

УДК: 616.853

Н.В.Литвиненко, О.В.Санік ГАСТРОІНТЕСТИНАЛЬНІ СИМПТОМИ ПРИ ЕПІЛЕПСІЇ

Українська медична стоматологічна академія

Литвиненко Н.В., Санік О.В. Гастроінтестинальні симптоми при епілепсії // Український медичний альманах. – 2013. – Том 16, № 4 (додаток). – С. 43-46.

Проведено аналіз даних літератури і власних спостережень з метою: з'ясувати основні діагностичні критерії епілептичних нападів із гастроінтестинальною симптоматикою і дати рекомендації практичним лікарям по веденню пацієнтів із такими нападами. Розглянуті клінічні особливості вегето-вісцеральних епілептичних нападів та їх диференційна діагностика з неепілептичними порушеннями функцій ШКТ.

Ключові слова: гастроінтестинальні симптоми при епілепсії, черевна епілепсія, побічна дія протиепілептичних препаратів, вегето-вісцеральні епілептичні напади.

Литвиненко Н.В., Санік О.В. Гастроинтестинальные симптомы при эпилепсии // Украинский медицинский альманах. – 2013. – Том 16, № 4 (додаток). – С. 43-46.

Проведен анализ данных литературы и собственных наблюдений с целью: выявить основные диагностические критерии эпилептических приступов с гастроинтестинальной симптоматикой и дать рекомендации практическим врачам по ведению пациентов с такими приступами. Рассмотрены клинические особенности вегето-висцеральных эпилептических припадков и их дифференциальная диагностика с неэпилептическими нарушениями функций ЖКТ.

Ключевые слова: гастроинтестинальные симптомы при эпилепсии, брюшная эпилепсия, вегето-висцеральные эпилептические припадки, побочное действие противосудорожных препаратов.

Lytvynenko N.V., Sanyk O.V. Gastrointestinal symptoms in epilepsy // Український медичний альманах. – 2013. – Том 16, № 4 (додаток). – С. 43-46.

The analysis of literature and our own observations were performed to find out the major diagnostic criteria of epileptic seizures with gastrointestinal symptoms and to give advise to practitioners for the management of patients with such seizures. The clinical features of vegetative-visceral seizures and their differential diagnosis of gastrointestinal non-epileptic disorders were considered.

Key words: gastrointestinal symptoms in epilepsy, abdominal epilepsy, vegetative-visceral seizures, side effects of antiepileptic drugs.

Епілепсія може мати численні клінічні прояви, переважно періодичного пароксизмального характеру, в тому числі і гастроінтестинальні симптоми, які буває складно відрізнити від хвороб шлунково-кишкового тракту (ШКТ). У зв'язку із складністю діагностики таких форм епілепсії, ми провели аналіз даних літератури і власних спостережень з метою: з'ясувати основні діагностичні критерії епілептичних нападів із гастроінтестинальною симптоматикою та дати рекомендації практичним лікарям по веденню пацієнтів із такими нападами.

З періодичних гастроінтестинальних симптомів часто починаються комплексні парціальні вегето-вісцеральні напади: раптовий страх та відчуття напруження, які пацієнт не може точно висловити, нудота, відчуття важкості, перегортання, тремтіння, розпирання, болю, здавлення, печії в животі. Ці відчуття зазвичай локалізуються в епігастрії, або в ділянці шлунку по середній лінії. У більшості пацієнтів ця локалізація залишається незмінною. Проте у деяких пацієнтів ці відчуття розповсюджуються на грудну клітину, горло, обличчя. Вони можуть сполучатися з іншими вегетативними та психо-емоційними симптомами. Оскільки ці відчуття усвідомлюються пацієнтом, то вони розцінюються як аура комплексного парціального нападу, після якої настає втрата свідомості. Під час таких нападів змін гастроцефалогальної моторики не відбува-

ється [16]. Таким чином відсутній значний вплив на функцію ШКТ.

Симптоми парціальних вегето-вісцеральних нападів можуть бути аналогічними до синдрому роздратованого кишечника, їх можна відрізнити від останнього наявністю зміненої свідомості під час нападів, тенденцією до втоми після нападу, і аномальною електроенцефалограмою (ЕЕГ).

Найчастіше епігастральні епілептичні напади зустрічаються при висковій епілепсії. Проте експериментальні дані вказують на те, що подібні напади можуть виникати при електричній стимуляції мигдалю гіпокампу, острівця, базальних гангліїв, додаткової моторної ділянки, палідуму, серединного центру таламуса [16].

Якщо епігастральні аури зустрічаються часто при комплексних парціальних нападах, то абдомінальні больові відчуття як окремий ізолюваний прояв епілептичного нападу бувають значно рідше. Вони більш характерні для фокальної вискової (черевної) епілепсії. Черевна епілепсія, також відома як вегетативна епілепсія, як вид скроневої епілепсії. [19]. Це досить рідкісна форма, яка зустрічається переважно у дітей. Найчастіше вона проявляється періодичним болем у животі. [6,7]

Нами спостерігався 10-річний хлопчик, у якого рецидивуючий біль в животі був протягом останніх 4 років. Болі були в основному в області пупка типу кольки, не мали ірадіації та

зв'язку з їжею. Кожен епізод болу тривав протягом 20-30 хв, при спонтанній ремісії симптомів і повторювався 1-2 рази на місяць. Блювота, головний біль або судоми були відсутні. Під час нападів пацієнт неодноразово транспортувався швидкою допомогою в лікарню з підозрою на «гострий живіт» і навіть був прооперований з приводу гострого апендициту. Після операції напади черевного болу зберегались. Аналізи крові були в нормі. Ультразвукове дослідження (УЗД) органів черевної порожнини та магнітно-резонансна томографія (МРТ) головного мозку без патології. ЕЕГ показала генералізовані розряди спайків та повільних хвиль. Після початку лікування карбамазепіном напади відсутні вже протягом 2 років.

З урахуванням наведених даних, критеріями для діагностики черевної епілепсії можуть бути наступні:

- періодичні черевні симптоми, які не можуть бути пояснені захворюванням ШКТ (після обстеження, включаючого аналізи крові, УЗД або комп'ютерну томографію (КТ) органів черевної порожнини, ендоскопію);

- симптоми з боку центральної нервової системи, які супроводжують напад (наприклад, сплутаність свідомості або летаргія);

- зміни ЕЕГ;

- стійка відсутність черевних симптомів при лікуванні протиепілептичними препаратами (ПЕП).

Таким чином, для постановки діагнозу необхідно чітко визначити пароксизмальний характер періодичних шлунково-кишкових симптомів, а також епілептичні розряди на ЕЕГ. Якщо на ЕЕГ не знаходять типових змін, то допомогти в діагностиці може реакція на ПЕП.

Блювота, як початок епілептичного нападу зустрічається нечасто. Вона буває у дорослих на вискову епілепсію і зазвичай сполучається з іншими симптомами, характерними для вискових нападів (зміни свідомості та поведінки, застиглий погляд, блимання очима, автоматичні рухи ротом, руками, гримаси) [3].

Нами спостерігалась пацієнтка віком 42 роки, яка скаржилась на періодичні напади білу у верхній частині живота з нудотою, блювотою та вираженою пітливістю. Іноді до цього приєднувались втрата свідомості та автоматичні ковтальні рухи. Ці напади з'явилися 5 років тому без видимої причини. Їх тривалість була в середньому біля 1 хвилини, частота 5-6 разів на місяць. Періодично виникали також вторинно-генералізовані судомні тоніко-клонічні напади частотою 3-4 на рік. При обстеженні у пацієнтки було знайдено: на ЕЕГ розряди повільних хвиль в правій центрально-потилічній ділянці, на КТ головного мозку - кальцифікати в правій обхідній цистерні та в правій потилічній ділянці. При лабораторному обстеженні в інфекційній лікарні даних за патологію ШКТ не виявлено, встановлено діа-

гноз: токсокароз головного мозку і проведено специфічне лікування. Після цього лікування на фоні прийому карбамазепіну частота нападів значно зменшилась.

Як видно з наведеного прикладу, осередкові ураження головного мозку локалізувались в правій гемісфері, що вважається характерним для нападів з блювотою [4]. Латералізація патологічного процесу до недомінантної півкулі пояснюється функціональною асиметрією для контролю шлунково-кишкового тракту

Напади блювання виникають при подразненні кіркової мережі, включаючи медіальну і латеральну частину скроневої частки і особливо бічні ділянки верхньої скроневої кори, і можливо - потиличні частки, [5]. У пацієнтів з іктальною блювотою при однофотонній емісійній комп'ютерній томографії виявлялась гіперперфузія медіальних і латеральних ділянок скроневої частки з участю бічної верхньої скроневої кори та острівної кори [3]. Острівцець, який можна розглядати як вісцеральну сенсорну кору, бере участь у генерації іктальної блювоти [4]. Його роль була підтверджена дослідженням з кірковою стимуляцією, де нудота була викликана шляхом стимуляції острівця [14]. Епілептичні прояви за участю цих кіркових структур, здійснюються шляхом активації блювотного центру в стовбурі головного мозку [10].

У той час як у дорослих пацієнтів іктальна блювота буває рідко, у дітей з деякими формами доброякісної епілепсії дитинства (епілепсія з потиличними спайками) напади блювоти зустрічаються частіше [2]. Ранній початок доброякісної епілепсії дитинства з потиличними пароксизмами зазвичай складається з нічних судом, тонічного відхилення очей в бік і блювоти [13]. Нещодавно описана ідіопатична потилична фотосенситивна епілепсія, яка супроводжується судомами, зоровими симптомами, головним болем, дискомфортом в епігастрії, блюванням [8]. Механізм, що зумовлює блювоту при потиличній епілепсії пояснювався поширенням епілептичних розрядів на недомінантну скроневу частку. Інші автори вважали, що як епілептичні кіркові прояви, так і блювота є результатом вікових нейромедіаторних збудливих процесів у стовбуровому центрі блювоти і у тригерних хеморецепторних зонах кори головного мозку [12].

Коли іктальна блювота не супроводжується порушеннями свідомості, її треба диференціювати від неепілептичних шлунково-кишкових причини рецидивуючої блювоти. Особливо це необхідно у дітей із шлунково-кишковим рефлюксом, який може супроводжуватися блювотою, ціанозом і тонічними судомами [15].

Синдром циклічної блювоти при якому періодично повторюються напади блювоти з головним болем, болями в животі і лихоманкою більше пов'язаний з мігренню, але не з епілеп-

сією [10]. Тим не менш, при наявності інших симптомів (поява судом з порушенням свідомості), такі напади повинні розцінюватись як епілептичні (у виняткових випадках може бути необхідним проведення відео-ЕЕГ-моніторингу).

Плювання є рідкісним симптомом епілептичного нападу. Воно вказує на початок нападів у недомінантній висковій частці [11]. Іктальні плювки можуть виникнути під час простих і складних парціальних нападів. Оскільки пацієнти зазвичай не повідомляють про іктальні смакові галюцинації, то іктальне плювання можна вважати чистим руховим автоматизмом, а не спровокованою реакцією у відповідь на смакові аури. Цікаво, що іктальне плювання не поєднується з іктальною блювотою, кашлем або відчуттям страху. Тому можна припустити, що перелічені симптоми генеруються в різних ділянках мозку. [17].

Дуже рідко здуття живота може бути окремим ведучим симптомом епілептичних нападів. Нами спостерігався пацієнт 36 років, який протягом 10 років (після психоемоційного стресу) страждав на епілептичні напади 3-4 рази на місяць тривалістю 30-40 сек. з втратою свідомості, мимовільними жувально-ковтальними рухами із слинотечею, почервонінням обличчя та автоматичними мимовільними рухами в правій руці. 2-3 рази на рік були також вторинно-генералізовані судомні тоніко-клонічні напади. На МРТ та ЕЕГ патологічних змін не було виявлено. На фоні прийому ПЕП (бензонал, вальпроати, карбамазепін) частота нападів зменшилась до 1-2 парціальних нападів на місяць, вторинно-генералізовані напади майже не виникали. Поряд із нападами скаржився на болі в животі, нудоту. Проведено обстеження: аналіз крові (виявлено збільшення рівня трансаміназ, особливо АЛТ) і УЗД ШКТ та діагностовано хронічний холецистопанкреатит. У зв'язку з цим були замінені препарати карбамазепіну та вальпроати на менш гепатотоксичний ламотриджин. Пацієнт приймав також гепатопротектори, препарати травних ферментів. На фоні лікування ламотриджином частота парціальних нападів була в середньому 1 на 2-3 місяці. Зберігався підвищений рівень АЛТ в крові. Періодично, майже кожен день стало виникати відчуття болю та переповнення в животі з вираженим метеоризмом тривалістю декілька годин. При обстеженні у гастроентеролога підтверджено діагноз хронічного холецистопанкреатиту. Інших змін з боку ШКТ не виявлено. На ЕЕГ патології не було виявлено. Лікування у гастроентеролога протягом 10 днів на мало ніякого позитивного ефекту. З урахуванням пароксизмального характеру метеоризму ми провели корекцію протиепілептичного лікування, добавили дозу ламотриджину та призначили гопантенат кальцію. На другу добу після цього усі симптоми з боку ШКТ повністю зникли. Таким чином, найбільш вірогідно, що здуття в животі мало епілептичний генез.

Як видно з наведеного прикладу, у пацієнта мали місце вегето-вісцеральні напади з гастроінтестинальними проявами, а також патологія ШКТ, яка могла бути зумовлена тривалим лікуванням протиепілептичними ПЕП.

Необхідно звернути увагу на те, що дисфункція ШКТ є одним з найбільш поширених побічних ефектів ПЕП [1]. Найчастіше з побічних ефектів, спостерігаються печія, нудота, запор, блювання, діарея, дисфагія [19]. За результатами досліджень [9] встановлено, що вірогідність гастроінтестинальних ускладнень вище у тих пацієнтів, які тривалий час отримували карбамазепін та габапентин, ніж у тих пацієнтів, які лікувались фенітоїном, фенобарбіталом, ламотриджином.

Таким чином, гастроінтестинальні симптоми можуть бути зумовлені як характером епілептичних вегето-вісцеральних нападів, так і побічною дією ПЕП. Це необхідно враховувати у діагностиці та лікуванні епілепсії.

Також необхідно враховувати у діагностиці та лікуванні епілепсії.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ:

1. **Воронкова К.В.** Рациональная антиэпилептическая фармакотерапия / Воронкова К.В., Петрухин А.С., Пылаева О.А. [и др.] // Р-во для врачей. - М.: БИНОМ, 2008. - 192с.
2. **Щедеркина И.О.** Доброкачественная затылочная эпилепсия у детей: факторы, влияющие на особенности течения / Щедеркина И.О., Карлов В.А. // Эпилепсия и пароксизмальные состояния. - 2010. - Т.1, №1. - С. 37-46.
3. **Baumgartner C.** Regional cerebral blood flow during temporal lobe seizures associated with ictal vomiting: an ictal SPECT study in two patients / C. Baumgartner, A.Olbrich, G.Lindinger [et al.] // Epilepsia. - 1999. - V. 40. - P. 1085-91.
4. **Benarroch E.E.** The central autonomic network: functional organization, dysfunction, and perspective. / E.E.Benarroch. //Mayo Clin. Proc. - 1993.- V.68. - P. 988-1001.
5. **Devinsky O.** Ictus emeticus: further evidence of nondominant temporal involvement / O.Devinsky, J.Frasca, S.V.Pacia [et al.] // Neurology. - 1995. - V. 45. - P. 1158-60.
6. **Dutta S.R.** Abdominal epilepsy, an uncommon cause of recurrent abdominal pain: a brief report / S.R.Dutta, I.Hazarika, B.P.Chakravarty // Gut. - 2007.- V. 56 (3). - P. 439-441.
7. **Eschle D.** Epilepsy with severe abdominal pain / D.Eschle, A.M.Siegel, H.G.Wieser // Mayo Clin. Proc. - 2002. - V. - 77 (12). - P. 1358-1360.
8. **Guerrini R.** Idiopathic photosensitive occipital lobe epilepsy / R.Guerrini, C.Dravet, P.Genton P [et al.] // Epilepsia. - 1995. - V.36. - P. 883-891.
9. **Jahromia S.R.** Gastrointestinal adverse effects of antiepileptic drugs in intractable epileptic patients / S.R.Jahromia., M.Toghaa, S.H.Fesharakia [et al.] // Seizure. - 2011. - V.20 (4).- P. 343-346.
10. **Lee M.** Nausea and vomiting / M.Lee, M.Feldman // In: B.F.Scharschmidt, M.Feldman

- /Gastrointestinal Disease, Fifth Edition. - Philadelphia: W.B. Saunders Company. - 1993. - P. 509 - 523.
11. **Ozkara C.** Ictal spitting during a left temporal lobe-originated complex partial seizure: a case report / C.Ozkara, L.Hanoglu, E.Eskazan [et al.] // *Epileptic Disord.* - 2000. - V.2. - P.169-172.
12. **Panayiotopoulos C.P.** Vomiting as an ictal manifestation of epileptic seizures and syndromes. *J Neurol Neurosurg Psychiat* 1988; 51: 1448-51.
13. **Panayiotopoulos C.P.** Early-onset benign childhood occipital seizure susceptibility syndrome: a syndrome to recognize / C.P.Panayiotopoulos // *Epilepsia.* - 1999. - V. 40. - P. 621-630.
14. **Penfield W.** *Epilepsy and the Functional Anatomy of the Brain* / W.Penfield, H.Jasper // Boston: Little Brown & Co, 1954.
15. **Rothner A.D.** Not everything that shakes is epilepsy / A.D.Rothner // *Clev. Clin. J. Med.* - 1989. - V.56 (2). - P. 206-213.
16. **Van Buren J.M.** The abdominal aura a study of abdominal sensations occurring in epilepsy and produced by depth stimulation / J.M.Van Buren // *Electroenceph. Clin. Neurophysiol.* - 1963. - V.15. - P.1-19.
17. **Voss N.F.** Spitting automatism in complex partial seizures: a nondominant temporal localizing sign? / N.F.Voss, K.G.Davies, F.A.Boop [et al.] // *Epilepsia.* - 1999. - V. 40. - P. 114-116.
18. **Zeng K.** Adverse effects of carbamazepine, phenytoin, valproate and lamotrigine monotherapy in epileptic adult Chinese patients / Zeng K., Wang X., Xi Z. [et al.] // *Clin. Neurol. Neurosurg.* - 2010. - V.112 (4). - P. 291-295
19. **Zinkin NT.** Abdominal epilepsy / N.T.Zinkin, M.A.Peppercorn // *Best Pract. Res. Clin. Gastroenterol.* - 2005. - V. 19 (2). - P. 263-274.