

УДК 54,5  
С 81

**Каротидная эндартерэктомия в остром периоде ишемического инсульта: клинические и нейрофизиологические критерии эффективности: методические рекомендации / Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе, Петрозаводский государственный университет. – СПб.: Фирма «Стикс», 2017. – 40 с.**

Авторы:

Кандидат медицинских наук Стафеева И.В.  
Доктор медицинских наук, профессор Вознюк И.А.  
Член-корреспондент РАН,  
Доктор медицинских наук, профессор Дуданов И.П.

В методических рекомендациях рассматриваются результаты оперативного лечения гемодинамически значимых стенозов сонных артерий в комплексе методов реабилитации при остром ишемическом инсульте и обоснована их эффективность.

Методические рекомендации предназначены для невропатологов и сосудистых хирургов первичных и региональных сосудистых центров, клинических интернов, ординаторов и аспирантов.

рецензент: Академик РАН А.А. Скоромец.

ISBN 978-5-904772-13-0

© Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе,

© Петрозаводский государственный университет

## Оглавление

Введение	4
<b>Часть 1. Нейрофизиологические аспекты изучения патофизиологических механизмов восстановления головного мозга после выполнения каротидной эндартерэктомии</b>	6
1. Электроэнцефалография	7
2. Вызванные потенциалы головного мозга	12
<b>Часть 2. Алгоритм обследования пациентов в остром периоде ишемического инсульта, нуждающихся в хирургической ревазуляризации головного мозга</b>	18
2.1. Клинико-неврологическое обследование	18
2.2. Электроэнцефалография	20
2.2.1. Спектральный анализ и картирование ЭЭГ	21
2.3. Акустические стволовые вызванные потенциалы	23
2.4. Соматосенсорные вызванные потенциалы	24
2.5. Когнитивные вызванные потенциалы (P300)	25
<b>Часть 3. Критерии отбора пациентов для выполнения каротидной эндартерэктомии в остром периоде ишемического инсульта</b>	26
Список литературы	30
Приложения	33

## Часть 2. Алгоритм обследования пациентов в остром периоде ишемического инсульта, нуждающихся в хирургической реваскуляризации головного мозга

### 2.1. Клинико-неврологическое обследование

Клинико-неврологическое обследование включает в себя тщательный сбор анамнеза с учетом факторов риска ишемического инсульта. При сборе анамнеза данные могут быть получены как от самих больных, так и от их родственников. Обследование больных должно включать подробное исследование неврологического и соматического статуса пациентов. Помимо клинического обследования, для оценки соматического состояния пациентов всем пациентам в динамике выполняются клинический и биохимический анализы крови (в том числе уровень холестерина, триглицеридов, липопротеидов высокой и низкой плотности), общий анализ мочи, ЭКГ, эхокардиография и рентгенография органов грудной клетки. С целью уточнения характера и особенностей поражения головного мозга проводится осмотр глазного дна, исследование состава цереброспинальной жидкости, СКТ и (или) МРТ головного мозга, триплексное сканирование магистральных сосудов головы и шеи, МСКТ ангиография сосудов головного мозга. Больные с афатическими нарушениями должны быть консультированы логопедом.

Исследование неврологического статуса проводится по общепринятой схеме (Гусев Е.И. и др., 1988) с детальной оценкой общемозговых и менингеальных симптомов, состояния черепных нервов, двигательной и чувствительной сфер, вегетативной нервной системы, высших психических функций.

Для объективизации характера и динамики изменений неврологической симптоматики целесообразно использование шкалы NIHSS (National Institute of Health scale), отражающую тяжесть острого периода и

течение заболевания (Brott T. et al., 1989). Шкала включает в себя 12 показателей: уровень сознания, ориентации; состояние высших мозговых функций, черепных нервов (поля зрения, наличие или отсутствие пареза зрения, паралича лицевого нерва); наличие и характер двигательных (в руке и ноге) и чувствительных нарушений, атаксии. Величина балльной оценки максимальна при смерти больного и соответствует 55 баллам. На основании комплексной оценки наличия и выраженности общемозговых, менингеальных и очаговых симптомов, величины интегральной оценки по данной шкале на момент поступления все пациенты, в зависимости от тяжести состояния, целесообразно разделить на три клинические группы: инсульт с легким неврологическим дефицитом, инсульт с неврологическим дефицитом сред-ней тяжести и инсульт с тяжелым неврологическим дефицитом. При инсульте с легким неврологическим дефицитом в первые сутки отмечается умеренная очаговая симптоматика, которая удерживается более 1 суток. Суммарный балл по шкале NIHSS в первые сутки составляет менее 7 баллов.

Ишемический инсульт с неврологическим дефицитом средней тяжести характеризуется умеренно выраженными признаками отека мозга, расстройств сознания, в клинической картине преобладает очаговая неврологическая симптоматика. Суммарный балл по шкале NIHSS в первые сутки соответствует 7-14 баллам.

Инсульт с тяжелым неврологическим дефицитом проявляется выраженной общемозговой симптоматикой с расстройствами сознания признаками отека мозга, вегетотрофическими нарушениями, грубым составляет более 14 баллов. В течение острого периода оценка динамики неврологических нарушений по шкале NIHSS осуществляется на 1,3,7,14 и 21 сутки.

Со второй недели заболевания с целью проведения детальной количественной оценки нарушений неврологического статуса с учетом функциональных возможностей больного возможно также использование