

Администрация федерального города-курорта Анапа  
Анапская региональная курортная ассоциация  
Филиал ГОУ ВПО «Сочинский государственный университет  
туризма и курортного дела в г. Анапе»



**ПИТЬЕВЫЕ  
МИНЕРАЛЬНЫЕ ВОДЫ  
КУРОРТА АНАПА**

**Информационно-методическое  
письмо**

**Анапа, 2007**

Администрация федерального города-курорта Анапа  
Анапская региональная курортная ассоциация  
Филиал ГОУ ВПО «Сочинский государственный университет  
туризма и курортного дела в г. Анапе»

## ПИТЬЕВЫЕ МИНЕРАЛЬНЫЕ ВОДЫ КУРОРТА АНАПА

Информационно-методическое письмо

Анапа, 2007

Составители:

канд. мед. наук, заслуж. работник  
курортов и туризма Кубани

А.П. Холопов

канд. мед. наук,  
заслуж. врач РФ,  
почётный гражданин г.-к. Анапа

В.Н. Аванесов

канд. мед. наук, доцент филиала  
ГОУ ВПО «Сочинский  
государственный университет туризма  
и курортного дела в г. Анапе»

Г.А. Агафонова

Своеобразие и исключительная ценность курорта Анапа заключается в сочетании первоклассных морских пляжей и целебного климата с весьма разнообразной гидроминеральной и грязевой базой. С 1966 года на курорте начались работы по созданию гидроминеральной базы с целью использования богатейших природных лечебных ресурсов Анапы и переводу санаторно-курортных учреждений на круглогодичную работу (Аванесов В.Н., 1998).

## Глава 1

### МЕСТОРОЖДЕНИЯ И ХАРАКТЕРИСТИКА МИНЕРАЛЬНЫХ ВОД КУРОРТА АНАПА

#### **Семигорское месторождение**

Издавна известен Семигорский йодистый борный источник хлоридно-гидрокарбонатного натриевого типа, средней минерализации ( $10,9 \text{ г/дм}^3$ ), с повышенной концентрацией фтора. Газовый состав воды представлен метаном (83 %) и углекислотой (17 %).

Семигорское месторождение расположено в 25 км восточнее г. Анапы в предгорьях Маркотского хребта. Семигорская минеральная вода по своему составу является уникальной. По ионному составу она близка эссендукам № 17. Однако определяющим качеством эссендуков № 17 является высокое содержание в ней углекислоты, которой в семигорской воде очень мало. Семигорская минеральная вода для внутреннего употребления отпускается в бювете на курорте Анапа и бутилируется под названием «Семигорская № 6».

#### **Раевское месторождение**

К лечебно-столовым минеральным водам относится минеральная вода Раевского месторождения, расположенного в 7 км к юго-западу от Семигорья. Минеральная вода под названием «Семигорская № 1» разливается в бутылки. Эта вода, также как и семигорская № 6, характеризуется высоким газосодержанием, газифицирующая смесь газов метана, азота и углекислоты. Вода малой минерализации ( $4-5 \text{ г/дм}^3$ ), хлоридно-гидрокарбонатная натриевая йодная, слабощелочная, холодная ( $12^\circ\text{C}$ ). Принципиальное отличие воды Раевского месторождения от Семигорского – сравнительно низкая общая минерализация и небольшое содержание борной кислоты.

#### **Анапское месторождение**

В 1975 году в центре города были разведаны новые минеральные воды с глубины до 350 м, получившие название Анапское месторождение минеральных вод. Они выведены на поверхность вблизи Малой бухты, где построен питьевой бювет. Суточный дебит из скважины у бювета

около 40 м<sup>3</sup>, температура 14-16 °С. Другое месторождение находится в парке имени 30-летия Победы, рядом со стадионом. Анапские минеральные воды являются гидрокарбонатно-хлоридно-сульфатными, с минерализацией 2-3 г/дм<sup>3</sup>. Из-за присутствия сульфатных солей анапские минеральные воды обладают хорошей эффективностью у больных с воспалительными процессами желудочно-кишечного тракта и желчевыводящей системы, по своему действию они сходны с феодосийскими, миргородскими, угличскими.

### **Джеметинское месторождение**

На территории санатория «Родник» скважиной № 5-Э выведена минеральная вода джеметинская, которая, по заключению лаборатории физикохимии минеральных вод и лечебных грязей Пятигорского Государственного НИИ курортологии, относится к водам слабосульфидным, маломинерализованным сульфатно-гидрокарбонатно-хлоридного магниево-натриевого состава. В соответствии с современной классификацией (Иванов В.В., 1982) исследуемая вода является лечебной и может быть рекомендована к использованию в лечебно-питьевых целях согласно медицинским показаниям и для бальнеолечения (наружное применение) в виде ванн, бассейнов, орошений при соответствующей температуре.

По макроионному составу и минерализации данная вода приближается к лечебно-столовым водам Луганского типа (группа XX: минерализация 1,0-2,0 г/дм<sup>3</sup>; основные ионы, мг-экв% - SO<sub>4</sub><sup>2-</sup> 30-40, HCO<sub>3</sub><sup>-</sup> 30-40, Cl<sup>-</sup> 20-40, (Na+K)<sup>+</sup> 20-30, Ca<sup>2+</sup> 40-55, Mg<sup>2+</sup> 20-30, дополнительно характеризуясь превышением ионов магния над ионами кальция и отличаясь от них наличием сероводорода.

### **Бимлюкское месторождение**

В районе южной части Бимлюка на Пионерском проспекте с глубины 100 м выведена минеральная вода, содержащая до 50 мг/л закисного двухвалентного железа (которое вскоре после извлечения на поверхность выпадает в осадок), а также повышенное содержание брома - более 30 мг/л. Это азотная, средней минерализации, бромная, хлоридная, магниево-кальциево-натриевая вода, пригодная как для бальнеолечения, так и для внутреннего применения.

### **Цыбанобальское месторождение**

В районе Цыбановой балки открыты воды с высоким газосодержанием, метановые и азотно-метановые, высокой минерализации и рассольные хлоридно-натриевого состава, бромные йодные, нейтральной реакции, холодные. Содержание брома в воде отдельных скважин достигает 0,27 г/дм<sup>3</sup>, а йода - 0,045 г/дм<sup>3</sup>. Минерализация воды в пределах 30-75 г/дм<sup>3</sup> (Табл. П-5). Анапские рассолы близки по составу водам известных курортов Нижне-Ивкино, Усть-Качка, Монино, Дорохово.



Глава 2  
**МЕТОДИКИ ВНУТРЕННЕГО ПРИМЕНЕНИЯ  
МИНЕРАЛЬНЫХ ВОД**

Показания для внутреннего приёма минеральной воды

Хронический гастрит с повышенной секреторной функцией желудка.

Хронический гастрит с нормальной секреторной функцией желудка.

Хронический гастрит с пониженной секреторной функцией желудка.

Неосложнённая язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, болезни оперированного желудка по поводу язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь.

Хронические колиты и энтероколиты.

Хронические заболевания печени и желчевыводящих путей: гепатиты, холециститы, ангиохолиты различной этиологии без склонности к частым обострениям, холецистит калькулёзный, за исключением форм, осложнённых инфекциями и частыми обострениями, а также требующих оперативного вмешательства.

Постхолецистэктомический синдром.

Хронические панкреатиты.

Болезни обмена веществ: сахарный диабет, ожирение, подагра, мочекислый диатез, оксалурия, фосфатурия.

Хронические заболевания мочевыводящих путей.

Примечание. При вышеуказанных заболеваниях вода применяется только вне фазы обострения.

Общие правила внутреннего приёма минеральной воды

Принятая внутрь минеральная вода оказывает общее действие на организм через слизистую оболочку желудочно-кишечного тракта, где расположены многочисленные нервные окончания. Общезорбтивное действие минеральной воды обусловлено всасыванием основных химических компонентов через слизистую оболочку кишечника и поступлением их в кровеносное русло. Особое место занимает секреторная функция желудка.

При гиперацидном состоянии в начале приёма минеральной воды секреция повышается, а затем нормализуется.

Изменяется и моторная функция желудка, кишечника и желчного пузыря – после торможения наступает стимуляция нервно-двигательного аппарата. Под влиянием минеральной воды усиливается желчевыделение, что объясняется улучшением функций печени. При этом также отмечена фазность действия минеральных вод (временное угнетение

секреции сменяется усилением её), наряду с этим уменьшается количество холестерина и билирубина в крови. Установлено положительное влияние семигорской и анапской минеральных вод на кислотно-щелочное равновесие, белковообразовательную и антитоксическую функции печени, тесно связанные с функциональным состоянием пищеварительной системы (желудка, кишечника, поджелудочной железы). Известно также нормализующее действие на эндокринный аппарат и ферментные системы, что способствует восстановлению нарушенного обмена в организме.

Для внутреннего приёма назначаются сульфидные воды с малой концентрацией сероводорода (10-50 мг/дм<sup>3</sup>). Лечебное действие воды, принятой внутрь сказывается посредством влияния на слизистую оболочку пищеварительного тракта (усиливается секреция и моторная функция), а также на нормализацию обмена веществ. Благодаря этому сульфидные воды оказывают полезное действие при заболеваниях желудка, кишечника и при различных интоксикациях тяжёлыми металлами, способствуя выведению их из организма (Холопов А.П. и соавт., 2002).

При гастродуоденальной патологии наиболее эффективным является питье тёплых минеральных вод непосредственно из источника (убюета). У больных язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки с целью снижения ацидо-пептической активности назначают минеральные воды малой (анапская) и средней (семигорская № 6) минерализации в тёплом виде (Т 38-40 °С) за 1,5 ч до приёма пищи. За этот период вода проникает в 12-перстную кишку и оказывает «дуоденальный» (тормозящий) эффект. Это относится к больным, не имеющим выраженных моторных нарушений желудка (Шашель В.А. и соавт., 1997).

Минеральная вода назначается обычно в количестве 150-200 мл 3 раза в день в течение 24-30 дней. В процессе проведения курса питьевого лечения минеральными водами в ряде случаев может наблюдаться так называемая бальнеологическая реакция – усиление болей и диспепсических явлений, вздутия живота и т.д.

В этих случаях целесообразно уменьшить дозу минеральной воды до 100 или 70 мл, сократить приём её до 1-2 раз в день, либо сделать перерыв в приёме воды и возобновить его после стихания клинических проявлений.

Больным с нарушением моторно-эвакуаторной функции желудка (стеноз привратника II-III степени) приём минеральных вод не показан. При нерезко выраженных нарушениях моторики, обусловленных кратковременным пилороспазмом или отёком слизистой пилородуоденальной зоны, минеральную воду назначают в небольших количествах по 100 или 70 мл 2-3 раза в день.

Больным с язвенной болезнью с локализацией в желудке, особенно лицам среднего и пожилого возраста, с нормальной или сниженной секреторной функцией желудка, рекомендуется назначать минеральную воду за 20-30 мин. до приёма пищи.

Методика внутреннего приёма минеральной воды у больных хроническим гастритом с секреторной недостаточностью определяется в зависимости от особенностей клинического течения заболевания, наличия сопутствующих заболеваний системы пищеварения. Для лечения показаны минеральные воды семигорская №1 и анапская. Пить минеральную воду рекомендуется у питьевого бювета, небольшими глотками по 200 мл на приём, медленно проглатываясь. Приём минеральной воды комнатной температуры за 20-30 мин до еды, 3 раза в день.

При склонности к поносам применяется щадящая методика питьевого лечения. Утренний приём минеральной воды пропускается, воду следует пить перед обедом и ужином в тёплом виде (Т 37 °С), вначале лечения по 100 мл, постепенно увеличивая дозу до 200 мл на приём.

Таблица 2.1  
Приём минеральных вод при различных заболеваниях

Нозологические формы	Тип минеральной воды	Время приёма минеральной воды	Т воды, град.С
Хр.гастрит, ЯБ с повышенной секрецией	гидрокарб. и сульфатные, М 5-19: славяновская, смирновская, эссенуки №4	за 1-1,5 ч до еды, пить быстро, большими глотками	38-45
Хр.гастрит, ЯБ с нормальной секрецией	- « -	за 45-60 мин до еды, пить медленно, небольшими глотками	28-30
Хр.гастрит с секреторной недостаточностью	гидрокарбонат. хлоридно-натриевые, М 8-12: эссенуки	за 20 мин до еды, пить медленно, небольшими глотками	18-25
Хр.энтерит, колит, дискинезия: -спазмы, поносы	гидрокарбонат. и сульфатные, М 2-8	за 35-60 мин до еды, пить медленно, небольшими глотками	40-45
-атония	гидрокарб., хлоридно-натриевые, М 6-20	за 1,5 ч до еды, пить быстро, большими глотками	18-24
Б-ни печени, желчных путей, панкреатит	гидрокарб. и сульфатные: боржоми, эссенуки, славяновская, смирновская	пить в зависим. от секреции желудка	35-40

## Глава 3

### ЛЕЧЕНИЕ МИНЕРАЛЬНОЙ ВОДОЙ НЕКОТОРЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

#### 3.1. Болезни органов пищеварения – К20-К31

В соответствии с приказами МЗ и СР РФ №№ 277 и 278 от 23.11.2004 г. «Об утверждении стандарта санаторно-курортной помощи больным



с болезнями пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки, кишечника, печени, желчного пузыря и поджелудочной железы» в комплексное лечение входит курсовое внутреннее применение минеральной воды. Комплексы восстановительного лечения хронических заболеваний органов пищеварения в санаторно-курортных условиях приводятся по разработанным нами методикам, указанным в монографии «Восстановительное лечение хронических заболеваний органов пищеварения» (Шашель В.А. и соавт., 2003).

### **3.1.1. Язвенная болезнь—K25-K26**

Питьевые минеральные воды оказывают действие на слизистые оболочки ротовой полости, желудка и кишечника, вызывают повышение или снижение кислотности желудочного сока в зависимости от методики её приема.

Бутылочную минеральную воду следует освободить от излишнего углекислого газа, для чего бутылку открывают за 10-15 минут до приема воды.

Принятая внутрь минеральная вода (семигорская, анапская) оказывает двухфазное действие: 1-я фаза – торможение секреции желудочных желез – характеризуется снижением сокращений желудка и секреции желудочного сока. Длительность её действия сохраняется примерно в течение часа. Затем наступает 2-я фаза – возбуждение – увеличение движения желудка и усиление его секреции. Установлено также благоприятное действие на функцию печени и кишечника: улучшается желчеотделение, исчезают запоры. P.Couturier (1983) терапевтический эффект связывает со способом применения минеральной воды. Ионы минеральной воды быстрее и активнее абсорбируются из ротовой полости. В связи с этим наряду с питьем минеральной воды рекомендуется орошение полости рта.

У больных с острым воспалительным процессом в желудочно-кишечном тракте приём минеральных вод не показан. При язвенной болезни в конце обострения уже можно проводить курс лечения минеральной водой. При возникновении болей в желудке необходимо ослабить её моторику, снять спазмы в 12-перстной кишке – минеральную воду рекомендовано принимать через час после еды (семигорская № 6, эссендуки № 17) в подогретом виде. При таком способе питья минеральной воды резко тормозится желудочная секреция, снижается кислотность и образование ферментов, увеличивается выделение мочи.

При язвенной болезни с повышенной кислотностью показаны минеральные воды малой и средней минерализации, слабоуглекислые, содержащие гидрокарбонатные и сульфатные ионы: семигорская № 1, анапская, славяновская, смирновская, эссендуки № 4 и эссендуки № 20, боржоми, джермук, краинка. Приём минеральной воды проводится за 1-1,5 часа до еды по 100 мл, а при хорошей переносимости – по 200 мл 3 раза в день. Чтобы уменьшить время соприкосновения минеральной

воды со слизистой полости рта и избежать её пилорического действия, больные должны её пить быстро, большими глотками.

Курс лечения – 3-4 недели. Если у больного имеются боли в области желудка или печени, сопровождающиеся обильной желудочной секрецией, минеральную воду перед употреблением подогревают до 41-50 °С. Приём термальной воды способствует снятию спазмов желудка и 12-перстной кишки, опорожнению желчного пузыря и хорошему оттоку желчи.

Наибольшим ощелачивающим действием обладают минеральные воды семигорская № 6, эссендуки № 17, далее по эффективности следуют эссендуки № 4 и эссендуки № 20. Большим со стойкой ремиссией заболевания целесообразно проводить приём маломинерализованных минеральных вод (анапская, эссендуки № 4, арзни, боржоми, славяновская, смировская, дарасун, джермук) или воды с более высокой минерализацией (семигорская № 6, эссендуки № 17, миргородская), но в разведенном виде, по 150-200 мл, подогретой до 37-40°С, за 30-50 минут до еды. Курс лечения составляет 3-4 недели.

### **3.1.2. Хронический гастрит – K29**

Больным хроническим гастритом с пониженной кислотностью или ахилией показаны минеральные воды средней минерализации, углекисло-солянощелочные: семигорская № 6, эссендуки № 17, березанская, арзни, миргородская, друскининкай. Минеральную воду пьют в подогретом виде по 200 мл за обедом, курс лечения 2-3 недели. Для получения максимального сокогонного эффекта минеральную воду рекомендуется пить медленно, небольшими глотками, чтобы обеспечить длительное соприкосновение воды со слизистой полости рта и длительное орошение слизистой желудка с замедленной эвакуацией из желудка выпитой воды (Полторанов В.В., 1979). Для ускорения соприкосновения с пищей прием минеральной воды назначают незадолго до еды (за 15-20 мин) или даже непосредственно перед приемом пищи. С целью усиления мочегонного эффекта и освобождения организма от шлаков, можно употреблять минеральную воду в повышенном количестве, до 0,7-1,0 л в день, распределяя на несколько приёмов (по назначению врача). При атонии кишечника и запорах пьют холодную минеральную воду (до 20 °С). При сопутствующих хронических воспалительных заболеваниях в кишечнике, сопровождающихся спазмами и поносами, лучше принимать подогретую минеральную воду.

При болезни желудка с пониженной кислотностью желудочного сока минеральную воду принимают за 30 минут до еды или во время еды, при повышенной кислотности – за 1-1,5 часа до еды, при нормальной кислотности желудочного сока, болезнях печени и поджелудочной железы – за 40-60 минут до еды. Приём холодной воды (до 20 °С) усиливает моторику желудка, стимулирует секрецию желудочного сока, способствует устранению запоров.

Тёплая вода (42-44 °С) обладает обезболивающим и желчегонным действиями, способствует удалению слизи, стиханию воспалительных процессов в желудочно-кишечном тракте. С целью стимуляции желудочного сока у больных с пониженной кислотностью можно продлить действие минеральной воды на слизистую желудка: воду рекомендуется пить медленно, небольшими глотками с перерывами, как бы смакуя. Большим язвенной болезнью для уменьшения раздражающего действия минеральную воду следует пить быстро, большими глотками, «залпом».

### 3.1.3. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь – К21.9

Распространённость симптомов гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) среди взрослого населения, по данным Объединённой европейской гастроэнтерологической федерации, составляет от 10 до 38 %.

Манифестные симптомы ГЭРБ, такие как изжога, срыгивание, болезненность при прохождении пищи по пищеводу, снижают работоспособность, ухудшают качество жизни.

С учётом тенденции к росту ГЭРБ в последние годы проблема её лечения является весьма актуальной. План комплексного лечения ГЭРБ предусматривает следующие принципы:

- купирование изжоги;
- лечение рефлюкс-эзофагита;
- предотвращение рецидивов болезни и её осложнений.

Комплекс лечения Г.А. Агафонова и М.А. Баркова (2007) назначали в соответствии с алгоритмом лечения ГЭРБ по В.Т. Ивашкину (Ивашкин В.Т. и Трухманов А.С., 2003 г.). При наличии изжоги без эзофагита включали мотилиум в сочетании с гелиевыми антацидами. При рефлюкс-эзофагите I-II стадии и наличии эрозий отмечен хороший эффект при назначении H<sub>2</sub>-блокаторов (ранитидин, фамотидин и другие аналоги) или ингибиторов протонной помпы (ИПП) париетальных клеток, являющихся лидерами в борьбе с кислотной агрессией: омепразол, лансопразол, эзомепразол, париет. Париет в настоящее время является «золотым» стандартом, так как в отличие от других ИПП, его стойкое антисекреторное действие наступает уже с первых дней приёма и сохраняется дольше.

В период клинической ремиссии продолжали курс лечения по индивидуальным программам в рамках поддерживающей пролонгированной фармакокоррекции (по требованию), приёма внутрь минеральных вод семигорская № 6 и № 1 в температурном режиме 37°С по 200 мл мелкими глотками, до еды, на курс до 30 дней. Физиотерапевтическое лечение проводили в виде тепловых процедур на эпигастральную область, бальнеолечение – по показаниям. Таким образом, проведение комплексного лечения, включающего сочетание фармакокоррекции в период рецидива и восстановительного лечения в период ремиссии, обуславливает достижение более стойкой клинико-эндоскопической ремиссии, способствует более длительному исчезновению симптомов заболевания, улучшает качество жизни.

### **3.1.4. Дискинезии желчевыводящих путей – К83**

Приём анапской минеральной воды в тёплом виде по 200 мл 3 раза в день, в зависимости от секреции желудка.

При внутреннем приёме йодсодержащей воды Ю.Н.Королев с соавт.(1991,1995) выявили усиление биосинтетических процессов в гепатоцитах и повышение антитоксической функции печени. Причём лечебный эффект йодсодержащих вод связан с действием самого йода. При дискинезиях желчевыводящих путей применяют минеральную воду анапская в тёплом режиме, время приёма и количество воды регламентируют в зависимости от формы дискинезии, сочетая приём воды внутрь с дуоденальным тюбажом (Агафонова Г.А. и соавт.,1985; Агафонова Г.А.,1992, 1995).

В результате лечения у больных дискинезиями желчевыводящих путей значительно сокращается время раскрытия сфинктера Одди, увеличивается скорость выделения желчи порции А, уменьшается объём пузырной желчи и сокращается время её выделения. В порциях В и С повышается уровень билирубина.

При курсовом 3-недельном употреблении внутрь минеральная вода предотвращает снижение пластических процессов в печени, активирует антитоксическую функцию гепатоцитов. При этом выявляется фазность биоэнергетических процессов в печени с преобладанием их активации в период последствия – через 12 суток после окончания курса процедур.

В этот период снижается окислительный метаболизм митохондрий и уменьшается уровень перекисного окисления липидов (Никулина Л.А.,1992).

### **3.1.5. Хронический холецистит**

При хроническом холецистите рекомендуются щелочные минеральные воды (анапская, эссентуки № 17, боржоми) в тёплом виде по 200 мл за 30-40 минут до приема пищи, курс лечения – 3-4 недели. Эффективны также хлоридно-натриевые минеральные воды – миргородская, спалис. Минеральную воду назначают по 180-200 мл 3 раза в день перед едой.

В результате проводимого лечения у больных улучшается общее состояние, исчезают диспептические явления и болевые ощущения в правом подреберье. Курсовое лечение минеральной водой приводит к нормализации размеров печени и улучшению функции желчного пузыря: нормализация тонуса сфинктера Одди, уменьшение объема пузырной желчи и времени пузырного рефлекса. У больных значительно улучшаются показатели липидного обмена, что проявляется снижением содержания бета-липопротеинов в крови и увеличением выделения холатов печенью.

### **3.1.6. Хронический гепатит – К73**

Возникновение хронического гепатита может быть связано с ви-

русным гепатитом, с токсико-аллергическими факторами (алкоголизм, гепатотропные яды и медикаменты), с хроническими заболеваниями желудочно-кишечного тракта и воспалением желчных путей. По классификации De Grotte (1968) выделяют агрессивный и персистирующий гепатиты. При агрессивном (активном) гепатите отмечается выраженное прогрессирование деструктивного и фибропластического процессов в печени. Персистирующий гепатит протекает доброкачественно, без поражения печеночной паренхимы и резкого нарушения функции печени.

Применяют щелочные минеральные воды – анапская, эссенуки, боржом. Для внутреннего приёма показаны слабосульфидные минеральные воды.

У больных хроническим гепатитом, холециститом, дискинезией желчевыводящих путей большой популярностью пользуются минеральные воды анапская, джеметинская, а также нафтуса, эссенуки № 4 и № 17, боржом, арзни, славяновская, смирновская, баталинская. Эти воды обладают желчегонными свойствами и действуют как послабляющее средство. Для более эффективного действия минеральные воды пьют подогретыми до 45-50 °С.

Горячая минеральная вода, особенно содержащая сернокислые соли, оказывает нежное тонизирующее действие на желчевыводящие пути, усиливает желчеобразование и желчеотделение – принимают по 200 мл воды 3 раза в день до еды в зависимости от характера секреторной функции желудка. При хроническом гепатите эффективное действие оказывают воды гидрокарбонатно-хлоридно-натриевые и гидрокарбонатно-сульфатно-натриевые по 200 мл 3 раза в день перед едой, температура воды 35-55 °С.

### **3.1.7. Жировой гепатоз – K70.1**

Жировой гепатоз – заболевание, характеризующееся хроническим повышением накопления жира в гепатоцитах. Среди токсических факторов, приводящих к развитию жирового гепатоза, основным является алкоголь. Печень способна метаболизировать до 160 г спирта в сутки. Однако практически суточная доза алкоголя значительно ниже критического уровня, что связано с наличием фоновых заболеваний, состоянием питания человека и другими факторами. У женщин и детей отмечается очень высокая степень предрасположенности к алкогольной жировой печени.

Метаболизм этанола осуществляется в печени путем окисления тремя энзимными системами: алкогольдегидрогеназы, микросомальной этанолоксилирующей системой и системой каталазы до ацетил-КОА, который вступает в цикл Кребса, где завершается его окисление до углекислого газа и воды. Прием больших доз алкоголя ведет к нарушению окисления в микросомальной этанолоксилирующей системе и избыточному образованию свободных радикалов, активирующих процессы перекисления липидов мембран гепатоцитов, что приводит к нарушению их



целостности и снижению в крови сульфгидрильных соединений типа глутатиона, играющих защитную роль в мембранах печеночных клеток.

У больных жировым гепатозом клиническими проявлениями заболевания являются слабость, пониженная работоспособность, боли или чувство полноты в правом подреберье, диспепсические явления, увеличенная печень, метеоризм. Периодически наблюдается желтуха. Воздержание от алкогольных напитков в течение от 1 до 12 недель приводит к обратному развитию патологического процесса даже при наличии дистрофических изменений в гепатоцитах.

Исходя из механизма токсического действия этанола, Ю.С. Осипов с соавт.(1996) обосновали применение сульфидных вод, обладающих мембраностабилизирующим действием.

Сероводород, будучи энергичным восстановителем, вступает в клетках организма в окислительно-восстановительные реакции, вследствие чего повышается содержание свободных сульфгидрильных групп, а также соединений типа глутатиона. В исследованиях И.Г. Шеметило и М.Г. Воробьева (1982) показано, что под действием сероводорода усиливаются процессы обмена (белкового, углеводного, жирового, водно-солевого), улучшается соотношение нуклеиновых кислот (ДНК и РНК), нарушенное при течении воспалительных и дистрофических процессов.

Нам удалось значительно повысить эффективность реабилитации больных, сочетая тонкослойную грязевую аппликацию на область печени с одновременным приёмом внутрь слабосульфидных вод. Больные минеральную воду принимают в положении на правом боку медленными глотками в течение 30-40 минут (в период проведения грязевой аппликации). Минеральная вода подогревается до температуры 37-38 °С, её количество на прием составляет 300-400 мл.

### **3.1.8. Хронический панкреатит – К86**

При болевом панкреатите в связи с нарушением диеты возникают боли, локализующиеся в левом подреберье. При этом определяются признаки внешнесекреторной недостаточности – исхудание, понос. Одним из эффективных методов является питьевое лечение, которое проводится в фазе ремиссии или нестойкой ремиссии.

Назначают воды средней и малой минерализации – хлоридно-гидрокарбонатно-натриевые (анапская, березовская), йодобромные воды малой минерализации. Приём минеральной воды проводится с учётом секреторной функции желудка.

### **3.1.9. Хронический энтероколит – К51.0**

Хронический энтероколит – полиэтиологическое заболевание, протекающее с изменением полостного и мембранного пищеварения и нарушением резорбции пищевых веществ. Тяжелые метаболические расстройства, возникающие при длительном течении энтероколита, снижение защитных иммунологических реакций у этих больных, полигиповита-

миноз, ферментативная недостаточность значительно нарушают физическое развитие и состояние больных.

При хронических энтеритах и энтероколитах, сопровождающихся поносом, применяют подогретые до 40-45 °С воды малой минерализации (анапская, славяновская, смирновская) в уменьшенной дозе – по 100-150 мл на приём, 1-2 раза в день.

При слабой моторной деятельности кишечника, склонности к запорам, выраженный положительный эффект наступает при приёме минеральной воды температурой до 20 °С в дозе 200 мл на приём.

### **3.1.10. Хронический колит – К55.1**

При хроническом колите больных беспокоят ноющие, тянущие боли в животе, урчание. Стул частый, скудный, тенезмы, в кале много жира и непереваренных кусочков пищи, слизи.

При хронических колитах действие минеральных вод определяется газовым и ионным составом. Углекислота стимулирует перистальтическую функцию желудка и тем самым ускоряет переход пищи в кишечник. Гидрокарбонатные воды способствуют разжижению слизи и её удалению с поверхности слизистой оболочки кишечника. Противовоспалительное действие гидрокарбонатного иона усиливается при наличии в водах ионов кальция. Сульфатные ионы замедляют всасывание жидкости в кишечнике и ускоряют его перистальтику, поэтому они вызывают разжижение каловых масс и способствуют более полному опорожнению кишечника. Этот эффект усиливается при преобладании катионов натрия и магния: сульфатно-натриевые (глауберовы) и сульфатно-магниевые (горькие) минеральные воды действуют как солевое слабительное. Аналогичное влияние оказывают и хлоридно-натриевые воды средней и высокой минерализации. Горячие и теплые воды расслабляют гладкую мускулатуру кишечника, оказывают противовоспалительное влияние. Холодные воды, наоборот, повышают тонус и усиливают перистальтическую деятельность кишечника.

### **3.1.11. Запоры – К.59.0**

Запор – хроническая задержка стула свыше 2 суток или ежедневное, но недостаточное опорожнение кишечника. Впрочем, индивидуальной нормой у некоторых людей считается периодичность стула от 2 раз в сутки до 3 раз в неделю. Причиной запора может быть многократное подавление позывов к дефекации, погрешности в питании, малоподвижный образ жизни, а также заболевания желудочно-кишечного тракта (язвенная болезнь, хронический спастический колит). Наличие запора является основанием для обращения к врачу для установления причины заболевания и назначения лечения.

При спастическом запоре назначают минеральные воды – семигорская № 6, эссендуки № 4 по 200-300 мл в подогретом виде 2-3 раза в день натощак за 1-1,5 часа до еды.

При атоническом запоре минеральную воду применяют в тех же дозах, но в холодном виде. Дишезические (проктогенные) запоры лечат промываниями кишечника или субкавальных ваннами с минеральной водой через день, на курс 6-8 процедур.

## **3.2. Заболевания обмена веществ**

### **3.2.1. Сахарный диабет – E10-E11**

Сахарный диабет принято делить на два основных типа: первый - инсулинзависимый (I) и второй – инсулиннезависимый (II), или диабет взрослых.

Инсулинзависимый диабет обычно развивается в молодом возрасте (его раньше так и называли – юношеский). Это аутоиммунное заболевание, в основе которого лежит дефект иммунной системы, когда сам организм вырабатывает специфические антитела, разрушающие эндокринный аппарат поджелудочной железы. Нередко «запускают» аутоиммунный процесс вирусы эпидемического паротита, краснухи, гепатита. Эти вирусы, вторгаясь в островки Лангерганса, нарушают нормальную жизнь всех клеток, в В-клетках нарушается продукция инсулина. Инсулинзависимый диабет развивается на наследственной основе. Кровные родственники являются носителями диабетического гена, а сахарный диабет у них может быть скрытый.

Инсулиннезависимый диабет (тип II) развивается в среднем возрасте (диабет взрослых), и его причины принципиально отличаются от I типа.

В данном случае В-клетки вырабатывают достаточно инсулина, но ткани организма утрачивают свойство воспринимать его специфический сигнал. У людей тучных невосприимчивость клеток различных органов происходит потому, что жировая ткань блокирует действие инсулина: он не может прорваться через «стену» жира к рецепторам клеток. Чтобы прорвать «блокаду», В-клетки начинают вырабатывать больше инсулина, количество его в крови растет, но целей не достигает. В итоге В-клетки истощаются и теряют способность продуцировать столько инсулина, сколько нужно организму в каждом конкретном случае.

У больных сахарным диабетом углекислые воды, содержащие ионы гидрокарбоната, сульфата натрия – семигорская, а также боржом, авадхара, эссентуки, арзни, саирме, краинка, джермук, стимулируют секрецию инсулина в организме, повышают активность фермента гексокиназы и тем самым улучшают транспорт сахара в ткани и гликогенообразование в печени. Минеральную воду принимают в тёплом виде по 200 мл до еды, в зависимости от секреции желудочного сока. Курс лечения – 3-4 недели.

### 3.2.2. Диффузное увеличение щитовидной железы – E01-E04

Тиреотоксикоз (гипертиреоз, диффузный токсический зоб, базедова болезнь) – заболевание, характеризующееся стойким патологическим повышением продукции тиреоидных гормонов увеличенной щитовидной железой с последующим нарушением функционального состояния в первую очередь сердечно-сосудистой и центральной нервной систем. Необходимым фактором в развитии заболевания является несостоятельность в функционировании иммунной системы с изменением соотношения лимфоцитарных клеток CD<sub>8</sub> (устраняющих из организма чужеродные агенты) с CD<sub>4</sub>. Большое значение в развитии заболевания имеет недостаток йода в пище.

Больным назначается диета, включающая морскую капусту, богатую йодом. Рекомендуется регулярное пребывание на морском воздухе, приём морских ванн, употребление свежей рыбы, пойманной в бурых водорослях. Для профилактики эндемического зоба в питание необходимо включать как можно больше продуктов, содержащих йод: морские водоросли, морскую капусту (ламинарию), морскую рыбу.

Приём минеральной воды семигорская № 6 назначают по 200 мл 3 раза в день, не подогретую, до еды в зависимости от кислотности желудочного сока. Курс лечения – 3-4 недели.

### 3.2.3. Подагра – M10

Подагра обусловлена нарушением пуринового обмена, что проявляется повышением уровня мочевой кислоты в крови и отложением кристаллов уратов в суставах с нарушением их функции. Развитию заболевания способствуют обильная, богатая пуринами мясная и жирная пища, злоупотребления приёмов виноградного вина и пива.

Подагрой болеют в основном мужчины. Кристаллы мочевой кислоты вначале оседают в суставах большого пальца стопы, что сопровождается острыми приступами боли. Этот симптом и послужил основанием для названия болезни (греч. рпэт – нога + Ыгсб - добыча, жертва, т.е. «нога в капкане»). При подагрической атаке острейшие боли в суставах возникают обычно ночью, под утро, длятся от нескольких часов до двух суток, в этот период больной может быть прикован к постели. Поражённые суставы опухают, становятся горячими на ощупь, тугоподвижными и резко болезненными. Кожа над суставами часто краснеет. Через 5-10 лет после начала подагрических атак в суставах и мягких тканях – под кожей ушных раковин, в области локтевых суставов, стоп, кистей – формируются отложения уратов (тофусы). Подагрические узелки имеют размеры от 1-2 до 20-30 мм, они плотны, безболезненны. Ураты откладываются также в почках, вызывая мочекаменную болезнь и развитие гипертонии.

Минеральная вода анапская и джеметинская назначаются по 200 мл 3 раза в день в подогретом виде, до еды в зависимости от секреции желудка. Курс лечения – 3-4 недели.

## ЛИТЕРАТУРА

Аванесов В.Н. Курорт Анапа.- Краснодар, «Сев.Кавказ», 1998.- 200 с.

Агафонова Г.А., Холопов А.П., Юсупов М.Ю., Гринченко Е.П. Комплексные методы применения местных минеральных вод и бальнеологических факторов курорта Анапа у больных с гастродуоденальной патологией /Инф. письмо.- Анапа,1985.- 29 с.

Агафонова Г.А. Питьевые минеральные воды Анапы и перспективы их использования /Курорт Анапа - актуальные проблемы развития: Матер. науч.-курорт. совета.- Анапа, 1992.- С.103-105.

Агафонова Г.А. Методы применения минеральных вод курорта Анапа у больных с гастродуоденальной патологией /Адаптация организма при стрессовых ситуациях: Тез. докл. III Междунар. симпози. врачей.- Геленджик.- Анапа,1995.- С.239-240.

Агафонова Г.А., Баркова М.А. Комплексное лечение гастроэзофагеальной рефлюксной болезни на курорте /Современное состояние и перспективы санаторно-курортного лечения и реабилитации в здравницах детского и семейного отдыха Российской Федерации: Матер. V науч.-практ. конф. врачей.- Анапа, 2007.- С.84.

Иванов В.В. Основные критерии оценки химического состава минеральных вод.- М.,1982.

Ивашкин В.Т. и Трухманов А.С. Программное лечение гастроэзофагеальной рефлюксной болезни в повседневной практике врача /Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии.- 2003, т.13, № 6.- С.18-26.

Королев Ю.Н., Никулина Л.А., Коровкина Е.Г. и соавт. Морфофункциональные сдвиги в щитовидной железе и печени и изменение уровня тиреоидных гормонов в крови при внутреннем применении йодсодержащих вод /Вопр. курортол.- 1991, № 5.- С.9-13.

Королев Ю.Н., Никулина Л.А., Панова Л.Н. и соавт. Пострадиационные восстановительные процессы в организме при внутреннем применении йодсодержащих вод /Вопр. курортол.- 1995, № 5.- С.6-8.

Никулина Л.А. Морфофункциональный анализ состояния печени и щитовидной железы при внутреннем применении йодсодержащих вод /Автореф. дисс. ... канд.биол.наук.- М.,1992.

Осипов Ю.С., Симонова Т.М., Потешкина Е.Л. Реабилитация больных алкогольными поражениями печени физическими факторами /Эффективность санаторно-курортной профилактики, лечения и реабилитации больных в системе охраны здоровья населения: Матер. Российской науч.-практ. конф.- Пятигорск,1996.- С.250-251.



Полторанов В.В. Современные проблемы и некоторые задачи по повышению эффективности санаторно-курортного лечения /Матер. к VIII Всесоюз. съезду физиотерапевтов и курортологов.- Сочи, 1983.- С.6-10.

Холопов А.П., Шашель В.А., Настенко В.П., Перов Ю.М. Сульфидная бальнеотерапия.- Краснодар, Периодика Кубани, 2002.- 150 с.

Шашель В.А., Холопов А.П., Агафонова Г.А., Талапов И.В., Караулов А.О. Санаторно-курортный этап реабилитации больных с заболеваниями органов пищеварения /Метод.реком. - Краснодар,1997.- 71 с.

Шашель В.А., Холопов А.П., Талапов И.В., Настенко В.П., Агафонова Г.А. Восстановительное лечение хронических заболеваний органов пищеварения.- Краснодар, Периодика Кубани, 2003.- 360 с.

Couturier P. Foudements et exigence de la crenotherapie /Presse therm.-1983, № 3.- P.157-161.

## ОГЛАВЛЕНИЕ

Глава 1. МЕСТОРОЖДЕНИЯ И ХАРАКТЕРИСТИКА МИНЕРАЛЬНЫХ ВОД КУОРТА АНАПА . . . . .	3
Глава 2. МЕТОДИКИ ПРИМЕНЕНИЯ МИНЕРАЛЬНЫХ ВОД . . . . .	5
Глава 3. ЛЕЧЕНИЕ МИНЕРАЛЬНОЙ ВОДОЙ НЕКОТОРЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ. . . . .	7
3.1. Болезни органов пищеварения . . . . .	7
3.1.1. Язвенная болезнь . . . . .	8
3.1.2. Хронический гастрит . . . . .	9
3.1.3. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь . . . . .	10
3.1.4. Дискинезии желчевыводящих путей . . . . .	11
3.1.5. Хронический холецистит . . . . .	11
3.1.6. Хронический гепатит . . . . .	11
3.1.7. Жировой гепатоз . . . . .	12
3.1.8. Хронический панкреатит . . . . .	13
3.1.9. Хронический энтероколит . . . . .	13
3.1.10. Хронический колит . . . . .	14
3.1.11. Запоры . . . . .	14
3.2. Заболевания обмена веществ . . . . .	15
3.2.1. Сахарный диабет . . . . .	15
3.2.2. Диффузное увеличение щитовидной железы . . . . .	16
3.2.3. Подагра . . . . .	16
<b>Литература . . . . .</b>	<b>17</b>

