

Пономарев, В.В. Лечение хронической сосудистой мозговой недостаточности на фоне артериальной гипертензии в Беларуси / В.В. Пономарев, В.Б. Смычек, Р.А. Михалюк, А.Е. Семак, Н.Н. Силивончик, Е.Л. Трисветова, Р.В. Хурса, М.М. Ливенцева, А.И. Алешкевич и др. // Здоровоохранение. – № 4, 2014 г. – С. 64-68.

**Лечение хронической сосудистой мозговой недостаточности
на фоне артериальной гипертензии в Беларуси.
Круглый стол ведущих специалистов здравоохранения 19.02.2014**

Пономарев В. В., Смычек В. Б., Михалюк Р. А., Семак А. Е., Силивончик Н. Н., Трисветова Е. Л., Хурса Р. В., Ливенцева М. М., Алешкевич А. И., Захаренко А. Г.

Старее население не только в нашей стране, но в мире в целом, возрастает частота возникновения «возрастзависимых» болезней (атеросклероз, артериальная гипертензия, сахарный диабет и др.), что обуславливает рост числа пациентов с цереброваскулярными хроническими заболеваниями. **Проблему ведения пациентов с нарушением мозгового кровообращения на фоне артериальной гипертензии участники заседания круглого стола под председательством профессора В. В. Пономарева обсудили в редакции журнала «Здоровоохранение».**

В. В. Пономарев, зав. кафедрой неврологии и нейрохирургии БелМАПО, доктор медицинских наук, профессор:

С пациентами с хронической сосудистой мозговой недостаточностью сталкиваются врачи практически всех терапевтических специальностей, в процессе распознавания патологии принимают участие врачи ультразвуковой и лучевой диагностики, смежных специальностей. Поскольку проблема мультидисциплинарная, нам нужно научиться говорить на одном языке.

Следует разобраться с терминологией. Понятие «дисциркуляторная энцефалопатия» применяется только на территории стран бывшего Советского Союза (его предложили советские неврологи В. М. Коган и Г. А. Максудов в 1958 г.), в Европе и США такого термина просто не существует. Следует отметить, что в нашей стране он применяется неоправданно широко: иногда пациенту устанавливают диагноз только на основании того, что возраст человека превысил 60, 70 или 80 лет.

Предстоит выработать единое мнение по вопросам диагностики, выбора адекватного лечения, поскольку возникает риск полипрагмазии.

Какие методы диагностики предпочтительны, на что стоит ориентироваться, а что исключить из нормативных документов (реально существующие протоколы в неврологии датируются 2005 г.). Прошу обратить внимание на вопросы экспертизы (встречаются случаи, когда практические врачи в посмертном эпикризе в качестве основной причины смерти пациента указывают дисциркуляторную энцефалопатию, что просто недопустимо).

В. Б. Смычек, директор РНПЦ медицинской экспертизы и реабилитации, доктор медицинских наук, профессор:

Несколько слов о патогенезе. Одно из понятий гласит, что дисциркуляторная энцефалопатия это медленно прогрессирующая недостаточность кровоснабжения мозга, приводящая к нарастающим диффузным, структурным изменениям с нарушением мозговых центров. У человека возникают множественные маленькие (0,52 мм) инфаркты головного мозга, напоминающие лакуны (отсюда название лакунарные инфаркты), которые склонны сливаться, образуя наружную, внутреннюю или смешанную водянку, в результате чего происходит атрофия мозгового вещества, причем чаще в патологический

процесс вовлечена лобная доля, что обуславливает нарушения психики. Энцефалопатию можно приостановить, но ликвидировать указанные явления невозможно.

К вопросу о реабилитации и экспертизе вернусь несколько позже.

Никакое другое заболевание не представляет такой легкости и в то же время такой сложности в установлении диагноза. Как же врачам шифровать листки нетрудоспособности, если термина «дисциркуляторная энцефалопатия» нет в МКБ-10? Диагноз «советский», а проблема международная. Существует масса синонимов, и все они справедливы.

Студентам на лекции объясняю, что есть другие шифры: синдром последствий сотрясения головного мозга (энцефалопатия), токсическая, неуточненная, алкогольная энцефалопатия, прогрессирующая сосудистая лейкоэнцефалопатия. Энцефалопатия сложного генеза, атеросклеротическая, гипертоническая - понятия, к которым привыкли со времен Советского Союза, также имеют право на жизнь и активно применяются в практике.

В. В. Пономарев:

Раиса Александровна, выскажете мнение как специалист-невролог, который работает с возрастными пациентами, какие дополнительные методы исследования можно использовать для подтверждения либо исключения хронической сосудистой мозговой недостаточности?

Р. А. Михалюк, доцент кафедры геронтологии БелМАПО, кандидат медицинских наук:

Вот уже 17 лет я работаю в Республиканском клиническом госпитале инвалидов Великой Отечественной войны им. П. М. Машерова, где примерно 85% пациентов неврологических отделений люди с сосудистой патологией головного мозга. Многие авторы сравнивают дисциркуляторную энцефалопатию со своеобразной эпидемией. Широкому ее распространению среди населения способствуют не только негативные стороны современной жизни (гиподинамия, нерациональное питание, курение, алкоголизация, стрессы и пр.), значительный вклад вносит также процесс старения. В качестве факторов риска развития и прогрессирования хронической сосудистой мозговой недостаточности рассматривают атеросклероз, сахарный диабет, соматическую патологию, но наиболее тяжелые формы хронической сосудистой мозговой недостаточности обуславливает артериальная гипертензия. При терапии этой патологии у пожилых следует корректировать не только основное заболевание, но учитывать и сопутствующую патологию, поскольку для пациентов старших возрастных групп характерна полиморбидность, нередко ведущая к полипрагмазии (порой число одновременно назначенных препаратов доходит до десяти). Нужно использовать лекарственные средства, обладающие полифакторным действием не только на сосуды головного мозга, но и на другие органы.

К примеру, милдронат может быть препаратом выбора в терапии пожилых людей. Учитывая, что практически у 95-98% пациентов с дисциркуляторной энцефалопатией наблюдается ишемическая болезнь сердца, использование таких препаратов оказывает антиоксидантный, кардио- и нейропротективный эффект. Очень важно определить стадию заболевания на основе когнитивных нарушений в сочетании с неврологическими синдромами, учитывая ведущие этиологические факторы. Среди методов диагностики основную роль играет нейровизуализация, учет степени поражения мозговой ткани, УЗИ сосудов головного мозга. Отмечу, что такой метод, как реоэнцефалография (РЭГ), уже морально устарел.

В. Пономарев:

Поддержу коллегу. Действительно, практика показывает, что большинство терапевтов и неврологов переоценивают результаты РЭГ для диагностики хронической сосудистой мозговой недостаточности. Нужно учитывать, что это функциональная методика, которая косвенно отражает сиюминутное состояние, поэтому на основании

полученных результатов нельзя подтвердить или исключить диагноз, тем более назначить курс лечения.

А. Е. Семак, профессор кафедры нервных и нейрохирургических болезней БГМУ, доктор медицинских наук:

В одной из диссертационных работ, посвященной нарушениям дыхательной функции у пациентов с цереброваскулярной недостаточностью, приведены статистические данные: дисциркуляторная энцефалопатия является ведущей патологией у возрастных пациентов и встречается в 680 случаях на 1000 населения, у 11-13% приводит к летальному исходу. Что же лежит в основе развития дисциркуляторной энцефалопатии? Если рассмотреть причины возникновения мозговых инсультов, можно выделить три пункта: состояние сердечно-сосудистой деятельности, сосудистой системы и свертывающей системы крови. Сегодня мы говорим о гипертонической энцефалопатии как таковой. Важно отметить, что дисциркуляторная энцефалопатия имеет 3 стадии с характерными функциональными нарушениями. Когда сотрудники кафедры занимались вопросами прогнозирования мозгового инсульта, пришли к выводу, что инсульты на фоне гипертонического криза чаще развиваются у лиц молодого возраста, у пожилых пациентов наблюдается хроническая цереброваскулярная недостаточность.

Дисциркуляторная энцефалопатия наносит ущерб не только в морально-этическом плане, но и в плане трудоспособности, что переводит ее из медицинской проблемы в разряд медикосоциальных.

В. В. Пономарев:

Хотелось бы услышать мнение смежных специалистов. Как, на ваш взгляд, можно улучшить взаимодействие между неврологами и терапевтами, как научить врача общей практики правильно диагностировать?

Н. Н. Силивончик, зав. кафедрой общей врачебной практики БелМАПО, доктор медицинских наук:

Врач общей практики находится в наиболее сложном положении, поскольку встречается с первыми, еще неточно обозначенными, симптомами заболевания. Мы все прекрасно знаем, что «невинный» симптом может оказаться существенным. Участники круглого стола начали разговор с того, что такого понятия, как дисциркуляторная энцефалопатия не существует, а сейчас мы обсуждаем стадии этого заболевания.

Врачу общей практики важна определенность в терминологии. Было бы правильно, чтобы он располагал инструкциями или протоколами для этого уровня оказания помощи, конкретными, простыми и понятными материалами. Сегодня врачи общей практики целенаправленно изучают особенности ведения пациентов с сосудистой патологией, занимаются профилактикой, выявляют факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний, предпринимают попытки минимизировать их.

В. В. Пономарев:

Патология сердца - один из факторов риска развития хронического нарушения мозгового кровообращения.

Е. Л. Трисветова, профессор 2-й кафедры внутренних болезней БГМУ, доктор медицинских наук:

Обсуждение проблемы гипертонической энцефалопатии, или ангиоэнцефалопатии, нужно начинать с терапевтов. Почему? Прежде других, «узких», специалистов пациентами с артериальной гипертензией занимаются терапевты. Назначая адекватную антигипертензивную терапию и достигая у пациента целевого уровня артериального давления, терапевты могут предупредить те тяжелые нарушения мозгового кровотока и когнитивных функций, к которым приводит артериальная гипертензия. Помимо артериальной гипертензии известно много других болезней сердца, вызывающих нарушения мозгового кровотока: пороки сердца, кардиомиопатии, аритмии сердца, обуславливающие нарушение гемодинамики, вызывающие изменения ауторегуляции мозгового кровотока и появление очагов лейкоареоза. Одним словом, с лечебной тактики

терапевта или кардиолога начинается профилактика хронического нарушения мозгового кровообращения. Именно артериальная гипертензия, диагностируемая у 40-50% населения, относится к наиболее распространенным факторам риска развития острого и хронического нарушения мозгового кровотока. К сожалению, приверженность лечению у пациентов с артериальной гипертензией невысока, далеко не все соблюдают врачебные рекомендации. Большинство на фоне снижения давления уменьшают количество назначенных препаратов или вообще отказываются их принимать. Согласно американским рекомендациям 2011 г. по профилактике инсульта, снижение артериального давления эффективно уменьшает риск развития постинсультной деменции. Предупредить развитие хронического нарушения мозгового кровотока необходимо с молодых лет.

Мне попали в руки данные интересного научного исследования 2007 г. По результатам магнитно-резонансной томографии, у 25% обследованных в возрасте до 55 лет с диагностированной за 4 года до этого артериальной гипертензией выявлена субкортикальная ишемия мозга с когнитивными нарушениями. Выводом служит утверждение о том, что постоянная, «агрессивная» антигипертензивная терапия способствует предотвращению нарушений мозгового кровотока. Ингибиторы АПФ, БРА, блокаторы кальциевых каналов основные классы препаратов, обладающих антигипертензивным и органопротективным действием, влияющим на кровоток в сосудах головного мозга и обладающих свойством нейромодуляции (лозартан). Необходимо своевременно назначать и гиполипидемическую терапию, часто сартанами, которые улучшают показатели липидного спектра крови и проявляют плеiotропные эффекты, улучшают функцию эндотелия, уменьшают вязкость крови, замедляют прогрессирование атеросклеротического процесса в магистральных артериях головы, коронарных сосудах, оказывают антиоксидантный эффект. В лечении пациентов с ангиоэнцефалопатией и хроническими нарушениями мозгового кровотока применяют милдронат - препарат, оказывающий цитопротективный и антиоксидантный эффект. Милдронат улучшает энергообеспечение ишемизированной ткани головного мозга и сердца путем оптимизации образования и расходования энергии; снижает интенсивность свободнорадикальных процессов и инактивирует свободные активные радикалы кислорода, образующиеся вследствие ишемического стресса. На фоне лечения милдронатом улучшается физическая и умственная работоспособность, уменьшается выраженность когнитивных расстройств.

Хочу напомнить еще об одной проблеме, возникающей у пациентов молодого возраста с аномалиями мозговых сосудов, сонных артерий, отхождением артерии от дуги аорты, гипоплазией сосудов, влекущими нарушения мозгового кровотока. К 30-35 годам у них появляются стойкие хронические нарушения мозгового кровообращения и когнитивные расстройства. Это контингент пациентов, на которых нужно своевременно обращать внимание. К сожалению, у терапевтов мало инструментов, с помощью которых можно выявить нарушения мозгового кровотока.

Допплеровское исследование сосудов сонных артерий - один из методов, который позволяет обнаружить изменения стенок и гемодинамики в крупных артериях, намного эффективнее магнитно-резонансная томография, которая, правда, не может быть отнесена к методам скрининга.

В. В. Пономарев:

Как заинтересовать пациентов в своем здоровье? Как повысить приверженность лечению?

Р. В. Хурса, зав. кафедрой поликлинической терапии БГМУ, кандидат медицинских наук, доцент:

Терапевты, гипертензиологи, врачи стационаров постоянно говорят пациентам, что следует регулярно принимать назначенные препараты. Важно отметить, что артериальная гипертензия - один из первых симптомов какого-то неблагополучия в системе кровообращения, причем с его появлением начинается быстрое ухудшение состояния

сосудов в организме, в том числе сосудов головного мозга, возникают осложнения уже самой гипертензии. Но почему развивается это неблагополучие и гипертензия? Что первично, а что вторично? Не спорю, очень важно лечить артериальную гипертензию, но задача терапевтов состоит в том, чтобы как можно раньше выявить патологию. Именно терапевты должны первыми увидеть признаки начинающихся проблем, в том числе в нервной системе, значит, нужно четко представлять, о чем идет речь. Дисциркуляторную энцефалопатию диагностируют практически у всех пожилых пациентов, так сказать, на всякий случай. Но если разобраться, какие в нашем распоряжении методы диагностики этого состояния? Мы видим, когда процесс зашел далеко. Назрела необходимость внедрять методы ранней диагностики, думаю, неврологи имеют такую возможность. Взять, к примеру, специальные опросники объективный инструмент, который позволяет в динамике проследить изменения когнитивных функций. Коснусь также вопроса сотрудничества терапевтов и неврологов. В первую очередь это должна быть информационная помощь: терапевты амбулаторного звена должны четко знать позицию коллег-неврологов в отношении цереброваскулярной патологии. В этом плане будут полезны междисциплинарные конференции. Тут же возникает и вопрос преемственности врачей стационаров и поликлиник. В нынешних условиях дефицита специалистов в поликлиниках грамотные и конкретные рекомендации лечащего врача стационара (эпикриз) значительно помогают выработать тактику амбулаторного лечения и ведения пациента, остается наблюдать человека в динамике, корректировать терапию. Ваша помощь просто незаменима. Сегодня за круглым столом коллеги отметили, что специалисты должны говорить на одном языке. К сожалению, порой на разных языках говорят даже представители одной специальности: терапевт амбулаторного звена и терапевт стационара не всегда понимают друг друга, концентрируя внимание исключительно на проблемах своего уровня. Позвольте еще одну ремарку: необходимо помнить и о немедикаментозных методах лечения гипертензии и других сердечно-сосудистых заболеваний, в реальной практике о них просто забывают или не успевают рассказать пациентам. Мы можем уговорить человека принимать лекарственные препараты, но просто нереально приобщить его к занятиям лечебной физкультурой, которая между тем существенно улучшает гемодинамику и настроение. Люди продолжают верить только в «чудодейственные» таблетки.

В. В. Пономарев:

Предлагаю посмотреть на данную проблему несколько с другой позиции. Иногда мы проявляем чрезмерную активность в лечении гиперхолестеринемии, на которую еще лет 30 назад обращали мало внимания. Достаточно увидеть в биохимическом анализе крови значение общего холестерина выше 6,0, как начинают активно назначать липидснижающую терапию, без исследования липидограммы. Понимаю, что борьба с холестерином важна, но нужно помнить, к примеру, что липопротеины высокой плотности задействованы в процессе образования половых гормонов, поэтому ни в коем случае нельзя лечить молодых мужчин, не зная, липопротеины какой плотности превалируют.

М. М. Ливенцева, ведущий научный сотрудник лаборатории артериальной гипертензии РНПЦ «Кардиология», кандидат медицинских наук:

Назначать статины молодому мужчине с указанным уровнем общего холестерина нет надобности, если отсутствуют признаки ишемической болезни сердца, когда по шкале SCORE отмечается невысокий риск развития осложнений. Нужно оценивать не цифру общего холестерина, а уровень сердечно-сосудистого риска, и если пациент имеет повышенное давление, то в таком случае нужно назначать адекватную антигипертензивную терапию.

В нашей стране насчитывается более 1 млн 800 тыс. пациентов с артериальной гипертензией. Нет ни одной другой патологии, которая охватывала бы все возраста. Если рассмотреть, как высокое артериальное давление моделирует работу головного мозга, то

можно выделить три мощных блока: во-первых, это фактор риска развития атеросклероза, атеротромбоза, инфаркта мозга; во-вторых, оно вызывает гипертензивное поражение мелких артерий, вследствие чего развиваются геморрагии, лакунарные инфаркты, фокальное поражение белого вещества; в-третьих, приводит к нарушению ауторегуляции мозгового кровотока гипертензивная энцефалопатия. Мы констатируем уже последствия острой сосудистой катастрофы. Никто из пациентов не говорит, что в течение 30 лет у него повышался уровень холестерина или артериальное давление, они скорее назовут день, когда случился инфаркт или инсульт, когда выполнено аортокоронарное шунтирование. Мы опаздываем с диагностикой. Сегодня ведущие гипертензиологи мира предлагают внести в стратификацию рисков не толщину комплекса «интимамедиа» общей сонной артерии как объекта, а дисфункцию эндотелия. Да, пока нет таких маркеров, но стоит об этом задуматься. С 2000 г. в широкой мировой практике не появились новые антигипертензивные препараты, и мы должны в реальной практике правильно использовать те, что есть. По статистике, только 50% пациентов в течение года принимают назначенную терапию (один препарат), если назначили два лекарства доля приверженных лечению пациентов снижается до 30%, и только каждый десятый принимает три лекарственных препарата. В таком случае понятно, почему не снижается число острых сосудистых катастроф, а, наоборот, ежегодно увеличивается количество инсультов. Отсутствие приверженности терапии огромная проблема. У кардиологических пациентов практически не встречается монотерапия: им назначают 23 антигипертензивных препарата, плюс статины и дезагреганты. Учитывая, что большинство пациентов принимают лекарства, блокирующие ренин-ангиотензивную систему (ингибиторы АПФ, сартаны), возникает вопрос, что можно добавить в таком случае? Сегодня уже говорили про милдронат: с одной стороны, он влияет на оксидантный стресс, с другой на энергетику клетки и может потенцировать действие ингибиторов АПФ, что позволяет сократить количество назначаемых лекарственных препаратов.

В. В. Пономарев:

Попрошу помочь развеять миф о роли компьютерной (КТ) и магнитно-резонансной томографии (МРТ) в диагностике или опровергнуть мою неправоту. Что я имею в виду. При естественном старении у человека происходит атрофический процесс, признаки которого обнаруживают во время обследования специалисты по лучевой диагностике, после в заключении пишут, что выявлены признаки в пользу дисциркуляторной энцефалопатии. Но этот атрофический процесс может быть и следствием возраста или других многочисленных причин, не связанных с дисциркуляторной энцефалопатией.

А. И. Алешкевич, зав. кафедрой лучевой диагностики и лучевой терапии БГМУ, кандидат медицинских наук, доцент:

Специалисты лучевой диагностики дают заключение по результатам визуализационных методов. Врач должен учитывать анамнез, клиническую картину и лабораторные данные. Много зависит от опыта специалиста лучевой диагностики, знания клиники и патогенеза заболевания. Поэтому, безусловно, возникают различные трактовки данного рода изменений. Сегодня в арсенале методов лучевой диагностики при определении хронического нарушения мозгового кровообращения используются рентгенография шейного отдела позвоночника с функциональными пробами, ультразвуковое исследование, ангиография, КТ, КТ-ангиография, МРТ и МРТ-ангиография. При этом необходимо отметить, что рентгенография шейного отдела позвоночника обладает относительно низкой диагностической эффективностью. С другой стороны, МРТ один из самых высокотехнологических методов позволяет визуализировать изменения в головном мозге, которые свидетельствуют об ишемии (лейкоареоз, расширение ликворных систем, атрофия мозга). Однако эти изменения, как правило, характерны для поздних стадий заболевания. УЗИ в диагностике поражений экстракраниальных и интракраниальных сосудов имеет достаточно большие возможности,

позволяет определить как прямые, так и косвенные признаки нарушения кровотока в данной области. Кроме того, доступность, относительная простота и небольшие экономические затраты позволяют говорить об ультразвуковом исследовании в диагностике хронического нарушения кровотока как о скрининговом методе.

А. Г. Захаренко, зав. кафедрой клинической фармакологии БелМАПО, кандидат медицинских наук:

Подходы к лечению сложные, так как насчитывается не менее 5 патогенетических вариантов хронической ишемии мозга. Многие врачи в силу неопытности стремятся назначить препараты «от всего понемножку», что ведет к полипрагмазии. В лечении хронической ишемии основное значение придается базисной фармакотерапии. В целом она не вызывает особых споров, но все же неоднозначна при ведении пожилых пациентов. Современная базисная терапия складывается из противогипертензивных препаратов, гиполипидемических (статины), лекарственных средств, улучшающих циркуляцию, антиагрегантов (при тромбозе мелких вен), непрямых антикоагулянтов (при пароксизмальной форме мерцания предсердий, протезировании сердечного клапана и т. д.). Важно также учитывать фармакогенетические особенности метаболизма человека. Сегодня на отечественном фармацевтическом рынке зарегистрированы современные препараты, имеющие доказательную базу эффективного применения для профилактики и лечения ишемических инсультов. Аспирин препарат № 1 антиагрегантной терапии; доступны различные формы, правда, нужно учитывать ограничения (возможно развитие эрозивно-язвенных поражений, резистентности: чем старше человек, тем менее эффективен препарат). Отмечу, что неврологи правильно выбирают дозировку 1 мг на кг массы тела в сутки. Не всегда наблюдается должный и нужный эффект использования клопидогреля (сейчас создали новый препарат из группы тенопиридинов, который используют пока только в России, он менее подвержен влиянию метаболической системы).

Большая доказательная база о влиянии статинов на атеросклеротические поражения коронарных и церебральных сосудов. Но взаимодействие препаратов очень опасно в плане развития рабдомиолиза.

В. В. Пономарев:

Поскольку сегодня речь идет о пожилых пациентах, как правило, принимающих одновременно от 5 до 7 медикаментов (по разным причинам), скажите несколько слов о преимуществах препаратов с множественным механизмом действия.

А. Г. Захаренко:

Хочу остановиться на двух моментах в отношении подходов к лечению: пациентам старше 80 лет нежелательно резко снижать артериальное давление со 180/120 мм рт. ст. до 120/70 мм рт. ст., иначе можно сорвать гемодинамику. Необходимо медленно и постепенно снижать уровень артериального давления, объясняя пациенту необходимость постоянно принимать препараты (отмена лекарства может привести к развитию транзиторной ишемической атаки, в дальнейшем к деменции). В плане профилактики когнитивных нарушений показаны противогипертензивные препараты, доказан эффект применения периндоприла в сочетании с индапамидом, антагонистов кальция, сартанов. Постоянный прием назначенных препаратов единственный способ профилактики деменции у пациентов с артериальной гипертензией. Есть комбинированные патогенетические препараты, которые используют для улучшения сосудистого кровотока, метаболизма. Но не стоит увлекаться, назначая 2-3 препарата и больше, достаточно одного. Взять тот же милдронат: за счет улучшения сократительной способности миокарда он работает и в условиях ишемии, в то же время способствует релаксации сосудов (и коронарных, и церебральных, и периферических). Таким образом, получаем дополнительный противогипертензивный эффект за счет периферической вазодилатации и выраженное метаболическое действие за счет влияния на оксидативный стресс. К вопросу о полипрагмазии. Следует учитывать индивидуальные особенности человека, по

возможности сократить количество лекарственных средств за счет комбинированных препаратов.

В. В. Пономарев:

Василий Борисович, если можно, продолжите разговор об оценке трудоспособности пациентов, о возможностях их реабилитации.

В. Б. Смычек:

Мы сегодня говорим о хронической ишемической болезни мозга. Наличие психопатологической симптоматики и степень выраженности двигательных нарушений определяют стадию дисциркуляторной энцефалопатии. К сожалению, мы сталкиваемся с проблемой гипердиагностики. Простой пример. В процессе проведения медико-социальной экспертизы (прежде называли врачебно-трудовой) даже I стадия дисциркуляторной энцефалопатии может стать причиной установления инвалидности и потери профессии. Объясню, в чем кроется подвох. Согласно постановлению Минздрава Республики Беларусь об определении перечня заболеваний и противопоказаний, запрещающих допуск лиц к управлению механическими транспортными средствами, в отношении водителей категории В допуск лиц с дисциркуляторной энцефалопатией I степени решается индивидуально: после комплексного обследования, включающего психологическое тестирование, компьютерную томографию головного мозга, осмотр окулиста, эхоэнцефалоскопию, УЗИ брахиоцефальных артерий. Подобные обследования не предполагаются, если такой диагноз выставлен водителю категории С, D. То есть «слепая» диагностика, казалось бы, безобидной дисциркуляторной энцефалопатией I степени равносильна тому, что подписать приговор водителю-профессионалу. С другой стороны, в случае аварии с участием водителя с тем же диагнозом остается виноват врач. Если же диагностируется энцефалопатия II степени, то вождение автомобиля противопоказано вообще всем: не только профессионалам, но и любителям. А ведь сегодня автомобиль есть практически в каждой семье. Прогрессирование заболевания вызывает изменения психики, двигательные нарушения. Самые злые шаржи рисует время. Принес показать автопортрет художника, страдающего дисциркуляторной энцефалопатией: пример того, как за годы прогрессирования заболевания от I до III стадии происходит распад личности. Что же мы можем предложить человеку в ситуации, когда патология неподвластна лечению? Показано полноценное питание, доступная физическая нагрузка, занятия лечебной физкультурой и рациональное трудоустройство, а в качестве профилактики энцефалопатии рекомендуют заучивать стихи, разгадывать кроссворды.

В. В. Пономарев:

Всех благодарю за конструктивный разговор, из которого, думаю, каждый сегодня почерпнул много полезного. Мы наметили практические пути решения, теперь нужно действовать, чтобы сдвинуть проблему с мертвой точки, чтобы разговаривать с коллегами разных специальностей на одном языке.

Подготовила Татьяна Ясевич

ХРОНИЧЕСКОЕ НАРУШЕНИЕ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Лечение пациентов с артериальной гипертонией высокого и очень высокого риска сердечно-сосудистых осложнений в амбулаторных условиях / И. В. Караулько [и др.] // Кардиология в Беларуси. 2012. № 2. С. 68-77. Библиогр.: 11 назв.

Липовецкий Б. М. Цереброваскулярная болезнь с позиций общей патологии / Б. М. Липовецкий. СПб.: СпецЛит, 2013. 74 с. (Шифр 588892)

Моисеев С. В. Хроническая ишемия головного мозга в практике терапевта: обзор литературы / С. В. Моисеев, И. В. Рогова // Клинич. фармакология и терапия. 2011. Т. 20, № 4. С. 76-81.

Одиночный субкортикальный очаг инфаркта и атеросклеротические бляшки в средней мозговой артерии. Результаты магнитно-резонансной томографии высокого разрешения / И. Ион [и др.] // Stroke. 2013. № 3. С. 3440. Библиогр.: 19 назв.

Опыт применения препарата «Церепро» (холина альфосцерат) при лечении амбулаторных больных с хроническими прогрессирующими сосудистыми заболеваниями головного мозга / Е. В. Костенко [и др.] // Мед. новости. 2013. № 6. С. 6368. Библиогр.: 12 назв. Оценка эффективности применения новых форм Кавинтона® у пациентов с гипертонической энцефалопатией / Г. М. Авдей [и др.] // Лечеб. дело. 2013. № 4. С. 59. Библиогр.: 17 назв.

Применение современных антиоксидантов (Мексиприм) в комплексном лечении больных с хронической цереброваскулярной недостаточностью / И. Б. Куцемелов [и др.] // Рус. мед. журн. 2012. № 10. С. 509-513. Библиогр.: 15 назв.

Симоненко В. Б. Артериальная гипертония и сосудистые дисфункции / В. Б. Симоненко, И. Н. Медведев, А. Г. Брюховицкий. М.: Эко-Пресс, 2012. 288 с. (Шифр 588092).

Сосудистые спастические реакции: лучше предотвратить, чем лечить / М. П. Савенков [и др.] // Рус. мед. журн. 2012. № 34. С. 1658-1659.

Танашян М. М. Дипиридамол в комплексной терапии хронических цереброваскулярных заболеваний / М. М. Танашян, М. А. Домашенко // Атмосфера. Нервные болезни. 2012. № 3. С. 27-30. Библиогр.: 16 назв.

Танашян М. М. Кислота в лечении и профилактике цереброваскулярных заболеваний / М. М. Танашян, М. А. Домашенко // Атмосфера. Нервные болезни. 2012. № 1. С. 13-17. Библиогр.: 32 назв.

Трисветова Е. Л. Лозартан в лечении сосудистой деменции при артериальной гипертензии / Е. Л. Трисветова, В. В. Пономарев // Мед. новости. 2013. № 1. С. 71-74. Библиогр.: 25 назв.

Церебральный кровоток, функциональная активность эндотелия у больных ишемической болезнью сердца и артериальной гипертонией на фоне терапии ивабрадином в комбинации с периндоприлом / Н. А. Мусихина [и др.] // Терапевт. арх. 2012. Т. 6, № 12. С. 30-34. Библиогр.: 15 назв.

Чельшева Л. В. Нарушения церебральной артериальной и венозной гемодинамики при артериальной гипертензии: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.05 / Л. В. Чельшева; Новосиб. гос. мед. ун-т. Новосибирск, 2013. 19 с. (Шифр 68717а)

Чуканова Е. И. Хроническая ишемия мозга (этиология, патогенез, лечение). Профилактика инсульта и сосудистой деменции / Е. И. Чуканова, Б. Э. Ходжамжаров, А. С. Чуканова // Рус. мед. журн. 2012. № 10. С. 517-521. Библиогр.: 17 назв.

Широков Е. А. Хроническая ишемия мозга: нарушения активного ионного транспорта и возможности лечения / Е. А. Широков // Рус. мед. журн. 2013. № 10. С. 496-498.

Шотт И. А. Ранние клинические проявления болезни Бинсвангера: описание случая / И. А. Шотт, О. А. Дышлюк // Психиатрия. Психотерапия и клинич. психология. 2010. № 2. С. 8387.

Шутеева Т. В. Применение препарата «Нейромидин» в лечении хронической ишемии мозга / Т. В. Шутеева, Е. В. Чернышков // Журн. неврологии и психиатрии им. Корсакова. 2012. Т. 112, № 4. С. 7778. Библиогр.: 10 назв.

Эффективность Цитофлавина при хронической ишемии головного мозга / З. А. Суслина [и др.] // Неврология и нейрохирургия. Восточная Европа. 2011. № 4. С. 51-58. Библиогр.: 12 назв.