

УДК (616.853+616.211/.23)-07-08-053.2

## ЭПИЛЕПСИЯ И РЕСПИРАТОРНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ У ДЕТЕЙ: ОСОБЕННОСТИ СОЧЕТАННОГО ТЕЧЕНИЯ, НОВЫЕ ПОДХОДЫ В ДИАГНОСТИКЕ

Е.М. Долганова<sup>1,2</sup>, Е.Ф. Лукушкина<sup>1</sup>, Е.И. Карпович<sup>2</sup>, М.Н. Чернигина<sup>2</sup>,

<sup>1</sup>ГБОУ ВПО «Нижегородская государственная медицинская академия Минздравсоцразвития»,

<sup>2</sup>ГЧ «Нижегородская областная детская клиническая больница»

*Долганова Екатерина Михайловна – e-mail: eka-kudryashova@yandex.ru*

Обследовано 53 пациента в возрасте 1–18 лет, страдающих различными формами эпилепсии: 23 мальчика (43,4%), 30 девочек (56,6%). I группа (71,7%) с сопутствующими ОРВИ в остром периоде в период нахождения в стационаре; II группа (22,64%) с сочетанной патологией (бронхиальная астма и эпилепсия). У 18 пациентов I группы (47,37%) участились приступы эпилепсии. У 12 пациентов (31,58%) в острой стадии ОРВИ частота приступов значительно снизилась, по основному заболеванию субъективно было улучшение состояния («светлый промежуток»). У пациентов из I группы, получавших антибактериальную терапию, приступов не регистрировалось. У II группы пациентов бронхиальная астма являлась не подходила под параметры атопической, у 58,33% пациентов с сочетанной патологией симптомы астмы постепенно нивелировались и сменились развитием эпилептических приступов; у 5 пациентов (41,67%) из группы на фоне постоянного приема антиконвульсантов отмечалось легкое интермиттирующее или персистирующее течение бронхиальной астмы.

**Ключевые слова:** эпилепсия, респираторные заболевания, бронхиальная астма, коморбидность.

Fifty three children, suffering from different forms of epilepsy, aged from 1-18 have been examined. I group (71,70%) children out of forty were ill with viral respiratory infection acute period, II group (22,64%) children with the accompanying bronchial asthma. 17 out of I group (47,37%) the number of epilepsy attacks has increased. 12 patients (31,58%) at the viral state the frequency of attacks has decreased, the condition of a patient has been improved by the main disease. Patients, who has been ill with viral respiratory infections at hospital and got anti-infection therapy, the fits hadn't been registrated. Patients from II group: up to the age of three the children got ill very frequently; obstructive bronchitis appeared at the age of 2–3 «big» criteria of atopy were not marked. 5 patients (58,33%) with the combined pathology bronchial asthma appeared first at the age of 3–4. By the age of 7–8 this group of the examined the fits of obstruction gradually leveled, improvement in the respiratory function had been identified (10%), there were no violations according to FVD. 5 patients (41,67%) out of the group against the constant taking of anticonvulsants noted a slight intermitting or persisitiruyushee for bronchial asthma.

**Key words:** epilepsy, respiratory diseases, bronchial asthma, comorbidity.

### Введение

Существует ряд заболеваний, генез которых до настоящего времени является полностью неустановленным. В их развитии придается значение каким-нибудь внутренним процессам, возникающим в самом организме больного, и они получили название эндогенных. К подобным заболеваниям относится и эпилепсия. Одни исследователи считают ее эндогенной, другие, на основании того, что при интоксикации можно вызывать эпилептические припадки, полагают, что при наличии предрасположенности эпилепсия может быть вызвана и различными внешними причинами [1]. Успехи современной эпилептологии еще не удовлетворяют мировое сообщество. В настоящее время считается, что в популяции среди детей распространенность эпилепсии составляет 0,7–1%. Известно также, что до 8-летнего возраста около 5% детей переносят, по крайней мере, один эпилептический припадок (Гусев Е.С., Бурд Г.С., 1994). Согласно международным исследованиям, за последние 30 лет заболеваемость, количество больных эпилепсией и количество резистентных к лечению наблюдений не снижается, несмотря на внедрение в практику более десятка новых мощных антиэпилептических препаратов.

Респираторные заболевания остаются самой распространенной патологией человека, особенно в детском возрасте. Инфекции дыхательных путей представляют собой одну из самых главных причин заболеваний у детей, живущих в индустриально развитых странах (Караулов А.В., 2004). Бронхиальная астма (аллергическое воспаление дыхательного аппарата) – это самое частое хроническое заболевание, им страдают 3–12% детей. Симптомы астмы (учитывая обструктивный бронхит) в разных регионах мира выявляются у 10–20% опрошенных детей в возрасте от 7 до 14 лет. Каждые 10–12 лет количество больных в мире удваивается. В России астма выявляется у 2,5–3% детей всех возрастов. Интересно отметить, что в структуре хронических и рецидивирующих бронхолегочных заболеваний у детей астма составляет до 50–60% [2].

Проблема коморбидности – сосуществования у пациента одновременно нескольких заболеваний, связанных патогенетически или хронологически, является до настоящего времени изученной недостаточно. Большой интерес исследователей вызывают корреляционные взаимоотношения (коморбидность) между течением заболеваний дыхательной системы (инфекционных и аллергических) и эпилепсией. В этой связи возникает вопрос, насколько коморбидность действительно представляет новую проблему, признанную наметить новые подходы к ведению пациентов с вышеупомянутой сочетанной патологией. Количество исследований, касающихся особенностей течения эпилептического процесса у детей с различными бронхо-легочными заболеваниями, изучена недостаточно. Понятие «респираторной эпилепсии» в детском возрасте является актуальным и дискуссионным вопросом. Согласно международным исследованиям, бронхиальную астму можно рассматривать как патологическое

состояние с пароксизмальными клиническими проявлениями, а приступ бронхиальной астмы – как состояние, частично и условно подобное (по определенной и весьма условной аналогии с *Clinical and electroencephalographical classification of epileptic seizures* (Commission, 1981)) простому парциальному припадку с вегето-висцеральным проявлением в виде тонической судороги гладкой мускулатуры бронхов [3, 4].

Респираторные заболевания оказывают влияние на течение эпилепсии в детском возрасте, вызывая учащение приступов, изменение их характера, резистентность к антиэпилептическим препаратам с развитием эпилептического статуса, т. е. утяжеление данного патологического процесса (Иванова, 1989; Шанько, 1993) или, наоборот, уменьшение частоты приступов эпилепсии на фоне респираторных заболеваний [5].

### Цель исследования

Изучение влияния острых и хронических респираторных заболеваний на течение эпилепсии, а также и изучение особенностей сочетанного течения эпилепсии и бронхиальной астмой у детей на основании клинико-лабораторных и инструментальных исследований, а также разработка программы комплексной терапии у детей с данной сочетанной патологией.

### Материалы и методы исследования

В работе использованы следующие методы: анкетирование, сбор анамнестических данных: оценка генеалогического, биологического и социального анамнезов; клиническое обследование: оценка состояния органов дыхательной системы в динамике, неврологическое обследование; лабораторная диагностика: общеклинические (в т. ч. коагулограмма) анализы крови и мочи, а также биохимические анализы крови; инструментальные методы обследования: оценка функции внешнего дыхания (ФВД), ЭЭГ, видео-ЭЭГ-мониторинг (система для видеомониторинга Neurofax, фирма Nihon Kohden, Япония), рентгенография грудной клетки.

В исследование включено 53 пациента в возрасте от 1 года до 18 лет, страдающих различными формами эпилепсии: из них 23 мальчика (43,4%), 30 девочек (56,6%). Работа проводится на базе отделения неврологии и отделения нейрофизиологии КДЦ ГУ «НОДКБ».

В исследование включены дети с диагнозом «эпилепсия» (идиопатическая или симптоматическая), имеющие присоединившиеся в стационаре респираторные инфекции, дети с дебютом эпилепсии, а также пациенты, имеющие сочетанную патологию: эпилепсия и бронхиальная астма. В исследуемую группу не включались дети, имеющие органическую патологию дыхательной системы.

I группа: 38 больных с сопутствующими ОРВИ в остром периоде в период нахождения в стационаре (71,7%). Из них: 18 пациентов с фокальной эпилепсией, 13 – с идиопатической эпилепсией с генерализованными клонико-тоническими судорогами, 3 – с синдромом Леннокса-Гасто, 1 – с прогрессирующей миоклонус-эпилепсией, 2 – с синдромом Веста, 1 – с синдромом Драве.

Во II группу включено 12 детей (22,64%) с сочетанной патологией (бронхиальная астма и эпилепсия): 8 больных с бронхиальной астмой, атопической, легкой персистирующей; 2 больных с бронхиальной астмой, атопической, легкой интермиттирующей; 2 пациента с атопической бронхиальной астмой средней степени тяжести.

Оценка полученных данных с использованием методов статистического анализа.

### Результаты и обсуждения

Среди пациентов из I группы у 17 человек (39,47%) отмечалась отягощенность наследственности по аллергическим заболеваниям (у 5 по линии первого родства отягощенность по бронхиальной астме), 10 человек (26,32%) были отнесены в группу часто болеющих детей (8 и более раз в год ОРВИ). Кроме того, у 1/2 больных дебют эпилепсии развился на фоне лихорадки. Из анамнеза: у 4 больных никогда не регистрировалось повторных приступов на фоне антибактериальной терапии, даже на высоте лихорадки (в то время как без данной терапии повторные приступы неизбежны); у 3 больных после очередного эпилептического припадка постоянно отмечается транзиторная гипертермия до 38°C без каких-либо воспалительных изменений.

У 18 пациентов I группы (47,37%) участились приступы эпилепсии (утром, при пробуждении серийные припадки по типу клонико-тонических или изолированно фокальных судорог лицевой мускулатуры). Это подтверждалось данными ЭЭГ-исследования: увеличение числа локальных пиков острых волн и комплексов острая – медленная волна, дезорганизованная полиморфная активность, зональные различия сглажены, регистрировалась эпилептиформная активность во сне и в момент пробуждения (чего ранее не регистрировалось).

У 12 пациентов (31,58%) в острой стадии (на высоте лихорадки) ОРВИ (у 3 больных на фоне вирусной инфекции развился бронхо-обструктивный синдром) в течение 1–2 суток частота приступов значительно снизилась, по основному заболеванию субъективно было улучшение состояния («светлый промежуток»). Однако после прекращения лихорадящего периода число приступов вновь увеличилось: малые припадки по типу вздрагиваний, морганий, кивков и остановок взора, а также генерализованные клонико-тонические судороги, в результате чего возникла необходимость в коррективке противозепилептической терапии.

2/3 пациентов из I группы в условиях стационара получали антибактериальную терапию (2/3 – синтетические пенициллины, 1/3 – цефалоспорины II порядка) для профилактики развития осложнений. В период назначения данных препаратов в комплексе с антиконвульсантами эпизодов эпилептических приступов не регистрировалось. У 8 из наблюдаемых детей I группы (21,05%) изменения частоты и характера припадков на фоне ОРВИ отмечено не было (как до, так и после назначения антибактериальной терапии).

Из анамнеза у всех больных II группы выявлены перинатальные повреждения центральной нервной системы (все наблюдались у невролога на первом году жизни). Аллергологический анамнез: наследственность не отягощен-

на. До 3-летнего возраста дети были часто болеющими, обструктивные бронхиты манифестировали с 2–3-летнего возраста, отсутствовали «большие» критерии атопии (уровень  $\gamma$ gE общ. не выходил за пределы нормы, эозинофилы – в диапазоне 4,3–7,3%).

У 7 человек (58,33%) с сочетанной патологией первой манифестировала бронхиальная астма в 3–4 года. К 7–8 годам у данной группы обследованных приступы обструкций постепенно нивелировались, выявлено улучшение ранее сниженных показателей функции внешнего дыхания (10%), отсутствие нарушений по данным ФВД (90%). Это совпало с началом приема антиконвульсантов и формированием различных форм фокальной эпилепсии. У 5 пациентов (41,67%) из группы на фоне постоянного приема антиконвульсантов отмечалось легкое интермиттирующее или персистирующее течение бронхиальной астмы, с редкими приступами удушья, показатели рентгенологического исследования и данных функции внешнего дыхания в пределах возрастных норм.

### Заключение

Обследовав группу детей из 53 человек (71,7% с ОРВИ; 22,64% с бронхиальной астмой), выявлены определенные корреляционные взаимоотношения между заболеваниями дыхательной системы и эпилепсией, а также особенности влияния антибактериальной и противозепилептической терапии на течение основного заболевания. Выявлено изменение течения эпилепсии на фоне ОРВИ: у 31,58% детей отмечался «светлый промежуток», у 47,37% больных выявлено ухудшение основного патологического процесса, у 8 из наблюдаемых детей I группы (21,05%) изменения частоты и характера приступов на фоне ОРВИ отмечено не было. Важно отметить, что у II группы пациентов бронхиальная астма не подходила под параметры атопической (отсутствовали большие критерии атопии, лабораторные и инструментальные показатели были в норме: эозинофилы,  $\gamma$ gE общ., функция внешнего дыхания); течение легкое интермиттирующее или персистирующее. Интересен тот факт, что у 58,33% пациентов с сочетанной патологией симптомы астмы постепенно нивелировались и сменились развитием эпилептических припадков. Выявленные результаты дают основания говорить о влиянии вирусной патологии дыхательных путей на течение различных форм эпилепсии, а также позволяют предположить общие механизмы патогенеза между бронхиальной астмой и эпилепсией, следуя теории транснозологической коморбидности, и, как вариант, переход заболевания из одной формы в другую, что можно назвать общим словом – «респираторная эпилепсия».

### ЛИТЕРАТУРА

1. Карлов В.А. Эпилепсия. М.: Медицина, 1990. 336 с.
2. Таточенко В.К. Практическая пульмонология детского возраста. Москва. 2006. С. 52-54.
3. Новые тенденции в понимании лечении астмы. Сайт научной группы «Нейроастма». Грузия. 2005. 3. Sears MR.
4. Greene J.M., Willan A.R. A longitudinal, population-based, cohort study of childhood asthma followed to adulthood. N Eng J Med. 1999. № 349. P. 1414-1422.
5. Spina E., Perugi G. Antiepileptic drugs: indications other than epilepsy. Epileptic Disord. 2004. Jun. № 6 (2). P. 57-75.