

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12 и 145/12), министерот за здравство донесе

УПАТСТВО

ЗА ПРАКТИКУВАЊЕ НА МЕДИЦИНА ЗАСНОВАНА НА ДОКАЗИ ПРИ СИНДРОМ НА ГИЛЕН-БАРЕ (GUILLAIN-BARRÉ) (polyradiculitis)

Член 1

Со ова упатство се пропишува медицинско згрижување преку медицина заснована на докази на синдром на Гилен-Баре (Guillain-Barré) (polyradiculitis).

Член 2

Начинот на медицинско згрижување на синдромот на Гилен-Баре (Guillain-Barré) (polyradiculitis) е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинско згрижување на синдром на Гилен-Баре (Guillain-Barré) (polyradiculitis) по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на медицинското згрижување, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 07-6581/2

3 декември 2012 година

Скопје

МИНИСТЕР

Никола Тодоров

СИНДРОМ НА ГИЛЕН-БАРЕ (GUILLAIN-BARRÉ) (polyradiculitis)

МЗД Упатство
11.5.2010

- Основи
- Епидемиологија и етиологија
- Симптоми
- Дијагноза
- Диференцијална дијагноза
- Третман
- Прогноза
- Референци

ОСНОВИ

- Полиневритисот претставува инфламација на нервните корени. Главно, тој ги зафаќа моторните нерви и има асцендентен тек. Етиологијата му е непозната.
- *Да се запомни дека постои можност за присутен полиневрит кај пациент со слабост или трпнење на екстремитетите.*
- *Пациентот се третира во болница каде има можност за третман со асистирани вентилација.*

ЕПИДЕМИОЛОГИЈА И ЕТИОЛОГИЈА

- Инциденцијата во светот е 1.0-1.9/100 000 жители/годишно.
- Се јавува во 3 клинички форми: акутна (95% од случаите), хронична и рецидивна форма.
- Етиологијата е непозната. Во 70% од пациентите на оваа состојба и претходела инфекција, вакцинација или имуноманипулација.

СИМПТОМИ

- Асцендентни, симетрични симптоми на болки и боцкање, трпнење и мускулна слабост кои започнуваат во долните екстремитети и се шират кон горе.
- Во клиничката слика доминира мускулната слабост.
- Болеста во текот на неколку часови може да прогресира до респираторна парализа.
- Често е асоцирана со периферна пареза на кранијалните нерви, најчесто со пареза на лицевиот нерв.
- Нема нарушување на функцијата на мочниот меур.
- Често, се присутни болки во вратот и пониско во грбот.

ДИЈАГНОЗА

- Тетивните рефлекси се ослабени или изгубени (може да бидат нормални во иницијалната фаза).
- Сензитивните нарушувања се лесни.
- Присутна е симетрична мускулна слабост.

- Бројот на клетките во ликворот е нормален, иако е можно присуство на леукоцити до 50/mm.
- Концентрацијата на протеини во ликворот е зголемена дури до 6000-7000mg/l (понекогаш порастот на протеините не се регистрира дури до крајот на втората недела од заболувањето).¹
- Наодот на ЕНМГ може да ја потврди дијагнозата, но не порано од три недели од почетокот на болеста.
- Крвните анализи немаат удел во дијагнозата.

ДИФЕРЕНЦИЈАЛНА ДИЈАГНОЗА²

- Акутен паралитичен полиомиелит (асиметричен, повеќе леукоцити во ликворот),
- Акутен миелит (лезија на централниот моторен неврон, парализа на мочниот меур),
- Полиневропатија асоцирана со дифтерија,
- Ботулизам,
- Мијастенија гравис,
- Акутна полиневропатија³.

ТРЕТМАН

- Пациентот треба да се пренесе во болница која располага со апаратура за третман на нарушена респирација, а ако е неопходно пациентот се пренесува и во единица за интензивна нега.
- Кортикостероидите не покажаа добри резултати во третманот на акутните форми на полиневритисот (ннд-В).
- Интравенозната терапија со имуноглобулини (ннд-А) или терапијата со плазмафереза (ннд-А) кај тешките случаи, (неможност за одење, опасност од потреба за респиратор), би требало да се внесат што е можно побрзо (во првите 2 недели од почетокот на заболувањето).
- Рана интубација на пациентот, ако има знаци за нарушување на дишењето - РЕФ мониторирање е задолжително.
- Физикалната терапија се препорачува кога веќе нема прогресија.
- Потребна е профилакса на тромбозата кај тешко парализираните.
- Кортикостероидите се препорачливи кај хроничните форми на болеста.

ПРОГНОЗА

- Комплетно закрепнување кај 90% од болните со идиопатска форма во текот на 1 до 2 години.
- Морталитет 5-10%.
- Прогресивната фаза трае околу четири недели, стабилната фаза околу две недели, а закрепнувањето трае околу шест недели.

РЕФЕРЕНЦИ

1. Hughes RA, Swan AV, van Doorn PA. Corticosteroids for Guillain-Barré syndrome. Cochrane Database Syst Rev 2010 Feb 17;2():CD001446. **PubMed**

¹ Трета недела

² Евентуално дополнување со симптоматски форми на Guillain-Barre синдромот

³ Токсична, инфективна, васкулитична, паранеопластична

2. Hughes RA, Swan AV, van Doorn PA. Intravenous immunoglobulin for Guillain-Barré syndrome. Cochrane Database Syst Rev 2010 Jun 16;6():CD002063.
3. Raphaël JC, Chevret S, Hughes RA, Annane D. Plasma exchange for Guillain-Barré syndrome. Cochrane Database Syst Rev 2002;(2):CD001798 [Last assessed as up-to-date: 20 January 2008].
PubMed

Authors: Markus Färkkilä Article ID: ebm00796 (036.074) © 2012 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines, 11.5.2010, www.ebm-guidelines.com**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 5 години.**
3. **Предвидено е следно ажурирање до мај 2015 година.**