

DOI: <https://doi.org/10.51922/2074-5044.2025.1.125>

*Е. В. Титкова¹, К. А. Абдин², И. А. Дудко³, В. В. Малыгин²,
О. Н. Стельмашок², О. В. Шевченко², В. А. Микитич⁴*

СИНДРОМ ГИЙЕНА-БАРРЕ У ВОЕННОСЛУЖАЩЕГО: ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ В МНОГОПРОФИЛЬНОМ ЛЕЧЕБНОМ УЧРЕЖДЕНИИ

*Кафедра военно-полевой терапии ВМедИ
в УО «Белорусский государственный медицинский университет»¹
ГУ «432 ГВКМЦ ВС РБ»²
ГУ «ЦВВК ВС РБ»³
Военно-медицинский институт
в УО «Белорусский государственный медицинский университет»⁴*

Синдром Гийена-Барре (СГБ) – наиболее частая форма острой воспалительной демиелинизирующей полиневропатии, характеризующаяся прогрессирующими нарушениями периферической нервной системы с развитием острых периферических параличей, бульбарными, дыхательными расстройствами, требующее в случае тяжелого прогрессирующего течения проведения полномасштабных реанимационных мероприятий, включая механическую вентиляцию легких. С целью повышения осведомленности врачей общей практики, врачей-специалистов о СГБ, представляем собственное клиническое наблюдение оказания помощи военнослужащему Д., 38 лет по поводу СГБ с восходящим параличом Ландри, бульбарными и дыхательными нарушениями.

Ключевые слова: синдром Гийена-Барре, восходящий паралич Ландри, плазмаферез, препараты иммуноглобулина.

*E. V. Titkova, K. A. Abdin, I. A. Dudko, V. V. Malygin,
O. N. Stelmashok, O. V. Shevchenko, V. A. Mikitich*

GUILLAIN-BARRÉ SYNDROME IN A MILITARY MAN: CASE REPORT PROVIDING CARE IN A MULTIDISCIPLINARY MEDICAL INSTITUTION

Guillain-Barré syndrome (GBS) is the most frequent form of acute inflammatory demyelinating polyneuropathy characterized by progressive disorders of the peripheral nervous system with the development of acute peripheral paralysis, bulbar, respiratory disorders, requiring in case of severe progressive course full-scale resuscitative measures, including mechanical ventilation. In order to raise awareness of general practitioners and specialists about SGB, we present our own clinical observation of care provided to military man D., 38 years old, regarding SGB with ascending Landry's palsy, bulbar and respiratory disorders.

Key words: Guillain-Barré syndrome, Landry's ascending paralysis, immune-predetermined disease, plasmapheresis, immunoglobulin preparations.

Синдром Гийена-Барре (СГБ) – наиболее частая форма острой воспалительной демиелинизирующей полиневропатии, относящаяся к иммунно-опосредованным заболеваниям периферической нервной системы (в МКБ-10 – G61.0). Наиболее часто регистрируется 2 пика манифестации: в возрасте от 15 до 35 и от 50 до 75 лет и отмечены гендерные различия: относительный риск для мужчин составляет 1,1–1,7 по сравнению с женщинами [1, 5]. Клинически СГБ проявляется прогрессирующими (в течение не более 4 недель) двигательными нарушениями с развитием острых периферических параличей конечностей, поражением краниальной мускулатуры, чувствительными, вегетативными расстройствами [2, 3, 6]. В случае тяжелого течения – развитие «восходящего» паралича Ландри с двигательными, бульбарными, дыхательными расстройствами, что обуславливает необходимость проведения ряда полномасштабных мероприятий интенсивной терапии, включая механическую вентиляцию легких (МВЛ), а также патогенетическую иммунокорректирующую терапию, неспецифические мероприятия, направленные на коррекцию нарушений функций жизненно важных органов, профилактику осложнений и симптоматическую терапию [4, 5].

С целью повышения осведомленности врачей общей практики, врачей-специалистов о СГБ, сложностью ранней диагностики и лечения пациентов данной категории, представляем собственное клиническое наблюдение манифестации и успешного оказания медицинской помощи при тяжелом прогрессирующем течении синдрома Гийена-Барре с восходящим параличом Ландри с бульбарными и дыхательными нарушениями у военнослужащего молодого возраста.

Пациент Д., 38 лет (военнослужащий), поступил в отделение интенсивной терапии и реанимации (ОИТР) государственного учреждения «432 ордена Красной Звезды

главный военный клинический медицинский центр Вооруженных Сил Республики Беларусь» (432 ГВКМЦ) с жалобами на слабость и онемение в руках и ногах, затруднение при передвижении по лестнице, онемение в полости рта, нарушение зрения.

По данным анамнеза установлено: пациент не курит; травмы головы, судорожные приступы отрицает, операций не было; прививки по возрасту; наследственный и аллергоанамнез не отягощены; перенесенные заболевания – редкие простудные инфекции. Из анамнеза заболевания установлено, что на фоне полного благополучия 18.11.2022 – повышение температуры до 38,5 °С, сухой кашель, в связи с этим получал амбулаторное лечение по поводу ОРВИ. Состояние ухудшилось 22.11.2022, когда появилось онемение и слабость в руках и ногах, затруднение при ходьбе, онемение языка, неба, нарушение зрения. По этой причине был госпитализирован в ГУ «Гомельская университетская клиника-областной госпиталь инвалидов ВОВ» в ОИТР данного учреждения, где проведено клинично-инструментальное обследование (ЭНМГ от 23.11.2022), выявлено легкое демиелинизирующее поражение моторных и сенсорных нервов конечностей); от проведения люмбальной пункции пациент отказался; РКТ головного мозга и рентгенография ОГК – без патологии и др.). Решением консилиума был установлен диагноз: «Острая воспалительная демиелинизирующая полинейропатия с проксимальным тетрапарезом: выраженным в ногах, легким в руках, легкими бульбарными нарушениями» госпитализирован и назначено внутривенное введение иммуноглобулина человеческого Биовен в дозе 0,4 г/кг N3, Дексаметазон, нейропротекторы, антибиотикотерапия (Цефтазидим, Меропенем), симптоматическое лечение. В последующем, на фоне прогрессирования клинично-неврологической симптоматики, переведен 25.11.2022 для дальнейшего лечения в ОИТР 432 ГВКМЦ.

При поступлении в ОИТР: общее состояние средней степени тяжести, стабильное, температура тела 36,7 °С; дыхание самостоятельное, без респираторной поддержки. SpO₂ 97 %; аускультативно – везикулярное, ослабленное в нижних отделах. Гемодинамика стабильная, без инотропной поддержки. По данным неврологического статуса: сознание ясное, ориентирован в месте, времени, собственной личности, адекватен, астенизирован. Со стороны черепных нервов – без патологии. Сила в конечностях снижена: в верхних – проксимально до 2 баллов, дистально – 3 балла; в нижних – проксимально снижена до 2,5 баллов справа, до 1 балла слева, дистально 3 балла в сгибателях, в разгибателях 2 балла. Отмечено диффузное снижение мышечного тонуса Гипотрофий нет. Сухожильно-периостальные рефлексы (СПР) на нижних конечностях не вызываются; на верхних – карпорадиальные и трицепитальные резко угнетены, бицепитальные – снижены. D=S. Патологических рефлексов и менингеальных знаков – нет, брюшные отсутствуют. Исследование на координацию не проводилось вследствие двигательного дефицита. Поверхностная чувствительность: гиперестезия с элементами аллодинии в верхних и нижних конечностях по полиневритическому типу.

Результаты лабораторно-инструментального исследования от 28.11.2022: лейкоциты – $23,2 \times 10^9$ /л, АЛТ – 159,0 Е/л, АСТ – 49,0 Е/л, КФК – 149,6 Е/л, СРБ – 33,6 мг/л. В остальном лабораторные показатели без особенностей. R-ОГК от 28.11.2022: левосторонняя нижнедолевая пневмония. Исследование ликвора: бесцветный, прозрачный (без осадка), белок – 1,41 г/л, цитоз – 6×10^6 /л, глюкоза – 4,57 ммоль/л, лактат – 2,17 ммоль/л. На ЭНМГ от 23.11.2022: демиелинизирующее поражение сенсорных и моторных волокон нервов конечностей: выраженной степени нижних и умеренной степени верхних. Проводилось исследование для исключения ВИЧ-инфек-

ции (ИФА-ВИЧ от 22.11.2022-отрицат) и неоднократно для Covid-ассоциированного заболевания (тест на антитела (IgM/IgG) к SARS- COV-2 хроматографическим методом от 23.11.2022 – положит титр IgG. Отмечается повышение прокальцитонина от 29.11.2022 – 1,24 нг/мл), что вероятно связано с наличием бактериальной инфекции. В связи с чем назначена антибактериальная терапия.

Пациенту была назначена специфическая патогенетическая терапия (препарат иммуноглобулина человеческого (Биовен) по схеме 0.4 г/кг МТ/сутки и симптоматическое лечение (антибактериальная, антикоагулянтная терапия; нейро-, гастро-, гепатопротекция; энтеральное, парентеральное питание), а также респираторная поддержка увлажненным кислородом через назальные канюли, кинезиотерапия и др. Несмотря на проводимую терапию, состояние пациента прогрессивно ухудшалось по соматоневрологическому статусу: нарушение глотания, выраженный тетрапарез на фоне арефлексии СПР, низкий мышечный тонус, гипестезия, нарушение функции тазовых органов (НФТО), дыхательная недостаточность; в связи с чем 28.11.22 пациент был переведен на механическую вентиляцию легких (МВЛ) аппаратом HAMILTON C3 в режиме PSIMV (Pinsp 18, PEEP 9, Vt 600 ml, MB 12 л/мин). Тяжесть дыхательной недостаточности не соответствовала объему поражения паренхимы легких пневмонией (на рентгенограмме ОГК от 28.11.2022 левосторонняя нижнедолевая пневмония) и определялась полирадикулонейропатией. Консультирован профессором, д. м. н. С. А. Лихачевым 31.11.2022, и уточнен клинический диагноз: «Острая воспалительная демиелинизирующая полирадикулонейропатия с развитием глубокого тетрапареза с бульбарными и дыхательными нарушениями». Внебольничная полисегментарная пневмония, тяжелое течение. ОРДС тяжелой степени. ДНЗ. МВЛ с 28.11.2022. В связи

с нарастанием неврологического дефицита и ухудшением общего состояния пациента, принято решение о проведении 7 сеансов высокообъемного плазмафереза аппаратом «Autopheresis-C A-200», с замещением препаратами альбумина. Учитывая длительность МВЛ при бульбарных нарушениях была, выполнена трахеостомия 30.11.2022. На фоне проводимого лечения достигнута положительная клиническая динамика по общесоматическому и неврологическому статусу: пациент 05.12.2022 отлучен от МВЛ, дышит самостоятельно без респираторной поддержки; выросла сила в верхних конечностях до 4 баллов, в нижних – до 1,5–2 баллов проксимально, дистально – до 1–1,5 балла на фоне мышечной гипотонии, уменьшилась степень нарушений поверхностной и глубокой чувствительности, восстановились НФТО, сохранялись вегетативно-трофические нарушения. В компенсированном состоянии 21.12.2022 пациент переведен в неврологическое отделение ГУ «432 ГВКМЦ ВС РБ» для дальнейшего лечения с диагнозом: «Острая воспалительная демиелинизирующая полирадикулонейропатия в форме Гийена-Барре. Восходящий паралич Ландри с бульбарными и дыхательными нарушениями (МВЛ 28.11.2022–05.12.2022. Трахеостомия 30.11.2022, удаление трахеостомы 13.12.2022). Стадия обратного развития с вялым тетрапарезом: лёгким в руках и умеренным в ногах. Двусторонняя нижнедолевая пневмония (разрешилась). Частичные ателектазы нижних долей с обеих сторон, средней доли справа. Пролежень поверхностный левой пяточной области в стадии заживления». В период пребывания в неврологическом отделении проводилась симптоматическая терапия, комплекс реабилитационных мероприятий (ГБО, ФТЛ, ЛФК, массаж, кинезиотерапия и др.), постепенно регрессировал неврологический дефицит: с 25.12.2022 пациент передвигался с помощью вспомогательных

приспособлений и для дальнейшей реабилитации 06.01.2023 переведен в 1 неврологическое отделение «РКБ медицинской реабилитации». В восстановительном периоде динамического медицинского наблюдения отмечена значительная положительная динамика по данным ЭНМГ от 14.04.2023, практически регрессировали двигательные и чувствительные нарушения, сохранялись незначительные вегетативно-сенсорные проявления. Для решения экспертного вопроса 10.04.2023 пациент госпитализирован в 432 ГВКМЦ и решением военно-врачебной комиссии от 21.04.2023 признан годным к военной службе, освобожден от физической подготовки с зачислением в группу ЛФК сроком на 3 месяца. В настоящее время военнослужащий Д., полностью восстановился и продолжает службу в ВС РБ.

Заключение

СГБ является потенциально жизнеугрожающим состоянием, когда может требоваться интенсивная терапия, поэтому необходима настороженность врачей всех специальностей в отношении этой категории пациентов. Особое внимание стоит уделять пациентам трудоспособного возраста, с клинической картиной восходящего пареза, так как даже минимальная выраженность прогрессирующей очаговой неврологической симптоматики – основание для неотложной госпитализации. Представленный в статье случай тяжелого прогрессирующего течения СГБ у военнослужащего Д. 38 лет с развившимся восходящим параличом Ландри, свидетельствует о том, что своевременная диагностика, адекватное сочетание специфических, неспецифических, симптоматических методов лечения, комплекса реабилитационных мероприятий квалифицированный уход позволяет добиться полного восстановления у подавляющего большинства пациентов, несмотря на тяжесть данного заболевания.

Литература

1. Гусев Е. И. Неврология: национальное руководство / Е. И. Гусев, А. Н. Коновалов, В. И. Скворцова. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 1096 с.
2. Емелин А. Ю. Синдром Гийена–Барре как неотложное состояние: диагностика и лечение // Вестник Российской Военно-медицинской академии. 2019. S3. С. 50–56.
3. Емелин А. Ю. Синдром Гийена–Барре: рекомендации по диагностике и лечению // Известия Российской Военно-медицинской академии 2021. Т. 40. № 4. С. 51–57. DOI: <https://doi.org/10.17816/rmmar83622>.
4. Мартов В. Ю. Рекомендации по интенсивной терапии критических состояний у взрослых пациентов. В двух частях. Часть 1 / сост. В. Ю. Мартов; под общ. ред. В. Ю. Мартова. – Минск: Профессиональные издания, 2019. – 254 с.
5. Пирадов М. А., Супонева Н. А. Синдром Гийена–Барре: диагностика и лечение: Руководство для врачей. М.: МЕДпресс-информ, 2011. 200 с.
6. Пономарёв В. В. Аутоиммунные заболевания в неврологии. – Минск: Беларуская навука, 2010. – 259.

References

1. Gusev E. I. Neurologiya: nacional'noe rukovodstvo / E. I. Gusev, A. N. Konovalov, V. I. Skvorcova. – Moskva: GEOTAR-Media, 2018. – 1096 s.
2. Emelin A. Yu. Sindrom Gijena–Barre kak neotlozhnoe sostoyanie: diagnostika i lechenie // Vestnik Rossijskoj Voenno-medicinskoj akademii. 2019. S3. S. 50–56.
3. Emelin A. Yu. Sindrom Gijena–Barre: rekomendacii po diagnostike i lecheniyu // Izvestiya Rossijskoj Voenno-medicinskoj akademii 2021. T. 40. № 4. S. 51–57. DOI: <https://doi.org/10.17816/rmmar83622>.
4. Martov V. Yu. Rekomendacii po intensivnoj terapii kriticheskikh sostoyanij u vzroslykh pacientov. V dvuh chastyah. CHast' 1 / sost. V. Yu. Martov; pod obshch. red. V. Yu. Martova. – Minsk: Professional'nye izdaniya, 2019. – 254 s.
5. Piradov M. A., Suponeva N. A. Sindrom Gijena–Barre: diagnostika i lechenie: Rukovodstvo dlya vrachej. M.: MEDpress-inform, 2011. 200 s.
6. Ponomaryov V. V. Autoimmunnye zabolevaniya v nevrologii. – Minsk: Belaruskaya navuka, 2010. – 259.

Поступила 29.07.2024 г.