, почек. Рекомендовано ограничение жидкости, соли. Обогащена витаминами. Рекомендуются блюда из продуктов моря, соки с мякотью, хлеб грубого помола.

Диета № 15

Общий стол. Переходная от лечебного питания к рациональному. Прием пищи 4 раза в день. Применяются все способы кулинарной обработки. Исключаются жирные сорта мяса и птицы, горчица, животные жиры. Рекомендуются хлеб, различные супы, овощи и фрукты, молоко, масло сливочное, топленое и растительное.

В связи с развитием санаторно-курортной индустрии предполагается разнообразие предоставляемых услуг, участие отдыхаю-

щих в организации питания. Поэтому основными направлениями развития службы питания санаторно-курортных организаций на ближайшее будущее являются:

- 1) сохранение диетической направленности питания, но на добровольной основе и с максимальной заинтересованностью отдыхающих;
- 2) активное применение биологически активных добавок;
- 3) применение современных технологических подходов к приготовлению здоровой пищи (парконвекторы);
- 4) полное или частичное исключение по желанию клиентов стоимости питания из обязательного пакета услуг;
- 5) расширение заказного меню;
- 6) введение шведских столов;
- 7) расширение дополнительных платных услуг питания (бары, рестораны, обслуживание в номерах и другое).

Вопросы для самоконтроля:

1. Как развивались подходы к организации питания в условиях курортов?
2. По каким критериям строятся рационы лечебного питания?
3. Каковы особенности построения диетического питания?
4. Что собой представляет заказная система питания, каковы особенности ее использования в условиях санатория?
5. Какова организационная структура службы санаторного питания?

Глава 6

Анимационно-досуговая деятельность в санаторно-курортных организациях

6.1. Организация досуга

Организация отдыха на курортах является одной из важнейших задач специалистов курортного дела. Роль досуга в современной жизни огромна. Досуг определяют как средство восстановления сил в процессе какой-либо деятельности. Опросы показывают, **что основной целью приезда на курорт 50 – 70% отдыхающих является отдых.** Этот процент выше для морских курортов и ниже для узкоспециальных.

В любом случае организация досуга – трудная задача, связанная прежде всего с большим количеством свободного времени у курортника.

Основными проблемами в этой сфере являются:

- несоблюдение профиля и специализации здравниц, что приводит к формированию смешанного контингента с разными, часто противоположными интересами (взрослые и дети, прибывшие для лечения или для отдыха);
- противоречие между необходимостью соблюдения лечебного режима и досуговой активностью, особенно в вечернее время;
- отсутствие контроля за состоянием здоровья больных при их участии в активных видах отдыха;
- несоответствие форм и методов деятельности работников досуговой сферы возросшему культурному уровню отдыхающих;
- отставание материальной базы досуговой сферы от современных требований.

Две первые проблемы решить пока не удастся. Более того, все попытки сделать это ведут к преобладанию одного из направлений в ущерб другому. К сожалению, немногие санаторно-курортные организации могут позволить себе создание полноценной анимационной службы. В большинстве из них один или два

человека отвечают за все отделы анимационной службы сразу: и поют, и занимаются спортом, и ведут радиопередачи. Кроме того, руководство оплачивает работу аниматоров по минимуму.

Не стоит забывать, что основное предназначение санаториев – лечение, но все они принимают и людей, желающих просто отдохнуть. В любом случае должен соблюдаться принцип: развлекательные мероприятия должны быть организованы так, чтобы не нарушать общий шумовой режим и не мешать отдыху.

В последние годы в организации досуга происходят значительные изменения. Причин тому несколько:

- заимствование опыта зарубежных курортов;
- рост образовательного и культурного уровня населения;
- внедрение новых технологий индустрии развлечений;
- изменение структуры использования свободного времени;
- активизация гастрольной и концертной деятельности профессионалов театра и эстрады.

Выбор конкретных форм досуговой деятельности зависит от возможностей материальной базы здравницы, ее месторасположения (в пределах курорта или отдельно) и наличия природных факторов (горы, водоем, лес), контингента отдыхающих (взрослые, дети, семьи), уровня профессиональной подготовки работников досуговой сферы.

Наиболее традиционными формами организации досуга на курортах являются спортивно-массовая работа, экскурсии, показы кинофильмов, проведение вечеров отдыха.

Спортивно-массовая работа

Причинами популярности активных видов отдыха на курортах являются:

- наличие материальной базы (пляж, бассейн, спортплощадка);
- наличие специалистов лечебной физкультуры;
- свободное время у отдыхающих;
- выраженный лечебный и оздоровительный эффект физических упражнений.

Финансирование развития спортивной базы в отечественных санаторно-курортных организациях традиционно осуществлялось по остаточному принципу. В последнее время с целью привлече-

ния клиентов активно строят бассейны, аквапарки, боулинги, даже поля для гольфа. Целесообразно иметь свой культурно-спортивный комплекс с закрытыми помещениями и открытыми (волейбол, бадминтон, тренажеры).

Физкультурный зал должен иметь площадь исходя из норм 4 кв. м на одного человека. В круглогодичном санатории он должен допускать проведение спортивных игр в зимних условиях.

Для санаториев на 500 человек специалисты рекомендуют иметь: 2 площадки для игры в волейбол, 1 – для тенниса, по одной для городков, боулинга, крокета, 10 столов для настольного тенниса. По штатному расписанию в санаториях на 150 – 600 человек полагается один инструктор для спортивно-массовой работы и один – для лечебной физкультуры. Если контингент отдыхающих более 600 человек – должны работать четыре инструктора.

В основу организации занятий физкультурой в санаториях положена групповая система. В зависимости от состояния здоровья предписывают щадящий или тренирующий режим. Щадящий – рекомендован лицам пожилого возраста (женщины старше 50 лет, мужчины старше 55 лет), а также имеющим отклонения в состоянии здоровья или слабое физическое развитие. Утренняя гимнастика с этой группой продолжается 12 – 17 минут. Прыжки, бег, подскоки заменяются ходьбой. Игры (волейбол, городки, бадминтон, настольный теннис) чередуются с отдыхом каждые 20 – 35 минут. Общая продолжительность подвижных занятий – не более 60 минут.

Плавание в этой группе разрешается при температуре от 20 градусов продолжительностью 2 – 15 минут. Во второй половине отдыха разрешается участие в соревнованиях по плаванию на дистанцию 50 – 100 метров.

Тренирующий режим предписывается лицам молодого и среднего возраста, практически здоровым, имеющим незначительные отклонения в состоянии здоровья. Плавание разрешено при температуре от 18 градусов продолжительностью 5 – 30 минут.

Таким образом, организацию спортивно-массовой работы должны совместно планировать и координировать инструкторы и аниматоры.

Экскурсионная работа

Она может осуществляться как собственными силами, так и с привлечением специализированных организаций. В первом случае нужно помнить, что эта деятельность лицензируется и требует наличия квалифицированных, подготовленных и сертифицированных специалистов. Кроме того, необходимы подготовленные по установленной форме карты маршрутов, утвержденные гиды и транспорт. Собственный транспорт санаторно-курортной организации должен иметь лицензию на пассажирские перевозки. Во втором случае требуется заключить договор о сотрудничестве (с туристско-экскурсионной фирмой), где должны быть оговорены объем экскурсионной деятельности и маршруты, ответственность за риски и невыполнение обязательств, порядок организации экскурсий, требования к персоналу санатория и формы его участия (сухие пайки, оповещение, транспорт), финансовые аспекты.

Практика показывает, что лучше выбирать второй вариант. Но одиноко расположенным здравницам приходится рассчитывать на собственные силы.

Самой популярной формой развлечения на курортах остаются *вечера отдыха*. Варианты могут быть различными: танцевальные конкурсы, вечера знакомств и другое. Проводятся эти мероприятия как собственными силами, так и с привлечением творческих работников со стороны. Для качественного проведения подобных вечеров требуется оборудование и специально отведенные площадки.

В последние годы значительно расширился спектр водных развлечений. Это прогулки на яхтах, водных лыжах, «бананах», виндсерфинг. Одной из серьезных проблем при этом остается безопасность отдыхающих.

Библиотечная работа

Этот вид досуга по-прежнему востребован. Работа библиотекаря должна предусматривать не только выдачу книг, но и проведение тематических мероприятий (дней поэзии и т.п.) и участие в пропаганде здорового образа жизни. При этом возникает проблема финансирования. Зачастую книжный фонд укомплектован десятилетия назад и почти не обновляется, состояние книг и журналов ветхое.

Организация досуга детей

Детские развлечения являются обязательными в случае приема детей санаторно-курортной организацией. Для этого необходим дополнительный штат воспитателей, наличие детских игровых комнат, а в некоторых случаях и учебных классов. В здравницах для семейного отдыха у родителей должна быть возможность оставить детей под наблюдением воспитателя на время приема процедур или другой деятельности.

На больших курортах работники службы досуга активно используют для развлечения отдыхающих общекурортные мероприятия и концерты, проводимые гастролирующими артистами. К ним можно отнести кинофестивали «Кинотавр» в Сочи, «Киношок» в Анапе, показы мод «Бархатные сезоны в Сочи», выставки и ярмарки. На большинстве курортов проводятся Дни города, открытия летнего сезона, морские праздники.

Важно отметить, что в сфере досуга, как ни в какой другой, очень многое зависит от личности аниматора, его профессионализма, творческой активности. Самой высокой оценки заслуживает работа аниматоров, которым удается сформировать из отдыхающих коллектив, привлечь лидеров к проведению развлекательных мероприятий. Вовлечение потребителя в процесс оказания услуг является сегодня приоритетом в сфере сервиса, особенно в деле организации досуга. Привлечение отдыхающих к подготовке и проведению мероприятий позволяет не только удовлетворить их потребности, но и создать дружескую атмосферу. Решение этой задачи значительно облегчается в условиях массовых (сменных) заездов отдыхающих.

6.2. Анимационный сервис

При рассмотрении категории «отдых», как правило, используют два понятия: «досуг» и «рекреация». В первое вкладывают коммерческо-развлекательный смысл, в понятие «рекреация» – социальный (восстановление сил и оздоровление). Оба этих компонента находятся в тесном взаимодействии, примером тому может служить организация анимационного сервиса.

В последние годы сферу развлечений на российских курортах стали именовать анимационной, что свидетельствует о внедрении в индустрию развлечений западных подходов. В настоящее время серьезное место занимает распространение накопленного опыта аниматорами, которые работают в санаторно-курортных комплексах в одиночестве и являются в одном лице сценаристом, режиссером, постановщиком, исполнителем, костюмером, музыкальным работником.

Под туристской анимацией понимают оживление отдыха и организацию непосредственных впечатлений от личного участия в мероприятиях. Это социально-культурная и туристско-оздоровительная категория. Она зависит от особенностей психики человека, состояния здоровья. Главная цель анимации состоит в разнообразии развлечений с применением новейших технических средств; в развитии личности. Главная цель индустрии развлечений – избавить человека от скуки, беспокойства, чувства одиночества, депрессии. В связи с этим в штате индустрии развлечений должны работать специалисты по рекламе, психологии, социологии, кинематографисты, театральные деятели, режиссеры, профессионалы-аниматоры.

Существует ряд особенностей анимационной деятельности в условиях свободного времени, которые определяют специфику функционирования принципов анимационной работы:

1. Добровольность участия отдыхающих в анимационной деятельности, которая отражает возможность свободного выбора занятий из многообразия предлагаемых в санаторном комплексе анимационных услуг и выражает тенденцию к самопрограммированию личностью содержания своей социально-культурной деятельности в условиях свободного времени.

2. Развитие инициативы и самостоятельности отдыхающих как одна из основных задач анимационной работы. Инициатива отдыхающих проявляется в самых разнообразных формах: в развитии творческого потенциала, в выборе форм отдыха, в участии в экскурсиях, спортивно-оздоровительных мероприятиях, художественной самостоятельности.

3. Соответствие содержания и форм работы интересам и уровню духовного развития личности.

В связи с этим важно повышать культурный и образовательный уровень анимационных команд. Любой аниматор должен быть высокопрофессиональным, знать и уметь использовать многообразные формы анимационной деятельности:

- заниматься разработкой презентаций, индивидуальных и коллективных программ проведения туристского досуга;
- принимать участие в деятельности развлекательных парков, кинопарков, шоу-маскарадов, карнавалов, развлечений;
- разрабатывать спортивные, этно-фольклорные, хобби-туры;
- учитывать специфический характер создания сценариев и подбора реквизита;
- производить оживление программы путем непосредственного включения туриста в действие;
- разрабатывать анимационный отдых туристов в гостиницах и санаторно-курортных центрах.

На Западе основной деятельностью анимационного сектора являются ежедневные программы развлечений, включающие ассортимент бесплатных услуг анимации для взрослых и детей.

Услуги анимационного типа можно структурировать.

Стандартные: детский городок, игровые автоматы, детская комната, бассейн, волейбольная площадка, пляж, танцпол, спорт-комплекс.

Дополнительные: прокат велосипедов, роликов, скутеров; теннисные корты, баскетбольная площадка, парк, дайвинг-центр, пневматический тир.

Эксклюзивные: скалодром, пейнтбол-клуб, батут, автодром, мини-аквапарк.

Опыт показывает, что в индустрии развлечений требуются качественные программы, дорогостоящее и высококачественное оборудование, новые подходы в управлении, высококвалифицированный персонал. Необходимо создание отраслевого банка типовых сценариев и циклов рекреационных занятий для составления программ туристского отдыха на местах с учетом региональных особенностей.

Главной характеристикой успешного отдыха для туриста является психологическое состояние в течение отдыха, настроение. При организации обслуживания отдыхающих важно понимать,

что само по себе качественное состояние объекта туристского размещения не обеспечит полноценный комфорт для туриста. Главная задача – дать возможность интересно, ярко провести время.

Основная роль в создании психологического климата в санаторно-курортной организации принадлежит персоналу анимационного сервиса. Любой способ проведения досуга хорош только тогда, когда он психологически оправдан. Людям, чья работа требует постоянного напряжения, полезен отдых-разрядка, снимающий усталость и стрессы. Кто-то, наоборот, нуждается в зарядке, встряске, активизации. Кроме того, важно учитывать возрастные особенности клиентов, следовательно, необходимо разрабатывать целенаправленные программы досуга. Чем разнообразнее программа отдыха, тем она интереснее.

Развлекательные мероприятия могут включать:

- ежедневные мероприятия для отдыхающих. Они могут быть разработаны совместно с отделом продаж (праздничные программы, студенческие программы, фестивали и семинары);

- праздничные программы. Их организация является одной из наиболее сложных с точки зрения реализации и включает: праздники при санатории раз в 1-2 недели (семейные олимпиады, веселые старты, викторины, театрализованные спектакли); крупные мероприятия (Новый год, День туризма, День рождения санатория).

Ежедневная программа анимации может включать:

- спортивные игры и соревнования для взрослых (аэробика, волейбол, дартс, теннис, армреслинг, стрельба);

- детские программы (игры и конкурсы, тематические праздники);

- вечерние шоу-программы.

При этом нужно учитывать ряд деталей. Для дискотеки стены в помещении должны быть покрыты шумопоглощающим материалом, так как не все предпочитают ночью развлекаться. Территория танцпола должна быть покрыта износостойким нескользящим материалом.

Рассмотрим на примерах отдельных санаториев набор анимационных программ, предлагаемых отдыхающим. Санаторий «Зве-

нигород» предоставляет посещение концертов и шоу-программ ведущих артистов Москвы, встречи с интересными людьми (историками, искусствоведами, артистами), музыкально-поэтические встречи в каминном зале дворянской усадьбы, танцевальные вечера, экскурсии по Подмосковию.

Сектор спортивно-массовой работы, в свою очередь, предлагает разнообразные игры, тренажерный зал, открытый теннисный корт.

Санаторий «Самарский» организует досуг отдыхающих через посещение спектаклей театров г. Самары и концертов артистов филармонии. Спортивная жизнь протекает в фитнес-центре, боулинге, на спортивных площадках.

Санаторий «Парус» предлагает варианты коллективного и частного отдыха: подвижные эстафеты, дискотеки, игры, обучающую езду в манеже, катание на снегоходах.

Детский санаторий «Юный Нефтяник» в Туапсинском районе предлагает хорошо развитую индустрию досуга: зал компьютерных игр, библиотеку, видеостудию, пресс-центр, клубы по интересам, летний киноконцертный зал, уличные аттракционы. Кроме того, отдыхающим предлагаются экскурсии по городам и районам Краснодарского края.

Развитие анимационного сервиса способствует привлечению большого количества отдыхающих, повышению доходов санаторно-курортных организаций, удовлетворенности клиентов отдыхом; такие подходы полезно реализовать во всех курортных организациях.

Вопросы для самоконтроля

1. Какие формы досуговой деятельности используют на курортах, каковы особенности их организации в условиях санаторно-курортного учреждения?

2. Какую роль в лечебном туризме играет индустрия развлечений, какие новые подходы используются при организации анимации?

3. Что собой представляет анимационный сервис, каковы особенности формирования анимационных программ для различных социальных групп?

Глава 7

Менеджмент и маркетинг в санаторно-курортных организациях

7.1. Уровни управления курортами, их функции

Под управлением понимают максимально эффективное использование и координацию всех видов ресурсов (капитала, зданий, материалов, труда) для достижения целей организации. Наряду с термином «управление» часто применяют его англоязычный синоним «менеджмент».

В теории управления различают субъект управления, объект управления, ресурсы, процессы и технологии управления, окружающую среду. Объект управления – курортно-рекреационный комплекс страны. Он относится к отрасли «Здравоохранение, физкультура и спорт, социальное обеспечение».

К настоящему моменту курортное дело сформировалось как вполне самостоятельная отрасль народного хозяйства. Об этом свидетельствует экономическая значимость курортного дела. Развитие курортного дела приносит немалый прямой и косвенный (за счет смежных отраслей) экономический эффект. Курортное дело обеспечивает создание новых рабочих мест и занятость, привлечение значительных капиталовложений и их сравнительно быструю окупаемость. Кроме чисто экономических, курортное дело несет и значительные социальные и культурные выгоды. Речь идет об оздоровлении населения, росте его просвещенности.

Однако при неправильном управлении курорт может принести вред: ухудшение окружающей среды, рост урбанизации, вытеснение традиционных видов деятельности, оскудение местных ремесел, коммерциализацию человеческих отношений. Это определяет важность и необходимость государственного регулирования курортной деятельности.

Субъектами управления выступают различные структуры трех уровней: высшего, среднего и микроуровня.

К высшему уровню относятся государственные органы управления санаторно-курортным комплексом (СКК). Они входят в состав законодательной и исполнительной власти. Законодательная власть (Государственная Дума, Федеральное собрание) имеет подкомитеты по курортам. Исполнительная власть представлена Минздравсоцразвития.

В функции государственных органов управления входят:

- разработка законодательных актов и положений, правил и норм стандартизации и лицензирования;
- ведение государственного реестра курортного фонда РФ;
- определение стратегии развития отрасли;
- организация научных исследований в целях расширения курортного фонда и роста эффективности его использования;
- подготовка и переподготовка кадров в сфере курортного дела;
- защита прав и интересов граждан в период осуществления лечения, обеспечение их безопасности.

Государственная поддержка СКК может осуществляться посредством:

- формирования законодательной базы;
- предоставления субсидий;
- внедрения льготных финансово-кредитных механизмов;
- разработки комплексных программ развития отдельных курортов.

Средний уровень управления представлен региональными департаментами, комитетами и отделами при администрации. Главная задача органов регионального уровня – проведение государственной курортной политики в пределах своей территории. Их основные функции:

- разработка региональных курортных программ;
- обязательная сертификация и лицензирование;
- содействие предпринимательству в этой сфере;
- соблюдение федерального законодательства в области охраны курортов;
- регулирование подготовки кадров;
- продвижение регионального курортного продукта.

В 2005 г. был принят Закон Ярославской области «О природных лечебных ресурсах, лечебно-оздоровительных местностях и курортах не территории Ярославской области».

Микроуровень – это производители санаторно-курортных услуг, т.е. санатории и пансионаты, дома отдыха, производители лечебных грязей, заводы розлива минеральных вод.

Их задачей является обеспечение устойчивого развития своих организаций. Помимо государственных структур формируются системы общественного самоуправления отрасли: Союз туриндустрии, Национальная туристская ассоциация, Национальная академия туризма, Национальная курортная ассоциация.

В современном менеджменте различают общие и специальные управленческие функции. К общим относятся: планирование, организация, мотивация, контроль и координация, которые находятся в постоянном взаимодействии.

Планирование – одна из наиболее разработанных функций. Различают несколько типов планов: долгосрочные (перспективные), среднесрочные (1 – 3 года), краткосрочные (менее 1 года). По оперативности планы могут быть стратегическими и текущими.

Любая организация, в том числе и курортная, должна иметь стратегический план. Опыт развитых стран свидетельствует о том, что 90% фирм, ушедших с рынка, не имели четких целевых ориентиров.

В план обычно включают инвестиции в материальную базу (строительство новых корпусов, развитие инфраструктуры), обучение кадров, мероприятия по развитию медицинской деятельности, обслуживающих подразделений.

Распределение мероприятий годового плана по кварталам и в соответствии с функциями подразделений составляет содержание текущих планов.

Специальные планы имеют две основные разновидности: функциональные планы (маркетинговый, текущего и капитального ремонта, финансовый, благоустройства, лечебно-профилактический) и бизнес-план. Его основная цель – обоснование реализации конкретного инвестиционного проекта.

Одним из признаков организации является наличие организационного центра, координирующего деятельность членов организации и обеспечивающего единство их действий в достижении цели.

Типичная организационная структура санатория имеет следующие характеристики:

- 1) все уровни управления сгруппированы по функциям: общим (плановая, бухгалтерская, кадровая), основным (прием, размещение и лечение) и обеспечивающим (энергетическая, сантехническая, ремонтная, безопасности, снабжения);
- 2) тип структуры – линейно-функциональный;
- 3) структура управления – иерархическая, централизованная.

Распределение полномочий и ответственности происходит в соответствии с организационной структурой и регламентируется рядом документов: уставом санатория, положением о санатории, штатным расписанием, правилами внутреннего трудового распорядка, должностными инструкциями.

Управленческой функцией, направленной на побуждение исполнителей к деятельности по достижению целей организации, является мотивация. В этой функции выделяют две составляющие: материальную и социальную.

Материальная – размер заработной платы в денежном выражении. В организациях санаторно-курортной системы применяют все основные формы оплаты труда: тарифную, сдельную, сдельно-премиальную. Наиболее распространена (в бюджетных здравницах) тарифная система. Заработная плата по 1 разряду устанавливается исходя из МРОТа (утверждается Государственной Думой). К ставкам могут производиться различные доплаты (за медицинский стаж, за продолжительность работы в отрасли). Кроме того, в годовом фонде оплаты труда обычно предусматривается премиальный фонд и фонд материальной помощи.

В связи с невысокими ставками заработной платы в отрасли широко практикуется совместительство и совмещение должностей. Коммерческие здравницы могут устанавливать формы и размеры заработной платы самостоятельно. Чаще используется ЕТР, но его можно гибко варьировать: разделять заработную пла-

ту на базовую (указана в контракте) и дополнительную, обусловленную объемом загрузки здравницы и конкретного работника.

Социальная составляющая включает не денежные блага (доставку на работу, страховку, оказание безвозмездных медицинских услуг, присвоение почетных званий и наград).

7.2. Концепция маркетинга в управлении санаторно-курортной деятельностью

Санаторно-курортный маркетинг представляет собой концепцию управления санаторно-курортной организацией, которая заключается во всестороннем изучении потребностей клиентов в курортном лечении и отдыхе для наиболее полного их удовлетворения путем комплексных усилий по производству, реализации и продвижению санаторно-курортного продукта на конкурентном рынке с целью получению прибыли и решения иных задач, стоящих перед организацией.

Курортный маркетинг как концепция управления рекреационным предприятием ориентирует всю совокупность хозяйственных функций курортного предприятия (производственной, снабженческой, сбытовой, кадровой, финансовой) на удовлетворение конкретного рыночного спроса различных социальных групп рекреантов, а потому и на учет рыночной конъюнктуры, изучение потребностей покупателей санаторно-курортных услуг. Курортный маркетинг в этом случае является основополагающей функцией, определяющей все аспекты деятельности конкретной здравницы.

Курортный маркетинг должен определять всю содержательную деятельность рекреационного предприятия, а потому он превращается из обычной хозяйственной функции предприятия в само содержание, сущностную черту функционирования санаторно-курортной организации, стремящейся к удовлетворению потребностей пациентов и получению максимально возможной прибыли.

Важнейшим организующим элементом системы является ее подчиненность определенной цели. Для ее достижения необходимо соответствие возможностей (предложения) рекреационного предприятия потребностям (спросу) клиентов. В этом случае центральная идея санаторно-курортной организации представляет со-

бой сложное сочетание различных целевых установок, формирование которых определяется разнообразными факторами внешней и внутренней среды. К таким целям можно отнести:

- удержание своих позиций на рынке курортных услуг (стратегия выживания);
- проникновение на новые рынки (стратегия роста);
- получение сверхвысоких прибылей (стратегия «снятия сливок»);
- социальные цели.

Поскольку потребители курортных услуг устанавливают и индивидуализированные требования к рекреационному продукту, его качественным характеристикам, присущему ему набору потребительских свойств, служба маркетинга СКО должна проводить систематические исследования как самих потребителей, так и конъюнктуры рынка, деятельности конкурентов, анализ собственных возможностей и эффективности мероприятий продвижения. Исходя из полученной информации осуществляется ориентация всей хозяйственной деятельности СКО на удовлетворение рыночного спроса.

Эта ориентация достигается формированием маркетингового комплекса, классическими элементами которого являются так называемые «4Р»:

- совокупность свойств выпускаемого продукта (product);
- ценообразование (price);
- доведение продукта до потребителя (place);
- система продвижения продукта (promotion).

К классическому определению возможно присоединение пятого элемента – персонала (people), поскольку действительно в оказании курортных услуг роль хорошо обученного и мотивированного персонала чрезвычайно велика.

Маркетинг в сфере санаторно-курортных услуг включает внешний, внутренний и интерактивный маркетинг. Внешний определяет работу санатория по формированию цен, реализации путевок, продвижению санаторных услуг. Внутренний включает весь комплекс взаимоотношений администрации СКО с персоналом (обучение, мотивацию, продвижение по службе), направленный на приобщение каждого работника к маркетинговой деятель-

ности и имеющий конечной целью обеспечение высокого качества обслуживания отдыхающих.

Интерактивный маркетинг определяет умение персонала обслужить клиента. Результат курортного обслуживания – удовлетворенность рекреанта – складывается не только из технологической, но и функциональной составляющей. К первой относится материальная часть санаторного продукта (уровень лечебной базы, комфортность номеров, организация питания), ко второй – непосредственно процесс оказания санаторных услуг, в осуществлении которого ведущую роль играет хорошо подготовленный и мотивированный персонал.

В деятельности СКО, исповедующей маркетинг, большую роль играет принцип обратной связи. Наряду с принятием хозяйственных решений в зависимости от конъюнктуры рынка рекреационные организации активно воздействуют на потребителей и конкурентов всеми возможными методами и средствами. Таким образом, санатории активно реагируют на спрос и проводят продуманную и хорошо скоординированную политику завоевания рынка, формирования новых потребителей.

Для маркетинга как рыночной концепции управления предприятием характерна комплексность воздействия на все многообразные виды деятельности по разработке и продвижению товаров и услуг от производителя к потребителю и воздействие на самого потребителя.

Присущая современному маркетингу комплексность находит отражение в его функциях:

- в аналитической функции, включающей изучение рынка, потребителя, конкурентов, продукта и внутренней среды СКО;
- в производственной функции, к ней относят меры по совершенствованию санаторно-курортного продукта и повышению его конкурентоспособности, управление качеством обслуживания и уровнем сервиса;
- в функции ценообразования;
- в сбытовой функции, включающей организацию продаж санаторно-курортного продукта, формирование спроса и стимулирование сбыта;

– в функции управления и контроля, к которой относятся организация стратегического и оперативного планирования СКО, коммуникативная политика внутри предприятия, контроль за реализацией маркетинговых планов.

Маркетинг как новая функция связи СКО с рынком основывается на комплексном и стратегическом подходе к разрешению традиционных проблем. Организационные структуры, пригодные для оперативного руководства, могут не отвечать критериям, необходимым для реализации стратегии маркетинга.

Тип организационной структуры и численность персонала службы маркетинга зависят от размеров СКО и имеющихся в распоряжении ресурсов, сложившейся структуры управления и кадрового подбора сотрудников, уровня внедрения концепции маркетинга, особенностей и объема сбыта путевок и охвата рынка.

Различают две группы маркетинговых организационных структур: иерархические (механические) и органические. Для первой группы структур характерно построение жесткой вертикали управления с цепочкой подчинения нижележащих звеньев вышестоящему. Структуры этого типа оптимальны для стабильно работающих предприятий, не требующих быстрой реакции на изменение внешней среды. Структуры второй группы при всей их прогрессивности пока не получили распространения в курортной практике.

Выделяют несколько разновидностей иерархических структур: линейную, функциональную, линейно-функциональную, смешанную.

Маркетинговые службы санаториев чаще всего формируются по функциональному принципу. В процессе своей деятельности служба маркетинга тесно взаимодействует с другими подразделениями СКО. С подразделениями обслуживания (медицинской службой, размещением, пищеблоком, культмассовой службой) отдел маркетинга связывает двусторонний обмен информацией по уровню сервиса, данными о загрузке санатория, проведение внутренних маркетинговых исследований. С бухгалтерией происходит постоянное взаимодействие по выполнению договоров реализации путевок, формированию базы данных для ценообразования, с планово-экономической службой – совместная разработка и исполне-

ние хозяйственно-финансового плана санатория, ценообразования, анализ результатов работы.

Вопросы для самоконтроля:

1. Как осуществляется государственное регулирование курортной деятельности, какие органы законодательной и исполнительной власти участвуют в управлении курортами?

2. Каковы основные характеристики и управленческие функции организационной структуры санаторно-курортной организации?

3. Расскажите о задачах работы службы маркетинга в санаториях.

4. Назовите особенности формирования маркетингового комплекса в санаторно-курортной сфере.

Глава 8

Оздоровительный туризм

8.1. Структура, цели и задачи оздоровительного туризма

Задача оздоровления населения, связанная с увеличением двигательной активности, может решаться посредством туризма. По мнению специалистов, основными оздоровительными факторами служат физическая культура и спорт, ближний и дальний туризм, природные лечебные факторы, используемые для закаливания организма, а также культурно-массовые мероприятия. Оздоровительный туризм – активно-двигательный, совершенствующий и развивающий двигательные способности, одной из его разновидностей является спортивно-оздоровительный туризм. Развитие данного направления в России является важной составной частью государственной социально-экономической политики. Правовой основой оздоровительного туризма является Закон «Об основах туристской деятельности в РФ» от 24.11.1996 г.

Важное государственное значение имеет социальная направленность спортивно-оздоровительного туристского движения, поскольку этот вид туризма является образом жизни значительных слоев населения. Он служит эффективным средством физического оздоровления, нравственного развития и самосовершенствования человека, воспитания бережного отношения к природе и памятникам культуры, взаимопонимания и взаимоуважения народов и наций. Спортивно-оздоровительный туризм имеет неограниченные возможности вовлечения в занятия активным отдыхом, так как не требует создания специальной дорогостоящей материальной базы.

Оздоровительный туризм не преследует получения прибыли и может быть неорганизованным и организованным. По оценкам специалистов, Россия обладает большим туристским потенциалом, превышающим аналогичные ресурсы всех европейских стран, вместе взятых. Однако возможности оздоровительного ту-

ризма в общей структуре хозяйства, экономики и социальной жизни РФ остаются не полностью востребованными.

Согласно предварительным данным Госкомитета РФ по физической культуре и спорту, в России действует более 24 тысяч туристских предприятий, обслуживающих более 30 миллионов туристов. В то же время потребности населения в активном туризме, лечебном отдыхе, культурно-познавательных мероприятиях и услугах удовлетворяются лишь на 5 – 6%.

Дополняют характерные черты современного состояния оздоровительного туризма следующие аспекты: свертывание форм активного отдыха в учреждениях рекреации; отсутствие государственной поддержки туристских клубов, их правовая незащищенность, слабая материальная база; мощная реклама зарубежного туризма и недостаточный интерес средств массовой информации к отечественному рынку оздоровительного туризма.

Рассматривая спортивно-оздоровительный туризм с точки зрения общества, следует отметить, что это уникальная форма общения между людьми, людьми и природой, людьми и миром культуры, основанная на знакомстве с жизнью, историей и обычаями тех регионов, где проходят маршруты походов. Данный вид отдыха может быть назван наиболее демократичным; он характеризуется свободным выбором формы собственной активности, реализацией в условиях походной жизни на самостоятельно разработанном маршруте. Наряду с функцией социального упорядочения соответствующая организация может способствовать формированию критического взгляда на вещи, возникновению новых связей между отдельными людьми и группами.

Анализ развития спортивно-оздоровительного туризма в обществе позволил выявить ряд его характеристик как особого вида туристской деятельности:

- спортивно-оздоровительного туризм – это здоровый образ жизни человека, а не просто хобби или способ самооздоровления;
- увлечение спортивно-оздоровительным туризмом имеет глубокие корни в российской истории. Все аспекты туристского путешествия – это полная аналогия традиций и устремлений русских путешественников-землепроходцев;

– спортивно-оздоровительный туризм – явление комплексное. Оно развивает человека духовно, формируя высокие человеческие качества, необходимые в экстремальных условиях походной жизни; совершенствуя экологическую культуру человека; имеет оздоровительный эффект под естественным благотворным влиянием природной среды;

– практически всегда путешествию сопутствуют многообразные формы общественно полезной деятельности;

– спортивно-оздоровительный туризм – это источник создания интеллектуального продукта в сфере разработки теории и практики туризма, создания новейших туристских маршрутов (в том числе и коммерческих), современного снаряжения и квалифицированных кадров;

– спортивно-оздоровительный туризм охватывает все возрастные группы населения страны, включая детей, школьников, студентов, пожилых людей, в него могут быть вовлечены целые семьи;

– в условиях современного стрессового пространства спортивно-оздоровительный туризм является школой адаптации к жизни общества, школой выживания.

Спортивно-оздоровительный туризм в современном обществе проявляет себя как один из важнейших видов туристской деятельности, являющейся для многих людей неотъемлемым компонентом жизнедеятельности, эффективным средством восстановления физического и психического здоровья, а также необходимой формой увлекательного проведения свободного времени. Спортивно-оздоровительный туризм, который возник изначально как потребность, вскоре утвердился как один из совершенных и продуктивных средств воспитания, поскольку является условием комплексного решения педагогических задач в туризме: воспитательных, образовательных, познавательных, оздоровительных и спортивных.

Спортивно-оздоровительный туризм, в отличие от спорта, является одной из наиболее эффективных оздоровительных технологий. Это более широкое понятие, чем просто один из видов спорта. Это целое социальное движение, важнейшей целью кото-

рого является формирование здорового образа жизни каждого конкретного человека и общества в целом.

8.2. Виды спортивно-оздоровительного туризма

По видам спортивно-оздоровительный туризм разделяется на: пешеходный, горный, водный, лыжный, спелео-, вело-, парусный, автомото-, конный и их сочетания.

Рассмотрим некоторые виды спортивно-оздоровительного туризма.

Пешеходный

По мнению специалистов, для поддержания здоровья каждый человек должен проводить на природе минимум 200 часов в год (или три дня в месяц). При этом из жителей Москвы только 18% выезжают за город в выходные дни, остальные проводят свободное время в городе. В этой ситуации необходимо знать, что походы полезны не только здоровым, но и страдающим некоторыми заболеваниями: при начальной стадии гипертонии, ишемической болезни, атеросклерозе, нарушениях жирового и минерального обмена веществ. Размеренная, не слишком быстрая ходьба (4 – 4,5 км) – это привычный и наиболее естественный вид физических движений, противопоказанный лишь тяжелым больным, при травмах и серьезных заболеваниях.

Пешеходные туры проводятся в равнинной, предгорной и горной местностях на всей территории России. Сложность маршрута зависит от высоты местности, крутизны склонов, их протяженности и наличия препятствий на трассе (болота, овраги, крупные лесные массивы). В зависимости от этого походы подразделяются на:

- походы выходного дня;
- походы 1 – 3 степени сложности – в детско-юношеском туризме;
- категорийные походы с 1 по 6 категории. Первая категория – самая простая, не требующая специальных знаний; шестая – самая сложная и требует специальной физической подготовки, соответствующего снаряжения.

Питание в походе должно быть трех-четырёхразовым с обязательным приготовлением горячей пищи. Завтрак наиболее калорийный, должен составлять 30% от суточного рациона, но небольшой по объёму и легкоусвояемый. Лучше всего использовать бутерброды с сыром, колбасой, рыбные консервы, каши с маслом и обязательно – сладкий и достаточно крепкий чай, в который желательно добавлять мяту, душицу и другие травы.

В тяжёлых походах и при наличии в группе детей и подростков в 10 – 11 часов (после двух-трех часов движения) устраивается второй завтрак, состоящий из печенья, конфет, вафель, яблок, нескольких таблеток аскорбиновой кислоты с глюкозой.

В обед необходим горячий суп. Его готовят из концентратов со специями или с добавлением дикорастущих растений. Мясные или рыбные консервы закладывают за 5 минут до окончания варки супа. Другим горячим блюдом может быть кисель, какао с сухим или сгущённым молоком. На ужин обычно готовится калорийная каша, в которую добавляют сухофрукты, масло, дают чай, компот, какао с печеньем.

Для профилактики пищевых отравлений запрещается употребление малознакомых и неизвестных растений, невымытых фруктов. Опасно также употребление сырой воды из источников, расположенных вблизи предприятий, населённых пунктов, пастбищ. Для обеззараживания применяют кипячение. Если такой возможности нет, применяют дезинфицирующие таблетки. Кишечные инфекции помогают предупредить регулярное употребление сырого чеснока и лука, термическая обработка продуктов.

В жаркую погоду необходимо соблюдение питьевого режима, утолять жажду только после приема пищи. На завтрак полезно съесть селедку или добавить в пищу 0,5 чайной ложки соли, что позволит зафиксировать воду в организме, уменьшить потоотделение. При пересыхании во рту делают 2 – 3 глотка воды, сосут кислые конфеты. Лучшие жаждоутоляющие напитки в жару – зелёный чай, компот, чай из трав с мятой, листьями смородины, с добавлением аскорбиновой или лимонной кислоты, яблочного уксуса или лимонного экстракта.

В однодневный поход выходного дня на обед целесообразно брать пищу, готовую к употреблению, так как разведение костров

в лесу, в окрестностях городов, запрещено. В этих условиях допустимы жареное мясо, птица, полукопченая колбаса, а в холодное время года – жареная рыба, вареные яйца, сырники, вареное мясо и птица. Горячий чай (какао, кофе) берут в термосе. В качестве салатов в походах можно использовать различные съедобные дикорастущие травы: подорожник большой, щавель, мяту, кислицу.

Рассмотрим пример пешеходного маршрута, предлагаемого туристской фирмой.

Маршрут по району Западного Кавказа, 99 км, 11 дней.

Туристы совершают экскурсии в Большую Азишскую пещеру, перевал Азишский и хребет Каменное море. Во время похода происходит знакомство с природой и историей края: местами боевых действий в период Великой Отечественной войны. Здесь проходила линия обороны советских войск, теперь установлены мемориальные памятники «Защитникам Кавказа». В завершение похода туристы проходят по старой черкесской дороге до кордона Государственного Кавказского биосферного заповедника.

Лыжный туризм

Лыжный туризм – одно из самых действенных и надежных средств развития выносливости сердечной мышцы и всего организма, прекрасный способ сохранения гибкости позвоночника. Под влиянием регулярных и многолетних занятий физическими упражнениями, в том числе лыжами, нормализуются биохимические показатели крови, улучшается функционирование всех систем организма, а «старение» двигательных функций задерживается на 10 – 15 лет.

В движении, благодаря повышенному обмену веществ, с потом и дыханием из организма активно выводятся шлаки.

Лыжи не только дают здоровье, но и помогают отдохнуть, отвлечься от трудной работы, полюбить природу. По своей популярности и массовости лыжный туризм занимает одно из первых мест, приближаясь в этом отношении к туризму пешеходному. В походы на лыжах систематически отправляются несколько миллионов человек. Особая увлеченность лыжным туризмом связана с тем, что на значительной части территории страны снежный по-

кров держится несколько месяцев, а в ряде мест зима – единственное время года, когда можно совершать туристские походы.

Начиная занятия лыжами, каждый преследует свою цель. Для одного главное – активный отдых, для другого – средство эмоциональной разгрузки, для третьего – возможность укрепить здоровье, для четвертого – это способ самоусовершенствования. Развитию массовой спортивности в лыжном туризме способствует расширение временных границ: кроме традиционного периода – февраль, март, часть апреля – лыжные походы стали совершать ближе к весне, заканчивая их сплавом на катамаранах и байдарках. Расширяется география лыжного туризма: на Камчатке, в полярной тундре и на юге – везде прокладывают лыжни. Особенно перспективны таежные и горные районы, прилегающие к Байкало-Амурской магистрали. Возможно, в ближайшие годы этот регион станет самым популярным у лыжных туристов (разнообразие физико-климатических условий и большая продолжительность зимнего сезона).

Хорошие перспективы для лыжного туризма открываются в тундровых районах и по замерзшим водоемам, здесь возможно использование лыжных и коньковых буеров, парусных нарт и индивидуальных парусов для туристов-лыжников.

Таким образом, лыжный туризм выходит за пределы походов по лесистой местности. Уже в настоящее время он, как ни один другой вид туризма, обретает такое географическое и техническое многообразие, которое способно удовлетворить любые запросы.

В лыжном туризме прочно укоренилось совмещение спортивных целей похода с решением научных задач, с испытанием новых образцов снаряжения, рационов питания. Режим питания лыжников имеет свои особенности. Рацион определяется расходом энергии, то есть калорийность пищи должна соответствовать энергетическим тратам. Для того, чтобы объем пищи не был чрезмерно большим, нужно потреблять высококалорийные продукты: мясо, масло, сыр, творог, сливки, мед, каши. Особую роль играют молочные продукты, которые являются носителями полноценного белка, поэтому их включают в рацион обязательно. Рекомендуются также овощи и фрукты.

Развитие лыжного туризма в настоящее время сдерживает прежде всего недостаточное материально-техническое снабжение (отсутствие специального снаряжения и имущества). Эта проблема должна решаться централизованно, поскольку перед этим видом туризма стоят такие задачи, как создание постоянно действующих учебных центров по подготовке туристов-лыжников, постройка в наиболее популярных районах приютов (где можно пополнить запас продуктов и отправить сообщение с маршрута), обеспечение литературой, пособиями.

Современные туристские фирмы предлагают разнообразные программы лыжного туризма:

1. Новый год у горячих ключей. Горный Алтай, 11 дней. Протяженность маршрута 130 – 190 км.

2. Лыжня в Рождественскую сказку. Карелия, 3 дня. Лыжня проходит через заповедник «Кивач».

Горный туризм

Горный туризм – это путешествия в горах, связанные с прохождением сложных участков горного рельефа в виде склонов, ледников, перевалов. Этим он отличается от альпинизма – восхождения налегке на вершину.

Горный туризм развивается в районах с колебанием высот от 1000 до 3500 метров. Различаются низкогорные, среднегорные и высокогорные маршруты. Наиболее сложны для подъема скальные поверхности. Скалы делят на 4 степени сложности прохождения:

- простые – сильно расчлененный скальный рельеф с многочисленными зацепками и выступами;
- средней сложности – разрушенные, но крутые скалы;
- сложные – природных зацепок и выступов очень мало, и они расположены далеко друг от друга;
- очень сложные – крутые, почти отвесные гладкие склоны.

Притягательны для скалолазания уральские и сибирские столбы – скалы причудливой формы, сформировавшиеся в результате выветривания горных пород различного возраста и состава (Ленские, Енисейские).

В России пользуются большой популярностью организуемые туристскими фирмами восхождения на Эльбрус и Белуху. Эль-

брус – это двухвершинный конус потухшего вулкана. Высота Западной вершины – самой высокой – 5642 м, Восточная – на двадцать метров ниже. Белуха впечатляет суровостью и крутизной ледовых и снежных стен, высота Восточного склона – 4506 м. Базовый лагерь располагается у подножия горы – вблизи Аккемского озера.

Важное значение для развития многих видов зимнего отдыха и туризма имеет период залегания и высота устойчивого снежного покрова. Устойчивый снежный покров устанавливается в Горном Алтае на высотах более 2000 м в сентябре, на меньших высотах – в октябре. Продолжительность залегания снега составляет от 130 – 150 дней в предгорье до 160 – 170 дней в низкогорном и среднегорном Алтае. В высокогорье этот показатель достигает 260, а в ледниковых районах – 300 дней. Большой спортивный интерес у туристов и альпинистов вызывают ледники. По количеству ледников (1330) и площади оледенения (890 км²) Алтай занимает третье место среди горных стран экс-СССР. Наиболее крупными районами оледенения Алтая являются следующие: *Катунский хребет* (297 км²), *Северо-Чуйский* (177,7 км²), *Южно-Чуйский* (222,87 км²). Крупные ледники имеются также на северных склонах хребта Табын-Богдо-Ола. С точки зрения туризма и альпинизма ледники Алтая не отличаются от ледников других горных стран. Они в меру проходимы и в меру опасны.

Стандартные туры представляют собой пешие путешествия по горным тропам – трекинг. Это поход людей без опыта, не предполагающий преодоления сложных естественных препятствий. Как правило, большинство путешествий проходит на высотах до 2000 м. Ночуют туристы в палатках или на турбазах. Один из главных принципов проведения туров – обеспечение высокого уровня безопасности путешественников. Он достигается благодаря сложившейся в России системе подготовки инструкторов горного туризма.

Главное отличие проводимых туров от спортивного туризма – в создании определенного уровня сервиса. Как правило, группу сопровождают два гида, которые не только обеспечивают безопасность, но и ставят лагерь, готовят пищу. География проведения горно-пешеходных туров в России обширна – они проходят в

предгорьях Кавказа и Алтая, в «малых горах» Хибина, Урала, в Саянах и на Камчатке. Наибольшее количество предлагаемых туристскими фирмами горно-пешеходных туров относится к трекингу в Приэльбрусье – высокогорном районе Кабардино-Балкарии. На Кавказе для путешествий привлекательны районы Архыза, Лаго-Наки и горного массива Фишт. В Архызе туристы знакомятся с древними храмами, работой астрофизической лаборатории. В Хибинах, расположенных за Полярным кругом, на Кольском полуострове, маршрут проложен с переходом через семь несложных перевалов. На Урале представляет интерес вершина Народа (1895 м). Маршрут проходит через Национальный парк «Югыд-Ва», включенный в список Всемирного Наследия ЮНЕСКО. Трекинг в предгорьях Восточного Саяна дает возможность познакомиться с уникальными Шумакинскими источниками. Они издавна были известны местному населению, об этом свидетельствуют надписи на камнях о правилах приема воды целебных источников. Термальные источники бьют на высоте 1550 метров. Этот курорт по свойствам воды близок к Пятигорску и его теплым нарзанам. Камчатка притягивает туристов панорамами величественных огнедышащих гор.

Водный туризм

К водному туризму относится несколько видов:

– яхтинг (парусный спорт). Самые популярные места проведения парусных регат – Финский залив, Таганрогский залив Азовского моря, волжские водохранилища – Рыбинское, Саратовское, крупные озера – Белое, Ладожское, Онежское;

– сплавы на лодках и плотках. Различают спортивный и семейный туризм. Для семейного пригодны спокойные малые реки, наиболее привлекателен район Карелии. Спортивные сплавы проходят на реках с большим количеством препятствий, это реки Новгородской и Тверской областей (Ловать, Мста, Тверца). Много маршрутов проходит на реках Урала и Сибири, Большого Кавказа (Терек) и Алтая (Катунь, Чулышман).

Одним из самых динамично развивающихся в России видов активного отдыха на воде является рафтинг. Это сплав по порожистым рекам на больших надувных судах (рафтах). Современный рафт представляет собой надувной плот различной вместимости:

от 4 до 12 человек. Он обладает большой плавучестью, надежен и устойчив на воде. С появлением такого вида судов сплав по бурным рекам перестал быть привилегией профессионалов, став доступным для начинающих любителей водного туризма.

В России наиболее популярными для рафтинга местами считаются реки Карелии, Алтая, Кавказа. Самая известная и самая красивая в Карелии река Шуя – самое подходящее место для начинающих. Маршрут протяженностью около 100 км проходит по южной части Карелии. Водные сплавы по Уралу привлекают наличием на маршрутах уникальных природных и исторических памятников.

Другим видом сплавов является каякинг – сплав на одноместной лодке (каяке). Современные каяки – компактные, прочные лодки. Такой тип судов обладает хорошими ходовыми качествами и неуязвимостью при контакте с препятствиями. Этот вид спорта довольно опасен, и им занимается ограниченное число людей. В современном каякинге развиваются три основных направления – гребной слалом, родео и сплав по горной реке.

Велотуризм

Велотуризм – один из самых экологичных и полезных для здоровья видов туризма. География велотуризма в России обширна: северо-запад, Урал, Алтай, Прибайкалье. Туристские фирмы предлагают маршруты выходного дня и многодневные. И в том и в другом случае они предоставляют возможность передвигаться налегке, когда багаж находится в машине сопровождения, кроме того, обеспечивают услуги гидов, броню на гостиницы, оборудование. Одним из самых насыщенных впечатлениями туров в средней полосе является велотур по Золотому Кольцу. Не менее интересен тур «Пушкинские горы – Изборск – Псков». Для любителей активного отдыха на природе разработан маршрут к истоку Волги. В Карелии можно отправиться к водопаду Кивач, первому курорту «Марциальные воды».

Алтайские велотуры представлены большим количеством маршрутов, преимущественно комплексных, предполагающих передвижение на велосипедах и на автомобилях и сплавы по горным рекам.

Принять участие в несложном походе может каждый, кто имеет навыки езды на велосипеде, для многодневных походов необходимо предварительно научиться выдерживать заданный темп. Движение на велосипедах требует не только физической подготовки, но и наличия удобной одежды. Для длительных велотуров – специализированная одежда, обеспечивающая комфорт и безопасность.

Вопросы для самоконтроля:

1. Расскажите о структуре, целях и задачах оздоровительного туризма.
2. Назовите виды спортивно-оздоровительного туризма.
3. Какие категории пешеходного туризма вы знаете?
4. Назовите причины популярности лыжного туризма.
5. Расскажите о маршрутах горного туризма.
6. Назовите виды водного туризма.

Словарь основных терминов

Адаптация – поддержание нормальной жизнедеятельности организма и приспособление к изменяющимся условиям окружающей среды.

Акклиматизация – адаптация организма к новым климатическим условиям.

Акупунктура – лечебное воздействие на биологически активные точки при помощи металлических игл.

Ампелотерапия – виноградоление.

Анимация – оживление отдыха и организация непосредственных впечатлений от личного участия в мероприятиях.

Апитерапия – воздействие на организм пчелиного яда с лечебной целью.

Аппликация грязевая – методика грязелечения, при которой грязь наносится слоем определенной толщины на отдельные участки тела пациента.

Аэрозольтерапия – метод лечебного использования аэрозолей лекарственных веществ.

Аэроионотерапия – метод лечебного применения аэроионов воздушной среды.

Аэротерапия – лечебное применение свежего воздуха на открытой местности, включающее прогулки, длительное пребывание (сон) в специальных климатопавильонах и верандах (круглосуточную аэротерапию) и воздействие воздуха на полностью или частично обнаженного пациента (воздушные ванны).

Аэрофитотерапия – лечебное применение воздуха, насыщенного летучими веществами растений.

Бальнеологический курорт – тип курорта, где в качестве основного лечебного фактора используются природные минеральные воды.

Бальнеология – раздел медицинской науки, изучающий происхождение и физико-химические свойства минеральных вод, методы их использования с лечебно-профилактической целью при наружном и внутреннем применении, медицинские показания и противопоказания к их применению.

Бальнеотерапия – наружное лечение минеральными водами, использование природных и искусственно приготовленных минеральных вод для профилактики и лечения различных заболеваний и с целью восстановления нарушенных функций организма.

Бани – сочетание лечебного и гигиенического воздействия на больного горячего воздуха и холодной пресной воды.

Ванны минеральные – лечебные ванны, для которых используют природные или искусственно приготовленные минеральные воды.

Водолечение (гидротерапия) – лечение, применяемое на курортах и во внекурортных лечебно-профилактических учреждениях. Включает наружное использование как пресной воды (в жидком, твердом – лед, газообразном состояниях), так и минеральной воды. К основным процедурам гидротерапии относятся души, ванны, обливания, обтирания и др.

Восстановительная медицина – система знаний и практической деятельности, направленных на восстановление функциональных резервов человека, сниженных в результате неблагоприятного воздействия факторов среды и деятельности, в результате

болезни (на этапе выздоровления или ремиссии), путем применения преимущественно немедикаментозных методов.

Гелиотерапия – использование солнечных лучей с лечебными и оздоровительными целями.

Гидромассаж – лечебная процедура, при которой на тело, погруженное в ванну, осуществляется воздействие теплой водой под давлением с приемами массажа.

Гидротерапия – использование пресной воды в лечебных целях.

Грязи лечебные (пелоиды) – осадки различных водоемов, торфяные отложения болот, извержения грязевых вулканов и другие природные образования, состоящие из воды, минеральных и органических веществ в виде однородной тонкодисперсной пластичной массы, применяемой для целей грязелечения в нагретом состоянии.

Диетотерапия – метод лечения и профилактики болезней, основанный на применении специально подобранных пищевых рационов (диет) и режима питания.

Души – лечебные воздействия на организм струями воды различной формы, направления, температуры и давления.

Здоровье – психическое, физическое и социальное благополучие, характеризующееся наилучшей приспособляемостью организма к изменяющейся внешней и внутренней среде. Физиологическая мера здоровья – норма.

Ингаляторий – лечебный кабинет, оборудованный аппаратурой для проведения ингаляций.

Индустрия здоровья – функциональная многоотраслевая система национального хозяйства, выражающая взаимосвязь, взаимо-

действие здравоохранения и сопряженных с ним отраслей и сфер деятельности по охране и укреплению здоровья людей.

Климат – многолетний режим погоды, складывающийся в определенной местности.

Климатотерапия – использование особенностей климата местности для лечения и оздоровления.

Курорт – освоенная и используемая в лечебно-профилактических целях территория, располагающая природными лечебными ресурсами.

Курортная инфраструктура – система материальных объектов и видов деятельности, оказывающая курортные услуги населению и способствующая укреплению его здоровья.

Курортно-рекреационные ресурсы – совокупность природно-климатических факторов и искусственно созданной инфраструктуры, предназначенная для лечебно-оздоровительных и рекреационных мероприятий, которые определяют возможность и перспективы развития в различных регионах курортных комплексов.

Курортное дело (деятельность) – совокупность всех видов научно-практической деятельности по профилактике заболеваний, лечению и реабилитации больных на основе использования лечебных ресурсов, изучение их свойств и механизма действия, комплекс мероприятий по организации, строительству, управлению курортами, обеспечению лечения и культурно-бытового обслуживания граждан, эксплуатации и охране природных лечебных ресурсов и санитарной охране курортов.

Курортология – медицинская научная дисциплина, изучающая целебные свойства природно-климатических и преформированных физических факторов, характер их действия на организм человека, возможность их использования с лечебной и профилактической целями, а также с целью оздоровления.

Ландшафтотерапия – метод курортного лечения, при котором используется благотворное влияние на организм пребывания человека в местности с привлекательным пейзажем. Обычно сочетается с аэрогелио– или талассотерапией, можно рассматривать как составную часть климатотерапии.

Лечебная физическая культура – 1) раздел клинической медицины, изучающий рациональное применение физической культуры и изменения, возникающие у больных под влиянием физических упражнений; 2) метод неспецифической терапии, использующий средства физической культуры для восстановления здоровья и трудоспособности больного, предупреждения последствий патологического процесса; 3) метод лечения, основанный на использовании физических упражнений, широко применяющийся в санаторно-курортных условиях с целью укрепления здоровья, лечения и медицинской реабилитации больных, предупреждения прогрессирования болезней и их осложнений.

Магнитотерапия – лечебное использование постоянного, импульсного или разночастотного магнитного поля.

Мануальная терапия – дозированное механическое воздействие на заблокированные суставы при помощи специальных приемов, выполняемых врачом.

Массаж – дозированное механическое воздействие на обнаженное тело больного специальными приемами, выполняемыми руками массажиста в определенной последовательности и сочетаниях.

Минеральные лечебные воды – воды, содержащие в повышенных концентрациях различные минеральные (реже органические) компоненты или обладающие какими-либо специфическими физическими свойствами (повышенная температура, радиоактивность и др.), вследствие чего эти воды могут оказывать на организм человека лечебное действие.

Оздоровительный отдых – пребывание на курортах практически здоровых лиц, не нуждающихся в специальном медицинском уходе, врачебном наблюдении и лечении.

Оздоровление – раздел восстановительной медицины, направленный на повышение функциональных резервов и адаптивных возможностей человека, предупреждение заболеваний и улучшение качества жизни у лиц, ослабленных в результате действия неблагоприятных факторов среды и деятельности или имеющих функциональные преморбидные состояния.

Отдых – любая человеческая деятельность, которая направлена на удовлетворение физиологических потребностей (путешествия, хобби, собирательство, рыбная ловля и др.) и осуществляется на территории постоянного пребывания человека или за ее пределами.

Охрана здоровья здорового человека – совокупность мер политического, духовного, экономического, правового, социального, культурного, научного, медицинского, санитарно-эпидемиологического характера, направленных на оптимизацию условий для формирования, активного сохранения, восстановления и укрепления здоровья, обеспечивающих снижение заболеваемости и увеличение популяции здоровых и практически здоровых людей.

Пантолечение – применение в лечебной практике целебных продуктов, получаемых из рогов маралов.

Природные курортные факторы (ресурсы) – природные факторы, используемые в целях профилактики, терапии и медицинской реабилитации пациентов на курортах и в курортных местностях.

Псаммотерапия – метод лечения нагретым песком в виде общих или местных песочных ванн.

Радонотерапия – метод лечебного воздействия на организм с использованием радиоактивного элемента радона.

Рапа – вода минеральных соленых озер, лиманов и других водоемов, представляющая насыщенный солевой раствор (рассол).

Реабилитация – комплекс скоординированно проводимых мероприятий медицинского, физического, психологического, педагогического, социального характера, направленных на восстановление здоровья, психического статуса и трудоспособности лиц, утративших эти способности в результате заболевания.

Реабилитация медицинская – раздел восстановительной медицины, направленный на восстановительное лечение и вторичную профилактику заболеваний, увеличение функциональных резервов, компенсацию нарушенных функций и возвращение дееспособности.

Рекреационное время – часть социального времени личности, группы, общества, используемая для сохранения, восстановления и развития физического, духовного здоровья и интеллектуального совершенствования.

Рекреационная услуга – производящееся за плату полезное действие, выполняемое специфическим образом организованным предприятием, направленное на удовлетворение потребностей человека в восстановлении утраченных сил путем кратковременного изменения места проживания или на месте с целью лечения, отдыха, развлечений, получения новых впечатлений и познавательной целью.

Рекреация – отдых, восстановление сил человека, израсходованных в процессе труда, расширенное воспроизводство физических, интеллектуальных и эмоциональных сил человека.

Санаторий – лечебно-профилактическое учреждение, предназначенное для лечения, профилактики и медицинской реабилита-

ции с использованием природных лечебных физических факторов в сочетании с искусственными факторами, лечебной физической культурой, лечебным питанием и другими методами в условиях специально организованного режима.

Санаторно-курортное лечение – вид лечебно-профилактической помощи, оказываемой в специализированных стационарных учреждениях и основанной на применении, главным образом, природных лечебных факторов (климата, минеральных вод, лечебных грязей).

Санаторно-курортные услуги – услуги, предоставляемые предприятиями размещения, расположенными в курортных местностях, отдыхающим с целью удовлетворения их потребностей в санаторном лечении и курортном отдыхе.

Санаторно-курортный маркетинг – концепция управления санаторно-курортной организацией, заключающаяся во всестороннем изучении потребностей клиентов в курортном лечении и отдыхе для наиболее полного их удовлетворения путем комплексных усилий по производству, реализации и продвижению санаторно-курортного продукта на конкурентном рынке с целью получения прибыли и с иными целями, стоящими перед организацией.

Санаторный режим – система правил и мероприятий, регламентирующих уклад жизни в санатории (правила поведения отдыхающих, распорядок дня, режим приема процедур и др.).

Сапропели – иловые отложения, преимущественно органического состава, образующиеся в пресных или низкоминерализованных, главным образом, материковых озерах, в результате микробиологического разложения водорослей и других растительных и животных остатков.

Сертификация – процедура оценки и подтверждения соответствия услуги установленным правилам (стандартам).

Спелеотерапия – лечение пребыванием в условиях микроклимата естественных и искусственных пещер (соляных копей, шахт и пр.).

Талассотерапия – лечебное применение морских купаний; в более широком понимании включает в себя использование природных физических факторов, связанное с пребыванием на побережье морей, рек, озер и других водоемов.

Терренкур – маршрут дозированной ходьбы, назначаемой отдыхающим в санаториях для тренировки сердечно-сосудистой системы, опорно-двигательного аппарата, дыхательной системы.

Туризм медицинский (лечебный) – временный выезд с постоянного места жительства в лечебно-оздоровительных целях.

Ультразвуковая терапия – лечебное применение ультразвука.

Физиотерапия – медицинская дисциплина, изучающая действие на организм физических факторов, применяемых для лечения больных, профилактики заболеваний и медицинской реабилитации.

Фитотерапия – применение лекарственных растений и продуктов растительного происхождения с целью укрепления здоровья, профилактики и лечения заболеваний.

Темы рефератов по курсу «Курортное дело и оздоровительный туризм»

1. Государственная политика в сфере курортного дела в РФ.
2. Курортно-рекреационные ресурсы Российской Федерации.
3. История развития курортного дела в Краснодарском крае.
4. История развития курортного дела на Кавказе.
5. Организация оздоровления детей на современном курорте.
6. Курортная инфраструктура, основные задачи, особенности функционирования.
7. Особенности Краснодарского курортного региона (лечебные природные факторы, курорты).
8. Особенности курортного региона Кавказские Минеральные Воды (лечебные природные факторы, курорты).
9. Лечебное и оздоровительное питание в современной санаторно-курортной сфере.
10. Бальнеологические курорты России: перспективы развития.
11. Горноклиматические курорты России: перспективы развития.
12. Организация активного отдыха на современном курорте.
13. Анимация на современном курорте: проблемы и перспективы.
14. Особенности развития пешеходного туризма в современных условиях.
15. Водный туризм и его развитие в отдельных регионах (Карелия, Алтай, Дальний Восток).

Вопросы для зачета по курсу «Курортное дело и оздоровительный туризм»

1. Концепция государственной политики развития курортного дела в РФ.
2. Курортный комплекс РФ, составляющие, характеристики, потребности населения в курортном оздоровлении.
3. Классификация курортных факторов. Типы курортов.
4. Реабилитация: цели, задачи, значение в условиях курорта.
5. Рекреация: понятие, особенности в условиях курортного оздоровления, основные задачи.
6. История российских курортов в XVIII – начале XX в.
7. Советский этап развития курортного дела.
8. Природные лечебные ресурсы РФ: понятия, особенности.
9. Минеральные воды как основной природный лечебный фактор.
10. Лечебные грязи, их значение как природного лечебного фактора.
11. Курортные зоны, их характеристики.
12. Климатотерапия: общие принципы действия, организация в условиях курортного оздоровления.
13. Особенности организации службы питания в санаторно-курортных учреждениях. Понятие о диетотерапии.
14. Лечебная физкультура и спортивно-массовая работа в условиях санатория.
15. Организация досуга и развлечений на курорте.
16. Понятие об анимационной деятельности.
17. Лицензирование и сертификация санаторно-курортных услуг.
18. Реализация функций управления в санаторно-курортных учреждениях.
19. Санаторно-курортный маркетинг. Основные понятия. Маркетинговый комплекс и его элементы.

20. Лечебный и оздоровительный туризм: современное состояние и особенности.

21. Нетрадиционные методы лечения.

Список использованных источников и литературы

Источники

1. Добро пожаловать в Кабардино-Балкарию! Отдых. Лечение. Туризм. Справочно-информационный сборник. – М.: Пушкинская площадь, 2006.
2. Время отдыхать в России / Энциклопедия. Санаторно-курортный отдых. – 2007.
3. Курортное дело. – 2006. – № 4, 5; 2007. – № 3.
4. Курорты и туризм. – 2006. – № 7, 2007. – № 2, 3.
5. Лермонтов М.Ю. С.А.Раевскому <Тифлис, вторая половина октября – ноябрь, 1837> // Собр. Соч. в 4 т. – М.: Художественная литература, 1976. – Т. 4. – С. 436–437.
6. Лечение минеральной водой на курортах Кавказских Минеральных Вод. Справочное пособие для отдыхающих. – Кисловодск: Кавказская здравница, 2006.
7. Отдых в России. Профессиональный тур-каталог. – 2007. – Вып. 11.
8. Пушкин, А.С. Путешествие в Арзрум во время похода 1829 г.// А.С. Пушкин. – Собр. соч. – М., 1975. Т. 5. – С. 362.
9. Санаторно-курортное дело в Ярославской области. Информационный сборник. – Ярославль: Администрация Ярославской области. – 2000. № 1.
10. Торнау, Ф.Ф. Воспоминания русского офицера / Ф.Ф. Торнау. – М.: Аиро-ХХ, 2000. – С. 200.

Литература

1. Биржаков, М.Б. Введение в туризм / М.Б. Биржаков. – СПб.: Герда, 2000.
2. Ветитнев, А.М. Курортное дело: учеб. пособие / А.М. Ветитнев, Л.Б. Журавлева. – М., 2006. – С. 121.
3. Джанжугазова, Е.А. Маркетинг туристских территорий / Е.А. Джанжугазова. – М.: Академия, 2006.
4. Драчева, Е.Л. Специальные виды туризма. Лечебный туризм: учеб. пособие / Е.Л. Драчева. – М.: Кнорус, 2008.
5. Иванов, Н. На лыжах по Хибинам и Ловозерским тундрам / Н. Иванов // Наука и жизнь. – 1996. – № 3. – С. 34–37.
6. Капланский, В.Е. На лыжах в выходной / В.Е. Капланский. – М.: Физкультура и спорт, 1985.
7. Кисилевич, Т.И. Внутренний контроль в санаторно-курортных организациях / Т.И. Кисилевич. – М.: Финансы и статистика, 2003.
8. Красников, А.А. Велосипед – для здоровья / А.А. Красников. – М.: Физкультура и спорт, 1970.
9. Курорты России и мира: справочник / сост. А.Н. Разумов, Е.А. Турова, В.С. Шинкаренко. – М.: Дирекция Всерос. форумов «Здравница», 2003.
10. Кусков, А.С. Рекреационная география: учеб.-метод. комплекс / А.С. Кусков, В.Л. Голубева, Т.Н. Одинцова. – М.: Флинта, 2005.
11. Кусков, А.С. Курортология и оздоровительный туризм: учеб. пособие / А.С. Кусков, О.В. Лысикова. – Ростов н/Д: Феникс, 2004.
12. Менеджмент туризма: Туризм и отраслевые системы: учебник / под ред. В.А. Квартального. – М.: Финансы и статистика, 2001.
13. Мироненко, И.В. Рекреационная география / И.В. Мироненко, И.Т. Твердохлебов. – М.: Изд-во МГУ, 1981.
14. Мороз и солнце: [О зимнем здоровом отдыхе: сб. / сост. Р.В. Орлов]. – М.: Сов. Россия, 1988.

15. На лыжах – за здоровьем. – Киев: Здоровья. 1987.
16. Организация туризма: учеб. пособие / А.П. Дурович, Н.И. Кабушкин, Т.М. Сергеева. – М.: Новое знание, 2003.
17. Павленко, Н.И. Петр Великий / Н.И. Павленко. – М.: Мысль, 1994.
18. Словарь-справочник: Экология, здоровье, курорты, туризм / В.И. Криворучко, Л.В. Криворучко, А.В. Островерхов, И.П. Лебедева. – М: Медицина, 1997.

Оглавление

Введение.....	3
Глава 1. Основы санаторно-курортного дела.....	5
1.1. Концепция государственной политики развития курортного дела в Российской Федерации	5
1.2. Индустрия здоровья. Реабилитация на курорте	9
1.3. Курорты и их типы. Принципы санаторно-курортного лечения	13
1.4. История развития санаторно-курортного дела в России...	15
<i>Вопросы для самоконтроля.....</i>	<i>20</i>
Глава 2. Рекреационное районирование. Территориально-рекреационные системы	21
2.1. Оценка рекреационных ресурсов	21
2.2. Курортные зоны. Их характеристика	24
2.3. Типы рекреационных зон для санаторно-курортного лечения	29
<i>Вопросы для самоконтроля.....</i>	<i>37</i>
Глава 3. Биоклиматический потенциал курортов	38
3.1. Минеральные источники. Основные типы минеральных вод.....	38
3.2. Лечебные грязи: их действие, основные показания к грязелечению	40
3.3. Бальнеология. Бальнеотерапия	43
3.4. Климатотерапия	45
<i>Вопросы для самоконтроля.....</i>	<i>49</i>
Глава 4. Методы курортного лечения.....	50
4.1. Лечебная физкультура и ее основные формы	50
4.2. Физиотерапевтические процедуры.....	53
4.3. Иные методы лечения.....	55
<i>Вопросы для самоконтроля.....</i>	<i>59</i>
Глава 5. Организация санаторно-курортного питания.....	60
5.1. Основы лечебного питания на курортах.....	60

5.2. Диетотерапия. Диетология	63
<i>Вопросы для самоконтроля</i>	66
Глава 6. Анимационно-досуговая деятельность в санаторно-курортных организациях	67
6.1. Организация досуга	67
6.2. Анимационный сервис.....	71
<i>Вопросы для самоконтроля</i>	75
Глава 7. Менеджмент и маркетинг в санаторно-курортных организациях	76
7.1. Уровни управления курортами, их функции	76
7.2. Концепция маркетинга в управлении санаторно-курортной деятельностью	80
<i>Вопросы для самоконтроля</i>	84
Глава 8. Оздоровительный туризм.....	85
8.1. Структура, цели и задачи оздоровительного туризма	85
8.2. Виды спортивно-оздоровительного туризма.....	88
<i>Вопросы для самоконтроля</i>	96
Словарь основных терминов	97
Темы рефератов по курсу «Курортное дело и оздоровительный туризм»	106
Вопросы для зачета по курсу «Курортное дело и оздоровительный туризм»	107
Список использованных источников и литературы.....	109

Учебное издание

Борисова Алина Владимировна

Курортное дело и оздоровительный туризм

Редактор, корректор М.Э. Левакова
Компьютерная верстка И.Н. Ивановой

Подписано в печать 18.02.2009. Формат 60х84/16.
Бумага тип. Печать офсетная. Усл. печ. 6,74. Уч.-изд. л. 5,0.
Тираж 100 экз. Заказ

Оригинал-макет подготовлен
в редакционно-издательском отделе ЯрГУ

Отпечатано на ризографе.

Ярославский государственный университет.
150000 Ярославль, ул. Советская, 14.

