

Тема : Синдром Гийена Барре

Подготовила : Турымбет М.А

Проверила : Балтаева Ж.Ш

Синдром Гийена-Барре

(Guillain-Barrésyndrome) (СГБ) – острое, быстро прогрессирующее аутоиммунное поражение периферической нервной системы, проявляющееся в виде парестезии конечностей, мышечной слабости и/или вялых параличей (монофазная иммунно-опосредованная нейропатия).

GUILLAIN-BARRE' SYNDROME

RISK FACTORS:

- POSSIBLY AUTOIMMUNE
- MORE COMMON: 20 to 50-YEAR-OLDS
- ? ASSOCIATION WITH SWINE FLU IMMUNIZATIONS
- FREQUENTLY PRECEDED BY MILD RESPIRATORY OR INTESTINAL INFECTION

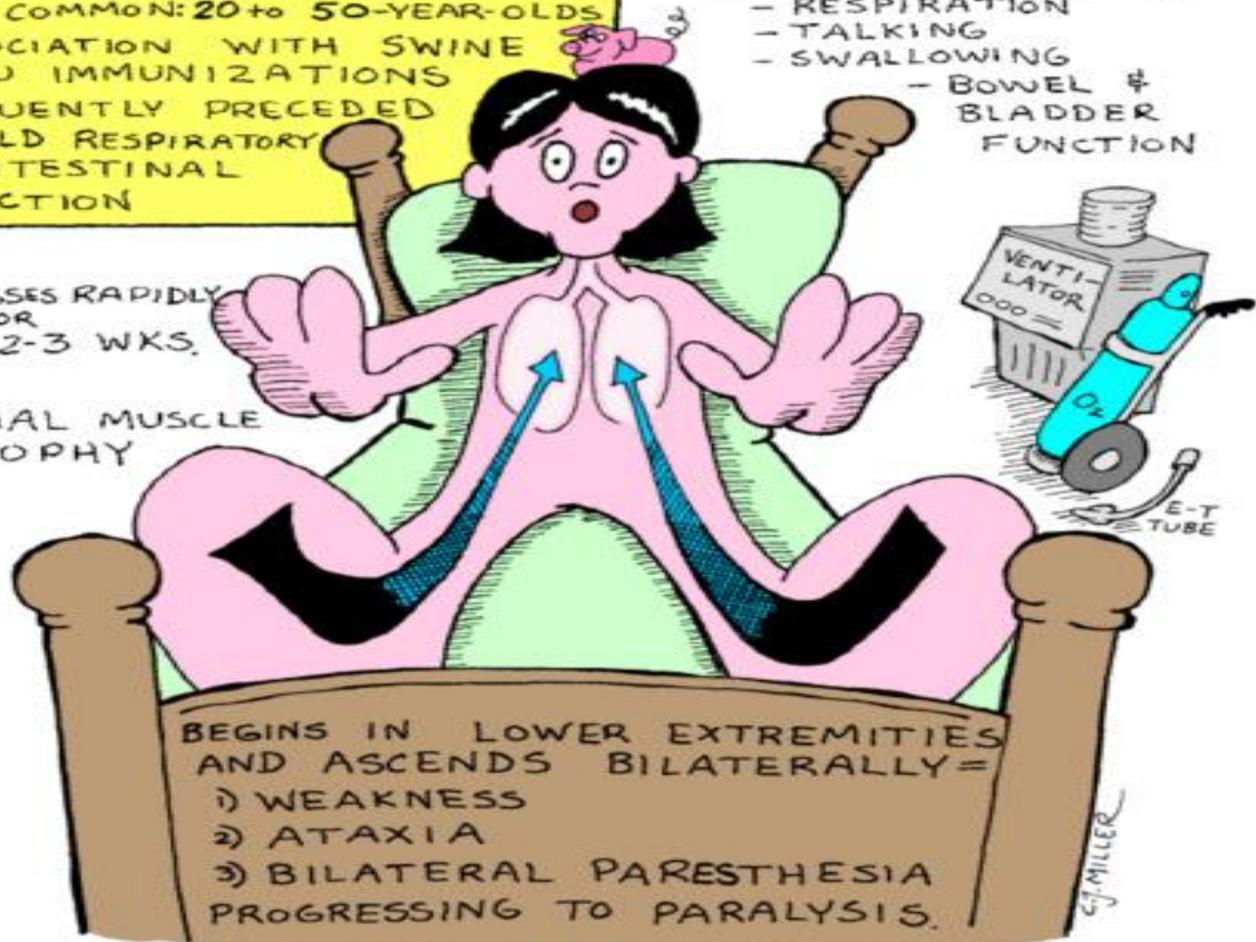
SYMMETRICAL PARALYSIS

CAUSES PROBLEMS WITH:

- RESPIRATION
- TALKING
- SWALLOWING
- BOWEL & BLADDER FUNCTION

- PROGRESSES RAPIDLY
OR
OVER 2-3 WKS.

- MINIMAL MUSCLE
ATROPHY

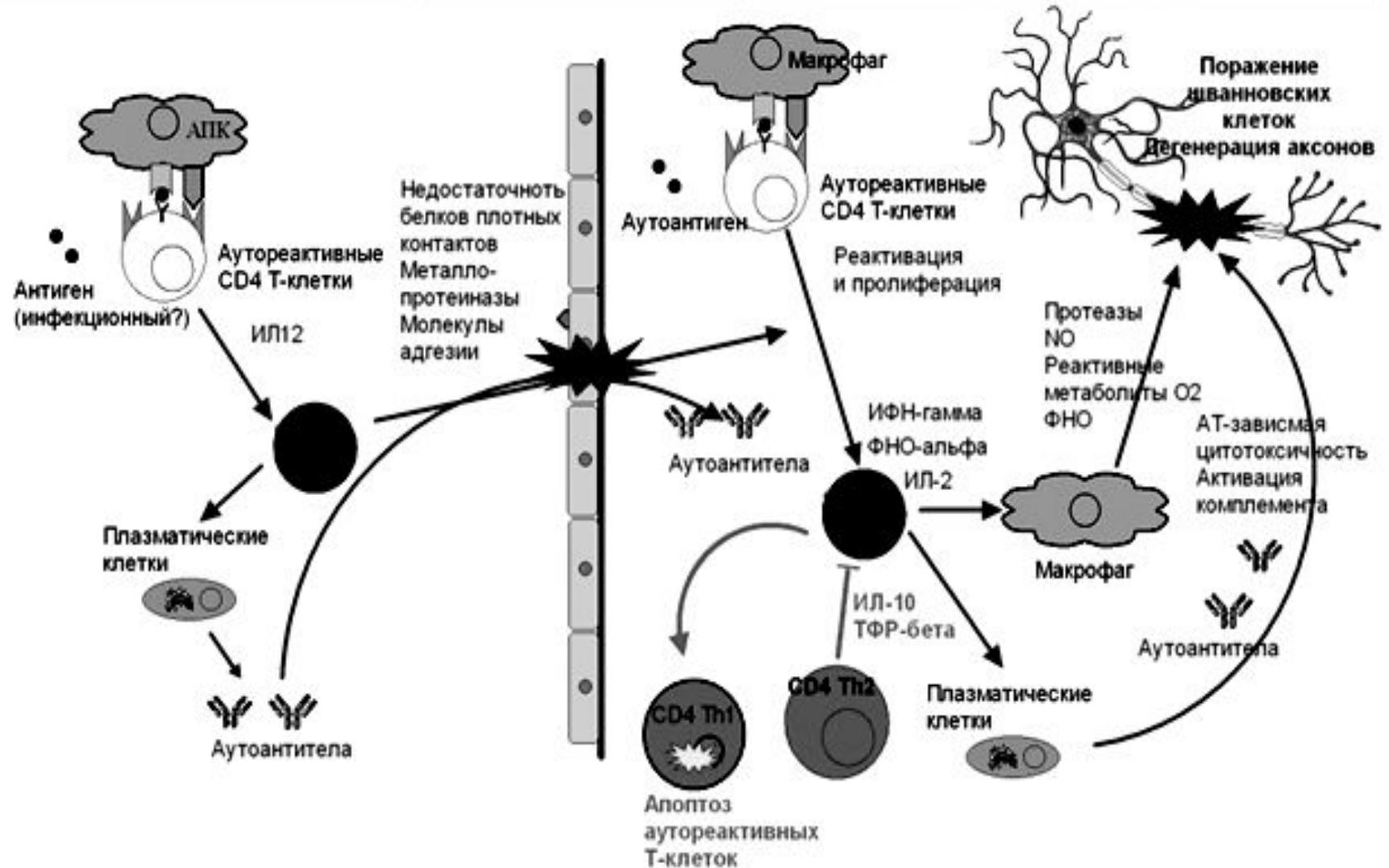


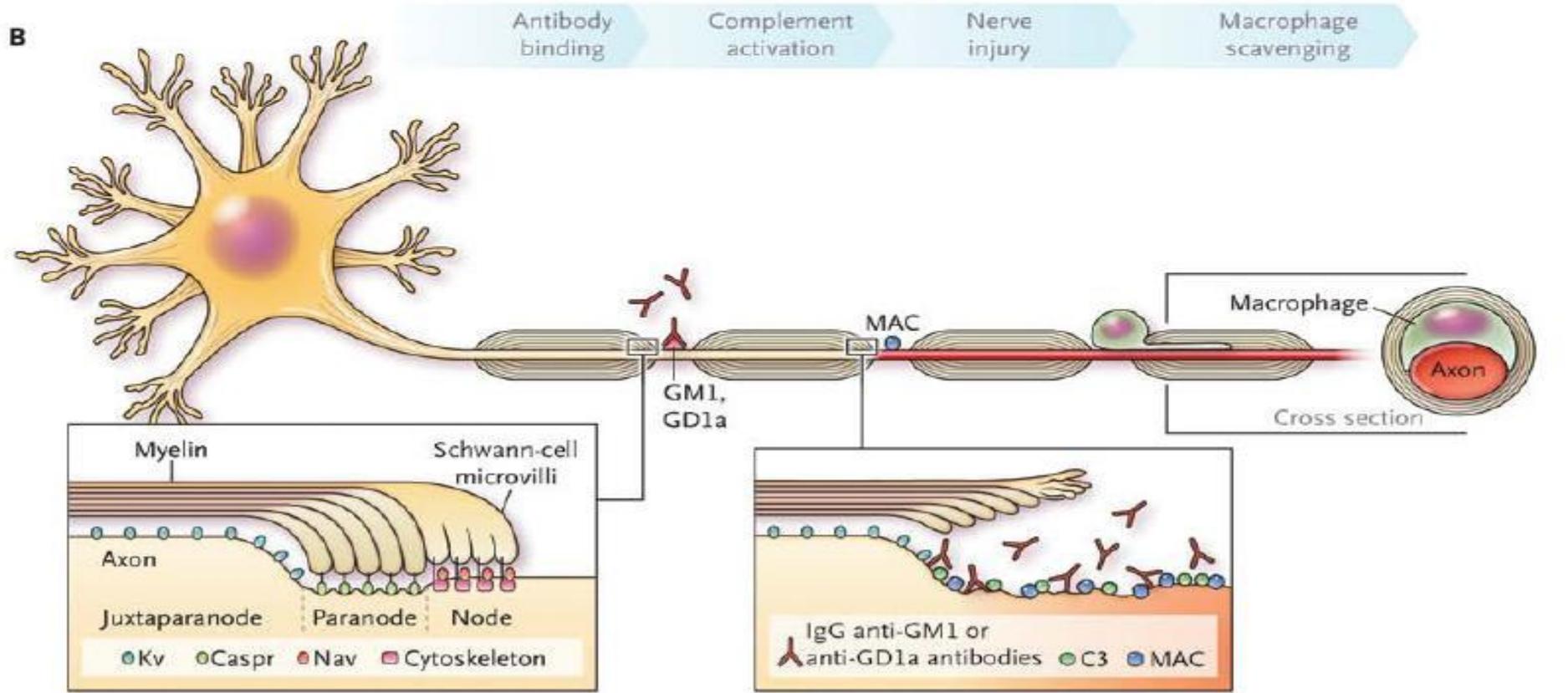
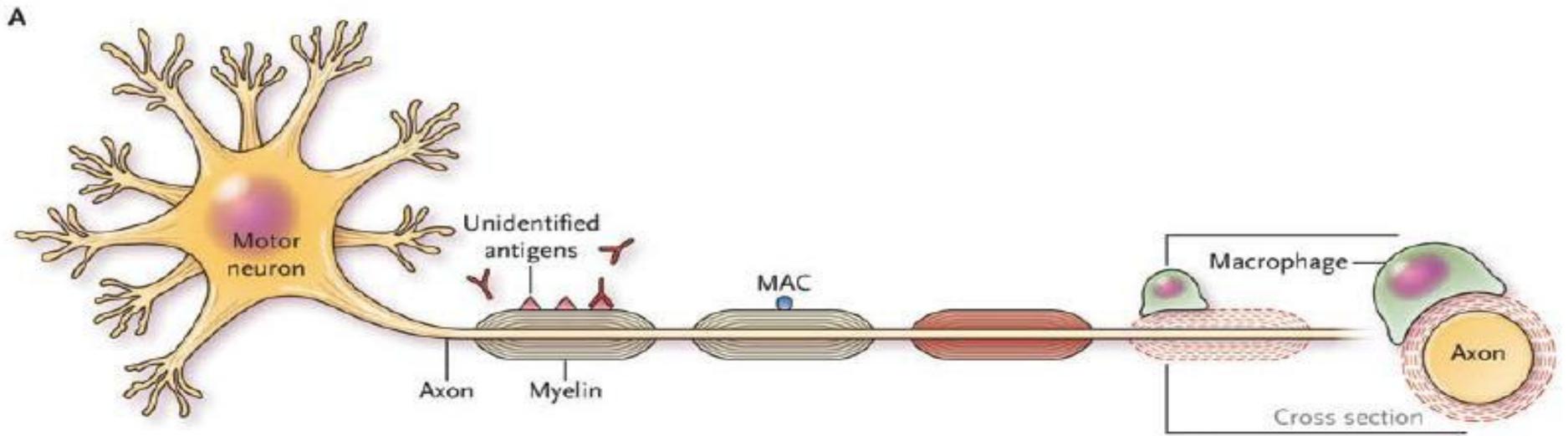
BEGINS IN LOWER EXTREMITIES
AND ASCENDS BILATERALLY =
1) WEAKNESS
2) ATAXIA
3) BILATERAL PARESTHESIA
PROGRESSING TO PARALYSIS.

CJ MILLER

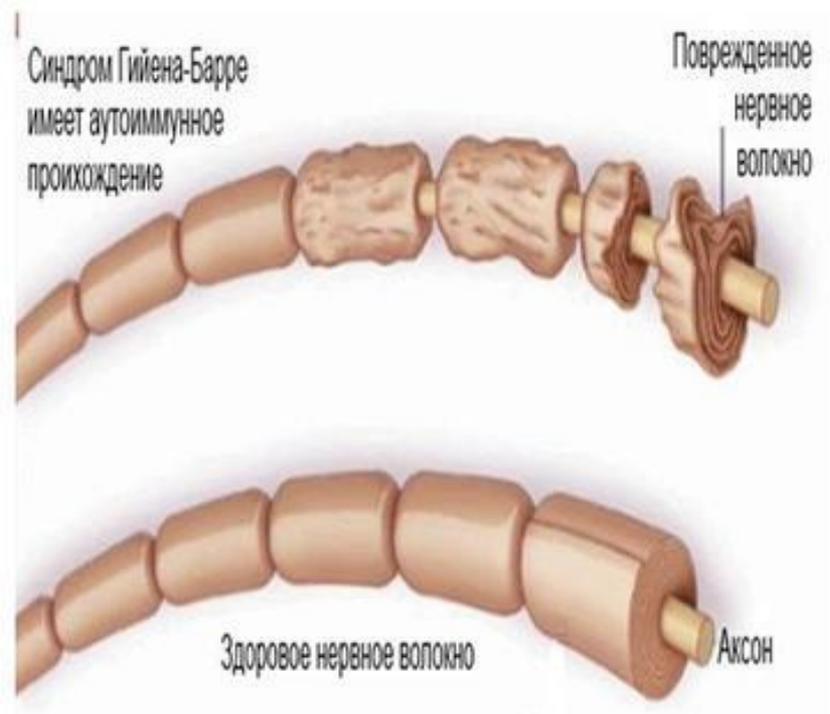
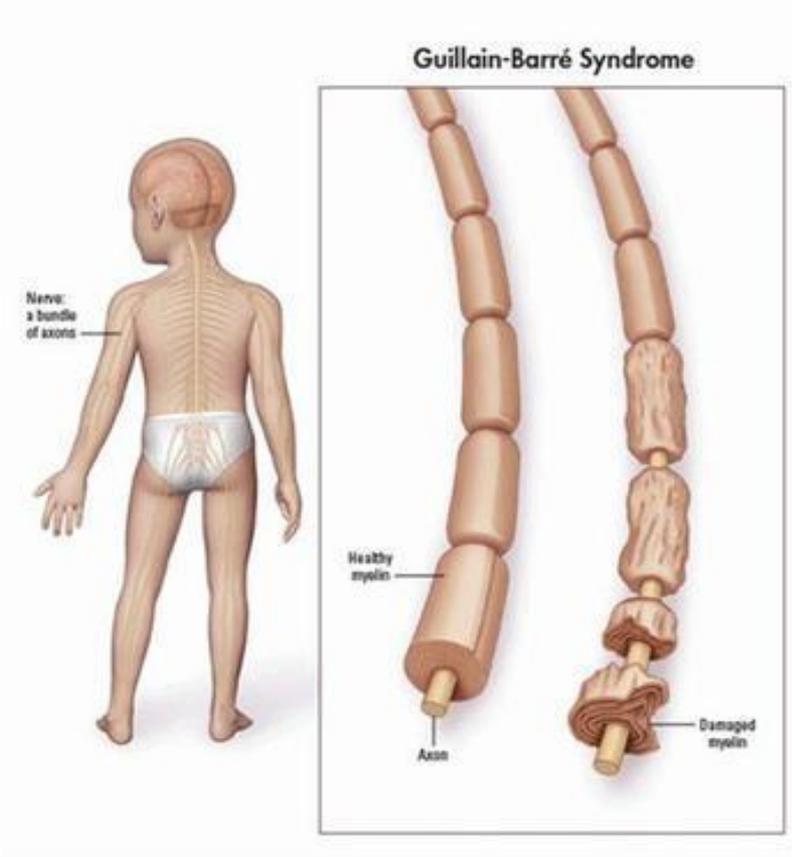
Периферические органы Гематоневральный барьер

Периферическая нервная система





Патогенез



Классификация

СГБ относят как к числу нейроинфекций, так и к постинфекционным состояниям.

По современным представлениям, выделяют не менее 8 разновидностей (клинических вариантов/подтипов) синдрома Гийена-Барре:

- 1) острая воспалительная демиелинизирующая полинейропатия (классическая форма синдрома Гийена-Барре)*
- 2) острая моторно-сенсорная аксональная нейропатия (ОМСАН)*
- 3) острая моторно-аксональная нейропатия (ОМАН)*

4) синдром Миллера-Фишера (СМФ)

5) острая панавтономная нейропатия
(острый панавтономный синдром Гийена-
Барре, острая пандизавтономия)

6) стволовой энцефалит Бикерстаффа
(Bickerstaff)

7) фаринго-цервико-брахиальный вариант

8) острая краниальная полинейропатия

клинических проявлений:

лёгкая форма характеризуется отсутствием

◆ *или минимальными парезами, не вызывающими существенных затруднений при ходьбе и самообслуживании;*

◆ *при средней тяжести возникает нарушение ходьбы, ограничивающее больного в передвижении или требующее посторонней помощи или опоры;*

◆ *при тяжёлой форме заболевания пациент прикован к постели и требует постоянного ухода, часто наблюдается дисфагия;*

◆ *при крайне тяжёлой форме, пациентам требуется проведение искусственной вентиляции лёгких (ИВЛ) вследствие слабости дыхательной мускулатуры.*

Жалобы:

- На нарастающую мышечную слабость в руках и /или ногах;*
- онемение и снижение чувствительности;*
- повышение чувствительности (тактильной, температурной и др.) в кистях и стопах;*
- боли в спине, плечевом и тазовом поясе;*
- нарушение глотания, как твердой пищи, так и жидкости;*
- нарушение дыхательных функций, вплоть до отсутствия самостоятельного дыхания, в связи с ослаблением дыхательной мускулатуры, ослабление голоса и кашля;*

- расстройство частоты сердечного ритма, у одних он может быть сильно учащён, у других – замедлен;
- паралич мышц лица;
- повышенное потоотделение;
- колебания кровяного давления;
- возможно возникновение неконтролируемого испускания урины;
- потеря сухожильных рефлексов;
- шаткая и неуверенная походка, нарушение координации движений;
- изменения объёмов живота, происходит это потому, что человеку трудно дышать при помощи диафрагмы, и он вынужден задействовать брюшную полость;
- снижение остроты зрения — чаще всего возникают раздвоенность и косоглазие.

Симптомы присущи как для взрослых, так и для детей и новорождённых



Нарушение чувствительности



Нарушение походки из-за повреждений сенсорных рецепторов



Снижение рефлексов



Зависание стопы



Физикальное обследование включает:

Общесоматический статус: общее состояние и его тяжесть, температура тела, измерение веса пациента, осмотр кожных покровов, дыхание, пульс, АД, состояние внутренних органов (легкие, сердце, печень, почки и др.).

Неврологический статус: Неврологическое обследование направлено на выявление и оценку выраженности основных симптомов синдрома Гийена-Барре — чувствительных, двигательных и вегетативных расстройств.

- оценка силы мышц конечностей;
- исследование рефлексов - для синдрома Гийена-Барре характерна арефлексия (то есть отсутствие большинства рефлексов)

- оценка чувствительности - наличие зон кожи с ощущением онемения или покалывания;
- оценка функции тазовых органов - возможно кратковременное недержание мочи;
- оценка функции мозжечка - наличие шаткости в позе Ромберга (стоя с вытянутыми перед собой руками и закрытыми глазами), некоординированность движений;
- оценка движений глазных яблок - при синдроме Гийена-Барре возможно полное отсутствие способности двигать глазами;
- проведение вегетативных проб - для оценки поражения нервов, иннервирующих сердце;
- оценивается реакция сердца на резкое вставание из положения лежа, физическую нагрузку;
- оценка функции глотания

Диагностические критерии классического СГБ по Asbury A. K. и Cornblath D. R. основанные на клинических и лабораторных данных:

- ◆ наличие прогрессирующей двигательной слабости с вовлечением в патологический процесс более одной конечности;*
- ◆ арефлексия или выраженная гипорефлексия;*
- ◆ анализ ликвора - присутствие в 1 мкл спинномозговой жидкости не более 50 моноцитов и/или 2 гранулоцитов 2+.*

Обязательные критерии:

1. прогрессирующая двигательная слабость более чем в одной конечности;
2. выраженность пареза варьирует от минимальной слабости в ногах до тетраплегии;
3. угнетение рефлексов различной степени.

Вспомогательные критерии диагностики синдрома:

1. слабость нарастает в течение 4 недель от начала болезни;
2. относительная симметричность поражения;
3. легкая степень чувствительных нарушений;
4. вовлечение в патологический процесс черепных нервов;
5. выздоровление;
6. симптомы вегетативной дисфункции;
7. обычное отсутствие лихорадочного периода в начале заболевания;
8. повышение уровня белка в цереброспинальной жидкости (ЦСЖ) через 1 неделю после появления симптомов болезни при том условии, что количество мононуклеарных лейкоцитов обычно не превышает 10 клеток в 1 мм³;
9. нарушение проводящей функции нервов в период течения заболевания приблизительно в 80% случаев;

Лабораторные исследования:

1. ОАК – для исключения воспалительного заболевания внутренних органов, сопровождающегося полинейропатическим синдромом;
2. ОАК – для исключения воспалительного заболевания внутренних органов, сопровождающегося полинейропатическим синдромом;
3. исследование крови на сахар (для исключения диабетической полинейропатии);
4. биохимические исследования крови - креатинин, мочевины, АСТ, АЛТ, билирубин (для исключения метаболических полинейропатий);
5. исследование крови на газовый состав, на концентрацию электролитов - биохимические исследования крови помогают исключить метаболические полинейропатии;
6. ПЦР крови на вирусы гепатита – для исключения полинейропатического синдрома при гепатите
7. исследование крови на ВИЧ-инфекцию – для исключения полинейропатии, связанной с ВИЧ-инфекцией;
8. ПЦР-исследование крови на вирусные инфекции (цитомегаловирус, вирус Эпштейна-Барр, *Borrelia burgdorferi*, *Campylobacter jejuni* т.д.) – при подозрении на инфекционную этиологию СГБ.

инструментальные абсолютная.

1. Р-графия

2. ЭКГ

3. УЗИ органов брюшной полости

4. МРТ-головного мозга

5. МРТ- спинного мозга

6. Электронейромиография (ЭНМГ)

NB! Абсолютными противопоказаниями к проведению МРТ

являются: металлическое инородное тело в глазнице;

внутричерепные аневризмы,

клипированные ферромагнитным материалом; электронные

приборы в теле (кардиостимулятор); гемопэтическая анемия (для

контрастирования). Относительными противопоказаниями к

проведению МРТ являются: тяжелая клаустрофобия;

металлические протезы, клипсы, находящиеся в не сканируемых

органах; внутричерепные аневризмы, клипированные

неферромагнитным материалом.

NB! ЭНМГ – единственный инструментальный метод диагностики,

позволяющий подтвердить поражения периферической нервной

системы и диагноз СГБ соответственно, а также уточнить

характер патологических изменений (демиелинизирующий или

аксональный) и их распространенность. Протокол и объем ЭНМГ-

исследования у больных с СГБ зависит от клинических проявлений

Тактика лечения:

Подозрение на синдром Гийена-Барре, даже при минимальной выраженности симптомов - основание для экстренной госпитализации, и на амбулаторном этапе проводят симптоматическое лечение, и при установлении диагноза направляют в стационар, а пациента и его родственников необходимо предупредить о возможном быстром ухудшения состояния.

Немедикаментозное лечение: нет.

Медикаментозное лечение: Симптоматическая терапия:

- при повышении АД может быть назначен нифедипин, 10—20 мг под язык;

- для уменьшения тахикардии используют пропранолол, в начальной дозе 20 мг 3 раза в сутки; затем дозу постепенно увеличивают до 80–120 мг за 2–3 приема, под контролем АД, ЧСС, ЭКГ;

- при брадикардии – атропин, взрослым: в/в болюсно под контролем ЭКГ и АД — 0,5–1 мг, при необходимости введение повторяют через 3–5 мин; максимальная доза 0,04 мг/кг (3 мг).

Детям — 10 мкг/кг; для уменьшения боли вводят анальгетики, нестероидные противовоспалительные средства:

- кеторолак, внутрь однократно в дозе 10 мг или повторно в зависимости от тяжести болевого синдрома по 10 мг до 4-х раз в сутки. Максимальная суточная доза не должна превышать 40 мг, или внутримышечно за 1 введение вводят не более 60 мг; обычно по 30 мг каждые 6 ч.*
- диклофенак, внутримышечно. Разовая доза — 75 мг, максимальная суточная — 150 мг (с перерывом между введениями не менее 30 мин).*
- ибупрофен, по 1-2 таблетки 3-4 раза в сутки; при необходимости – по 1 таблетке каждые 4 часа. Не принимать чаще, чем через 4 часа. Максимальная суточная доза для взрослых не должна превышать 1200 мг (не более 6 таблеток в течение 24 часов).*

УХОД

- ПРОФИЛАКТИКА ПРОЛЕЖНЫХ
- ПРОФИЛАКТИКА ТРОМБОЗА ГЛУБОКИХ ВЕН
ГОЛЕНЕЙ
- КОРРЕКЦИЯ АГ
- КОРРЕКЦИЯ НАРУШЕНИЙ СЕРДЕЧНОГО РИТМА
- ДЫХАТЕЛЬНАЯ ГИМНАСТИКА
- ФЗТ, МАССАЖ, МАГНИТОТЕРАПИЯ