

УДК 618.3-06:616.8

СИНДРОМ ГИЙЕНА – БАРРЕ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Шаповалова Ольга Александровна – канд. мед.
наук
ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2»,
Краснодар, Россия

Каменских Гаянэ Валерьевна
ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2»,
Краснодар, Россия

Потапова Алла Александровна
ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2»,
Краснодар, Россия

Лобач Светлана Васильевна
ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2»,
Краснодар, Россия

Гончаренко Сергей Иванович
ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2»,
Краснодар, Россия

Холодова Кристина Алексеевна
ГБОУ ВО «Кубанский государственный
медицинский университет», Краснодар, Россия

Цель. Анализ течения и ведения беременных с синдромом Гийена – Барре.

Материал и методы. Приведены результаты наблюдения пациентки N. (31 год) с диагнозом: Острая демиелинизирующая воспалительная полинейропатия (синдром Гийена – Барре), тяжелое прогрессирующее течение; грубый вялый, преимущественно проксимальный тетрапарез; двусторонний прозопарез. Грубый бульбарный синдром. Беременность – 21 нед. Двусторонняя полисегментарная пневмония, острый респираторный дистресс-синдром первой степени. Сепсис. Хроническая нормохромная анемия тяжелой степени.

Результаты. Изучен исход беременности и родов для пациентки и плода на фоне тяжелой неврологической патологии – синдрома Гийена – Барре, прогрессирующее течение, с осложнением основного заболевания в виде двусторонней пневмонии и сепсиса, что требовало проведения реанимационных мероприятий. Пациентка находилась на ИВЛ на протяжении 50 сут.

Выводы. У пациентки наблюдали полисистемный характер поражения, осложнение основного заболевания и беременности, что требовало применения мультидисциплинарного подхода в ведении таких контингентов больных. Прерывание беременности или досрочное родоразрешение в этом случае проводится по акушерским или по жизненным показаниям. У пациенток при беременности

UDC 618.3-06:616.8

GUILLIAN – BARRE SYNDROME DURING PREGNANCY. CLINIC CASE

Shapovalova Olga Alexandrovna – MD
SBIHC «Region clinic hospital Nr 2»,
Krasnodar, Russia

Kamenskikh Gayane Valerievna
SBIHC «Region clinic hospital Nr 2»,
Krasnodar, Russia

Potapova Alla Alexandrovna
SBIHC «Region clinic hospital Nr 2»,
Krasnodar, Russia

Lobach Svetlana Vasilyevna
SBIHC «Region clinic hospital Nr 2»,
Krasnodar, Russia

Goncharenko Sergey Ivanovich
SBIHC «Region clinic hospital Nr 2»,
Krasnodar, Russia

Kholodova Kristina Alexeevna
SBEA HE «Kuban state medical university»,
Krasnodar, Russia

Aim of the study. Analysis of the course and management of pregnant women with Guillian – Barré syndrome.

Material and methods. An observation of a 31-year-old female patient N with diagnosis: acute demyelinating inflammatory polyneuropathy (Guillian – Barré syndrome), severe progressive course; severe flaccid, mainly proximal tetraparesis, bilateral facial palsy. Rough bulbar syndrome. Pregnancy 21 weeks. Bilateral polysegmental pneumonia, acute respiratory distress-syndrome 1 stage. Sepsis. Chronic normochromic anemia of severe degree.

Results. The outcome of pregnancy and childbirth for the patient with severe neurological pathology - progressive Guillian – Barré syndrome, complicated with bilateral pneumonia and sepsis and the fetus was studied. The patient underwent of resuscitation procedure – artificial lung ventilation (ALV) for 50 days.

Conclusion. The case observed has shown a polysystemic lesions complicated with underlying disease and pregnancy. The multidisciplinary approach to the management of such contingents of patients was required. The termination of pregnancy or earlier delivery in this case is carried out on obstetric or for vital reasons. Using of intravenous immunoglobulins and efferent methods is the best treatment for Guillian – Barré syndrome during pregnancy.

применение внутривенных иммуноглобулинов и эфферентных методов – эффективный вариант лечения синдрома Гийена – Барре.

Ключевые слова: СИНДРОМ ГИЕЙНА – БАРРЕ, БЕРЕМЕННОСТЬ, РОДЫ

Keywords: GUILLIAN – BARRÉ SYNDROME, PREGNANCY, DELIVERY

Введение

В настоящее время синдром Гийена – Барре – Ландри встречается с частотой – 1,7 случаев на 100 000 населения. Впервые данные о синдроме Гийена – Барре (СГБ) появились в медицинской литературе в 30-х гг. XIX в. Медики обратили внимание на монофазное течение заболевания, чаще всего обратимое – с восстановлением утраченных функций. Однако на этот момент окончательной этиологической концепции не существовало. В большинстве случаев развитию неврологического дефицита при СГБ предшествуют инфекционные заболевания – это острая респираторная вирусная инфекция (ОРВИ) или гастроэнтерит. Заболевание развивается через 2–4 нед после перенесенной острой респираторной или кишечной инфекции, около трети случаев – на фоне полного здоровья [18, 19].

Обычно симптоматика СГБ нарастает на протяжении двух месяцев, при этом возможны варианты течения: неуклонно или ступенеобразно прогрессирующий, а также рецидивирующий. У некоторых больных симптоматика может нарастать вплоть до летального исхода. В течении болезни принято выделять три стадии (периода): 1) прогрессирования (до 4-х нед), 2) стойкой симптоматики (до 4-х нед), 3) восстановления – наблюдается постепенный регресс неврологического дефицита (от нескольких недель до двух лет).

При своевременном и адекватном лечении СГБ прогноз благоприятный. У большинства пациентов нарушенные функции, как правило, полностью восстанавливаются [21, 22]. Однако у 10–20 % пациентов течение болезни имеет затяжной характер с продолжительным периодом восстановления неврологического дефицита и (или) эпизодами повторного ухудшения, резистентностью к патогенетической терапии [20].

Синдром Гийена – Барре у 6 % пациентов от всех случаев заболеваемости развивается во время беременности [8]. При этом высок риск воз-

никновения осложнений беременности и неудачного исхода в сохранении плода, а также повышаются риски течения самого заболевания, такие как пневмония, сепсис и т. д. По данным ряда авторов, заболевание не влияет на развитие плода и не увеличивает риск спонтанного аборта или смерти плода. Однако оно может индуцировать спонтанные роды в третьем триместре при тяжелом течении синдрома Гийена – Барре [3].

В последнее время в арсенале врачей имеются новые высокоэффективные методы лечения синдрома Гийена – Барре – Ландри, такие как плазмообмен, плазмаферез, внутривенные иммуноглобулины класса G. Однако это заболевание продолжает оставаться одним из наиболее тяжелых, при ведении и лечении пациентов требуется применение реанимационных мероприятий и мультидисциплинарного подхода [6].

Информация о СГБ должна быть известна каждому медицинскому работнику. Случай течения беременности и родов у пациентки с СГБ, прошедшей все стадии заболевания во время беременности. Осложненное течение требовало применения реанимационных мероприятий, что привело к регрессированию заболевания к моменту родов и позволило их вести консервативно. От пациентки получено письменное добровольное информированное согласие на публикацию описания клинического случая.

Результаты и обсуждения

Пациентка К, 31 год, состояла на учете в женской консультации с 8 нед первой беременности, наступившей без предгравидарной подготовки. Она протекала с осложнениями на ранних сроках: в сентябре, октябре, ноябре 2019 г. Пациентка трижды находилась на стационарном лечении по месту жительства в связи с тяжелым течением и рвотой. За весь период потеряла в весе 17 кг. В середине ноября 2019 г. в течение 10 дней отмечала подъем температуры до 37,3 °С и слабость. В середине декабря 2019 г. появилось легкое онемение пальцев стоп. Постепенно в течение нескольких

дней она отмечала нарастающую слабость в конечностях. С 04.01.2020 на фоне переживаний все вышеперечисленные симптомы усилились. Через 4 дня пациентка не смогла нормально передвигаться. С помощью бригады скорой медицинской помощи она была госпитализирована по месту жительства, где проводилось обследование, в том числе люмбальная пункция. Выявлено наличие белково-клеточной диссоциации в ликворе (цветная, прозрачная, белок – 0,99 г/л, цитоз-2 (лейкоциты) в поле зрения). На следующий день появились онемение губ и осиплость голоса. Пациентка была переведена в неврологическое отделение ГБУЗ «Краевой клинической больницы № 2» (ККБ № 2).

Из анамнеза жизни пациентки установлено, что сопутствующих заболеваний не было, соматически была здорова. На момент поступления у нее обнаружена беременность – 21 нед. Результаты объективного исследования: рост – 157 см, масса тела – 41 кг, ИМТ – 17 кг/м² (дефицит массы тела). Температура тела – 36,6 °С. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс – 68 ударов в минуту, АД – 100/70 мм рт. ст. на обеих руках. ЧДД – 18 в минуту. Аускультативно дыхание было везикулярное, хрипы отсутствовали.

Неврологический статус пациентки при поступлении: состояние средней степени тяжести, в сознании, контакт и ориентированность не нарушены. На вопросы отвечала верно. Инструкции выполняла правильно. Критика к своему состоянию сохранена. Высшие мозговые функции не нарушены. Глазные щели D = S. Зрачки в диаметре d = s = 3 мм. Фотозрачковые реакции и корнеальные рефлексы живые. Движения глазных яблок в полном объеме, безболезненные. Нистагма и страбизма не обнаружено. Диплопию отрицает. Лицо без явной асимметрии. Язык по средней линии. Глоточные рефлексы симметричные, живые. Глотание произвольное свободное. Осиплость голоса. Тонус мышц в нижних конечностях снижен. Мышечная сила в руках дистально 4 балла, в ногах – 3 балла. Глубокие рефлексы верхних и нижних конечностей S = D снижены; патологических

знаков нет. Предъявляет гипестезию по полиневритическому типу в конечностях. Пальценосовую пробу выполняет с интенцией с обеих сторон, пяточно-коленную пробу не выполняет. В позе Ромберга не исследовалась. Менингеальные знаки отрицательные. Функции тазовых органов контролирует.

Результаты проведения обследования в день госпитализации:

УЗ-признаки пиелэктазии правой почки (расширение лоханки 18–21 мм), диффузных изменений в печени, в поджелудочной железе, сладжа в желчном пузыре; а также прогрессирующей беременности – 21 нед. При проведении доплерометрии нарушений гемодинамики не выявлено. По ЭхоКГ – малый гидроперикард (жидкость в полости перикарда за правыми отделами 6–7 мм), гемодинамически значимых изменений не выявлено. Триплексное сканирование вен нижних конечностей показало, что тромбоз не обнаружен. Проявился лимфостаз мягких тканей левой нижней конечности.

При общеклиническом обследовании выявлена анемия второй степени (гемоглобин – 8,9 г/л (референсный интервал 110–152), эритроциты – $2,77 \cdot 10^{12}$ г/л (референсный интервал 3,5–5,2), гематокрит – 26,5 %), гипопроteinемия (общий белок – 49 г/л, референсный интервал – 64–83), незначительная гипертрансаминаземия (АЛТ – 82 Ед/л (референсный интервал 1–32), АСТ – 41 Ед/л (референсный интервал 1–31), повышение тропонина Т – 27,03 пг/мл (референсный интервал 0–14). По остальным лабораторным показателям отклонений не выявлено.

Диагноз при поступлении. Острая воспалительная демиелинизирующая полирадикулонейропатия. Умеренно выраженный тетрапарез, более выраженный в нижних конечностях. Беременность – 21 нед. Хроническая нормохромная анемия средней степени тяжести.

10.01.2020 у пациентки отмечались усиление слабости и онемения в конечностях, нарастающее затрудненное дыхание и онемение лица. В свя-

зи с появлением бульбарного синдрома пациентка переведена в отделение реанимации. Проводили курсы плазмафереза и плазмообмена, мероприятия по общему уходу и профилактике пролежней.

Через два дня после госпитализации (12.01.2020) в связи с нарастанием бульбарных нарушений (снижение глоточного рефлекса, отрицательный тест на глотание) установлен назогастральный зонд. Для контроля диуреза установлен уретральный катетер. Учитывая отсутствие нарушения витальных функций (дыхания и сердечного ритма), консилиумом было принято решение пролонгировать беременность.

На пятый день госпитализации (13.01.2020) у пациентки отмечали ухудшение неврологического статуса (нарастание вялого паралича и появление дыхательных нарушений), поэтому она была переведена на ИВЛ.

По результатам консилиума был выставлен диагноз: острая восходящая воспалительная демиелинизирующая полирадикулонейропатия (синдром Ландри – Гийена – Барре – Шторля), тяжелое прогрессирующее течение. Грубый вялый, преимущественно проксимальный тетрапарез; двусторонний прозопарез. Грубый бульбарный синдром. ИВЛ от 13.01.2020. Нормохромная анемия второй степени. Беременность – 21 нед и 6 дней. О пациентке было доложено в ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В. И. Кулакова» для решения вопроса о необходимости пролонгирования беременности. Было рекомендовано продолжить проводимую терапию в режиме плазмафереза через день, с введением иммуноглобулинов сразу после сеанса в рекомендуемых дозах – 400 мг/кг в сутки. Предложено динамическое наблюдение в течение 2–3-х сут с повторной телеконсультацией. При ухудшении состояния будет предпринято досрочное родоразрешение путем операции малого кесарева сечения.

На седьмые сутки госпитализации (15.01.2020) у пациентки повысилась температура тела до 39,7 °С. В общеклинических анализах выявлено:

нарастание С-реактивного белка – 132 мг/л (референсный интервал 0–5), снижение количества тромбоцитов – $106 \cdot 10^9$ /л (референсный интервал 150–400), тяжелая анемия (гемоглобин – 71 г/л (референсный интервал 110–152), повышение прокальцитонина – 25,81 нг/мл (референсный интервал 0–0,046). При рентгенологическом исследовании диагностирована двухсторонняя полисегментарная пневмония.

По неврологическому статусу – отрицательной динамики не наблюдалось. В связи с необходимостью применения продленной ИВЛ пациентке была проведена трахеостомия. Санационная бронхоскопия позволила эвакуировать большое количество гнойной мокроты.

Пациентка осмотрена пульмонологом: Двусторонняя полисегментарная пневмония. Заключение от 13.01.2020: острый респираторный дистресс-синдром ОРДС. Сепсис. ИВЛ через эндотрахеальную трубку (ЭТТ).

По результатам консилиума был выставлен диагноз: острая восходящая воспалительная демиелинизирующая полирадикулонейропатия (синдром Ландри – Гийена – Барре – Шторля), тяжелое течение, фаза стабилизации. Грубый вялый, преимущественно проксимальный тетрапарез; двусторонний прозопарез. Грубый бульбарный синдром. Двусторонняя полисегментарная пневмония. ОРДС первой степени. Сепсис. ИВЛ через ЭТТ (от 13.01.2020). Нормохромная анемия тяжелой степени. Беременность

22 нед.

15.01.2020 проведена повторная телемедицинская консультация с ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В. И. Кулакова». Рекомендовано: продолжить иммуноглобулинотерапию (суммарно 5 дней), антибактериальную терапию широкого спектра действия до уточнения результатов посевов и ПЦР. На этом этапе при отсутствии источника инфекции в

матке прерывание беременности не целесообразно, поскольку имеется вероятность усугубления патологического процесса.

Пациентка получала лечение:

- антибактериальную терапию широкого спектра действия: тедизолид (сивекстро) – 200 мг/сут, цефтолозан + тазобактам (зербакса) – 4,5 г/сут в течение 14 сут;

- противогрибковые препараты (флуконазол – 400 мг – 7 сут);

- иммуномодулирующую терапию: иммуновенин (иммуноглобулин человека нормальный) – 12,5 г/сут № 5;

- инфузионную терапию под контролем диуреза, центрального венозного давления (ЦВД);

- профилактику стресс-язв и тромбоэмболических осложнений (НМГ, пневматическая компрессия нижних конечностей).

С целью коррекции анемии проводилась гемотрансфузия, с последующим внутривенным введением препаратов железа (железа карбоксимальтозата). Нутритивная поддержка осуществлялась через назогастральный зонд. Была продолжена процедура плазмафереза и плазмообмена. Проводились мероприятия по общему уходу, профилактике пролежней, ЛФК. Регулярно выполнялась санация трахеобронхиального дерева.

На фоне терапии у пациентки улучшились клинико-лабораторные показатели, отмечена положительная динамика в лечении пневмонии, уменьшилась степень выраженности двустороннего прозопареза и тетрапареза.

Состояние плода оценивалось ежедневно.

На 48-е сутки госпитализации (25.02.2020) при исследовании плода выявлено: синдром задержки развития 1-й степени, критическое состояние («0» – диастолический компонент во всех циклах артерии пуповины. В венозном протоке определялся диастолический компонент).

По результатам консилиума был выставлен диагноз: острая восходящая воспалительная демиелинизирующая полирадикулонейропатия (синдром Ландри – Гийена – Барре – Шторля), тяжелое течение, фаза восстановления. Выраженный вялый, преимущественно проксимальный тетрапарез; двусторонний прозопарез. Грубый бульбарный синдром. Двусторонняя нижнедолевая пневмония, в стадии разрешения. ИВЛ через ЭТТ (от 13.01.2020). Состояние после дилатационной трахеостомии от 15.01.2020. Беременность – 27 недель. Нормохромная анемия 1-й степени. Хроническая плацентарная недостаточность (хр. п. н.). Критическое состояние плода. Синдром задержки развития плода (СЗРП) 1-й степени.

С учетом положительной динамики в неврологическом статусе (уменьшение степени выраженности двустороннего прозопареза), а также отсутствия жизненных показаний для родоразрешения со стороны плода (отсутствие ретроградного кровотока в венозном протоке) было принято решение пролонгировать беременность, провести профилактику респираторного дистресс-синдрома (РДС) плода, продолжить респираторную поддержку, симптоматическую терапию, санацию трахеобронхиального дерева (ТБД), профилактику пролежней, тромбоэмболических осложнений, ежедневную оценку состояния плода.

На 56-е сутки госпитализации (03.03.2020) пациентка была экстубирована, дыхание самостоятельное через трахеотомическую трубку. При оценке неврологического статуса отмечено: в сознании, выражено астенизирована, команды и инструкции выполняет, быстро истощается. Глазные щели D = S. Зрачки равны. Фотозрачковые реакции живые. Корнеальные рефлексы живые. Движения глазных яблок в полном объеме, безболезненные. Нистагма нет. Диплопию отрицает. Слабость лицевых и орофарингеальных мышц до 3-х баллов. Язык по средней линии. Глоточный рефлекс снижен. Мышечная сила в руках проксимально – 3 балла, дистально – 0,5 баллов, в ногах проксимально – 2,5 баллов, дистально – 0,5 баллов. Глубо-

кие рефлексы с верхних и нижних конечностей S = D торпидные, патологических знаков нет. Четких чувствительных нарушений не предъявляет. Менингеальные знаки отрицательные.

Принимая во внимание стабилизацию синдрома Гийена – Барре, разрешение двухсторонней пневмонии, а также наличие признаков плацентарной недостаточности (нарушение гемодинамики у плода 3-й степени), 05.02.2020 (на 58-е сутки госпитализации) пациентка переведена в Перинатальный центр ГБУЗ «Краевая клиническая больницы № 2» для дальнейшего лечения плацентарной недостаточности и реабилитации.

В общем анализе мочи выявлена лейкоцитурия (большое количество лейкоцитов), в общем анализе крови – анемия 1-й степени (гемоглобин – 92 г/л), гипопротеинемия (общий белок – 52 г/л). Отмечалось повышение С-реактивного белка до 61 мг/л (референсный интервал 0–50), незначительное увеличение прокальцитонина – 0,25 нг/мл (референсный интервал 0–0,046). В посевах мочи был отмечен рост *Klebsiella pneumoniae* · 10⁷ КОЕ/мл, *Enterococcus faecalis* · 10⁴ КОЕ/мл. В посевах мокроты выявлена *Actinobacter baumannii* · 10⁷ КОЕ/мл. В мазках на микрофлору было обнаружено большое количество лейкоцитов, в посевах из цервикального канала высеяно обильное количество *Escherichia coli*, умеренное количество *Enterococcus durans*.

Проведено УЗИ плода, в результате которого выявлена беременность – 29 нед, синдром задержки развития плода 1-й степени (предполагаемая масса плода – 1260 г), нарушение гемодинамики 3-й степени («0» диастолический компонент в отдельных циклах пуповины, в венозном протоке определяется диастолический компонент).

По результатам посевов была назначена антибактериальная терапия в течение 10 сут. В роддоме продолжали проводить мероприятия по уходу, ЛФК, профилактику тромбоэмболических осложнений (НМГ), оказывать нутритивную поддержку, проводить инфузионную терапию кристаллоид-

дами. Трахеостомическая трубка была удалена на 5-е сут нахождения в Перинатальном центре, на 10-е сут удален был уретральный катетер.

За все время нахождения пациентки в Перинатальном центре проводили реабилитацию основного заболевания, профилактику тромбоэмболических осложнений (НМГ), применяли повторно курс антибактериальной терапии по результатам посева мочи (повторно высеивалась *Klebsiella pneumoniae* · 10⁷ КОЕ/мл), использовали профилактику кандидоза (флуконазол 400 мг – 7 сут) и дисбактериоза (эубиотики в течение месяца).

На 36-й неделе 26.04.2020 (на 108-й день госпитализации в ГБУЗ «ККБ № 2») в 01:30 у пациентки отошли светлые околоплодные воды.

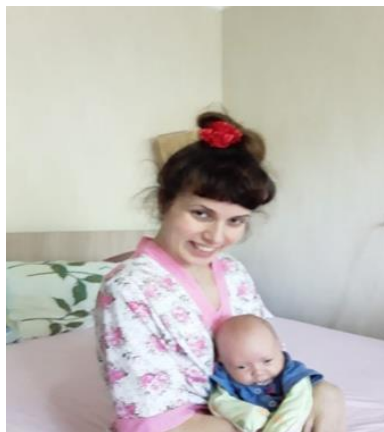
Неврологический статус на момент родов: сохранялась выраженная диффузная гипотония в конечностях. Мышечная сила в руках: проксимальные отделы – 3,5–4,0 баллов, в кистях – 0,5 баллов; в ногах: проксимальные отделы – 2,5 баллов, в стопах – 0,5 баллов.

Глубокие рефлексы резко угнетены S = D. Патологических кистевых и стопных знаков нет. Чувствительность на нижних конечностях нарушена по полинейропатическому типу: гипестезия от уровня нижней трети предплечья и средней трети голени с двух сторон. Пациентка в позе Ромберга не исследовалась. В результате выраженного тетрапареза координационный пробы не выполняла. Менингеальных знаков нет. Функция тазовых органов не нарушена.

Через 5 ч после отхождения околоплодных вод началась регулярная родовая деятельность. Роды проходили на фоне эпидуральной анестезии. 26.04.2020 в 11 ч родился мальчик (массой – 2330 г, длиной – 49 см, по шкале Апгар – 7/7 баллов). Длительность родов составила 5 ч 10 мин. В послеродовом периоде на третьи сутки проведена ручная вакуум-аспирация содержимого полости матки в связи с ее субинволюцией.

Пациентка провела 140 сут на стационарном лечении, из них 60 сут – в Перинатальном центре ГБУЗ «ККБ № 2», из них на ИВЛ –

50 сут. Ей были проведены три курса антибактериальной терапии по чувствительности выделенной микрофлоры. Консервативные роды приняты на 108-е сутки госпитализации в стационар. На 12-е сутки после родов выписана домой с ребенком.



Диагноз пациентки при выписке: острая восходящая воспалительная демиелинизирующая полирадикулонейропатия (синдром Ландри – Гийена – Барре – Шторля), тяжелое течение, фаза восстановления. Выраженный вялый, преимущественно дистальный тетрапарез. Регрессирующий бульбарный синдром, легкий прозопарез с двух сторон. Послеродовой период составлял 12 сут.

Выводы

Необходимость в мультидисциплинарном ведении пациента возникает при полисистемном характере поражения, а также наличии беременности. Лечение пациентов с синдромом Гийена – Барре при беременности не отличается от терапии заболевания у небеременных больных. Предусмотрено применение как метода плазмафереза, так и введение адекватных доз внутривенных иммуноглобулинов. Проведенные исследования показали одинаковый риск возникновения осложнений при плазмаферезе как для беременных, так и для небеременных пациенток [3]. Синдром Гийена – Барре при беременности ассоциирован с высоким риском материнской

смертности, поэтому очень важно вовремя диагностировать и начать лечение [11].

Благодаря мультисистемному подходу ведения пациентки удалось прогрессировать беременность до 36 нед и применить консервативные роды в фазе восстановления заболевания. Пациентка была госпитализирована в многопрофильное учреждение, в структуре которого имеется перинатальный центр, что позволило организовать квалифицированную медицинскую помощь и в родах, и в послеродовом периоде.

Поскольку синдром Гийена – Барре – относительно редкое заболевание. Акушеры-гинекологи, терапевты и неврологи, которые наблюдают беременных женщин, должны внимательно отнестись к появлению жалоб пациенток на онемение, покалывание, боли, слабость в конечностях; признаков дыхательной недостаточности в виде затрудненного дыхания, инспираторной одышки. Приведенные жалобы встречаются также у беременных женщин, однако необходимо учитывать, что они могут быть ранними признаками синдрома Гийена – Барре.

Список литературы

1. Левин О. С. Полиневропатии: клиническое руководство / О. С. Левин. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2011. – 496 с.
2. Asbury A. K. Assessment of current diagnostic criteria for Guillain – Barre syndrome / A. K. Asbury, D. R. Cornblath // *Ann. Neurol.* – 1990; 27: 21–24.
3. Chan L. Y. Guillain – Barre syndrome in pregnancy / L. Y. Chan, M. H. Tsue, T. N. Leung // *Acta obstetrician et gynecologica Scandinavica.* – 2004; 83(4): 319–325.
4. Koledade A. K. Clinically diagnosed Guillain – Barre syndrome in pregnancy: case report and review of literature / A. K. Koledade, A. O. Oguntayo, S. A. Abubakar // *Case Reports in Clinical Medicine.* – 2014; 3: 487–490.
5. Fokke C. Diagnosis of Guillain – Barré Syndrome and Validation of Criteria / C. Fokke, B. Berg, J. Drenthen // *Brain.* – 2014; 137 (1): 33–43.
6. Zafar M. H. Guillain – Barre syndrome in pregnancy: an unusual case / M. H. Zafar, M. M. Naqash, T. A. Bhat // *J. Fam. Med. Primary Care.* – 2013; 2: 90–91.
7. Nath M. P. Pregnancy with Guillain – Barre syndrome – anaesthetic challenges and management / M. P. Nath // *J. Clin. Case Rep.* – 2014; 4: 397.
8. Inamdar S. A. Successful maternal and fetal outcome of Guillain – Barre syndrome complicating pregnancy: case report / S. A. Inamdar, A. H. Inamdar, R. Chaudhary // *Int. J. Reprod. Contracept obstet Gynecol.* – 2013; 2 (3): 478–479.
9. McGrogan A. The epidemiology of Guillain – Barre syndrome worldwide. A systematic literature review / A. McGrogan, G. C. Madle, H. E. Seaman // *Neuroepidemiology.* – 2009; 32(2): 150–163.
10. Клинический случай затяжного течения синдрома Гийена – Барре / Ю. Н. Быков, Ю. П. Нечаева, Т. Н. Загвозкина, А. С. Бохна, И. Н. Забобонина, С. В. Василькова // *Сибирский медицинский журнал (Иркутск).* – 2004; 4: 122–124.
11. Суткали И. В. Синдром Гийена – Барре как междисциплинарная проблема / И. В. Суткали, О. В. Колоколов // *Лечащий врач.* – 2019; 11: 48–55.
12. Pithadia A. B. Guillain – Barré syndrome / A. B. Pithadia, N. Kakadia // *Pharmacological Reports.* – 2010; 62: 220–232.
13. Randall D. P. Guillain – Barré Syndrome and Immunizations / D. P. Randall // *Disease-a-Month.* – 2010; 56 (5): 293–298.
14. Супонева Н. А. Особенности течения синдрома Гийена – Барре в России: анализ 186 случаев / Н. А. Супонева, Е. Г. Мочалова, Д. А. Гришина // *Нервно-мышечные болезни.* – 2014; 1: 37–46.
15. Sejvar J. J. Population incidence of Guillain – Barré syndrome: a systematic review and meta-analysis / J. J. Sejvar, A. L. Baughman, M. Wise // *Neuroepidemiology.* – 2011; 36 (2): 123–133.
16. Супонева Н. А. Синдром Гийена – Барре в городах Российской Федерации: эпидемиология, диагностические и терапевтические возможности региональных клиник / Н. А. Супонева, М. А. Пирадов, Е. В. Гнедовская // *Здравоохранение Российской Федерации.* – 2013; 1: 19–25.
17. Синдром Гийена – Барре. Всемирная организация здравоохранения. – 2016 [обновлено 31 октября 2016; процитировано 30 июня 2020].
18. Федеральные клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи детям с синдромом Гийена – Барре // *Союз педиатров России.* – 2013.

