

<https://doi.org/10.31146/1682-8658-ecg-214-6-180-184>

Фокальная эпилепсия с болью в животе

Селянина Н. В.¹, Данилова М. А.¹, Каракулова Ю. В.¹, Малов А. Г.¹, Брежнева Л. Н.², Шиляева Е. А.²

¹ Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Пермский государственный медицинский университет имени академика Е. А. Вагнера» Министерства здравоохранения Российской Федерации, (ул. Петропавловская, д. 26, г. Пермь, 614990 Россия)

² Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Пермского края «Ордена Знак Почета» Пермская краевая клиническая больница, (ул. Куйбышева, 43, г. Пермь, 61400 Россия)

Для цитирования: Селянина Н. В., Данилова М. А., Каракулова Ю. В., Малов А. Г., Брежнева Л. Н., Шиляева Е. А. Фокальная эпилепсия с болью в животе. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2023;214(6): 180–184. DOI: 10.31146/1682-8658-ecg-214-6-180-184

✉ Для переписки:

Селянина

Наталья

Васильевна

nselyanina@mail.ru

Селянина Наталья Васильевна, д.м.н., доцент, профессор кафедры неврологии и медицинской генетики

Данилова Марина Анатольевна, к.м.н., доцент кафедры неврологии и медицинской генетики

Каракулова Юлия Владимировна, д.м.н., профессор, заведующая кафедрой неврологии и медицинской генетики

Малов Александр Германович, д.м.н., доцент кафедры неврологии и медицинской генетики

Брежнева Любовь Николаевна, врач-невролог

Шиляева Елена Анатольевна, к.м.н., врач-невролог

Резюме

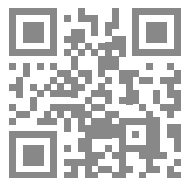
Целью статьи является привлечение внимания гастроэнтерологов к необходимости проведения более тщательной дифференциальной диагностики у пациентов с нетипичной пароксизмальной болью в области живота.

Проиллюстрирован клинический случай пациентки с абдоминальным вариантом парциальной эпилепсии. Акцентируется внимание на диагностических критериях заболевания, важности проведения электроэнцефалографического исследования и консультации невролога при пароксизмальных абдоминалгиях, что позволит своевременно установить диагноз и назначить лечение.

Ключевые слова: абдоминалгия, фокальная эпилепсия, пароксизмальная ЭЭГ-активность

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

EDN: ZNVQCQ





Focal epilepsy with abdominal pain

Selyanina N. V.¹, Danilova M. A.¹, Karakulova Yu. V.¹, Malov A. G.¹, Brezhneva L. N.², Shilyaeva E. A.²

¹ Perm State Medical University n.a. E. A. Wagner of the Ministry of Health of the Russian Federation, (26 Petropavlovsk str., Perm, 614990, Russia)

² "Order of the Badge of Honor" Perm Regional Clinical Hospital, (43 Kuibyshev Str., Perm, 614000, Russia)

For citation: Selyanina N. V., Danilova M. A., Karakulova Yu. V., Malov A. G., Brezhneva L. N., Shilyaeva E. A. Focal epilepsy with abdominal pain. *Experimental and Clinical Gastroenterology*. 2023;214(6): 180–184. (In Russ.) DOI: 10.31146/1682-8658-ecg-214-6-180-184

✉ **Corresponding author:**

Natalia V. Selyanina
nselyanina@mail.ru

Natalia V. Selyanina, Doctor of Medical Sciences, Associate Professor, Professor of the Department of Neurology and Medical Genetics; ORCID: 0000-0002-2317-7808; Researcher ID: Y-4007-2018; SPIN: 9379-1027

Marina A. Danilova, Candidate of Medical Sciences, Associate Professor of the Department of Neurology and Medical Genetics; ORCID: 0000-0001-6840-2354

Yulia V. Karakulova, Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department of Neurology and Medical Genetics; ORCID: 0000-0002-7536-2060; Researcher ID: D-2553-2018; SPIN: 5066-6556

Alexander G. Malov, Doctor of Medical Sciences, Associate Professor of the Department of Neurology and Medical Genetics; ORCID: 0000-0002-2946-9158; SPIN: 5679-2600

Lyubov N. Brezhneva, neurologist,

Elena A. Shilyaeva, Ph.D., neurologist

Summary

The purpose of the article is to draw the attention of gastroenterologists to the need for a more thorough differential diagnosis in patients with atypical paroxysmal abdominal pain.

A clinical case of a patient with an abdominal variant of focal epilepsy is illustrated. Attention is focused on the diagnostic criteria of the disease, the importance of conducting an electroencephalographic study and consulting a neurologist for paroxysmal abdominal pain, which will allow timely diagnosis and treatment.

Keywords: abdominal pain, focal epilepsy, paroxysmal EEG activity

Conflict of interest. Authors declare no conflict of interest.

Введение

Абдоминальная эпилепсия – довольно редкое заболевание, пароксизмы которого проявляются в виде желудочно-кишечных расстройств (боль в животе, рвота или диарея) [1–3]. Болевые синдромы, наблюдаемые во время эпилептических приступов, отмечаются всего в 2 случаях на 1000 пациентов эпилепсией, а боль в животе – лишь у 33% пациентов из данной когорты [2]. Иногда болевой синдром в области живота может быть

единственным клиническим проявлением эпилептической активности [4].

Основными характерными проявлениями абдоминальной эпилепсии являются: 1) необъяснимые другими патологиями болевые пароксизмы в области живота, сопровождающиеся тошнотой или рвотой, 2) специфические для эпилепсии ЭЭГ-паттерны, 3) улучшение от приема противосудорожных препаратов [5].

Клинический случай

Пациентка К., 67 лет, переведена в клинику неврологии из гастроэнтерологического отделения Пермской краевой клинической больницы с жалобами на приступы интенсивных болей в околопупочной области длительностью от нескольких минут до получаса с иррадиацией в левое подреберье, далее до подмышечных впадин, переходящие на шейную область спины, сопровождающиеся

чувством ползания «мурашек», онемением в руках, отечностью и изменением окраски кожных покровов (акроцианоз) кистей.

Приступы практически ежедневные, до 3 раз в день, не связаны с приемом пищи или другими причинами, начинаются с тошноты, купируются трамаолом. Отечность кистей сохраняется в течение 40–50 минут.

Первый приступ боли в области пупка, без иррадиации, не связанный с какими-либо причинами, пациентка испытала за 3 года до поступления в клинику. Боли длились несколько минут, купировались самостоятельно или приемом пенталгина. При обращении к хирургу по месту жительства диагностирована пупочная грыжа, в 2020 году выполнена герниопластика местными тканями, а в 2021 году – повторная герниопластика с сетчатым имплантом вследствие «рецидива» грыжи (образовалась грыжа белой линии живота). После первичного и повторного оперативного лечения болевой синдром не купировался, более того, модифицировался: приступы участились, появилась иррадиация и вегетативное окрашивание, описанное в жалобах, снизилась эффективность принимаемых нестероидных противовоспалительных препаратов, для купирования боли пациентка «вынуждена» была принимать трамадол.

За последний год неоднократно осмотрена хирургом, терапевтом, гастроэнтерологом, пациентке проведен расширенный комплекс обследования для поиска причины болевого синдрома. Общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови (липидный спектр, щелочная фосфатаза, аспартатаминотрансфераза, аланинаминотрансфераза, глюкоза, креатинин, мочевины, альфа-амилаза), кровь на С-реактивный белок, коагулограмма, анализ кала на дисбиоз не выявили значимых изменений, отклоняющихся от нормы. Было обнаружено повышение общего (30.8 мкмоль/л) и прямого (5.7 мкмоль/л) билирубина. Отрицательные результаты показали исследования крови на HbsAg, ВИЧ, реакция микропреципитации на сифилис, онкомаркеры. Не были выявлены антитела к описторхозу, лямблиозу, трихинеллезу, токсокарозу, аскаридозу, эхинококкозу. Копрограмма в пределах нормы, анализ кала на скрытую кровь – отрицательный, личинки гельминтов в анализе кала не обнаружены.

Эзофагогастродуоденоскопия выявила эритематозную гастропатию, эритематозную дуоденпатию, дуоденостаз.

При рентгеноскопии зафиксировано состояние после фундопликации по Ниссену-Розетти, признаки хронического гастродуоденита, дуоденогастральный рефлюкс, бульбостаз.

Ультразвуковое исследование органов брюшной полости констатировало наличие у пациентки диффузных изменений в поджелудочной железе, умеренное утолщение стенки желчного пузыря.

Фиброколоноскопия патологии не выявила.

Компьютерная томография органов грудной, брюшной полости: объемных образований не обнаружено, имело место состояние после фундопликации и диастаз прямых мышц живота в области послеоперационного рубца.

При проведении магнитно-резонансной холангиопанкреатографии были обнаружены признаки хронического холецистита.

В гастроэнтерологическом отделении пациентке К. был установлен основной диагноз хронического билиарнозависимого и дуоденогенного панкреатита с недостаточностью внешнесекреторной функции поджелудочной железы. Однако имеющийся болевой синдром не был типичен для патологических изменений, выявленных лабораторными и инструментальными методами диагностики.

Следует отметить, что за последнее время (в течение года) пациентка отмечает потерю массы тела на 15 кг и появление под кожей рук, туловища практически безболезненных «узелков». Данный факт позволил заподозрить нейрофиброматоз, как возможную причину абдоминалгии и для уточнения диагноза пациентка К. была переведена в клинику неврологии.

При поступлении состояние удовлетворительное. Кожные покровы физиологической окраски, чистые. В области локтевых сгибов, межреберных промежутков, около подмышечных впадин определялись множественные образования мягкой консистенции. Живот при поступлении мягкий, безболезненный. В неврологическом статусе общемозговой, менингеальной, очаговой симптоматики не выявлено. После обследования (магнитно-резонансная томография грудного отдела позвоночника, ультразвуковое исследование и биопсия узловых образований) нейрофиброматоз был исключен. При проведении нейровизуализации головного мозга выявлены очаговые дистрофические изменения мозгового вещества и умеренное атрофическое расширение субарахноидальных пространств.

Учитывая пароксизмальный характер болевого синдрома, вегетативное «сопровождение» приступов, отсутствие соматической патологии, которая могла бы объяснить указанный характер абдоминалгии, пациентке было проведено электроэнцефалографическое (ЭЭГ) исследование (рис. 1, 2), при котором зафиксирована очаговая эпилептиформная активность от правых центрально-теменных и височных областей в виде всплеск тета- и дельта волн, комплексов «острая-медленная волна».

Таким образом, с учетом пароксизмальности возникновения боли, атипичности для гастроэнтерологической патологии клинического рисунка, отсутствия объективных причин болевого синдрома со стороны внутренних органов, наличия очаговой эпилептиформной активности на ЭЭГ, можно определить редкий абдоминальный вариант фокальной эпилепсии. Пациентке был назначен противоэпилептический препарат ламотриджин в начальной дозе 50 мг в течение 2 недель с последующей титрацией дозы до 150 мг/сутки. За последнее время нахождения в клинике (1 неделя) на фоне приема противоэпилептического препарата уменьшилась частота приступов до 1 в сутки, пациентка постепенно снизила прием трамадола до ¼ таблетки в сутки. Пациентка была выписана на амбулаторное лечение, рекомендовано наблюдение и контроль ЭЭГ в динамике.

Рисунок 1.
Электроэнцефало-
грамма пациен-
тки К.
Figure 1.
Electroencephalo-
gram of patient K.

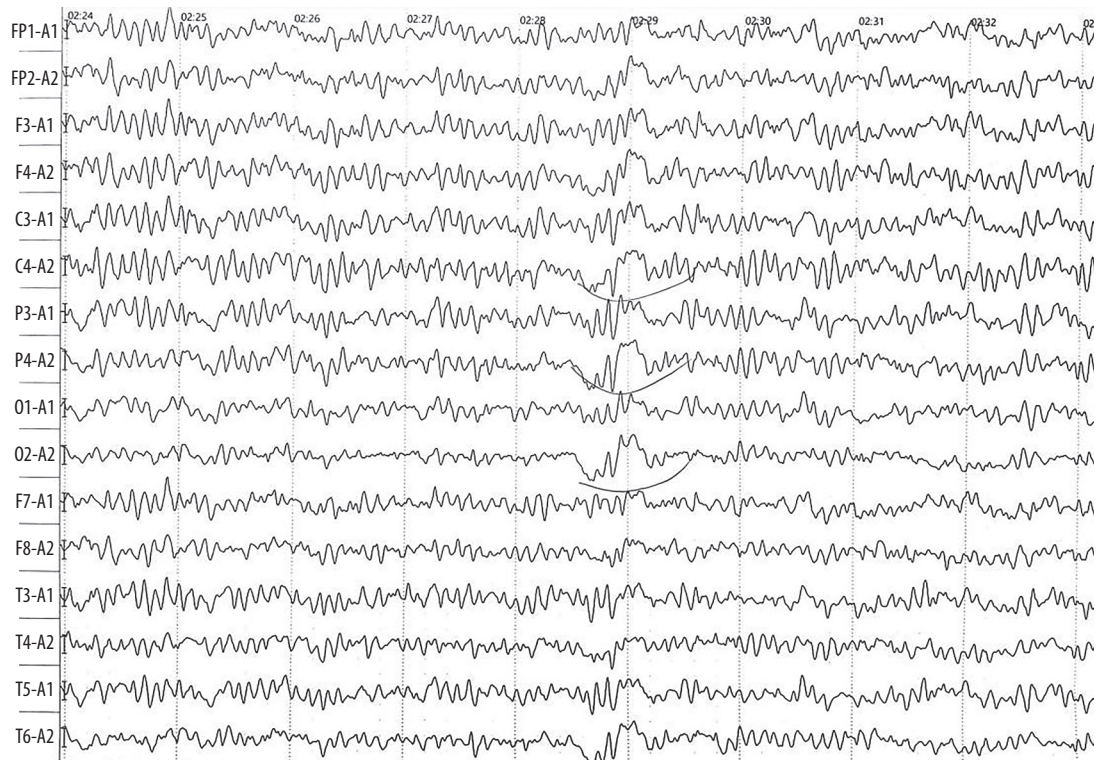
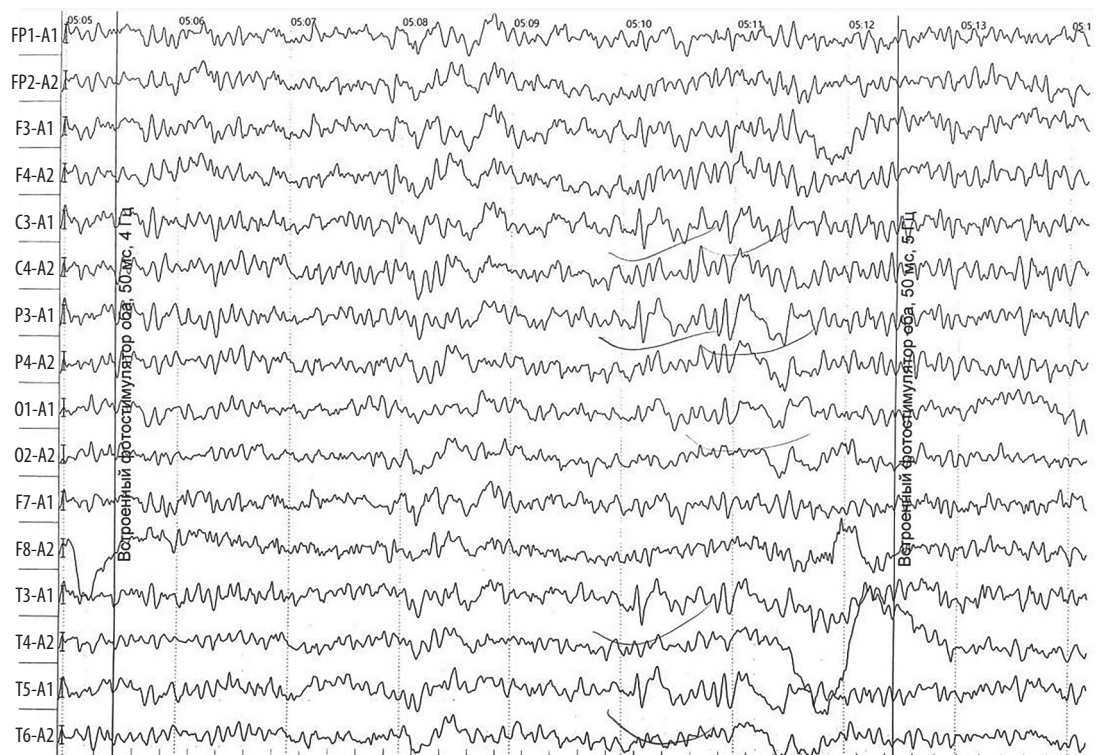


Рисунок 2.
Электроэнцефало-
грамма пациен-
тки К. при фотости-
муляции
Figure 2.
Electroencephalo-
gram of patient K.
with photostimu-
lation



Обсуждение

Боль в животе является неспецифическим симптомом, который может быть вызван множеством патологий, что приводит к частым ошибочным диагнозам, при этом эпилептогенная боль в животе диагностируется чрезвычайно редко, особенно у взрослых [1, 6].

Постановка диагноза абдоминальной эпилепсии может быть длительной и очень сложной. Большинству пациентов устанавливается психогенная боль, другие подвергаются огромному количеству инструментальных методов исследования, вплоть до диагностической лапаротомии;

применяется большое количество неэффективных терапевтических мероприятий [7].

Наиболее важным в клинической картине заболевания является пароксизмальность и кратковременность (несколько минут) болевого синдрома с типичной локализацией в околопупочной или эпигастральной области [4]. До появления боли у пациента могут возникать неприятные ощущения, такие как тошнота, как у пациентки, метеоризм, рвота, чувство голода и др.

Вегетативные (бледность кожных покровов, потливость, сердцебиение, нехватка воздуха и т.д.) и психические (возбуждение, тревога, панические атаки) расстройства могут сопровождать приступ [6]. Особенностью приводимого клинического случая является яркая, также кратковременная, вегетативная окраска болевого синдрома в виде миграции боли по туловищу и верхним конечностям, чувства онемения и «ползания мурашек», отека кистей.

Патофизиология абдоминальной эпилепсии изучена недостаточно. Предполагается, что абдоминальная эпилепсия является результатом патологической мозговой активности, возникающей в височной доле с вовлечением миндалевидного тела. Затем миндалевидное тело обеспечивает нервную передачу в желудочно-кишечный тракт через плотные прямые проекции к дорсальному

двигательному ядру блуждающего нерва, чем и объясняется возникновение желудочно-кишечных симптомов. Также считается, что гипоталамус активирует симпатические пути от миндалевидного тела к желудочно-кишечному тракту [7].

Как было указано ранее, основными диагностическими критериями абдоминальной эпилепсии являются пароксизмальность, ЭЭГ-признаки эпилептической активности и эффективность противосудорожных препаратов. У описываемой в клиническом случае пациентки отмечались приступы характерной абдоминальной боли, которые невозможно было объяснить диагностируемой в течение 3 лет патологией (грыжа белой линии живота, пупочная грыжа, гастродуоденит, хронический холецистит, хронический панкреатит). Помимо этого, проводимая терапия, в том числе хирургическое лечение, не вызывали облегчения состояния. Важным диагностическим критерием у пациентки К. явилось выявление пароксизмальной (очаговой эпилептиформной) активности от правых центрально-теменных и височных отведений, что может указывать на вовлеченность структур головного мозга, типичных для абдоминальной эпилепсии. Более того, во время нахождения пациентки в клинике мы могли отмечать (даже в течение недели) положительный эффект от начала проводимой противосудорожной терапии.

Заключение

Данным клиническим примером мы хотим обратить внимание врачей терапевтического и хирургического профиля на существование редкой фор-

мы фокальной эпилепсии, как причины атипичной абдоминалгии, требующей дополнительного ЭЭГ-обследования и консультации невролога.

Литература | References

- Ostwal P. Abdominal Epilepsy: Is It So Common? *Journal of Pediatric Neurosciences*. 2013; 8(3): 253. doi: 10.4103/1817-1745.123698.
- Kuloğlu Pazarcı N., Bebek N., Baykan B., Gürses C. et al. Reappraisal of Epileptic Pain as a Rare Symptom of Seizures. *Epilepsy & Behavior*. 2016; 55: 101–107. doi: 10.1016/j.yebeh.2015.12.01.
- Murai T., Tohyama T., Kinoshita M. Recurrent Diarrhea as a Manifestation of Temporal Lobe Epilepsy. *Epilepsy & Behavior Case Reports*. 2014; 19: 57–59. doi: 10.1016/j.ebcr.2014.03.007.
- Giuliano Lo Bianco, Thomson S., Vigneri S., Shapiro H. et al. Abdominal Epilepsy, a Rare Cause of Abdominal Pain: The Need to Investigate Thoroughly as Opposed to Making Rapid Attributions of Psychogenic Causality. *Journal of Pain Research*. 2020; 13: 457–460. doi: 10.2147/JPR.S247767
- Zinkin N. T., Peppercorn M. A. Abdominal Epilepsy. *Best Practice & Research Clinical Gastroenterology*. 2005; 19: 263–274. doi: 10.1016/j.bpg.2004.10.001.
- Vein A. M., Voznesenskaya T. G., Vorobieva O. V. Vegetative disorders: clinic, diagnosis, treatment. Moscow. Medical Information Agency Publ., 2003. 752 p. (In Russ.)
Вейн А. М., Вознесенская Т. Г., Воробьева О. В. Вегетативные расстройства: клиника, диагностика, лечение. – М.: Медицинское информационное агентство, 2003. – 752 с.
- Bonaventura C. T. Mpondo, Godfrey Mwasada, Azan A. Nyundo. Abdominal epilepsy, an uncommon cause of chronic and recurrent abdominal pain: a case report. *Clinical Case Reports*. 2016; 4(12): 1117–1119. doi: 10.1002/ccr3.711.