

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**



**МАТЕРІАЛИ
95 – ї
підсумкової наукової конференції
професорсько-викладацького персоналу
БУКОВИНСЬКОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ
(присвячена 70-річчю БДМУ)**

17, 19, 24 лютого 2014 року

Чернівці – 2014

УДК 001:378.12(477.85)
ББК 72:74.58
М 34

Матеріали 95 – її підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету – присвяченої 70-річчю БДМУ (Чернівці, 17, 19, 24 лютого 2014 р.) – Чернівці: Медуніверситет, 2014. – 328 с. іл.

ББК 72:74.58

У збірнику представлені матеріали 95 – її підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету – присвяченої 70-річчю БДМУ (Чернівці, 17, 19, 24 лютого 2014 р.) із стилістикою та орфографією у авторській редакції. Публікації присвячені актуальним проблемам фундаментальної, теоретичної та клінічної медицини.

Загальна редакція – професор, д.мед.н. Бойчук Т.М., професор, д.мед.н. Івашук О.І., доцент, к.мед.н. Безрук В.В.

Наукові рецензенти:

доктор медичних наук, професор Андрієць О.А.
доктор медичних наук, професор Давиденко І.С.
доктор медичних наук, професор Дейнека С.Є.
доктор медичних наук, професор Денисенко О.І.
доктор медичних наук, професор Заморський І.І.
доктор медичних наук, професор Колоскова О.К.
доктор медичних наук, професор Коновчук В.М.
чл.-кор. АПН України, доктор медичних наук, професор Пішак В.П.
доктор медичних наук, професор Польовий В.П.
доктор медичних наук, професор Слободян О.М.
доктор медичних наук, професор Ташук В.К.
доктор медичних наук, професор Ткачук С.С.
доктор медичних наук, професор Тодоріко Л.Д.
доктор медичних наук, професор Шаплавський М.В.

ISBN 978-966-697-533-4

© Буковинський державний медичний
університет, 2014



можливості застосування при ХСН препаратів на основі гінкго білоба, зокрема Неокардилу. Препарат „Неокардил” („Профарма”, Україна) містить стандартизовані екстракти плодів глоду 150 мг, кореня пуерарії 50 мг і листя гінкго білоби 50 мг.

Метою дослідження було вивчення впливу Неокардилу на зміни варіабельності серцевого ритму (BCP) та артеріального тиску (АТ) у комплексній терапії хворих на ішемічну хворобу серця (ІХС), ускладнену ХСН.

Обстежено 50 хворих із ХСН ішемічного генезу та гіпертонічною хворобою віком від 45 до 72 років. Хворим основної групи (28 осіб) у базовий лікувальний комплекс включали Неокардил в дозі 40 мг тричі на добу впродовж 14–16 днів. Крім загальноклінічних методів дослідження, всім пацієнтам здійснювали добове моніторування АТ та визначення BCP в перші дві доби перебування хворих у стаціонарі та після курсового лікування.

Під впливом проведеної терапії в обох групах обстежених відмічали покращання клінічного стану хворих: зменшилися частота, інтенсивність і тривалість больових приступів, тахікардії, зменшився чи зник головний біль та головокружіння. У підгрупі хворих із вихідними значеннями АТ від 141 до 159 мм.рт.ст. та ознаками переважання тону симпатичного відділу вегетативної нервової системи (ВНС) (зростання показника LF, зниження HF, SDNNi, pNN50) прийом Неокардилу призводив до вірогідного зниження значень як добового систолічного АТ на 13,8% так і добового діастолічного АТ на 18,5%. При проведенні BCP встановлено зниження тону симпатичної нервової системи після прийому даного препарату (вірогідне зниження LF та зростання SDNNi, pNN50, HF). У підгрупі хворих із вихідними пограничними та низькими значеннями АТ, а також ознаками нормокардії після прийому Неокардилу досліджувані характеристики BCP та добового моніторування АТ не змінювалися.

Після проведеної терапії відбулося зниження середньодобового систолічного АТ у хворих контрольної групи на 4,49%, основної групи на 5,66%. Достовірне зниження середньодобового діастолічного АТ було досягнуто в пацієнтів основної групи, які додатково до комплексного лікування отримували Неокардил. Такий вплив Неокардил проявляє, ймовірно, завдяки вмісту в ньому флавоноїдів (кверцетин, ізокверцетин, рутин, тритерпенові сполуки, гінкголіди А, В, С, J та білобалиди), а також гіперону, гіперозиду, вітексину. Саме вони визначають спазмолітичні, капіляррозміцнюючі, протизапальні та мембраностабілізуючі властивості досліджуваного фітозасобу.

При подальшому клінічному спостереженні встановлено, що у пацієнтів основної групи після курсового застосування Неокардилу покращилися якісні показники життя, зменшилися прояви стенокардії з тенденцією до стабілізації значень АТ. Результати дослідження свідчать про доцільність включення в комплексне лікування хворих із ХСН Неокардилу як засобу регуляції серцевого ритму та судинного тону.

Безрук Т.О., Безрук В.В.*

ЛІКУВАННЯ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ У ХВОРИХ РІЗНИХ ВІКОВИХ ГРУП ІЗ ПОРУШЕННЯМ ФУНКЦІЇ НИРОК

*Кафедра внутрішньої медицини
Кафедра педіатрії, неонатології та перинатальної медицини*
Буковинський державний медичний університет*

Артеріальна гіпертензія (АГ) – одне з найпоширеніших хронічних захворювань людини. За даними офіційної статистики, в Україні у 2011 році було зареєстровано понад 12 млн. людей з АГ, що склало 32,2% дорослого населення держави (Центр медичної статистики МОЗ України, 2012).

Більшість пацієнтів з АГ проходять лікування в амбулаторних (поліклінічних) медичних закладах. Світовий досвід, узагальнений ВООЗ, свідчить про те, що своєчасна діагностика, проведення заходів первинної та вторинної профілактики, своєчасне призначення адекватної медикаментозної терапії, залучення до участі в процесі лікування пацієнта та членів його родини затримує прогресування захворювання, знижує ризик виникнення ускладнень, сприяє поліпшенню якості життя та збереженню працездатності (KDOQI, 2012; ESH, ESC, 2013).

Основний механізм ураження нирок у хворих на артеріальну гіпертензію – це їх ішемія, зумовлена звуженням ниркових судин, яка на ранніх стадіях захворювання має функціональний характер, а на більш пізніх зумовлена структурними змінами (фіброз, гіаліноз аферентних артеріол). Критеріями ураження нирок у хворих на АГ є:

- 1) зниження швидкості гломерулярної фільтрації < 60 мл/хв/1,73 м² (що приблизно відповідає збільшенню рівня креатиніну в сироватці крові > 133 мкмоль/л у чоловіків і > 115 мкмоль/л у жінок)
- 2) наявність альбумінурії >300 мг/добу або збільшення індексу альбумін/креатинін в сечі >200 мг/г.б

Метою лікування є зниження АТ <130/80 мм рт. ст., а у хворих з протеїнурією, що перевищує 1 мг/добу, <125/75 мм рт. ст. Поряд з цим слід прагнути до зниження протеїнурії до якомога нижчого рівня (ADVANCE, 2007).

Препаратами вибору є інгібітори АПФ та блокатори рецепторів ангіотензину II. Вони не лише знижують АТ, але й нормалізують ниркову гемодинаміку завдяки зниженню тону еферентної артеріоли і внутрішньогломерулярного тиску, що сприяє зменшенню протеїнурії.



Клінічні дослідження RENAAL з лозартаном (2001), IRMA та IDNT з ірбесартаном (2001), MARVAL з валсартаном (2002) та DETAIL з телмісартаном (2004) показали, що у хворих з АГ, цукровим діабетом 2 типу та нефропатією блокатори рецепторів ангіотензину II сповільнюють прогресування нефропатії і мають в цьому суттєву перевагу порівняно з антагоністами кальцію (амлодипіном). Для досягнення цільового АТ, як правило, потрібна комбінована терапія. Застосування фіксованої комбінації інгібітора АПФ та тiazидоподібного діуретика є доцільним у таких хворих, оскільки це дає краще зниження тиску, а також доведену нефропротекторну дію. Діуретик разом з інгібітором АПФ або блокатором ангіотензину II суттєво поліпшує антигіпертензивний ефект. Якщо креатинін перевищує 177 мкмоль/л (ШКФ <40 мл/хв), препаратами вибору для комбінування з блокаторами ренін-ангіотензинової системи є петльові діуретики.

В комбінації з препаратами, які знижують активність ренін-ангіотензивної системи, можна також застосовувати антагоністи кальцію. Вони ефективно знижують АТ і можуть зменшувати ішемізацію нирок завдяки вазодилататорному ефекту. Нефропротекторний ефект властивий недигідропіридинним антагоністам кальцію (верапамілу та дилтіазему), які зменшують протеїнурію, хоча й меншою мірою, ніж антагоністи ангіотензину II та інгібітори АПФ.

Препарати, що екскретуються переважно нирками, у хворих із хронічною нирковою недостатністю потребують зменшення дози на 25-50% (залежно від стадії ниркової недостатності). До них належать бета-блокатори – атенолол, асепбутолол, бетаксоллол, бісопролол, а також інгібітори АПФ. Виняток становлять моєксиприл, фозиноприл, трандолаприл та спіраприл, які більш ніж на 50% виводяться печінкою і тому не потребують суттєвого зменшення дози у хворих з порушеною функцією нирок.

Антагоністи кальцію та блокатори рецепторів А II не потребують корекції дози, оскільки виводяться переважно печінкою.

Для лікування АГ дітей різних вікових груп застосовуються: β-блокатори, діуретики, антагоністи кальцію, інгібітори АПФ, α1-блокатори та блокатори рецепторів ангіотензину II. Дози слід підбирати індивідуально, враховуючи масу тіла. Дітям раннього пубертату слід обмежувати призначення бета-адреноблокаторів у зв'язку з їх дією на центральні регулюючі структури, які беруть участь у процесах статевого дозрівання. Найчастіше у дітей та підлітків використовують інгібітори АПФ і антагоністи кальцію.

Застосування інгібіторів АПФ у дітей рідко призводить до побічних ефектів (кашлю, висипу або нейтропенії), препаратам цієї групи крім антигіпертензивного властивий ще й нефропротекторний ефект, що зумовлює їх використання у дітей із цукровим діабетом. Однак, застосовуючи інгібітори АПФ, слід пам'ятати про їх дію на процеси проліферації, гіпертрофії та дозрівання колагену, що небажано у підлітків.

Безрук Т.О., Клименко Л.І.*

СТРАТЕГІЯ ЛІКУВАННЯ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ У ХВОРИХ ІЗ ДІАБЕТИЧНОЮ НЕФРОПАТІЄЮ

*Кафедра внутрішньої медицини
Буковинський державний медичний університет
Чернівецький обласний ендокринологічний центр**

Артеріальна гіпертензія (АГ) – одне з найпоширеніших захворювань серед населення у світі та в Україні зокрема (Центр медичної статистики МОЗ України, 2012).

Виникнення і перебіг АГ тісно пов'язані з наявністю факторів ризику (ВООЗ, 2003). Немедикаментозне лікування АГ – усунення шкідливих звичок (паління, надмірного вживання алкоголю), збільшення фізичної активності, обмеження солі в їжі тощо. Провідна роль у профілактиці АГ та цукрового діабету відіграє збалансованість дієти, вживання деяких груп вітамінів та зменшення споживання кофеїну (Noordzij M. et al., 2005; Burgaz A. et al., 2011).

Основною метою медикаментозної корекції АТ у хворих на діабетичну нефропатію є зниження АТ <130/80 мм рт. ст., а у хворих з протеїнурією, що перевищує 1 мг/добу, <125/75 мм рт. ст. Поряд з цим слід прагнути до зниження протеїнурії до якомога нижчого рівня (ADVANCE, 2007).

До медикаментозних препаратів першої лінії при лікуванні АГ на фоні діабетичної нефропатії належать: діуретики; інгібітори АПФ; антагоністи кальцію тривалої дії; антагоністи рецепторів ангіотензину II; бета-адреноблокатори.

Клінічні дослідження RENAAL з лозартаном (2001), IRMA та IDNT з ірбесартаном (2001), MARVAL з валсартаном (2002) та DETAIL з телмісартаном (2004), що у хворих з АГ, цукровим діабетом 2 типу та нефропатією блокатори рецепторів ангіотензину II сповільнюють прогресування нефропатії і мають в цьому суттєву перевагу порівняно з антагоністами кальцію (амлодипіном). Для досягнення цільового АТ, як правило, потрібна комбінована терапія. Застосування фіксованої комбінації інгібітора АПФ та тiazидоподібного діуретика є доцільним у таких хворих, оскільки це дає краще зниження тиску, а також доведену нефропротекторну дію. Діуретик разом з інгібітором АПФ або блокатором ангіотензину II суттєво поліпшує антигіпертензивний ефект. Якщо креатинін перевищує 177 мкмоль/л (ШКФ <40 мл/хв), препаратами вибору для комбінування з блокаторами ренін-ангіотензинової системи є петльові діуретики.



Зниження АТ у пацієнтів з цукровим діабетом 2-го типу, частина з яких мала ознаки ураження нирок, за допомогою фіксованої комбінації інгібітору АПФ (периндоприлу) та тіазидоподібного діуретика (індапаміду) у дослідженні ADVANCE призвело до достовірного зменшення нових випадків виникнення мікроальбумінурії на 21% та зменшення прогресування її в макроальбумінурію на 31%, сприяло регресу нефропатії до нормоальбумінурії у 52% пацієнтів. Варто зауважити, що достовірне зниження кількості ниркових ускладнень при застосуванні комбінації периндоприлу та індапаміду було отримано у пацієнтів з різним рівнем порушення функції нирок на початку дослідження та незалежно від початкового рівня АТ.

В комбінації з препаратами, які знижують активність ренін-ангіотензивної системи, можна також застосовувати антагоністи кальцію. Вони ефективно знижують АТ і можуть зменшувати ішемізацію нирок завдяки вазодилаторному ефекту. Нефропротекторний ефект властивий недигідропіридинним антагоністам кальцію (верапамілу та ділтіазему), які зменшують протеїнурію, хоча й меншою мірою, ніж антагоністи ангіотензину II та інгібітори АПФ.

Препарати, що екскретуються переважно нирками, у хворих із хронічною нирковою недостатністю потребують зменшення дози на 25-50% (залежно від стадії ниркової недостатності). До них належать бета-блокатори – атенолол, ацебутолол, бетаксол, бісопролол, а також інгібітори АПФ. Виняток становлять моексиприл, фозиноприл, трандолаприл та спіраприл, які більш ніж на 50% виводяться печінкою і тому не потребують суттєвого зменшення дози у хворих з порушеною функцією нирок. Антагоністи кальцію та блокатори рецепторів А II не потребують корекції дози, оскільки виводяться переважно печінкою (Moe S. et al., 2005).

Аналіз наявної доказової бази свідчить про те, що своєчасна діагностика, проведення заходів первинної та вторинної профілактики, своєчасне призначання адекватної медикаментозної терапії знижує ризик виникнення ускладнень, сприяє поліпшенню якості життя та збереженню працездатності пацієнта.

Вівсяник В.В.

КЛІНІКО-ПАТОГЕНЕТИЧНЕ ОБГРУНТУВАННЯ МЕТОДІВ КОРЕКЦІЇ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНУ ХВОРОБУ НИРОК II-III СТАДІЇ З НАЯВНІСТЮ УРАЖЕНЬ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЇ ДІЛЯНКИ

Кафедра внутрішньої медицини

Буковинський державний медичний університет

Мета роботи – оцінити ефективність застосування ребаменіду та віс-нолу у хворих на хронічну хворобу нирок (ХХН) II-III стадії у хворих з ерозивно-виразковими ураженнями шлунка та дванадцятипалої кишки (ЕВУШДПК).

Обстежено 104 хворих на ХХН II-III стадії, (84 жінки та 20 чоловіків). Середній вік хворих – (57,2±1,5) років; індекс маси тіла – (75,6±1,45) кг/м. I групу – 48 хворих на ХХН з ЕВУШДПК, яким призначали віс-нол по 1 капсулі 3 рази на день за 30 хвилин до їжі; II групу – 56 хворих на ХХН з виразкою ДПК, що приймали ребаменід по 1 таб. 3 рази на день, за 30 хв. до їжі впродовж 4 тижнів.

Аналіз показників всіх хворих виявив достовірне покращення загального стану хворих та підвищення ШКФ на (13,24±1,45) мл/хв., (P<0,05) у II групі хворих. У хворих I групи ШКФ знизилася на 10,11±1,05 мл/хв., (P<0,05). Також у пацієнтів обох груп внаслідок лікування виявлено зменшення ознак альтерації епітелію, покращення стану мікроциркуляції та зниження запальної реакції слизової оболонки шлунка та ДПК.

Отже, терапія ребаменідом у хворих з поєднаною патологією супроводжується нормалізацією ШКФ та покращенням мікроциркуляції в слизовій оболонці шлунка та дванадцятипалої кишки, що в подальшому може сприяти сповільненню прогресування ХХН II-III стадії у поєднанні з ЕВУШ та ДПК.

Волошин О.І.

ФІТОТЕРАПЕВТИЧНІ АСПЕКТИ КОРЕКЦІЇ КОМОРБІДНОЇ ПАТОЛОГІЇ ГЕПАТОБІЛІАРНОЇ СИСТЕМИ НА ТЛІ СУПУТНІХ УРАЖЕНЬ ІНШИХ ОРГАНІВ І СИСТЕМ

Кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб

Буковинський державний медичний університет

За останні десятиліття коморбідна патологія органів прогресивно зростає: в межах однієї системи, міжсистемного характеру, медикаментозного, екологічного походження тощо. Дуже часто мають місце спільні неспецифічні патогенетичні ланки їх виникнення, що зумовлює їх коморбідність. Чим складніша мікст-патологія, тим важче побудувати правильний комплекс лікування, тим більше шансів вийти на рівень поліпрагмації та побічних ефектів і ускладнень від медикаментозного втручання. Гепатобіліарна система (ГБС) є однією, що найчастіше вражається при мікст-патології. Одним із виходів із цієї ситуації є застосування полікомпонентних фітофармацевтичних засобів.

Метою дослідження було вивчення найбільш частих уражень ГБС за наявності захворювань інших органів і систем, та дослідити ефективність сучасних фітотерапевтичних ліків у їх корекції.

Впродовж п'яти років обстежено 680 хворих з різною коморбідною патологією ГБС та уражень інших органів і систем у віці 30-75 років.

Методи дослідження: клінічні, ультрасонографічні, біохімічні. Закономірними були ураження в межах ГБС (хронічні гепатити та холецистити, дискінезії жовчовивідних шляхів), на другому місці – такі



ж ураження ГБС та хронічні панкреатити, легкі та помірні форми, дещо рідше вони поєднувалися з ураженнями кишечника (синдром подразненого кишечника, часто з різними ступенями дисбактеріозу). Нашу увагу привернув ультразвуковий феномен частого поєднання хронічного холециститу з явищами біліарного сладжу та сечокиислої діатези (СКД), які не мали надійних критеріїв клінічного вираження. СКД, як правило, на попередніх ультразвукових дослідженнях констатовувався впродовж декількох років, але уваги з боку різних спеціалістів терапевтичного профілю в т.ч. консультацій урологів, не привертав. Проте, у цих хворих фіксувалась також артеріальна гіпертензія I-II ст., артропатії, спондилопатії. Нами враховано, що переважна більшість гепатопротекторних, жовчогінних рослинних засобів володіє також сечогінними, протизапальними властивостями, здатністю протидіяти росту каменів та утворенню піску в нирках і навпаки, сечогінним рослинним засобам притаманні жовчогінні властивості.

При домінуючій патології ГБС перевагу віддавали гепатопротекторно-жовчогінним комбінованим фітозасобам (гепабене, холівер, лівареж, гепатоклін, сірін, гепадіф), при виражених явищах СКД з епізодами ниркових міні-колік – комбінованим сечогінним фітофармацевтичним лікам (канефрон, фітоліт, уролесан, фітолізин, оліметин). В окремих випадках при виражених явищах уражень ГБС і сечостатевої системи початок лікування впродовж 4-6 тижнів проводили гепатопротекторно-жовчогінними, наступні 3-6 тижнів – сечогінно-протизапальними фітозасобами. Контроль ефективності лікування клінічно здійснювали щомісячно, ультрасонографічно – щоквартально, впродовж 6-9 місяців. Після 3-х місячного лікування за даними УЗД приймали рішення щодо подальшої підтримуючої терапії цими засобами або іншими з наведеного арсеналу до суттєвого клінічного, ультрасонографічного та лабораторного покращення на рівні стану повної ремісії. Слід відзначити, що з другого місяця лікування хворі відмічали часто стабілізацію артеріального тиску (переважно до 50 років) або зменшення потреби в гіпотензивних засобах, а також зменшення проявів артралгій, хрусту в суглобах, болю в спині чи інших проявів спондилоартропатії, покращувалися функція кишечника, якісних показників життя. Побічні ефекти застосування цих фітозасобів зустрічались дуже рідко та були незначними або помірними.

Сучасні полікомпонентні фітофармацевтичні засоби гепатопротекторно-жовчогінної чи сечогінно-протизапальної дії є важливими та ефективними в лікуванні мікст-патології ГБС, в межах системи травлення сечо-статевої системи, помірно пом'якшують прояви вікової артеріальної гіпертензії, артропатій тощо. Їх застосування є безпечним та має також переваги фармакоекономічного характеру.

Доцільно продовжити дослідження цієї мікст-патології та поглибити вивчення механізму дії зазначених фітозасобів на ліпідний обмін, метаболічні, регуляторні процеси, мікрофлору кишечника.

Волошин О.І., Васюк В.Л.

ФІТОФАРМАКОКОРЕКЦІЯ МЕТЕОЗАЛЕЖНИХ ПАЦІЄНТІВ З КАРДІАЛЬНИМИ ТА ЦЕРЕБРАЛЬНИМИ ПРОЯВАМИ

Кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб

Буковинський державний медичний університет

Збільшення тривалості життя населення в світі й в Україні супроводжується новими проблемами: зростання поліморбідності та патогенетичної залежності вікових набутих захворювань (коморбідності) в основі яких лежать переважно судинно-метаболічні порушення. Одним із таких проявів є поліорганна метеозалежність, найбільш серйозною з яких є кардіальна та церебральна, оскільки із їх прогресуванням зростають ризики розвитку інфаркту міокарда та інсульту. В існуючих вітчизняних та зарубіжних стандартах лікування вікових судинних патологій серця та мозку не передбачені корекції цих стандартів у метеозалежних пацієнтів. Водночас вказується, що поліморбідність є основною причиною поліпрогмації та зростаючих з віком пацієнта загроз від неї. Постає проблема пошуку ліків багатогранної, поліорганної дії, серед яких ліки рослинного походження мають незаперечні переваги.

Мета дослідження - підвищити ефективність комплексного лікування амбулаторного контингенту хворих на ІХС в поєднанні з атеросклеротичною судинно-метаболічною енцефалопатією I-II ст. з явищами метеозалежності

Спостереження проведені у 64 пацієнтів з ішемічною хворобою серця (ІХС) з явищами стенокардії напруження II-III функціонального класів у віці 47-75 років, переважно жінки (44 особи). У всіх хворих спостерігалися різні ступені метеозалежності від легкого до середнього (оцінювали як синдром метеозалежності) на фоні стандартної терапії (повільно діючі нітрати, антагоністи кальцію, інгібітори ААФ седативні). З них у 52 осіб (81,25%) посилення кардіальних проявів супроводжувалось головним болем, млявістю, порушення сну, дратівливістю, артралгіями, які згідно консультацій невропатологів, оцінюватися як прояви атеросклеротичної судинно-метаболічної енцефалопатії I-II ст. Сезонні прояви метеозалежності в пізноосінній та ранньовесняний періоди були клінічно більш значущими та тривалішими, ніж в зимній та літній період.

У зв'язку із зазначеним до запропонованого стандарту лікування хворим додатково призначали вітчизняний комплексний фітопрепарат А-дістон (екстракти арніки, глоду, валеріани, м'яти перцевої, фенхелю, пустирника) на 3-4 тижні, збільшуючи разову дозу на ніч до 40-45 крапель, вдень 30-35 крапель в ранньовесняний та пізноосінній період, а в період між ними епізодично 2-5 денний прийом згідно календаря метеонесприятливих днів. Такий хід виявився достатнім у осіб до 55-60 років, з мінімальними ознаками мозкових порушень.