

# ИННОВАЦИОННОЕ

# РАЗВИТИЕ

2017  
№ 3



**КОПИЯ ВЕРНА**  
Учёный секретарь  
Учёного совета КРСУ  
Абрамов Б.В.

**Международный научный журнал**  
Центр социально-экономических исследований  
г. Пермь  
[www.научный-сборник.рф](http://www.научный-сборник.рф)

ISSN 2500-3887



## СОДЕРЖАНИЕ

**ФИЗИКО-МАТЕМАТИЧЕСКИЕ НАУКИ***Матысик О.В., Иванова А.М.*

- Из истории развития теории итерационных методов решения некорректных уравнений первого рода. 4

**ТЕХНИЧЕСКИЕ НАУКИ***Нуруллаева З.В., Имамов С.С.*

- Катализаторы процесса горения топливно-воздушной смеси..... 6

*Хожиева З.В., Имамов С.С.*

- Хроматографический анализ метил и этилмеркаптанов в нефтяных продуктах..... 7

**ЭКОНОМИЧЕСКИЕ НАУКИ***Безверхая О.Н., Смотрина О.С.*

- Кадровый потенциал инновационного развития в Оренбургской области: основные тенденции и характеристики..... 9

*Кротенко И.Ю.*

- Управление системой регионального туризма в Республике Молдова..... 11

**ЮРИДИЧЕСКИЕ НАУКИ***Упоров И.В.*

- Первые послевоенные (1947 г.) выборы депутатов местных советов в РСФСР: отражение выборной кампании в советских газетах..... 14

*Упоров И.В.*

- Послевоенная преступность в СССР: общая характеристика и статистика..... 17

**БИОЛОГИЧЕСКИЕ НАУКИ***Тилавов Т., Кудратов Г.Д., Рахимов Т.У.*

- Некоторые биологические особенности и вредоносности черного кравчика - *lethrus rosmarus ball.* (coleoptera, scarabaeidae) в условиях Кашкадарьинской области Узбекистана..... 21

**ОБЩЕГУМАНИТАРНЫЕ НАУКИ***Бирюкова А.Д.*

- Языковое своеобразие англоязычного рекламного дискурса (идиомы со значением эмоций)..... 23

*Иванова Е.Ю., Цветков А.В.*

- Факторы самовосприятия у пациентов с кожными болезнями..... 24

*Кузнецова Е.М.*

- Стимулирование познавательного интереса у обучаемых к структуре композиции и содержанию картины методом практических заданий по теме «картина в картине»..... 26

*Куклин В.Ю., Цветков А.В.*

- Нервно-психическая адаптация и социальная фрустрация у зависимых от никотина..... 29

*Пасикова М.В.*

- К вопросу о вестибулярных реакциях яхтсменов-гонщиков на парусной доске..... 31

**МЕДИЦИНСКИЕ И ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЕ НАУКИ***Акимов А.М., Гакова Е.И., Каюмова М.М., Кузнецов В.А.*

- Ассоциации социальной поддержки и уровня образования у мужчин открытой городской популяции..... 34

*Садырбекова Ш.Ж.*

- Особенности клинической диагностики гипертонической энцефалопатии. Клинический случай..... 36

**СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ РАЗВИТИЯ НЕФТЕГАЗОВОЙ И МАШИНОСТРОИТЕЛЬНОЙ ОТРАСЛЕЙ***Боржеш А.М.*

- Механизмы реализации спрр в корпорациях нефтегазовой отрасли..... 40

*Салмин А.И.*

- Расчёт времени добычи порции металла на астероиде путём плавления лучами прожектора..... 44

3. Cohen S., Syme S. L. Issues in the study and application of social support // *Social support and health* / eds. S. Cohen, S. L. Syme. Orlando, 1985. P. 3—22.
4. Berkman, L. From social integration to health: Durkheim in the new millennium / L. Berkman, T. Glass, I. Brissette, T. Seeman // *Social Science and Medicine*. – 2000. – Vol. 51. – P. 843–858.
5. Kessler, R.C. The cost of caring: A perspective on the relationship between sex and psychological distress / R.C. Kessler, J.D. McLeod, E. Wethington ; In I.G. Sarason, B.R. Sarason (Eds.) // *Social support: Theory, research, and applications*. – Boston : Martinus Nijhoff, 1985. – P. 491–507.
6. Акимов А.М. Физическая активность и уровень образования в открытой мужской популяции // *Сибирский медицинский журнал*. – 2013. – № 3. – С. 81–84.
7. Riley, D. Social Ties: Subgroup differences in costs and benefits / D. Riley, J. Eckenrode // *Journal of Personality and Social Psychology*. – 1986. – № 51. – P. 770–778.
8. Акимова Е.В., Смазнова О.В., Каюмова М.М., Гафаров В.В., Акимов А.М., Силин А.Н., Кузнецов В.А. Взаимосвязь социальной поддержки и семейного статуса: популяционное исследование // *Профилактическая медицина*. – 2013. – Том 16. – № 6. – С. 21–24.
9. Панова А.В. особенности ассимиляционных процессов в полиэтническом регионе // *Наука и образование в XXI веке: сборник научных трудов по материалам международной научно-практической конференции: в 8 частях. ООО «АР-Консалт»* – 2014. – С. 167–169.
10. Акимов А.М. Отношение мужчин к здоровью: образовательные предпочтения // *Известия высших учебных заведений*. – 2013. – № 4. – С. 50–52.
11. Kanst A.E., del Rios M., Groenhouf F., Mackenback J.P. For European Union Working Group on Socioeconomic Inequalities in Health. Socioeconomic inequalities in stroke mortality among middle-aged men // *Stroke*. – 1998. – Vol. 29. – P. 2285–2291.
12. Gump B.B., Matthews K.A., Raikonen K. Modeling relationships among socioeconomic status, hostility, cardiovascular reactivity, and left ventricular mass in African American and white children // *Health Psychol.* – 1999. – Vol. 18. – P. 140–150.

**Akimov Alexander Mikhailovich, Ph.D., Junior Researcher, Laboratory of Epidemiology and Prevention of Cardiovascular Diseases, Scientific Department of Instrumental Research Methods**  
**Gakova Ekaterina Ivanovna, Ph.D., Research Associate in the Laboratory of Epidemiology and Prevention of Cardiovascular Diseases of the Scientific Department of Instrumental Research Methods**  
**Kayumova Marina Mihajlovna, Ph.D., the scientific employee of laboratory of epidemiology and preventive maintenance of cardiovascular diseases of scientific department of instrumental methods of research**  
**Kuznetsov Vadim Anatolyevich, MD, Professor, Head of the Research Department of Instrumental Research Methods Tyumen Cardiology Research Center, Tomsk National Research Medical Center of the Russian Academy of Sciences (Russia, Tomsk)**

#### ASSOCIATIONS OF SOCIAL SUPPORT AND LEVEL OF EDUCATION IN MEN OF OPEN CITY POPULATION

*The aim of the study was to study the relationship between levels of social support and education in an open urban population in men aged 25–64. The study was conducted within the framework of cardiological screening in the male population of 25–64 years in Tyumen, according to the WHO MONIKA-psychosocial algorithm. The index of close contacts (ICC) and the index of social relations (SNI) was evaluated using the Beckmann-Sim test. The level of education was assessed by three parameters: primary / secondary / higher education. In an open urban male population of 25–64 years, the prevalence of low and medium ICC, as well as medium and medium-high SNI prevailed in the group with an average level of education. At the same time in the group of men with the highest level of education, the most common was the average and medium-high SNI.*

*Key words: social support, men, male population, open population, index of close contacts, social communication index.*

УДК 612.8

**Садырбекова Ширин Женишбековна, аспирант кафедры нормальной и патологической физиологии Кыргызско-Российский Славянский Университет им.Б.Н.Ельцина (Кыргызская Республика, г. Бишкек)**

#### ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

*В статье описаны эпидемиологические, патоморфологические и клинические особенности гипертонической энцефалопатии, а также приведен клинический случай с гипертонической энцефалопатией смешанного генеза (атеросклеротического, гипертонического), когда трудно определить исходную причину заболевания.*

*Ключевые слова: Гипертоническая энцефалопатия, дисциркуляторная энцефалопатия, лечение энцефалопатии.*

**Гипертоническая энцефалопатия (ГЭ)** - представляет собой медленно прогрессирующее, диффузное и очаговое поражение вещества головного мозга, обусловленное хроническим нарушением кровообращения в мозге, связанного с длительно существующей неконтролируемой артериальной гипертонией. Термин «гипертоническая энцефалопатия» был предложен в конце 50-х годов XX столетия учеными Института неврологии Г.А. Максудовым и Е.В. Шмидтом. По данным российских авторов отмечается неуклонный рост числа пациентов с явлениями хронической ишемии головного мозга, на 2010г. число лиц с хроническими нарушениями мозгового кровообращения составляли не менее 700 на 100 000 населения [4]. По данным Всемирной Организации Здравоохранения ВОЗ -дисциркуляторная энцефалопатия (ДЭ) занимает одно из ведущих мест, в структуре всех сосудистых поражений головного мозга у лиц старше 60 лет [11]. Так рост числа нарушений мозгового кровообращения (по данным ВОЗ) обусловлен многофакторностью сосудистых заболеваний головного мозга и старением населения [7,10]. В

неврологических стационарах, по данным некоторых зарубежных авторов, больные ДЭ составляют – 9,7%. Также в демографическом ежегоднике Кыргызской республике за 2012 год имеются сведения по структуре цереброваскулярной патологии, где ишемические поражения головного мозга занимают лидирующее положение и составляют до 80% всех сосудистых заболеваний.

В настоящее время в многочисленных широкомасштабных исследованиях показано, что артериальная гипертония (АГ) является основной причиной и важнейшим фактором риска инсульта, играет ключевую роль в формировании хронической прогрессирующей недостаточности мозгового кровообращения – дисциркуляторной энцефалопатии (ДЭ) и сосудистой деменции [1,2,6]. При этом артериальная гипертония может длительное время протекать бессимптомно или малосимптомно с эпизодической церебральной симптоматикой, которая является уже первыми признаками нарушения мозгового кровообращения, оказывает повреждающее действие на сосудистую систему и вещество головного мозга и незаметно, исподволь формирует клиническую картину гипертонической энцефалопатии.

Патоморфологической основой гипертонической энцефалопатии является «гипертоническая ангиопатия», как артериальная, так и венозная. На всем протяжении сосудистого русла обнаруживаются деструктивные изменения в виде:

1) плазморрагий, геморрагий и некрозов стенки интрацеребральных сосудов с их истончением, что является предпосылкой для развития микроаневризмы геморрагических инсультов; 2) репаративных и адаптивных процессов – происходит гипертрофия мышечной оболочки артерий с образованием «гипертонических стенозов» вплоть до облитерации просвета сосуда, что приводит к редукции мозгового кровотока, к ишемии мозговой ткани и развитию ишемических инсультов; 3) патоморфологические, а также клинические исследования венозной системы головного мозга свидетельствуют о нарушении венозного оттока при артериальной гипертонии вплоть до выраженных нарушений в виде облитерации венозных синусов мозга при злокачественном течении артериальной гипертонии [5,8,9].

Присоединение атеросклеротических процессов к АГ приводит к ускоренному ухудшению мозгового кровоснабжения и прогрессированию смешанной формы ДЭ. Существенным отличием ГЭ от атеросклеротической энцефалопатии считается преимущественное массивное поражение в основном мелких ветвей сосудов головного мозга диаметром 70–500 мкм, а не крупных внечерепных и внутричерепных сосудов. Однако клинически разделить эти состояния бывает достаточно трудно [12]. Поскольку в том и другом случае с прогрессированием заболевания нарастает очаговая неврологическая симптоматика.

#### Клинический случай

Рассмотрим опыт постановки клинического диагноза у больного с ГЭ.

Больной А., 59 лет, находился на стационарном лечении в отделении неврологии Национального Госпиталя при Министерстве Здравоохранения Кыргызской Республики. Пациент обратился с жалобами на головную боль в теменно-затылочной области чаще в утренние часы, периодическое головокружение, шум в ушах, слабость, сердцебиение, периодические перебои в работе сердца, ухудшение памяти на текущие события, повышенную раздражительность, вспыльчивость, плохой сон с частыми пробуждениями, быструю утомляемость, особенно к концу рабочего дня. Ему трудно сосредоточиться, понижено внимание, что мешает в профессиональной деятельности.

Из анамнеза: выше описанные жалобы, со слов больного, беспокоят врача около года, в течение последних 5 лет отмечает периодическое повышение АД до 170/100 мм рт. ст., которое связывает с переутомлением и стрессами на работе. Также, отмечает погрешности в диете, часто употребляет жирную, жареную пищу. По совету участкового периодически принимал атенолол 50 мг в сутки, эднит 10 мг в сутки, кардиомагнил 75 мг на ночь. Один год назад перенес транзиторную ишемическую атаку (ТИА) на фоне гипертонического криза. Отец пациента перенес острый инфаркт миокарда в 66 лет. У матери пациента в анамнезе гипертоническая болезнь, умерла от инсульта в возрасте 64 года. Из вредных привычек отмечает курение в течение 20 лет. Объективно: состояние удовлетворительное, телосложение правильное, гиперстеничен, вес 103 кг, рост 173 см, индекс массы тела (ИМТ) 33,0 кг/м<sup>2</sup>, окружность талии 114 см.

При осмотре обнаружена поперечная исчерченность мочки уха. Перкуторно над всей поверхностью легких звук легочный, при аускультации дыхание везикулярное с жестким оттенком, хрипы не выслушиваются. Частота дыхания (ЧД) – 18 в мин. Область сердца не изменена. Границы сердца расширены влево на 1 см. Тоны сердца приглушены, акцент 2 тона над аортой, шумы отсутствуют. АД – 165/95 мм рт. ст. (Д = S), частота сердечных сокращений (ЧСС) – 84 в мин. Живот мягкий, безболезненный. Периферических отеков нет. Пульсация на аа. dorsalis pedis сохранена.

Неврологический статус. Сознание ясное, поведение адекватное. Глазные щели s = d, зрачки округлой формы s = d, фотореакции сохранены, на радужной оболочке обоих глаз имеется атеросклеротический ободок, глазодвигательных расстройств нет. Лицо симметричное, язык media. Сухожильные и периостальные рефлексы с рук s = d средней живости, с ног s чуть больше d, оживлены, имеется патологический ладонно-подбородочный рефлекс. Мышечный тонус и мышечная сила соответствуют возрасту пациента, в позе Ромберга не устойчив. Координаторные пробы выполняет удовлетворительно.

При исследовании когнитивных функций с помощью опросника MMSE результат составил 24 балла, что соответствует легким предметным когнитивным нарушениям. При исследовании когнитивных функций по методике «Мини-ког» пациент не смог вспомнить одно слово из трех.

Лабораторные исследования: клинические анализы крови и мочи, биохимические анализы крови в норме. Липидный спектр изменен (соответствует ДЛП IIa типа), агрегация тромбоцитов и индекс агрегации эритроцитов (ИАЭ) повышены, а индекс деформируемости эритроцитов (ИДЭ) снижен.

Инструментальные методы исследования

Электрокардиограмма (ЭКГ): ритм синусовый, электрическая ось сердца не отклонена, умеренное снижение вольтажа ЭКГ. Нарушение процессов реполяризации по передней стенке. Эхокардиография: аорта уплотнена, правые отделы сердца в норме, признаки ГЛЖ. Суточное мониторирование АД (СМАД) – заключение: у больного стойкая систоло-диастолическая АГ с недостаточным снижением АД и повышенной вариабельностью АД в ночное время.

Данные УЗДГ и ТКДГ: кровоток по брахиоцефальным артериям ОСА, ВСА, НСА стабильный, непрерывный. При локации ОСА справа имеются признаки ее избыточной извитости на всем протяжении (что рассматривается, как аналог стенотических изменений). Показатели резистивности и пульсационные индексы МАГ в пределах нормотонических величин. Спектральные характеристики указывают на склеротические изменения этих артерий. Кровоток по НБА антероградный, допустимо ассиметричный,  $s > d$ . Кровоток по ОА достаточный, артерия склеротически изменена. Кровоток по ПА удовлетворительный, но справа в прекраниальной зоне определяется избыточная извитость правой ПА. Артерии склеротически изменены.

Магнитно-резонансная томография (МРТ) головного мозга: умеренный лейкоареоз в области задних рогов боковых желудочков, также имеются множественные мелкие очаги демиелинизации и атрофические изменения корковых структур и расширение субарахноидальных пространств.

На рентгенограмме органов грудной клетки легочные поля прозрачные, корни легких структурные, синусы плевры свободны, сердце в размерах не увеличено, аорта уплотнена.

Глазное дно: ДЗН бледно розовые, границы четкие, СП в центре, артерии несколько сужены в результате атеросклеротического процесса, вены не изменены. Незрелая катаракта обоих глаз.

В заключении УЗИ внутренних органов: признаки хронического холецистита, панкреатита, хронического калькулезного пиелонефрита (камень левой почки), аденома предстательной железы.

Клинический диагноз: дисциркуляторная энцефалопатия смешанного генеза (атеросклеротическая, гипертоническая) II стадии, вестибулоатоксический синдром со снижением памяти, астенизацией. Умеренные когнитивные нарушения. ГИА в анамнезе.

Гипертоническая болезнь 3-й стадии. признаки хронического холецистита, панкреатита, хронического калькулезного пиелонефрита (камень левой почки), аденома предстательной железы.

Целью лечения данного больного заключалась в стабилизации гемодинамики, профилактике развития мозгового инсульта и нормализации когнитивных функций. Для контроля АД и органопротекторного действия назначали препараты, улучшающие мозговой кровоток, обладающие вазопротекторным эффектом, замедляющие процессы ремоделирования сердца. Выбор терапии проводили с учетом факторов риска (курение, возраст) и степени поражения органов-мишеней (ГЛЖ, признаки атеросклероза МАГ), а также с учетом сопутствующих соматических заболеваний. Больному были даны рекомендации по здоровому образу жизни: не курить, ограничить потребление соли до 5 г в сутки, гипохолестериновая диета, активная физическая нагрузка (ежедневная ходьба по 40 минут). Назначено лечение: ателолол 50 мг в сутки, эднит 10 мг в сутки, пентоксифиллин, рибоксин, витамин В-6, кетонал, актовегин внутрь – 400 мг 3 раза в сутки в течение 2 недель, затем 200 мг 3 раза в сутки в течение 3,5 месяцев. Результат оценивали через 10 дней наблюдения. На фоне проводимой терапии больной отметил значительное улучшение состояния в виде регресса головных болей, сердцебиения, уменьшения головокружения, шума в ушах и слабости, нормализации, работоспособности и сна. Также нормализовался профиль и достигнуты целевые значения АД – 135/80 мм рт. ст. При этом неврологический статус оставался прежним.

**Обсуждение:** У представленного пациента 59 лет ведущими жалобами явились головные боли, головокружение, слабость, ощущение сердцебиения, которые пациент связывал с повышением АД, а также снижение памяти, рассеянность. Указанные симптомы стали затруднять его профессиональную деятельность. При детальном осмотре у больного выявлены основные факторы риска гипертонической энцефалопатии, непосредственно связанные с тяжестью течения АГ: плохо контролируемая АГ, частые гипертонические кризы, высокая вариабельность АД, нарушенный суточный ритм АД с высоким АД по ночам и в ранние утренние часы. Также у больного выявлены факторы риска развития раннего атеросклероза: нарушение диеты, режима труда и отдыха, курение, пол, возраст. Атеросклероз проявлялся в виде атеросклеротического ободка радужной оболочки, поперечной складки на мочке уха и подтвердился данными ультразвуковой доплерографии. При этом время появления признаков атеросклеротического поражения сосудов установить не удалось. Тем самым, определить, что явилось первопричиной заболевания у данного больного, артериальная гипертензия или атеросклероз выяснить не

удалось. Основываясь на знаниях, что атеросклероз и гипертоническая болезнь являются двумя взаимообусловленными патологическими процессами, данному больному выставлен диагноз дисциркуляторная энцефалопатия смешанного генеза II стадии вестибулоатоксический синдром со снижением памяти, астенизацией. Умеренные когнитивные нарушения. ТИА в анамнезе.

Также следует отметить, что когнитивные нарушения могут отмечаться даже при нетяжелом поражении головного мозга, как атеросклеротического, так и гипертонического генеза. Степень когнитивных нарушений можно рассматривать как умеренную, так как сформировался клинически очерченный синдром, который ухудшает качество жизни, мешает выполнению профессиональных обязанностей. Когнитивные нарушения сочетаются с элементами эмоциональной лабильности, раздражительностью, что характерно для сосудистых поражений головного мозга. В то же время больной критичен к себе, сохраняет независимость и самостоятельность. Причиной транзиторной ишемической атаки у пациента, вероятнее всего, была неконтролируемая АГ. При этом выявленные изменения на МРТ в виде перивентрикулярно-лейкоареоза являются признаками поражения головного мозга, обусловленные гипертонической болезнью, а атрофические изменения корковых структур, расширение субарохноидальных пространств являются результатом атеросклеротического поражения сосудов.

Выбор терапии данного больного зависит не только от тяжести течения АГ, но и от возраста, признаков поражения органов-мишеней, наличия симпатикотонии, которую лучше всего контролировать с помощью бета-адреноблокаторов. Назначен Актовегин, который оказывает комбинированное воздействие на состояние эндотелия и стенки сосудов головного мозга, мозговой кровотока и метаболизм нервной ткани, способствует замедлению патологических изменений сосудов и вещества головного мозга. Описанный клинический случай показывает, что своевременно назначенная адекватная терапия для контроля АД и коррекции факторов риска, с включением нейрометаболической терапии, может оказать положительное воздействие на течение ДЭ и улучшить качество жизни. Положительную роль сыграло назначение гиполипидемической диеты и пентоксифиллина обеспечившее улучшение липидного обмена и тромбоцитарного звена гемостаза, а также уменьшение агрегации и повышение деформируемости эритроцитов.

#### Выводы:

1. Гипертоническая энцефалопатия является часто встречающейся многофакторной патологией.
2. Гипертоническая болезнь и атеросклероз могут быть взаимообусловленными или протекать параллельно друг другу.

#### Список литературы

1. Верещагин Н.В. и др. Инсульт. Принципы диагностики, лечения и профилактики. М., 2002. С. 208.
2. Верещагин Н.В. и др. Патология головного мозга при атеросклерозе и артериальной гипертонии. М., 1997.
3. Ганнушкина И.В., Лебедева Н.В. Гипертоническая энцефалопатия. М., 1987.
4. Гипертоническая энцефалопатия: роль артерио-венозных взаимоотношений в формировании ее клинико-патогенетических подтипов/ Автореферат диссертации на соискание ученой степени доктора медицинских наук/ Научный центр неврологии РАМН. Москва 2010– 34 с.
5. Епифанова О.Н. и др. // Кардиология. 1996. №8. С. 21.
6. Кадыков А.С., Шахпоронова Н.В. Сосудистые заболевания головного мозга / А.С. Кадыков, Н.В. Шахпоронова. – Москва, 2007. – 209 с.
7. Особенности кровенаполнения сосудистых бассейнов головного мозга у больных атеросклеротической дисциркуляторной энцефалопатией / Е.В. Андрианова, С.Чумаков // Вестник КРСУ, Бишкек. -2010. – С. 33-38
8. Толпыгина С.Н. и др. // Кардиология. 2001. №4. С. 71.
9. Шмидт Е.В. Классификация сосудистых поражений головного и спинного мозга / Е.В. Шмидт // Журнал неврологии и психиатрии. – 1985. – Т.85, №9. – С.1284-1288.
10. Шмидт Е.В. Сосудистые заболевания головного и спинного мозга / Е.В. Шмидт. –М., 1976. – 244 с.
11. Юршевич Е.А. Дисциркуляторная энцефалопатия (нейропсихологические, доплерографические и нейровизуализационные характеристики) / Е.А. Юршевич, В.В. Евстигнеев // Здоровоохранение. – 2002. - №4. – С. 8-13
12. Шмырев В.И., Боброва Т.А. // Клиническая геронтология. 2001. № 10. С. 7.

**Sadirkbekova Shirin Zhenishbekovna, Post-graduate student of the Department of Normal and Pathological Physiology Kyrgyz-Russian Slavic University named after B. N.Elcin (Kyrgyz Republic, Bishkek)**

#### THE FEATURES OF CLINICAL DIAGNOSIS OF HYPERTENSIVE ENCEPHALOPATHY OF COMBINED GENESIS. CLINICAL CASE

*The article describes the epidemiological, pathological and clinical features of hypertensive encephalopathy, and also presents the clinical case of combined genesis of hypertensive encephalopathy (atherosclerosis, hypertension), when it is difficult to determine the initial of cause of the disease.*

*Keywords: Hypertensive encephalopathy, discirculatorial encephalopathy, treatment of encephalopathy.*