Tab. 5. *Komplikace GBS*

Komplikace	Výskyt
Aspirace	Bulbární syndrom
Arytmie	Všechny formy
Korneální ulcerace	Léze n. facialis
Obstipace	Imobilita
Retence moči	Všichni nemocní
Infekce získané při hospitalizaci (pneumonie, sepse, uroinfekce)	Bulbární syndrom, léze n. VII., imobilita, mechanická ventilace
Porucha nutrice	Bulbární syndrom, léze n. VII.
Hyponatremie	Všichni nemocní
Dekubity, kontraktury, osifikace	Imobilita, těžké parézy po dlouhou dobu

nebo výměnná plazmaferéza (4–5 sezení, obden, celkem se jedná o výměnu 12–15 litrů plazmy). Zahájení akutní léčby má být co nejdříve, maximální do 14 dnů od vzniku potíží. Nedoporučuje se opakování kúry imunoglobuliny u nemocných, kteří se nezlepšili. Opakování intravenózního podání imunoglobulinů je spojeno s výrazně vyššími nežádoucími vedlejšími účinky a nevede ke klinickému zlepšení. Takoví nemocní mají být léčeni symptomaticky (bolest, atrofie svalů, antidepresiva a další), rehabilitací a fyzikální léčbou (van Doorn et al., 2023).

Kortikoidy – perorální i intravenózní – jsou kontraindikovány. Nebyl prokázán efekt inhibitoru C5 složky komplementu (eculizumab). Další imunosupresivní (mykofenolát mofetil) či imunomodulační (alemtuzumab) léky neměly prokazatelný efekt na průběh GBS (Rajabally, 2022).

Závěr

Klasický GBS je akutní senzitivně-motorická polyradikuloneuropatie; má však různé varianty.

V diagnostice má význam klinický obraz, délka rozvoje do 4 týdnů, vyšetření mozkomíšního moku a elektrofyziologické vyšetření. Vegetativní labilita a riziko respirační insuficience jsou indikací k monitorování na JIP. V léčbě se používá intravenózní podání imunoglobulinů nebo se stejným efektem léčebná plazmaferéza. Zlepšení klinického nálezu je nejvýraznější v prvém roce, avšak může trvat i déle než 5 let (Busl et al., 2023).

LITERATURA

1. Almalki S, Alghamdi L, Khayyat J, et al. Characteristics of Patients Diagnosed With Guillain-Barré Syndrome at King Abdulaziz University Hospital, Jeddah, Saudi Arabia, From 2000 to 2018. *Cureus.* 2023;15(11):e48703. https://doi.org/10.7759/cureus.48703.
2. Busl K, Fried H, Muehlschlegel S, et al. Guidelines for neuroprognostication in adults with Guillain-Barré syndrome. *Neurocrit Care.* 2023;38:564-583. https://doi.org/10.1007/s12028-023-01707-3.
3. Censi S, Bisaccia G, Gallina S., et al. Guillain-Barré syndrom and SARS Cov-2 infection: a systematic review and meta-analysis on a debated issue and evidence for the „Italian factor". *EJN.* 2024;31(2):a16094. https://doi.org/10.1111/ene.16094.
4. Habib AA, Waheed W. Guillain-Barré syndrome. *Continuum (Minn).* 2023;29(5):1327-1356.
5. Hannaford A, Paling E, Silsby M, et al. Electrodiagnostic studies and new diagnostic modalities for evaluations of peripheral nerve disorders. *Muscle Nerve.* 2024;69:653-669. DOI: 10.1002/mus.28068.
6. Leonhard SE, Mandarakas MR, Gondim FAA, et al. Diagnosis and management of Guillain-Barré syndrome in ten steps. *Nature Reviews/Neurology.* 2019;15(11):671-683. https://doi.org/10.1038/s41582-019-0250-9.
7. Rajabally YA. Immunoglobulin and monoclonal antibody therapies in Guillain-Barré syndrome. *Neurotherapeutics.* 2022;19:885-896. https://doi.org/10.1007/s13311-022-01253-4.
8. Revendová K, Volný O, Junkerová J, et al. Nodo-paranodopatie s protilátkami IgG4 proti neurofascinu 155. *Cesk Slov Neurol N.* 2021;84(6):567-569. i: https://doi.org/10.48095/cc-csnn2021567.
9. Shastri A, Ayian AA, Kishore U, et al. Immune-mediated neuropathies: Pathophysiology and management. *Int. J. Mol.* Sci. 2023;24:7288. https://doi.org/10.3390/ijms24087288.
10. Van Doorn PA, van den Bergh PYK, Hadden RDM, et al. EAN/PNS guideline on diagnosis and treatment of Guillain-Barré syndrome. *EJN.* 2023;30(12),3646-3674. https://doi.org/10.1111/ene.16073.

