

Статья поступила в редакцию 24.03.2020 г.

Пеганова М.А., Филимонов С.Н., Пеганов А.И., Полукарова Е.А., Чеченин А.Г.
Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО
Минздрава России,
ФГБНУ НИИ Комплексных проблем гигиены и профессиональных заболеваний,
г. Новокузнецк, Россия
Кемеровский областной клинический кардиологический диспансер им. акад. Л.С. Барбараша,
г. Кемерово, Россия

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СИНДРОМА ГИЙЕНА–БАРРЕ НА ФОНЕ ЭКЛАМПСИИ У БЕРЕМЕННОЙ

Предмет исследования. Изучение влияния патогенных факторов и предрасполагающих условий на развитие синдрома Гийена-Барре.

Цель – демонстрация клинического случая синдрома Гийена-Барре у беременной.

Результаты. В приведенном клиническом случае дебют синдрома Гийена-Барре с двусторонним парезом лицевого нерва выпал на третий триместр беременности, сопровождающейся поздним токсикозом.

Область применения. Неврология, акушерство, терапия, диагностика и лечение синдрома Гийена-Барре.

Вывод. Фоном и возможными провоцирующими факторами заболевания были: третий триместр беременности, сопровождающийся поздним токсикозом и выраженными отеками, наличие гайморита и выявленные при серологическом исследовании антитела к вирусу Эпштейна-Барра, цитомегаловирусу, вирусу простого герпеса.

Ключевые слова: синдром Гийена-Барре; острая воспалительная демиелинизирующая полинейропатия; беременность; поздний токсикоз

Peganova M.A., Filimonov S.N., Peganov A.I., Polukarova E.A., Chechenin A.G.

Novokuznetsk State Institute for Further Training of Physicians,
Research Institute for Complex Problems of Hygiene and Occupational Diseases, Novokuznetsk, Russia
Kuzbass Cardiology Center, Kemerovo, Russia

CLINICAL CASE OF GUILLAIN-BARRÉ SYNDROME ON THE BACKGROUND OF ECLAMPSIA IN A PREGNANT WOMAN

Subject of research. Study of the influence of pathogenic factors and predisposing conditions on the development of Guillain-Barré syndrome.

Purpose of research – demonstration of a clinical case of Guillain-Barré syndrome in a pregnant woman.

Results. The background and possible provoking factors of the disease were: the third trimester of pregnancy, accompanied by late toxicosis and severe edema, the presence of sinusitis and antibodies to Epstein-Barr virus, cytomegalovirus, and herpes simplex virus detected during serological studies.

Application. Neurology, obstetrics, therapy, diagnosis and treatment of Guillain-Barré syndrome.

Conclusion. The background and possible provoking factors of the disease were: the third trimester of pregnancy, accompanied by late toxicosis and severe edema, sinusitis, and antibodies to Epstein-Barr virus, cytomegalovirus, and herpes simplex virus detected during serological examination.

Key words: Guillain-Barré syndrome; acute inflammatory demyelinating polyneuropathy; pregnancy

Состоянию здоровья беременных и рожениц в настоящее время уделяется огромное внимание. Беременность является испытанием для организма женщины, выявляя слабые звенья и декомпенсируя имеющиеся патологические состояния.

В литературе описаны полинейропатии, связанные с беременностью, клиническая симптоматика которых частично или полностью регрессирует после родоразрешения [1]. Это может быть дебют наследственной невралгической амиотрофии или гестационная форма невралгической амиотрофии. В возникновении полинейропатий в гестационном периоде

имеет значение снижение коллоидно-осмотического давления плазмы крови, гидрофильность тканей, способствующая возникновению периферических отеков, в частности отеков эндоневрия с последующей ишемией периферических нервов. Беременность оказывает неблагоприятное влияние на течение диабетической полинейропатии, способствуя повреждению нервов, прогрессированию неврологического дефицита и усилению субъективной неврологической симптоматики [2].

Ряд авторов в качестве основной причины возникновения полинейропатий при беременности рассматривают изменение иммунного статуса, которое

Корреспонденцию адресовать:

ПЕГАНОВА Марина Анатольевна,
654005, Кемеровская область, г. Новокузнецк, пр. Строителей, д. 5,
НГИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России.
E-mail: marinapeganova@gmail.com

Информация для цитирования:

Пеганова М.А., Филимонов С.Н., Пеганов А.И., Полукарова Е.А., Чеченин А.Г. Клинический случай синдрома Гийена-Барре на фоне эклампсии у беременной // Медицина в Кузбассе. 2020. №2. С. 48-51.
DOI: 10.24411/2687-0053-2020-10017

может вызвать развитие аутоиммунного процесса [3, 4].

Синдром Гийена-Барре (СГБ) встречается с частотой от 0,4 до 4 на 100000 населения в год [3-5]. Выделяют три формы СГБ – острая воспалительная демиелинизирующая полинейропатия (ОВДП) (70-80 %), острая моторная аксональная нейропатия (10-15 %) и острая моторно-сенсорная аксональная нейропатия (5 %) [6]. Как показывают серологические исследования, заболевание развивается через 1-3 недели после перенесенной вирусной (вирус Эпштейна-Барра, цитомегаловирус и др.), бактериальной или микоплазменной инфекции [7, 8].

Беременные составляют 6 % от всех заболевших СГБ [4]. Болезнь может дебютировать на любом сроке, но чаще встречается в третьем триместре беременности и в первые две недели послеродового периода [3, 9].

Описание клинического наблюдения

В неврологическое отделение Новокузнецкой городской клинической больницы № 1 г. Новокузнецка 11.05.2016 поступила пациентка 25 лет с жалобами на слабость в руках и ногах, онемение кистей и стоп; слабость мимических мышц, боли в мягких тканях лица.

Из анамнеза известно, что первая беременность у пациентки протекала без осложнений и закончилась физиологическими родами в 2012 году. Сахарным диабетом, артериальной гипертензией женщина не страдала, алкоголем не злоупотребляла. В третьем триместре данной беременности на фоне избыточной массы тела (женщина набрала 30 килограммов после первых родов) появились выраженные отеки лица и конечностей, отмечен подъем артериального давления до 160/100 мм рт. ст. Протеинурии не выявлено. Женщина 30.04.2016 сразу после сна обнаружила онемение кистей и стоп, которое постепенно усиливалось. ОРВИ, стрессов накануне не было. 03.05.2016 появилась слабость мимических мышц лица, вначале слева, затем справа. Беременная обратилась в женскую консультацию. В связи с нарастающей слабостью, на фоне позднего токсикоза больная в экстренном порядке направлена на госпитализацию в родильный дом. 06.05.16 проведено кесарево сечение при сроке 37-38 недель беременности. Ребенок

здоров. Сразу после родоразрешения отеки у пациентки прошли, слабость начала уменьшаться. Она осмотрена неврологом и переведена в неврологическое отделение для уточнения диагноза и лечения.

В неврологическом отделении больная с трудом говорила, не могла улыбаться из-за слабости круговой мышцы рта. Отеков не было. Определено ожирение 2 степени.

В неврологическом статусе выявлены слабость мимических мышц лица с двух сторон по периферическому типу, снижение сухожильных рефлексов с рук и ног, снижение силы в конечностях до 3-3,5 баллов, сенсорные нарушения по полиневритическому типу с рук и ног. При этом глоточный и небный рефлексы живые, равные. В остальном неврологический статус без патологии.

Поставлен диагноз: «Острая воспалительная демиелинизирующая полирадикулонейропатия, восходящий тип течения, тетрапарез, двусторонний прозопарез, 4-я степень клинических проявлений».

Результаты обследования:

Общий анализ крови (12.05.2016): Нб – 116 г/л; Лейкоциты – $9,1 \times 10^9$ /л; Нейтрофилы-палочкоядерные – 7 %; Нейтрофилы-сегментоядерные – 59 %; Моноциты – 8 %; Лимфоциты – 25 %; Эозинофилы – 1 %.

Общий анализ крови (17.05.2016): Нб – 124 г/л; Лейкоциты – $7,7 \times 10^9$ /л; Нейтрофилы-палочкоядерные – 6 %; Нейтрофилы-сегментоядерные – 65 %; Моноциты – 6 %; Лимфоциты – 21 %; Эозинофилы – 1 %.

Общий анализ мочи (12.05.2016): уд. вес 1025, эритроциты +++, эпителий отриц., лейкоциты +/-, белок отриц.

Общий анализ мочи (17.05.2016): уд. вес 1025, эритроциты +++, эпителий отриц., лейкоциты +/-, белок 0,1 г/л.

Биохимический анализ крови: глюкоза – 4,5 ммоль/л; холестерин – 4,9 ммоль/л; калий – 4,8 ммоль/л; натрий – 136 ммоль/л; РФ – 18,4 МЕ/мл; белок общий – 65,1 г/л; мочевина – 8,5 ммоль/л; креатинин – 54 мкмоль/л; АСТ – 0,46 мккат/л; АЛТ – 0,34 мккат/л; КФК – 1,91 мккат/л; билирубин общий – 5,6 мкмоль/л.

RW (13.05.2016): отриц. Кровь на ВИЧ (12.05.2016): отриц.

Сведения об авторах:

ПЕГАНОВА Марина Анатольевна, канд. мед. наук, доцент, кафедра неврологии, мануальной терапии и рефлексотерапии, НГИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Новокузнецк, Россия. E-mail: marinapeganova@gmail.com

ФИЛИМОНОВ Сергей Николаевич, доктор мед. наук, профессор, директор ФГБНУ НИИ КПГПЗ, г. Новокузнецк, Россия. E-mail: fsn42@mail.ru

ПЕГАНОВ Анатолий Игоревич, канд. мед. наук, врач-невролог, ГБУЗ КО «КОККД им. акад. Л.С. Барбараша», г. Кемерово, Россия. E-mail: aipeganov@gmail.com

ПОЛУКАРОВА Елена Алексеевна, канд. мед. наук, заведующая кафедрой неврологии, мануальной терапии и рефлексотерапии, НГИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Новокузнецк, Россия. E-mail: elena_polukarova@mail.ru

ЧЕЧЕНИН Андрей Геннадьевич, доктор мед. наук, профессор, кафедра неврологии, мануальной терапии и рефлексотерапии, НГИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Новокузнецк, Россия. E-mail: chechenin@mail.ru

Кровь на антитела к вирусу простого герпеса: IgG положительно 1 : 1600; IgM отриц.

Кровь на антитела к вирусу Эпштейна-Барра: АТ класса IgG к капсидному антигену VCA вируса Эпштейна-Барра положит.

АТ класса IgM к капсидному антигену VCA вируса Эпштейна-Барра отриц.

АТ класса IgG к раннему антигену EA вируса Эпштейна-Барра отриц.

АТ класса IgG к ядерному антигену NA вируса Эпштейна-Барра положит.

Кровь на антитела к цитомегаловирусу: IgG положит. – 0,52 РЕ/мл; IgM отриц.

Антитела к ДНК отриц.

ЭКГ (12.05.2016): ритм синусовый 81 в мин, патологии нет.

ЭМГ (12.05.2016): зарегистрированы признаки полирадикулонейропатии с поражением нервов аксонально-демиелинизирующего характера, с преимущественным поражением нервов верхних конечностей и снижением проведения импульса по волокнам нервов лица и нижних конечностей по двигательным и чувствительным волокнам.

МРТ головного мозга (06.05.2016): Данных за очаговые и диффузные изменения вещества головного мозга не получено. МРТ-картина воспалительных изменений верхнечелюстной пазухи с признаками экссудации.

Р-графия пазух носа (12.05.2016): На снимках в 2-х проекциях слева затемнена гайморова пазуха за счет отека слизистой.

Консультация оториноларинголога (12.05.2016): острый гайморит слева. Рекомендовано: флемоклав 1000 мг 2 раза в сутки, нафтизин по 3-4 капли в нос 3 раза в день; долфин – промывание носа 1-2 раза в день;

Рентгенография пазух носа (20.05.2016): Данных за синусит не выявлено.

Консультация оториноларинголога (23.05.2016): Воспалительных изменений ЛОР-органов нет.

Офтальмолог (13.05.2016): без патологии.

Гинеколог (26.05.2016): без патологии.

Люмбальная пункция не проведена в связи с беременностью и послеродовым периодом по согласованию с гинекологами.

После лечения женщина выписана с улучшением самочувствия, сила в конечностях увеличилась до 4,5 баллов, появились движения мимической мускулатуры.

ОБСУЖДЕНИЕ

Пациентке была выставлена наиболее частая форма СГБ – ОВДП на основании достаточно быстрого регресса симптоматики и наличия признаков демиелинизации по ЭМГ, в отличие от более тяжело и длительно протекающих аксональных форм [10]. Необычным было более грубое поражение верхних конечностей, чем нижних.

Проводился дифференциальный диагноз с наследственной полинейропатией. Мысль о наследственной полинейропатии, связанной с беременностью, возникла в связи с онемением дистальных отделов конечностей и слабостью в них после развития выраженных отеков при позднем токсикозе. Сразу после родов отеки прошли и слабость начала регрессировать еще до назначения специфического лечения. Однако наследственный анамнез у женщины не был отягощен. Эндогенные и экзогенные интоксикации как причина полинейропатии исключены.

ОВДП у пациентки начала регрессировать сразу после родов. Фоном и возможными провоцирующими факторами заболевания были: третий триместр беременности, сопровождающийся поздним токсикозом и выраженными отеками, наличие гайморита и выявленные при серологическом исследовании антитела к вирусу Эпштейна-Барра, цитомегаловирусу, вирусу простого герпеса. Положительный эффект от внутривенного введения иммуноглобулина класса G подтвердил диагноз.

ВЫВОД

Во время беременности и в раннем послеродовом периоде возможно появление различных жалоб, связанных с поражением периферической нервной системы. Большая часть из них самостоятельно проходит после родоразрешения. Однако в некоторых случаях они могут быть начальными признаками жизнеугрожающей патологии. Такие жалобы как слабость, нарушения чувствительности и покалывания в кистях и стопах должны настораживать врачей в отношении синдрома Гийена-Барре и требуют наблюдения и проведения электромиографии. Ранняя диагностика, а также совместное ведение беременной акушером и неврологом улучшают прогноз для матери и плода.

Information about authors:

PEGANOVA Marina Anatolyevna, candidate of medical sciences, docent, department of neurology, Novokuznetsk State Institute for Further Training of Physicians, Novokuznetsk, Russia. E-mail: marinapeganova@gmail.com

FILIMONOV Sergey Nikolaevich, doctor of medical sciences, professor, director, Research Institute for Complex Problems of Hygiene and Occupational Diseases, Novokuznetsk, Russia. E-mail: fsn42@mail.ru

PEGANOV Anatoly Igorevich, candidate of medical sciences, neurologist, Kuzbass Cardiology Center, Kemerovo, Russia. E-mail: aipeganov@gmail.com

POLUKAROVA Elena Alekseevna, candidate of medical sciences, docent, head of department of neurology, Novokuznetsk State Institute for Further Training of Physicians, Novokuznetsk, Russia. E-mail: elena_polukarova@mail.ru

CHECHENIN Andrey Gennadyevich, doctor of medical sciences, professor, Novokuznetsk State Institute for Further Training of Physicians, Novokuznetsk, Russia. E-mail: chechenin@mail.ru

Информация о финансировании и конфликте интересов

Исследование не имело спонсорской поддержки. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES:

1. Hereditary Nervous System Diseases: A Guide for Physicians /Ed. Veltishcheva YuE, Temina NP. M.: Med. Publ., 1998. 469 p. Russian (Наследственные болезни нервной системы: Руководство для врачей /Под ред. Вельтищева Ю.Е., Темина Н.П. М.: Медицина, 1998. 469 с.)
2. Poroshnichenko AI, Burshinov AO. Dynamics of electrophysiological parameters of distal symmetric polyneuropathy in the course of pregnancy of women with type 1 diabetes mellitus. *Neuromuscular diseases*. 2015; 3: 37-41. Russian (Порошниченко А.И., Буршинов О.А. Динамика электрофизиологических показателей параметров дистальной симметричной полинейропатии при беременности у женщин с сахарным диабетом 1-го типа //Нервно-мышечные болезни. 2015. № 3. С. 37-41.)
3. Skoromets AA. Somatoneurology. Spb: SpetsLit, 2009. 655 p. Russian (Скоромец А.А. Соматоневрология. СПб: СпецЛит, 2009. 655 с.)
4. Khakimova RKh, Popova NA, Yakupov EZ. Guillain-Barré syndrome and pregnancy: Diagnosis and management features (clinical observation). *Bulletin of modern clinical medicine*. 2014; 7(2): 183-7. Russian (Хакимова Р.Х., Попова Н.А., Якупов Э.З. Синдром Гийена-Барре и беременность: Диагностика и особенности ведения (клиническое наблюдение) //Вестник современной клинической медицины. 2014. Т. 7, № 2. С. 183-187.)
5. Mozolevskiy YuV. Central neural system diseases. M., 2019. 432 p. Russian (Мозолевский Ю.В. Заболевания периферической нервной системы. М., 2019. 432 с.)
6. Suponeva NA, Mochalova EG, Grishina DA, Piradov MA. The specific features of Guillain-Barré syndrome in Russia: Analysis of 186 cases. *Neuromuscular diseases*. 2014; 1: 37-45. Russian (Супонева Н.А., Мочалова Е.Г., Гришина Д.А., Пирадов М.А. Особенности синдрома Гийена-Барре в России: анализ 186 случаев //Нервно-мышечные болезни. 2014. № 1. С. 37-45.)
7. Levin OS. Polineuropathy: clinical guidance. M.: MIA, 2016. 480 p. Russian (Левин О.С. Полиневропатии: клиническое руководство. М.: МИА, 2016. 480 с.)
8. Lupo J, Germi R, Jean D. Guillain-Barré syndrome and cytomegalo-virus infection during pregnancy. *J Clin Virol*. 2016; 79: 74-76.
9. Pradhan D, Dey S, Bhattacharyya P. A Case of Successful Management of Guillain-Barre Syndrome in Pregnancy. *JNMA J Nepal Med Assoc*. 2015; 53(198): 134-136.
10. Sharma SR, Sharma N, Masaraf H et al. Guillain-Barré syndrome complicating pregnancy and correlation with maternal and fetal outcome in North Eastern India: A retrospective study. *Ann Indian Acad Neurol*. 2015; 18(2): 215-218.

