

няя гигиеническая гимнастика, лечебная гимнастика в первую декаду – щадящая, со второй – щадяще-тренирующая, а с третьей – тренирующая. Оценка иммунного статуса включала определение популяционного состава Т- и В-лимфоцитов, иммуноглобулинов, а также цитокинового профиля. Комментируя эти данные, надлежит акцентировать внимание на представленной статистически достоверной ($p < 0,05$) выборке уровня естественных киллеров (CD16*), которые в контрольных группах наблюдения продолжали оставаться после завершения этапа восстановительного лечения на достаточно высоком уровне ($17,13 \pm 9,09\%$ у взрослых и $17,24 \pm 0,28$ у детей при $N=11,0-11,4\%$), тогда как в основных группах наблюдения исходно повышенные значения CD 16* ($19,22 \pm 0,13\%$ у взрослых и $19,06 \pm 0,16$ у детей) к моменту завершения санаторной реабилитации практически нормализовались ($11,38 \pm 0,05\%$ у взрослых и $11,32 \pm 0,04\%$ у детей). Вместе с тем, достоверно сниженное содержание HLA-DR⁺-лимфоцитов и маркеров CD25⁺ CD95⁺ являлось свидетельством угнетения иммуномодулярной функции у больных с хроническими гепатитами. При этом усиление экспрессии HLA-DR-антигена периферическими лимфоцитами на фоне нормализации уровня цитокинов крови свидетельствовало о позитивном влиянии предложенных индивидуальных схем восстановительного лечения пациентов основных групп наблюдения в здравницах курорта Сочи. Одновременно в контрольных группах наблюдения даже при завершении полного курса восстановительных мероприятий по традиционным схемам реабилитации продолжало отмечаться увеличение количества естественных киллеров на фоне снижения экспрессии CD95-молекул периферическими лимфоцитами.

1. Выявленная (при проведении собственного критического обзора тематических отечественных и зарубежных публикаций по поднятой проблеме) динамика концептуальных приоритетов и методологических приемов совершенствования современных технологий санаторной реабилитации взрослых и детей с заболеваниями органов пищеварения позволяет констатировать актуализацию инициативного научного поиска новых схем задействования лечебных физических факторов черноморских курортов Кубани для оптимизации функциональных резервов организма, в т.ч. у больных различными нозологическими формами хронических гепатитов, поскольку названная патология официально регистрируется в России на протяжении последних 5 лет у 6% детей школьного возраста и у 12,6-12,9% трудоспособного взрослого населения.

2. Авторские модификации взаимосочетания талассолецения и особых режимов питьевой бальнеотерапии с использованием гидрокарбонатной натриево-кальциевой углекислой борной минеральной воды «Чвизепсинская» сочинской рекреационной зоны Красная Поляна рекомендуются к расширенному внедрению в качестве ингредиентов восстановительного лечения взрослых и детей с различными нозологическими формами хронических гепатитов.

Литература

1. Бальнеологическое заключение на минеральную воду «Чвизепсинская» (г. Сочи) на соответствие ГОСТ 13273-88 «Воды минеральные питьевые лечебные и лечебно-столовые». Сочи, 2001. 26 с.
2. Баранов А.А. Лечение болезней органов пищеварения у детей. Современная педиатрия. 2007, № 3. С. 24–29.
3. Стародубов В.И. Статистические данные о заболеваемости населения России. Методическое пособие. М., 2005. 186 с.
4. Скворцова В.И. Перспективы исполнения региональных программ совершенствования системы здравоохранения по различным субъектам Российской Федерации // Проблемы здравоохранения Урала и Сибири: Материалы IV Всерос. научн. медиц. конф. Екатеринбург, 2009. С. 5–12.
5. Черешнев В.А. Медикаментозные схемы лечения хронических гепатитов // Болезни органов пищеварения: Материалы VI региональной конф. Барнаул, 2006. С. 115–188.
6. Златкина А.Р. Хронический активный гепатит: клиника, лечение, профилактика // Блокнот практического гастроэнтеролога. 2007, №5. С. 42–47.
7. Ивашкин В.Г. Анализ научных исследований в гастроэнтерологии и официальная статистика МЗ РФ // Научный вестник НГМА. 2001, №12. С. 51–54.

NATURAL HYDROCARBONATE SODA-LIME CARBONIC ARSENIOS BORIC MINERAL WATER «CHVIZHEPSINSKAYA» AS A COMPONENT OF COMPLEX REGENERATIVE TREATMENT OF PATIENTS WITH CHRONIC HEPATITIS

E.N. REDKO

Sochi Research Institute of Neuroorthopaedy and Regenerative Medicine

Chronic long-lasting and active hepatitis (K 73.0 and K 73.2 according to МКБ-X) remain widespread pathology of a gastrointestinal tract demanding innovation of treatment, including use of non-medicamentous schemes of regenerative therapy. In this way application of natural hydro carbonate soda-lime carbonic arsenious boric mineral water «Chvizhepsinskaya», which according to the conclusion of physical and chemical laboratory of the Balneology Research Centre of Sochi is recommended for rehabilitation treatment of a chronic hepatitis in the order, established by the Russian Ministry of Health and Social Development is effective.

Key words: chronic hepatitis, mineral water «Chvizhepsinskaya».

УДК 611.12

ГИПОЛИПЕДЕМИЧЕСКОЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ ПРИРОДНОЙ ГИДРОКАРБОНАТНОЙ ХЛОРИДНОЙ НАТРИЕВОЙ, БОРНОЙ (С ПОВЫШЕННЫМ СОДЕРЖАНИЕМ ФТОРА) ЛЕЧЕБНОЙ МИНЕРАЛЬНОЙ ВОДЫ «ЛАЗАРЕВСКАЯ» ПРИ КОМПЛЕКСНОМ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ В ЗДРАВНИЦАХ СОЧИ БОЛЬНЫХ КАРДИОМИОПАТИЯМИ.

М.И. НАГУЧЕВ*

Научные принципы целевого использования питьевых минеральных вод Краснодарского края являются действенным методологическим инструментарием коррекции проявлений дислипидемии у больных кардиомиопатиями при метаболических нарушениях.

Ключевые слова: кардиомиопатия при метаболических нарушениях; гидрокарбонатнохлоридные натриевые минеральные воды.

Актуальность представленной проблемы обусловлена динамикой показателей заболеваемости населения России (за последние 5 лет) болезнями системы кровообращения, когда статистические данные указывают на увеличение в 1,8 раза за указанный период количества состоящих на диспансерном учете пациентов, страдающих кардиомиопатиями), с 17,4 случаев в 2000 году до 30,6 случаев на 1000 человек в 2009 г. [1]. В разработанных ведущими специалистами Российского Центра восстановительной медицины и курортологии [2] и действующих ныне Медицинских показаниях и противопоказаниях для санаторно-курортного лечения взрослых и подростков (приказ МЗ РФ от 22.12.1999 №227) не определены такие нозологические формы кардиомиопатии, как кардиомиопатии при метаболических нарушениях (I 42.1 по МКБ 10) и кардиомиопатии при расстройствах питания (I 43.2 по МКБ 10). Вместе с тем, российские курортологи [3,4,5] указывают на недостаточно интенсивное задействование санационных возможностей бальнео- и талассопродур в рамках комплексных реабилитационных мероприятий больных, страдающих кардиомиопатиями. Последнее обусловило актуализацию поднятой проблемы и социальную востребованность дополнительных научных исследований по этой тематике.

Целью исследования – моделирование и реализация научно-прикладных аспектов методологического обновления врачебной тактики восстановительного лечения в здравницах больных кардиомиопатиями при метаболических нарушениях. Подобная патология в ряде литературных и официальных источников выступала в качестве так называемого амилоидоза сердца (E85.0 по МКБ 10). Представленное в рамках исследования научное обоснование принципов терапевтической конгрегации прогрессивных физиоаппаратных технологий, климато-, бальнеолечения в немедикаментозных схемах реабилитации больных с названными клиническими проявлениями кардиомиопатии потребовало для пациентов основной группы наблюдения разработки и внедрения инновационных подходов к назначению бальнеолечения, (в частности, общих ванн и питьевых процедур с использованием природных галогеносодержащих минеральных вод «Лазаревская», ионный состав которых представлен в табл. 1 и 2).

* НИИ нейроортопедии и восстановительной медицины (г.Сочи).

Таблица 1

Состав природной гидрокарбонатно-хлоридной натриевой, щелочной, борной (с повышенным содержанием фтора) питьевой лечебной минеральной воды «Лазаревская»

№ скв.	Товарный знак	Формула ионного состава	Специфика, мг/дм ³	ДЕБИТ, м ³ /сут.	Использование
№11М Соло-ники	«Лазаревская»	$M 2,6 \frac{Cl70(HCO_3^- + CO_3^{2-})29}{Na99} pH9,1$	H ₂ BO ₃ 150,8 F 3,0	13,5	заводы розлива, бальнеолечебницы (для общих ванн и питье-вых процедур)
№84М Вол-конка	«Лазаревская»	$M 4,2 \frac{Cl76(HCO_3^- + CO_3^{2-})23}{Na99} pH8,7$	H ₂ BO ₃ 274,4 F 3,5	29	

Комментируя данные табл. 1, следует указать, что для усиления антиоксидантной составляющей предложенных схем восстановительного лечения питьевые процедуры больным с названной нозологической формой кардиомиопатии назначались в виде 21-дневного курса лечения, когда рекомендовался ежедневный прием вышеуказанных минеральных вод (крупными быстрыми глотками, чтобы ускорить интенсивный переход всей массы воды в кишечник) по 250 мл 3 раза в день при $t^0=30-35^{\circ}\text{C}$ за 40 мин. до еды. Общие ванны из названных природных минеральных вод назначались вначале по режиму слабого воздействия, т.е. при t^0 воды 36°C , продолжительностью 6-8 мин., через день. При хорошей переносимости назначенных ванн пациентами после первых трех ванн t^0 воды повышалась до 37°C , а время приема ванны увеличивалось до 15-20 минут. После шести ванн, принимаемых через день по описанному режиму, при хорошем самочувствии пациента курс общих ванн продолжался до 12 с режимом: 2 дня ежедневные ванны – день отдыха – 2 последующих дня – ежедневная ванна при $t^0 = 36-37^{\circ}\text{C}$, продолжительностью до 15-20 минут. Для исследования липидного и фосфолипидного спектра плазмы крови и мембран эритроцитов у изучаемого контингента больных определяли следующие фракции липидов: свободный холестерин (СХ), триглицериды (ТГ), эфиры холестерина (ЭХС) и спектр фосфолипидов (ФЛ): лизофосфатидилхолин (ЛФХ), сфингомиелин (СФМ), фосфатидилхолин (ФХ), фосфатидилэтаноламин (ФЭА), кардиолипид (КЛ). Исследование ХС липопротеидов низкой плотности (ЛПНП) и ХС липопротеидов высокой плотности (ЛПВП), расчет отношения атерогенных фракций липидов к неатерогенным проводили по методике М.И. Лутай (2004). При ультразвуковом исследовании сердца измерялись следующие параметры: диаметр левого предсердия (ЛП), конечный диастолический (КДР) и конечный систолический (КСР) размеры ЛЖ, толщина межжелудочковой перегородки и толщина задней стенки ЛЖ, размер правого желудочка в диастолу. Конечный диастолический (КДО), конечный систолический (КСО) объемы ЛЖ, ударный объем (УО) и фракция выброса (ФВ) ЛЖ вычислялись в В-режиме при помощи модифицированного метода Simpson в двух- и четырехкамерной проекции в верхушечной позиции. Масса миокарда ЛЖ определялась по формуле Devereux и соавт. с по следующим вычислением индекса массы миокарда. При статистической обработке данных вычислялись интенсивные, экстенсивные коэффициенты, средние величины, ошибки репрезентативности, для чего использовали критерий Стьюдента и корреляционный анализ. Одновременно, повышенные изначально САД, ДАД, ЧСС после предложенных аверажных схем талассо-процедур, питьевой и наружной бальнеотерапии с использованием гидрокарбонатной натриевой, щелочной, борной (с повышенным содержанием фтора) природной минеральной воды «Пластунская» на фоне электрофореза 0,25% верапамила по авторской методике, практически нормализовались у пациентов первой группы наблюдения и имели устойчивую тенденцию к нормализации систолического и диастолического АД у больных второй группы наблюдения. Систолическая и диастолическая дисфункции, изначально выявленные при УЗИ сердца у обеих рандомизированных групп больных, существенно компенсировались за период санаторной реабилитации, что, например, подтверждается у больных первой группы наблюдения позитивной коррекцией у них ($n=278$, $p<0,05$) индекса конечного диастолического объема (КДО) ЛЖ с $91,82\pm 1,17$ мл/м², (при поступлении в санатории) до $71,09\pm 0,98$ мл/м², а также индекса конечного систолического объема (КСО) с $40,15\pm 1,01$ мл/м² (изначально) до $28,07\pm 1,05$ мл/м² при выписке пациентов из здравниц – баз исследования. Вместе с этим, используя авторские схемы восстановительного лечения, в рамках исследования удалось практически

нормализовать фракцию выброса ЛЖ, а также добиться существенной оптимизации таких магистральных показателей УЗ-исследований сердца, каковыми являются индекс массы миокарда и индекс относительной толщины стенки левого желудочка.

Дополняя значения, представленные в табл. 2, следует указать, что предложенные схемы санаторно-курортного лечения позволили нормализовать исходно имевшие место атерогенные негативные сдвиги показателей липидного обмена (холестерин ЛПНП, холестерин ЛПНП, холестерин ЛПОНП, триглицериды и т.д.). Одновременно с этим под влиянием предложенного комплексного восстановительного лечения в обеих группах наблюдения отмечалась позитивная, хотя и разноинтенсивная динамика ряда основных показателей интенсивности процесса перекисного окисления липидов и формирования ответных реакций в системе антиоксидантной защиты, что представлено в табл. 3.

Таблица 2

Динамика клинико-функциональных характеристик и показателей УЗИ сердца у наблюдаемых больных кардиомиопатией при метаболических нарушениях

Изучаемые характеристики $p<0,05$	1 группа наблюдения ($n=278$) основная		2 группа наблюдения ($n=278$) контрольная	
	до лечения	после	до лечения	после
1. Индекс конечного диастолического объема (КДО) левого желудочка мл/м ²	91,82±1,17	71,09±0,98	92,03±1,14	80,18±0,46
2. Индекс конечного систолического объема (КСО) ЛЖ мл/м ²	40,15±1,01	28,07±1,05	40,96±0,84	31,52±0,73
2. Фракция выброса ЛЖ, %	42,06±1,18	53,26±1,0	42,01±1,12	49,14±0,85
4. Индекс массы миокарда г/м ²	101,02±0,86	91,02±0,51	101,17±0,48	95,91±0,66
5. Индекс относительной толщины стенки (2H/D) ЛЖ	0,27±0,02	0,31±0,01	0,28±0,03	0,29±0,01

Таблица 3

Динамика липидного и фосфолипидного спектра мембран эритроцитов, а также изменение содержания липидов в плазме крови наблюдаемых больных кардиомиопатиями

Изучаемые показатели	первая группа наблюдения		вторая группа наблюдения	
	до лечения	после	до лечения	после
1. Свободный холестерин* (N=42-44%)	54,05±1,74	42,92±1,08	55,26±1,42	46,09±0,37
2. Фосфатидилхолин* (N=46-48%)	27,73±1,52	45,91±1,22	28,04±1,31	42,14±0,25
3. Триглицериды* (N=1,18-1,22%)	2,84±0,12	1,28±0,10	2,89±0,16	1,61±0,06
4. Спектр фосфолипидов* (N=43-45%)	50,81±0,75	44,86±0,55	50,87±0,62	45,95±0,43
5. Эфиры холестерина* (N=4-6%)	12,37±0,08	6,24±0,03	12,49±0,05	8,27±0,10
6. Спектр жирных кислот* (N=2-3%)	4,23±0,02	3,03±0,01	4,28±0,04	3,61±0,02
7. Лизофосфатидилхолин* (N=1,69-1,78%)	0,84±0,03	1,57±0,04	0,82±0,02	1,44±0,01
8. ХСЛПНП** (N=1,1-1,3 ммоль/л)	1,87±0,06	1,27±0,05	1,91±0,07	1,39±0,02
9. ХСЛПОНП** (N=2,6-2,8 ммоль/л)	3,80±0,17	2,77±0,10	3,81±0,13	2,95±0,09
10. ХСЛПВП** (N=0,5-0,7 ммоль/л)	1,18±0,19	0,56±0,01	1,22±0,15	0,84±0,01

Примечание: * – спектры мембран эритроцитов; ** – содержание в плазме крови

Комментируя данные табл. 3 следует указать на существенную коррекцию липидного и фосфолипидного спектра мембран эритроцитов, поскольку изначально повышенные в обеих группах наблюдения показатели свободного холестерина, триглицеридов, эфиров холестерина и спектра жирных кислот, а также изначально сниженные показатели фосфатидилхолина и лизофосфатидилхолина практически нормализовались по завершению полного курса восстановительной терапии. Так, например, изначально повышенный показатель свободного холестерина (при изучении биохимического спектра мембран эритроцитов) у больных первой группы наблюдения достиг значений $42,92\pm 1,08\%$ (изначально $54,05\pm 1,74\%$), а у больных второй группы наблюдения с $55,26\pm 1,42\%$ опустился до $46,09\pm 0,37\%$ при $N=42-44\%$. Одновременно эфиры холестерина во второй группе наблюдения так и не смогли достигнуть нормы по завершению предложенного курса санаторной реабилитации ($8,27\pm 0,10\%$) в отличие от того факта, что в первой группе наблюдения названный показатель после лечения в здравницах – базах исследования всё-таки достиг верхнего

порога нормы, составив $6,24 \pm 0,03\%$. Последнее протекало на фоне оптимизации уровня липопротеидов низкой, очень низкой и высокой плотности. Так, например, уровень ХСЛПНП в плазме крови у больных первой группы наблюдения (будучи изначально повышенным до уровня $1,87 \pm 0,06$ ммоль/л при $N=1,1-1,3$ ммоль/л) к моменту выписки из здравниц опустился до верхней границы нормы, составив $1,27 \pm 0,05$ ммоль/л. Одновременно в этой же группе наблюдения показатель ХСЛПОНП (при $N=2,6-2,8$ ммоль/л) снизился с исходного $3,80 \pm 0,17$ до $2,77 \pm 0,10$ ммоль/л. Вместе с тем во второй группе наблюдения названные показатели (хотя и имели устойчивую тенденцию к снижению) не смогли достигнуть нормальных значений.

Вывод. Разработанные в рамках исследования научные принципы целевого использования питьевых минеральных вод Краснодарского края (в т.ч. природной гидрокарбонатнохлоридной натриевой, щелочной, борной с повышенным содержанием фтора лечебной минеральной воды «Лазаревская» скважин: №11-М Солоники; №84-М Волконка) являются действенным методологическим инструментарием коррекции проявлений дислипидемии у больных кардиомиопатиями при метаболических нарушениях (143.1 по МКБ 10), поскольку уровень ХСЛПНП в плазме крови у больных основной группы наблюдения (будучи изначально повышенным до уровня $1,87 \pm 0,06$ ммоль/л при $N=1,1-1,3$ ммоль/л) к моменту выписки из здравниц опустился до верхней границы нормы, составив $1,27 \pm 0,05$ ммоль/л, а показатель ХСЛПОНП (при $N=2,6-2,8$ ммоль/л) снизился с исходного $3,80 \pm 0,17$ до $2,77 \pm 0,10$ ммоль/л.

Литература

1. Беленков Ю.Н., Саидова М.А. Оценка жизнеспособности миокарда: клинические аспекты, методы исследования. Новая кардиология. 2010, №1. С. 4–8.
2. Разумов А.Н., Бобровицкий И.Б., Валигурская Е.С. и др. Методические показания и противопоказания для санаторно-курортного лечения взрослых и подростков. М.: Медицина, 2000. 97 с.
3. Левицкий Е.Ф. Методология санаторно-курортного лечения больных кардиомиопатиями на урортах Западной Сибири // Инновации в кардиологии: Материалы III Междунар.медин.конгр. Томск, 2004. С.14–18.
4. Остапшин В.Д. Лечение пациентов с болезнями системы кровообращения в Военных здравницах Сочи.// Здоровье военнослужащих: Материалы VI Всерос. совещания военных врачей. Сочи. 2007. С. 215.
5. Балабанова И.А. Системная бальнеотерапия при кардиомиопатиях.// Восстановительное лечение на курорте Анапа: Материалы XII регион.мед.научн.-практ.конф. Анапа. 2008. С. 30–32.

THE LIPID-LOWERING EFFECT OF NATURAL HYDROCARBONATE SODIUM CHLORIDE, BORON (HIGH FLUORINE) MEDICINAL MINERAL WATER LAZAREVSKAYA IN THE COURSE OF COMPLEX REHABILITATION TREATMENT IN SOCHI HEALTH RESORTS ON PATIENTS WITH CARDIOMYOPATHY

M.I.NAGUCHEV

Research Institute of Neuro-Orthopedics and Restorative Medicine (Sochi)

The scientific principles of a purposeful use of drinking mineral waters of the Krasnodar Territory are an effective methodological tool to correct the manifestations of dyslipidemia in patients with cardiomyopathy associated with metabolic disorders.

Key words: cardiomyopathy associated with metabolic disorders; hydrocarbonate sodium chloride mineral water.

УДК 611.12

РОЛЬ ПРИРОДНЫХ ГАЛОГЕНСОДЕРЖАЩИХ МИНЕРАЛЬНЫХ ВОД КРАСНОДАРСКОГО КРАЯ В ВОССТАНОВЛЕНИИ ВОДНО-СОЛЕВОГО РАВНОВЕСИЯ У ПАЦИЕНТОВ НА САНАТОРНО-КУРОРТНОМ ЭТАПЕ ИХ РЕАБИЛИТАЦИИ

И.Ю. КАМАЕВА, М.И.НАГУЧЕВ, О.Б.ФРОЛОВА, И.В.БУРНАЕВ*

Природные минеральные галогенсодержащие лечебные воды Кубани («Пластунская», «Горячключевская», «Сочинская» и др.) спо-

собствуют позитивной динамике показателей водно-солевого равновесия на фоне коррекции активности ионных АТФаз в мембранах эритроцитов, а также нормализации уровня кальция и магния сыровотки крови.

Ключевые слова: природные минеральные воды с повышенным содержанием одновалентных галогенов.

Системный анализ отечественных и зарубежных литературных источников, посвященных проблеме санаторно-курортной реабилитации различных категорий больных с хроническими заболеваниями и позволяет выделить общность методических и методологических подходов к вопросам регулирования водно-солевого дисбаланса у пациентов здравниц в процессе их восстановительного лечения. В этой связи надлежит подчеркнуть возрастающий интерес медицинского сообщества к использованию различных типов природных минеральных вод, особенно в Краснодарском крае. В последние годы опубликовано целая серия системных наблюдений ведущих сочинских бальнеологов [1,2,4] позволяет констатировать, что до настоящего времени не разработан механизм восстановления нарушений водно-солевого равновесия у больных с болезнями системы кровообращения, заболеваниями пищеварительного тракта и хроническими неспецифическими болезнями женской половой сферы. Последнее обусловило социальную востребованность дополнительного исследования роли природных минеральных лечебных вод Кубани как причинно-следственного механизма реабилитации названного контингента пациентов здравниц. Следует отметить, что наши наблюдения 2005-2010 гг. позволили констатировать позитивный эффект применения природной минеральной лечебной воды «Пластунская» (г. Сочи) при метаболических нарушениях у больных кардиомиопатиями (143.1 по МКБ10). В этой связи нами рекомендовались (для указанного контингента больных) достаточно существенные объемы ежедневного употребления природной минеральной воды «Пластунская» скважины №48-Э на курорте Сочи: по 200 мл подогретой ($25-30^{\circ}\text{C}$) воды за 20 минут до еды (мелкими глотками) 5 раз в день (перед завтраком, вторым завтраком, обедом, полдником и перед сном). Это обеспечивало гиполипидемический компонент и антиоксидантное воздействие за счет специфики формулы ионного состава названной минеральной воды, что представлено в табл. 1. Комментируя данные этой таблицы следует подчеркнуть, что диуретический эффект от приема минеральной воды «Пластунская» наблюдался среди группы пациентов, страдающих кардиомиопатией при метаболических нарушениях. Наибольшая выраженность диуретического эффекта достигалась иной методикой приема вышеописанной минеральной воды: по 180 мл при $t^{\circ}=22-23^{\circ}\text{C}$, натощак крупными глотками за 40 мин. (после сна и перед обедом) ежедневно в течение 20 суток санаторного лечения. Вместе с тем, методология назначения общих ванн из лечебной минеральной гидрокарбонатной натриевой фтористой воды месторождения «Пластунское» (Центральный район курорта Сочи) была следующей: $t^{\circ}=37-38^{\circ}\text{C}$; ч/день; 6-8-10-15-20 минут по нарастающей; № 8-10 ванн на курс лечения в здравнице за 20-24 дня. Методом экспериментального отбора природных минеральных вод Сочинского курорта (с повышенным содержанием йода) была избрана для включения в индивидуальные схемы восстановительного лечения пациентов питьевая минеральная вода «Сочинская» скважины № 2-РМ Сергей Поле: минеральная вода средней минерализации, гидрокарбонатно-хлоридная натриевая, щелочная, йодная, борная, с повышенным содержанием фтора. XXIII группа, тип «Сочинский» питьевых лечебно-столовых минеральных вод. Утвержденные запасы – $10 \text{ м}^3/\text{сут}$. Весь объем добываемой воды используется для ее бутилирования. Промышленное освоение месторождения осуществляется с 1990 года (в последние годы по скважине № 2-РМ отбирается около 27,3 % запасов). Больным контрольных групп наблюдения подобные питьевые минеральные воды не назначались, ограничивая их схему восстановительного лечения в здравницах приемом общих йодобромных ванн по стандартным методикам (на фоне традиционного отказа от гелиотерапевтических процедур).

Возвращаясь к проблеме лечения пациенток хроническими неспецифическими заболеваниями женской половой сферы следует подчеркнуть позитивное воздействие на этот контингент пациенток здравниц Сочи природных сероводородных источников Мацестинского месторождения. В свою очередь для коррекции реологического, гормонального, иммунного и биохимического статуса названным пациенткам основной группы наблюде-

* НИИ нейроортопедии и восстановительной медицины (г.Сочи).