

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства охорони
здоров'я України
№

СТАНДАРТ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ СИНДРОМУ ГІЄНА-БАРРЕ

2023



UB
ДП "Державний експертний центр МОЗ України"
№1085/21-23 від 26.05.2023
КЕП: БАБЕНКО М. М. 26.05.2023 16:53
385E960700000000000000000000000000000001
Сертифікат дійсний з 25.05.2022 12:51 до 23.05.2024 23:59

Загальна частина

Назва діагнозу: синдром Гійєна-Барре (гостра запальна демієлінізуюча полірадікулонейропатія)

Коди стану або захворювання. НК 025:2021 «Класифікатор хвороб таспоріднених проблем охорони здоров'я»:

G 61.0 синдром Гійєна-Барре

Розробники

Дубров Сергій Олександрович	перший заступник Міністра охорони здоров'я України, голова робочої групи;
Машкевич Олександра Григорівна	директор Департаменту медичних послуг Міністерства охорони здоров'я України, заступник голови робочої групи;
Гріценко Олександр Володимирович	заступник начальника Фармацевтичного управління- начальник відділу з питання якості та доступності лікарських засобів, їх раціонального застосування Фармацевтичного управління Міністерства охорони здоров'я України;
Слободін Тетяна Миколаївна	професор кафедри неврології № 1 Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика;
Бондаренко Анастасія Валеріївна	завідувач кафедри педіатрії, імунології, інфекційних та рідкісних захворювань Європейської медичної школи Міжнародного європейського університету;
Гриб Вікторія Анатоліївна	завідувач кафедри неврології та нейрохірургії Івано- Франківського національного медичного університету;
Кальбус Олександр Іванович	завідувач кафедри неврології Дніпровського державного медичного університету;
Московко Геннадій Сергійович	завідувач кафедри неврології та нейрохірургії факультету післядипломної освіти Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова;
Чоп'як Валентина Володимирівна	завідувач кафедри клінічної імунології та алергології Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького;

Яцишин Роман Іванович	завідувач кафедри внутрішньої медицини № 1, клінічної імунології та алергології імені Є.М. Нейко Івано-Франківського національного медичного університету;
Панасюк Олена Леонідівна	старший науковий співробітник державної установи «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб імені Л.В. Громашевського Національної академії медичних наук України» (за згодою);
Пашковський Вадим Іванович	завідувач відділення неврології № 1 комунального підприємства «Дніпропетровська обласна клінічна лікарня імені І.І. Мечникова» (за згодою); заступник голови робочої групи з клінічних питань;
Семеряк Орест Михайлович	керівник центру нервово-м'язових захворювань комунального некомерційного підприємства Львівської обласної ради «Львівська обласна клінічна лікарня» (за згодою);
Тер-Вартаньян Семен Христофорович	головний лікар медичного центру товариства з обмеженою відповідальністю «Інститут ревматології» (за згодою);
Дельва Михайло Юрійович	завідувач кафедри нервових хвороб Полтавського державного медичного університету;
Личко Володимир Станіславович	доцент кафедри нейрохірургії та неврології навчально-наукового медичного інституту Сумського державного університету;

Методологічний супровід та інформаційне забезпечення

Гуленко Оксана Іванівна	начальник відділу стандартизації медичної допомоги Державного підприємства «Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України», заступник голови робочої групи з методологічного супроводу.
-------------------------------	--

Рецензенти

Мяловицька Олена Анатоліївна	професор кафедри внутрішньої медицини навчально-наукового центру «Інститут біології та медицини» Київського національного університету імені Тараса Шевченка, д.мед.н., професор;
------------------------------------	---

Товажнянська завідувачка кафедри неврології Харківського
Олена національного медичного університету д.мед.н.,
Леонідівна професор.

Дата оновлення стандартів – **2028 рік**

Перелік скорочень

ВВІГ – внутрішньовенний імуноглобулін

ВІТ – відділення інтенсивної терапії

МРТ – магнітно-резонансна томографія

СГБ – синдром Гійєна-Барре

СМР – спино-мозкова рідина

ЦНС – центральна нервова система

Розділ І. Організація надання медичної допомоги

1. Положення стандарту медичної допомоги

Лікарі різних спеціальностей мають бути обізнані щодо основних клінічних проявів гострої запальної демієлінізуючої полірадикулонейропатії (синдрому Гійєна-Барре) з метою ранньої підозри та направлення до ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу, в яких здійснюється діагностика та лікування пацієнтів з СГБ.

Медична допомога пацієнтам з СГБ потребує міждисциплінарної співпраці та інтегрованого ведення пацієнтів мультидисциплінарною командою фахівців, до якої мають бути включені лікарі загальної практики-сімейної медицини, лікарі неврологи, лікарі відділень невідкладної допомоги.

2. Обґрунтування

Рання діагностика та початок лікування пацієнтів з СГБ сприяє попередженню розвитку невідкладних станів, інвалідизації та передчасної смерті пацієнтів.

Ефективні системи комунікації, які відповідають конкретним потребам окремих осіб, є найважливішими для забезпечення своєчасної діагностики, направлення та лікування пацієнтів.

Завдяки розширенню масштабів просвітницьких заходів щодо СГБ за останні роки в багатьох країнах було зафіксовано поліпшення діагностики, що призвело до збільшення первинної захворюваності та поширеності, а також до деякого скорочення діагностичної затримки між виявленням симптомів і постановкою діагнозу.

3. Критерії якості медичної допомоги

Обов'язкові:

1) Існують локально узгоджені письмові документи, що координують та інтегрують медичну допомогу для забезпечення своєчасного направлення, діагностики та лікування пацієнтів з СГБ.

2) Існує задокументований індивідуальний план медичної допомоги, узгоджений з пацієнтом і доступний мультидисциплінарній команді, що містить інформацію щодо діагнозу пацієнта, лікування і ведення його стану.

3) Пацієнти і, за згодою, члени сім'ї / особи, які здійснюють догляд, забезпечуються у доступній формі інформацією щодо їхнього стану, плану лікування і подальшого спостереження, навчання навичок, необхідних для поліпшення результатів медичної допомоги, контактів для отримання додаткової інформації та консультації.

Бажані:

4) Надавачі медичних послуг розміщують інформаційні матеріали стосовно основних клінічних проявів СГБ в доступних для пацієнтів місцях, а також на вебсайтах та офіційних сторінках ЗОЗ у соціальних мережах.

Розділ ІІ. Діагностика

1. Положення стандарту медичної допомоги

Діагноз СГБ може бути запідозрений лікарем будь-якої спеціальності на основі виявлення у пацієнта насторожуючих ознак СГБ.

Діагноз СГБ, його диференціацію та верифікацію, визначення конкретної клінічної форми, здійснюється лікарями-неврологами на підставі анамнестичних та клінічних даних, даних лабораторних обстежень, електрофізіологічних даних (електроміографія), даних візуалізації нервової системи та інших обстежень, необхідних для проведення диференційної діагностики.

2. Обґрунтування

Пацієнти з СГБ зазвичай мають слабкість та сенсорні прояви у нижніх кінцівках, які прогресують на руки та краніальний відділ, хоча клінічна картина захворювання неоднорідна та існує декілька різних клінічних варіантів.

Слабкість в кінцівках, слабкість м'язів, вегетативні розлади (ортостатична гіпотензія, тощо), часто є провідними симптомами СГБ.

У разі підозри на СГБ діагностика повинна бути швидкою та послідовною: клінічний огляд, лабораторна діагностика, проведення ЕМГ.

Диференціальна діагностика СГБ є досить складною через наявність великої кількості захворювань з подібною клінічною симптоматикою та залежить від індивідуальних особливостей у кожного хворого.

3. Критерії якості медичної допомоги

Обов'язкові:

1) Діагностичні заходи з встановлення діагнозу СГБ включають: збір клінічних даних анамнезу, фізикальний огляд, встановлення початку захворювання, який може бути гострим або підгострим, наявності у пацієнтів нестабільності артеріального тиску або серцевого ритму, дисфункції зіниць, дисфункції кишечника або сечового міхура, м'язового, радикулярного чи нейропатичного болю. Діагноз СГБ підтверджується дослідження СМР та електродіагностичними даними. Діагностичні критерії СГБ наведені у додатку 2 до цього Стандарту.

2) Варіант СГБ визначається відповідно до критеріїв, наведених у додатку 1 до цього Стандарту.

3) Пацієнтам із підозрою на СГБ призначається загальний аналіз крові та біохімічний аналіз крові із визначенням рівня глюкози, електролітів, печінкових ферментів, функції нирок.

4) Дослідження СМР проводиться під час первинної оцінки пацієнта використовується, в основному, для виключення інших, ніж СГБ, причин слабкості, характерною ознакою при СГБ є комбінація підвищеного рівня білка у СМР та нормального рівня клітин СМР.

5) Диференціальна діагностика СГБ в залежності від локалізації здійснюється відповідно до додатку 3 до цього Стандарту.

Бажані:

6) За можливості, доцільно проводити ЕМГ, оскільки це допомагає підтвердити діагноз, особливо у пацієнтів з атиповою формою захворювання.

7) МРТ може бути корисною, особливо для виключення альтернативних діагнозів.

Розділ III. Лікування

1. Положення стандарту медичної допомоги

Лікування пацієнтам з СГБ призначається лікарем-неврологом після встановлення діагнозу СГБ.

Основними методами лікування СГБ є: патогенетична терапія (обмінний плазмаферез або імуноглобулін внутрішньовенно), симптоматичне лікування, направлене на корекцію вітальних функцій, яке проводиться в умовах стаціонару ЗОЗ; лікування супутньої патології.

Госпіталізація пацієнтів з підозрою на СГБ здійснюється ургентно у ЗОЗ, що спеціалізуються на діагностиці та лікуванні неврологічних захворювань та має у своїй структурі відділення інтенсивної терапії / реанімації.

Після проведення патогенетичного лікування пацієнти повинні бути у відділенні неврології/реанімації для стабілізації вітальних функцій та початку проведення раннього реабілітаційного лікування. За відсутності у ЗОЗ можливості надання цих послуг пацієнта має бути переведений до ЗОЗ, який надає відповідні реабілітаційні послуги.

2. Обґрунтування

СГБ може мати хвилеподібний перебіг з чередуванням періодів погіршення та поліпшення стану.

У разі швидкої прогресії м'язової слабкості, особливо із залученням м'язів орофасіальної та дихальної мускулатури можуть розвинути порушення вітальних функцій, які, у разі несвоєчасної діагностики та лікування, можуть призвести до смерті пацієнта.

При наявності симптомів м'язової слабкості, що супроводжуються порушенням ковтання та дихання, пацієнти мають бути госпіталізовані до ЗОЗ, що мають неврологічне відділення та відділення інтенсивної терапії / реанімації.

Клінічні випробування продемонстрували ефективність лікування внутрішньовенним імуноглобуліном (ВВІГ), якщо його розпочали протягом 2 тижнів після появи слабкості, та обмінний плазмаферез, якщо розпочали протягом 4 тижнів.

3. Критерії якості медичної допомоги

Обов'язкові:

1) Вибір методу лікування (внутрішньовенний імуноглобулін чи обмінний плазмаферез) залежить від клінічного перебігу захворювання, наявності ускладнень, які можуть обмежувати використання якогось з варіантів патогенетичної терапії та можливостей медичного закладу. ВВІГ (0,4 г/кг маси тіла щоденно протягом 5 днів) і обмінний плазмаферез (200-250 мл плазмодіфільтрату/кг маси тіла за п'ять сеансів) є однаково ефективними видами лікування при СГБ.

2) Очікуваними результатами ефективності лікування є досягнення стабілізації вітальних функцій, запобігання або зменшення ускладнень критичних станів, досягнення стану мінімальних проявів: у пацієнта немає симптомів або функціональних обмежень від СГБ, але виявляється слабкість при обстеженні деяких м'язів.

3) Пацієнтам з СГБ, після стабілізації вітальних функцій, потрібно обов'язково розпочинати заходи з фізичної реабілітації з метою швидшого відновлення рухових розладів та активізації пацієнта.

4) Необхідно рутинно оцінювати респіраторної функції, оскільки не всі пацієнти з респіраторною дисфункцією будуть мати клінічні ознаки диспное.

5) Необхідно оцінювати м'язову силу у шиї, руках та ногах, а також наявність ускладнень, які можуть виникнути у пацієнтів при СГБ, що наведені у додатку 4 до цього Стандарту.

6) Необхідно здійснювати моніторинг пацієнтів щодо порушень ковтання і кашлю; вегетативна дисфункція має оцінюватись за допомогою електрокардіографії та моніторингу частоти серцевих скорочень, артеріального тиску та функції кишечника і сечового міхура.

7) Пацієнти із СГБ можуть відчувати ряд довгострокових залишкових проблем, включаючи неповне відновлення моторної та сенсорної функцій, а також втому, біль та психологічний дистрес. Перед випискою пацієнта зі стаціонару необхідно надати інформацію та обговорити із пацієнтом і, за згодою, членами сім'ї / особами, які здійснюють догляд, ці можливі віддалені довгострокові наслідки СГБ.

Індикатори якості медичної допомоги

1. Наявність у ЗОЗ клінічного маршруту пацієнта (далі – КМП) з СГБ.

Паспорти індикаторів якості медичної допомоги

1. Наявність у ЗОЗ клінічного маршруту пацієнта з СГБ.

Зв'язок індикатора із затвердженими настановами, стандартами медичної допомоги.

Індикатор ґрунтується на положеннях цього Стандарту медичної допомоги.

Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора.

Даний індикатор характеризує організаційний аспект запровадження сучасних медико-технологічних документів у регіоні. Якість надання медичної допомоги пацієнтам, відповідність надання медичної допомоги вимогам КМП, відповідність КМП чинному Стандарту медичної допомоги даним індикатором висвітлюватися не може, але для аналізу цих аспектів необхідне обов'язкове запровадження КМП в ЗОЗ.

Бажаний рівень значення індикатора:

2023 рік – 90%;

2024 рік та подальший період – 100%.

Інструкція з обчислення індикатора.

ЗОЗ, що має обчислювати індикатор: структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Дані надаються лікарями, які надають первинну медичну допомогу, лікарями неврологами (ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу пацієнтам), розташованими на території обслуговування, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної або автоматизованої обробки.

Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій після надходження інформації від усіх лікарів, які надають первинну медичну допомогу, лікарів неврологів (ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу пацієнтам), зареєстрованих на території обслуговування. Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника.

Знаменник індикатора складає загальна кількість лікарів, які надають первинну медичну допомогу, лікарів неврологів (ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу пацієнтам), зареєстрованих в районі обслуговування. Джерелом інформації є звіт структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій, який містить інформацію про лікарів, які надають первинну медичну допомогу, лікарів неврологів (ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу пацієнтам), зареєстрованих на території обслуговування.

Чисельник індикатора складає загальна кількість лікарів, які надають первинну медичну допомогу, лікарів неврологів (ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу пацієнтам), зареєстрованих на території обслуговування, для яких задокументований факт наявності КМП з СГБ (наданий екземпляр КМП). Джерелом інформації є КМП, наданий лікарями, які надають первинну медичну допомогу, лікарями неврологами (ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу пацієнтам).

Значення індикатора наводиться у відсотках.

Перелік літературних джерел, використаних при розробці стандарту медичної допомоги

1. Електронний документ «Клінічна настанова, заснована на доказах «Діагностика та лікування синдрому Гійєна-Барре», 2023 р.
2. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 28 вересня 2012 року № 751 «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 29 листопада 2012 року за № 2001/22313.
3. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року № 110 «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 669/20982.
4. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 13 червня 2022 року № 1011 «Про затвердження чотирнадцятого випуску Державного формуляра лікарських засобів та забезпечення його доступності».

**Директор Департаменту
медичних послуг**

Олександра МАШКЕВИЧ

Додаток 1
до Стандарту медичної допомоги
«Діагностика та лікування
синдрому Гійєна-Барре»
(підпункт 5 пункту 3 розділу II)

Варіанти синдрому Гійєна-Барре

Варіант	Частота (% серед випадків СГБ)	Клінічні риси
Класичний сенсорно- моторний СГБ	30 – 85%	Швидко прогресуюча симетрична слабкість та сенсорні риси за відсутності чи зниженні сухожильних рефлексів, зазвичай досягає фази плато протягом 2 тижнів
Чистий моторний	5 – 70%	Моторна слабкість без сенсорних ознак
Парапаретичний	5 – 10%	Парез обмежений ногами
Фарінгеально- цервікально- брахіальний	<5%	Слабкість фарингеальних, цервікальних і брахіальних м'язів без слабкості нижніх кінцівок
Білатеральний лицьовий параліч з парестезіями	<5%	Білатеральна слабкість мимічних м'язів, парестезія і знижені рефлекси
Чистий сенсорний	<1%	Гостра або підгостра сенсорна нейропатія без інших дефіцитів
Синдром Мілера- Фішера	5 – 25%	Офтальмоплегія, атаксія та арефлексія. Можуть зустрічатися неповні форми з ізольованою атаксією (гостра атаксична нейропатія) чи офтальмоплегія (гостра офтальмоплегія) ³¹ . Перетинання з класичним сенсорно-моторним СГБ оцінюється як можливе у 15% пацієнтів
Стовбуровий енцефаліт Бакерстафа	<5%	Офтальмоплегія, атаксія, арефлексія, ознаки ураження пірамідного шляху і порушення свідомості часто супроводжуються клінікою сенсорно-моторного варіанту СГБ

Додаток 2
до Стандарту медичної допомоги
«Діагностика та лікування
синдрому Гійєна-Барре»
(підпункт 1 пункту 3 розділу II)

Діагностичні критерії синдрому Гійєна-Барре

Ознаки, необхідні для діагностики:

прогресуюча двостороння слабкість рук і ніг (спочатку можуть бути задіяні тільки ноги)

відсутність або зниження сухожильних рефлексів в уражених кінцівках (на певному етапі клінічного перебігу)

Ознаки, які значно підтримують діагностику:

прогресуюча фаза триває від декількох днів до 4 тижнів (зазвичай <2 тижнів)

відносна симетричність симптомів

відносно легкі сенсорні симптоми (відсутні у чисто моторному варіанті)

ураження черепних нервів, особливо двосторонній лицьовий параліч

вегетативна дисфункція

м'язовий або корінцевий біль у спині чи кінцівках

підвищення рівня білка в СМР; нормальний рівень білка не виключає діагнозу

електродіагностичні ознаки моторної або сенсорно-моторної нейропатії (нормальна електрофізіологія на ранніх стадіях не виключає діагноз)

Особливості, що ставлять під сумнів діагноз:

підвищена кількість моноклеарних або поліморфноядерних клітин у СМР ($>50 \times 10^6/\mu$)

виражена, стійка асиметрія слабкості

дисфункція сечового міхура або кишківника на початку або стійка дисфункція протягом перебігу захворювання

тяжка дихальна дисфункція з обмеженою слабкістю кінцівок на початку

сенсорні ознаки з обмеженою слабкістю на початку захворювання

лихоманка на початку

фаза плато <24 год

провідникові порушення чутливості, що вказують на травму спинного мозку

гіперрефлексія або клонус

патологічні стопні знаки

біль у животі

повільне прогресування з обмеженою слабкістю без залучення дихальних шляхів

тривале прогресування протягом >4 тижнів після початку симптомів

зміна свідомості (за винятком стовбурового енцефаліту Бікерстафа)

Додаток 3
до Стандарту медичної допомоги
«Діагностика та лікування
синдрому Гійєна-Барре»
(підпункт 5 пункту 3 розділу II)

Диференціальна діагностика при синдромі Гійєна-Барре

ЦНС

Запалення чи інфекція стовбура мозку (наприклад, саркоїдоз, синдром Шегрена, оптичний нейромієліт або розлад, асоційований з антитілами до мієлінового глікопротеїну олігодендроцитів)

Запалення чи інфекція спинного мозку (наприклад, саркоїдоз, синдром Шегрена чи гострий поперечний мієліт)

Злоякісне захворювання (наприклад, лептоменінгеальні метастази чи нейролімфоматоз)

Компресія стовбура чи спинного мозку

Стовбуровий інсульт

Дефіцит вітамінів (наприклад, енцефалопатія Верніке^a, викликана дефіцитом вітаміну B1, або підгостра комбінована дегенерація спинного мозку, викликана дефіцитом вітаміну B12)

Клітини переднього рогу

Гострий м'який мієліт (наприклад, як результат поліомієліту, ентеровірусу D68 або A71, вірусу Західного Нілу, Японського енцефаліту чи вірусу сказу)

Нервові корінці

Інфекції (наприклад, хвороба Лайма, цитомегаловірус, ВІЛ, вірус Епштейн-Бар або вірус варіцелла-зостер)

Компресія

Лептоменінгеальна пухлина

Периферичні нерви

Хронічна запальна демієлінізуюча полірадикулонейропатія (ХЗДП)

Метаболічні або електролітні розлади (наприклад, гіпокальціємія, гіпотиреозидизм, порфірія чи дефіцит міді)

Дефіцит вітамінів (наприклад, дефіцит вітаміну B1 (також відомий як «бері-бері»), B12 або E

Токсини (наприклад, ліки, алкоголь, вітамін B6, свинець, талій, миш'як, органічні фосфати, етиленгліколь, діетиленгліколь, метанол чи N-гексан)

Нейропатія при критичних станах

Невралгічна аміотрофія

Васкуліт

Інфекція (наприклад, дифтерія чи ВІЛ)

Нейром'язові сполучення

Міастенія гравіс

Міастенічний синдром Ламберта-Ітона

Нейротоксини (наприклад, ботулізм, правець, кліщовий параліч (токсини, які містяться в слині кліща (відмінне від кліщового енцефаліту та хвороби Лайма) або отруєння через укуси змій)

Інтотоксикація органічними фосфатами

М'язи

Метаболічні або електролітні розлади (наприклад, гіпокаліємія, періодичний тіреотоксичний гіпокаліємічний параліч, гіпомагніємія чи гіпофосфатемія)

Запальний міозит

Індукована ліками токсична міопатія (наприклад, викликана колхіцином, хлороквіном, еметіном або статинами)

Мітохондріальні захворювання

Інше

Минаючий або функціональний розлад

Додаток 4
до Стандарту медичної допомоги
«Діагностика та лікування
синдрому Гійєна-Барре»
(підпункт 5 пункту 3 розділу III)

Важливі ускладнення синдрому Гійєна-Барре

Ускладнення	Коли бути уважними
Задуха Серцева аритмія Госпітальні інфекції (наприклад, пневмонія, сепсис або інфекції сечовивідних шляхів) Больова і тактильна аллодинія Делірій Депресія Затримка сечі Закреп Виразки на рогівці Дефіцит харчування Гіпонатріємія Пролежні Компресійна нейропатія Контрактури кінцівок та осифікація	Бульбарний параліч Усі пацієнти Бульбарний і лицьовий параліч, нерухомість, дисфункція сечового міхура, ШВЛ Обмеження комунікацій Обмеження комунікації Обмеження комунікації Усі пацієнти Нерухомість Лицьовий параліч Бульбарний і лицьовий параліч Усі пацієнти Нерухомість Нерухомість Виражена слабкість протягом тривалого часу

Примітка: Більшість із цих ускладнень можуть виникнути у будь-якого пацієнта з СГБ у будь-який час, однак друга колонка показує, коли вони є більш вірогідними та/або коли треба бути особливо уважними.