

СИНДРОМ ГІЕНА-БАРРЕ

Панасюк А. М., студ. 5-го курсу

*Науковий керівник - проф. О. О. Потапов
СумДУ, кафедра нейрохірургії та неврології*

Синдром Гієна-Барре - одне з найважчих захворювань ПНС, що у третині випадків вимагає проведення ШВЛ. СГБ реєструється в середньому у 1-2 людини на 100 000 населення щорічно. Частіше хворіють особи 20-29 років і старше 50 років (порушення нормальних імунних супресорних механізмів, що сприяє розвитку аутоімунних захворювань). Наймасовіше захворювання зареєстроване в США (1976-1977рр) у результаті проведеної національної протигрипозної вакцинації, коли кількість хворих протягом чотирьох місяців перевищила тисячу осіб. Передбачається, що в основі захворювання лежать аутоімунні механізми, причому роль провокуючого фактора відводиться *Campylobacter jejuni* (виявляється в 30% випадків у хворих СГБ) і цитомегаловірус (до 15% випадків).

За 1-3 тижні СГБ передують: респіраторні інфекції верхніх дихальних шляхів (59%), діарея (3%), операції (3%), вакцинації (2%). У більшості випадків захворювання починається з рухових і/або чутливих порушень у кінцівках (59%). Розгорнута стадія захворювання характеризується різного ступеня вираженості парезами кінцівок (часто аж до паралічів), м'язовою слабкістю, у 50-90% випадків ураженням черепних нервів (частіше VII, IX і X пари), різким пригніченням сухожильних рефлексів. Чутливі порушення реєструються у вигляді гіпо - чи гіпералгезії, та/або гіперпатії, зазвичай слабо виражені і носять поліневритичний характер («рукавички», «шкарпетки» і т. д.). Симптоми Ласега і Керніга (завжди двосторонні) відзначаються в 94% випадків, біль при пальпації нервових стовбурів - в 75% і при пальпації м'язів - в 61%. Період відновлення порушених функцій варіює від декількох днів до багатьох місяців. Летальність серед хворих з СГБ від 1 до 18%, повне відновлення відзначено у 80% пацієнтів; рецидиви при СГБ рідкісні - від 3 до 10%.

Діагностика СГБ можлива з огляду на типову клінічну картину хвороби, а також дані дослідження ліквору (білок досягає 3-5 г/л з тенденцією до підвищення після перших 5-7 діб; цитоз - не більше 10 мононуклеарів в 1 мкл), проведення електроміографії (ознаки як сегментарної демієлінізації, так і аксональної дегенерації).

Лікувальні заходи, слід поділити на специфічні (плазмафрез в обсягах 35-40 мл плазми/кг за одну операцію; внутрішньовенна пульс-терапія імуноглобулінами класу G з розрахунку 0,4 г/кг маси тіла щодня протягом 5 діб) і неспецифічні - спрямовані на догляд за хворим і лікування ускладнень, серед яких найважливіше місце займають дихальні і бульбарні порушення.