

ОБЩЕРОССИЙСКАЯ ОБЩЕСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ  
«ФЕДЕРАЦИЯ АНЕСТЕЗИОЛОГОВ И РЕАНИМАТОЛОГОВ»

Клинические рекомендации (ПРОЕКТ)

**Анестезия и интенсивная терапия у беременных с синдромом  
Ландри-Гийена-Барре-Штроля  
(острая воспалительная демиелинизирующая полирадикулопатия)**

*Е.М.Шифман<sup>1</sup>, А.В.Куликов<sup>2</sup>, А.Ю.Лубнин<sup>3</sup>, С.Е.Флока<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>ФГБОУ ВПО Российский университет дружбы народов Минобрнауки РФ, 117198,  
Москва;

<sup>2</sup>ГБОУ ВПО Уральская государственная медицинская академия Минздрава РФ, 620028,  
Екатеринбург;

<sup>3</sup>НИИ Нейрохирургии им. академика Н.Н. Бурденко РАМН, Москва

**Классификация проводится в соответствии с МКБ X пересмотра:**

**G 61.0 – Синдром Гийена-Барре**

**Положение 1. Определение.**

■ Острая воспалительная полирадикулоневропатия аутоиммунной природы, характеризующаяся демиелинизацией двигательных корешков и проксимальных отделов периферических нервов. Ранее считался синонимом острой воспалительной демиелинизирующей полиневропатии, но в последние годы стало ясно, что в определенной части случаев при этом синдроме доминирует поражение аксонов, а не миелиновой оболочки (аксональный вариант). О случаях данного заболевания многократно сообщалось с 30-х годов XIX века. В 1859 г. Ландри описал «острый восходящий паралич». Однако лишь после того, как Гийен, Баре и Штроль в 1916 году представили описание острого периферического паралича с белково-клеточной диссоциацией и благоприятным прогнозом, термин синдром Гийена-Барре прочно вошел в клинический обиход [1].

### ***Положение 2. Эпидемиология.***

- Самая частая острая полиневропатия .2,3/100 000 женщин; 1,2/100 000 мужчин по данным англоязычной литературы, 1,7/100000 населения в год, примерно одинакова у мужчин и женщин по данным отечественной литературы. Частота не имеет сезонных колебаний, примерно одинакова в различных регионах [1,2].
- Частота нарастает с увеличением возраста ( $\geq 60$ , частота в этой группе 3,2/100 000), редко у лиц моложе 18 лет (0,8/ 100 000) [1,2].
- Частота во время беременности не отличается от частоты в общей популяции [2].

### ***Положение 3. Этиология и патогенез.***

- Этиология не известна, считается важной роль аутоиммунной реакции, направленной против антигенов периферической нервной ткани. Роль гуморального иммунитета в патогенезе подтверждается обнаружением в сыворотке больных во время острой стадии синдрома антител к периферическому миелину, способных фиксировать комплемент [1].
- Развивается после перенесенной вирусной инфекции, респираторной или желудочно-кишечной (за 1 -3 нед. до начала заболевания), цитомегаловирус, вирус Эпштейна-Барра и др. Инфекция может быть и бактериальной (*Campylobacter jejuni*), микоплазменной. Может развиваться после вакцинации (обычно противорабической или противогриппозной) у 2/3 пациентов [1,2].
- Острая воспалительная полирадикулонейропатия: поражение черепных нервов, передних корешков, спинномозговых нервов, сплетений и периферических нервов с очажковой демиелинизацией, иногда со вторичной аксональной дегенерацией. При аксональном варианте – тяжелая аксональная дегенерация [1].

### ***Положение 4. Клиническая картина.***

- Прогрессирующий вялый тетрапарез: вначале слабость в дистальных и проксимальных отделах ног, затем распространяется в восходящем направлении, захватывая мышцы рук, туловища, шеи, дыхательную и краниальную мускулатуру с формированием относительного, преимущественно дистального тетрапареза.
- Выпадение рефлексов, двигательный паралич, развитие дыхательной недостаточности. Нарушения чувствительности менее выражены: гипалгезия, парестезии, гиперестезия в дистальных отделах конечностей, часто – болевой синдром. Выраженные вегетативные нарушения в остром периоде более чем в 50% случаев: снижение или повышение АД, нарушения ритма сердца с изменениями на ЭКГ (депрессия сегмента ST, инверсия зубца

T, удлинение интервала Q – T. Синусовая тахикардия возникает на ранней стадии, но редко требует специальной коррекции. Существенную опасность представляет брадиаритмия. В начальной стадии возможна переходящая задержка мочи. Лихорадка обычно отсутствует. Для подтверждения диагноза необходимо выполнить электрокардиографию [1].

- Пик развития симптоматики от 2х до 3х недель, затем наступает временная стабилизация (фаза плато – 2 – 4 нед.).
- Обратное полное развитие симптомов у большинства пациентов в течение 6 месяцев, иногда до 1 -2 лет.
- У 10% пациентов остаточные явления с инвалидизацией.
- Смертность составляет 3% в связи с аспирационным пневмонитом и расстройствами дыхания, тяжелыми вегетативными расстройствами с сердечной аритмией.

#### ***Положение 5. Влияние беременности на течение заболевания.***

- Течение заболевания в течение беременности ухудшается [2,3].
- Возрастает частота респираторных осложнений большей частью из-за увеличенной беременностью матки.
- Искусственная ая вентиляция легких требуется у 33% по сравнению с 16% не беременных пациенток.
- Смертность при синдроме Гийена-Барре удваивается, если заболевание развивается в третьем триместре беременности [2,3].
- После перенесенного синдрома Гийена-Барре имеется риск рецидива (5%).

#### ***Положение 6. Влияние заболевания на течение беременности.***

- Не оказывает отрицательного влияния на течение беременности и родов.
- Не увеличивает частоту самопроизвольных выкидышей.
- При тяжелом течении заболевания в третьем триместре беременности увеличивается частота преждевременных родов [2,3].
- Заболевание не оказывает влияния на сократительную способность матки.

Инструментальное пособие в родах часто требуется в связи со слабостью скелетной мускулатуры.

- Необходимо тщательно контролировать жидкостный баланс беременной и состояние плода, так как на фоне терапии может развиваться гиповолемия за счет перераспределения жидкости [2,3].

## **Положение 7. Обследование.**

### ***Анамнез и объективная симптоматика.***

- Вялый восходящий, преимущественно дистальный, тетрапарез.
- Симптомы расстройств чувствительности: боль, онемение, парестезия.
- Арефлексия.

### ***Лабораторные показатели.***

- Увеличение содержания белка в СМЖ.
- Число клеток в СМЖ остается нормальным или немного повышается.

### ***Другие.***

- Электронейромиография: снижение скорости проведения по двигательным волокнам более чем на 10% от нормальной, удлинение дистальной латенции (при преимущественно дистальном поражении), или латентного периода F – волны (при преимущественном поражении проксимальных отделов), снижение скорости проведения по чувствительным волокнам. Иногда – частичные блоки проведения. При более редком аксональном варианте снижение амплитуды M – ответа выявляется на фоне нормальной скорости проведения по двигательным волокнам (либо на фоне снижения скорости, но не более чем на 10% от нижней границы нормы), нормальной величины дистальной латенции и F-ответа на фоне нормального проведения по чувствительным волокнам [1].
- Тесты функции легких: форсированная ЖЕЛ, форсированный объем выдыхаемого воздуха.

## **Положение 8. Лечение.**

- Лечение поддерживающее: обеспечение респираторного статуса и гемодинамической стабильности, нутриционной поддержки.
- При развитии дыхательных расстройств: механическая вентиляция легких.
  - ◆ Смещение матки влево для уменьшения аорто-кавальной компрессии.
  - ◆ Избегать гипервентиляции.
- На ранней стадии течения синдрома Гийена-Барре (1 нед.) выполнение плазмафереза может снизить тяжесть и длительность заболевания во время беременности [4,6].
- Возможно внутривенное введение иммуноглобулина [3,7].
- Эффективность применения стероидов считается не доказанной.
- Улучшение может начаться на 3-4 неделе, полное восстановление длится месяцы.
- Профилактика тромбоза глубоких вен.

## **Положение 10. Анестезия.**

- Первичный осмотр.
  - ◆ Дифференцировать степень тяжести процесса.
  - ◆ Определить степень дыхательной недостаточности у пациентки.
  - ◆ Перенесенный ранее синдром Гийена-Барре может быть причиной стойкого снижения дыхательных объемов. В 5% случаев возможен рецидив.
- Регионарная анестезия.
  - ◆ Возможна при не тяжелом течении заболевания
  - ◆ Нет противопоказаний для проведения эпидуральной анестезии.
- Общая анестезия.
  - ◆ Необходимость в респираторной поддержке в случае тяжелого течения заболевания.
  - ◆ Автономная гиперрефлексия встречается при тяжелом течении заболевания: гемодинамическая нестабильность, аритмии во время отсасывания слизи, индукции и интубации трахеи [2,8].
    - ◆ Тщательный мониторинг нейромышечной проводимости у пациенток с повышенной чувствительностью к мышечным релаксантам и снижением нейромышечной функции, TOF- мониторинг [2].
    - ◆ Избегать применения сукцинилхолина в связи с высоким риском гиперкалиемии.

#### **Основные выводы.**

- Синдром Гийена-Барре не влияет на течение беременности.
- Синдром Гийена-Барре не оказывает отрицательного влияния на плод.
- Увеличение риска смерти при синдроме Гийена-Барре во время беременности связано с дыхательными расстройствами.
- Ранее перенесенный синдром Гийена-Барре в 5% может рецидивировать во время беременности.
- Увеличение частоты инструментального пособия в родах.
- Возможно выполнение эпидуральной анальгезии в родах при не тяжелом течении заболевания
- При тяжелом течении синдрома Гийена-Барре вероятно развитие нестабильной гемодинамики и аритмии во время отсасывания слизи, индукции, интубации трахеи.
- Провести тщательное всестороннее неврологическое обследование с описанием в истории болезни имеющихся неврологических симптомов.
- Оценить респираторный статус.
- Возможно выполнение эпидуральной анестезии при не тяжелом течении синдрома Гийена-Барре

- Общая анестезия показана при тяжелом течении синдрома Гийена-Барре с дыхательными расстройствами.
- У пациенток с синдромом Гийена-Барре отмечается повышенная чувствительность к мышечным релаксантам. Применять TOF-мониторинг.
- Избегать применения производных сукцинилхолина.
- Профилактика тромбоза глубоких вен.

#### Список мероприятий

Мероприятия	Уровень доказательности и рекомендаций	Литература
Мониторирование функции дыхания, при необходимости ИВЛ	--/надлежащая врачебная практика	--
Тщательный сестринский уход и пассивная лечебная физкультура	--/надлежащая врачебная практика	--
Профилактическое введение гепарина	--/надлежащая врачебная практика	--
Варианты терапии:		
- плазмаферез	IV/C	6
- внутривенное введение иммуноглобулина	Ib/A	4

Литература:

1. Аверочкин А.И., Мозолевский Ю.В., Штульман Д.Р. 2007, М-ва, «М», Болезни нервной системы, под ред. Н.Н. Яхно, стр. 471-477
2. Abrecht M., Lefert L., Szabo M. :Landry-Guillain-Barre Syndrome (GB) or Acute Inflammatory Demyelinating Polyradiculopathy//Ed. M.C.M. Pian-Smith, L. Leffert. Obstetric Anesthesia. 2007. Cambridge University Press. P.387-389.
3. Chaudhry V, Escolar DM, Cornblath DR: Worsening of multifocal motor neuropathy during pregnancy. Neurology 2002; 59:139-141
4. van der Merche FGA, Schmitz PIM, Group DG-BS: A randomized trial comparing intravenous immune globulin and plasma exchange in Guillain-Barré syndrome. N Engl J Med 1992; 326:1123-1129.
5. Rodin A, Ferner R, Russell R: Guillain-Barré syndrome in pregnancy and puerperium. J Obstet Gynecol 1988; 9:39-42.
6. Watson WJ, Katz VL, Bowes WA: Plasmapheresis during pregnancy. Obstet Gynecol 1990; 76:451-457.
7. Yamada H, Noro N, Kato EH, et al: Massive intravenous immunoglobulin treatment in pregnancy complicated by Guillain-Barré syndrome. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2001; 97:101-104.
8. Zeeman GG: A case of acute inflammatory demyelinating polyradiculoneuropathy in early pregnancy. Am J Perinatol 2001; 18:213-215.