

лот, что облегчает течение болезни. С другой, УДХК устраняет проблемы реологии желчи, способствует улучшению моторики билиарной системы, которая посредством локальных взаимодействий, например, через холецистокининовую систему, оказывает влияние на двигательную активность пилородуоденальной области.

Повышение эффективности при сочетанной терапии ГЭРБ, вероятнее всего, связано с нормализацией на фоне УДХК секреторной и моторной функций билиарной системы. Динамика снижения показателя баллов по категории В ($p < 0,01$), как ответ на УДХК, подтверждает это предположение.

Выводы

1. Исследование показало более высокую клиническую эффективность при ГЭРБ сочетанного применения пантопразола и УДХК по сравнению с монотерапией пантопразолом. Дополнительное включение УДХК в схему терапии привело к повышению ее эффективности в 1,5 раза.

2. Достоверное снижение суммы баллов анкеты по категории В после лечения свидетельствует в пользу наличия билиарной составляющей в патогенезе ГЭРБ.

Библиография

1. Boeckxstaens G.E. *Review article: the pathophysiology of gastroesophageal reflux disease*. In: *Aliment. Pharmacol. Ther.*, 2007, nr. 26, p. 149-160. DOI: 10.1111/j.1365-2036.2007.03372.x
2. Cicala M., Emerenziani S., Guarino M.P., Ribolsi M. *Proton pump inhibitor resistance, the real challenge in gastro-esophageal reflux disease*. In: *World J. Gastroenterol.*, 2013; nr. 19 (39), p. 6529-6535.
3. Dent J., Vakil N., Jones R., et al. *Validation of the reflux disease questionnaire for the diagnosis of gastroesophageal reflux disease in primary care*. In: *Gut*, 2007; nr. 56, suppl. 111, p. 328-333.
4. El-Serag H.B., Sweet S., Winchester C.C., Dent J. *Update on the epidemiology of gastro-oesophageal reflux disease: a systematic review*. In: *Gut*, 2014; nr. 63(6), p. 871-880. DOI: 10.1136/gutjnl-2012-304269.
5. Jones R., Junghard O., Dent J., et al. *Development of the GerdQ, a tool for the diagnosis and management of gastro-oesophageal reflux disease in primary care*. In: *Aliment. Pharmacol. Ther.*, 2009, Nov. 15, nr. 30 (10), p. 1030-1038.
6. Lagergren J., Bergstrom R., Lindgren A., Nyren O. *Symptomatic gastroesophageal reflux as a risk factor for esophageal adenocarcinoma*. In: *N. Engl. Med.*, 1999, nr. 340, p. 825-831.
7. Nehra D. *Composition of the refluxate. Barrett's esophagus*. In: *John Libbey Eurotext*, Paris, 2003, nr. 1, p. 18-22.
8. Tytgat G.N.J. *What is the rate of occurrence of esophageal columnar metaplasia after long-term PPI therapy?* In: *Barrett's esophagus*. John Libbey Eurotext, Paris, 2003, nr. 1, p. 73-77.
9. Vaezi M.F., Richter J.E. *Synergism of acid and duodenogastroesophageal reflux in complicated Barrett's esophagus*. In: *Surgery*, 1995, nr. 117, p. 699-704.
10. Кайбышева В.О., Кучерявый Ю.А., Трухманов А.С. и др. *Результаты многоцентрового наблюдательного исследования по применению международного опросника GerdQ для диагностики ГЭРБ*. В: *РЖГГК*, 2013, № 5, с. 15-23.
11. Маев И.В., Дичева Д.Т., Андреев Д.Н. *Подходы к индивидуализации лечения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни*. В: *Эффективная фармакотерапия. Гастроэнтерология*, 2012, № 4, с. 18-22.
12. Надинская М.Ю. *Исследование применения урсодезоксихолевой кислоты в гепатологии с позиции медицины, основанной на научных доказательствах*. В: *Consilium Medicum*, 2003, том 5, № 6, с. 318-322.

Марина Борисовна Щербинина,

доктор медицинских наук, профессор,
декан Факультета медицинских
технологий и реабилитации
Днепропетровский национальный университет
им. Олеса Гончара,
тел.: +30677804231,
e-mail: scherbinina@ua.fm

CZU: 616.892-02:616.37-002

TULBURĂRILE SOMATOFORME
ȘI PANCREATITA CRONICĂ

Violetta UCRAINȚEVA¹, Ion ȚÎBÎRNĂ¹,
Mircea REVENCO²,

¹USMF Nicolae Testemițanu, Departamentul Medicină
Internă, disciplina Medicină internă – semiologie,

²USMF Nicolae Testemițanu, Catedra Psihiatrie,
Narcologie și Psihologie Medicală

Summary

Somatiform disorders and chronic pancreatitis

Diagnosis of chronic pancreatitis needs a comprehensive approach, especially when implementing a differential diagnosis of clinical manifestations of patient complaints and manifestations at the level of clinical research. In modern medicine, specialists face a symptomatology which is characteristic for chronic pancreatitis, but with any laboratory instrumental data, they encounter a divergence of the patient's complaints and physical condition and the function of the pancreas gland. The

nature of the symptoms and the peculiarities of the behavior of such patients allow us to propose the psychogenic nature of the disease, from neurotic and light affective disorders to severe psychoses and dementias. In modern classifications and ICD 10, psycho-vegetative disorders are referred to as somatoform disorders. The group of somatoform disorders includes depression, anxious-phobic, somatization and hypochondriacal disorders, which, having a certain connection with gastroenterological pathology, often manifests itself under the mask of symptoms of chronic pancreatitis, which should be taken into account when forming a treatment program.

Keywords: *pancreatitis, depression, anxiety, somatoform*

Резюме

Соматоформные расстройства и хронический панкреатит

Диагностика хронического панкреатита нуждается в комплексном подходе, особенно при реализации дифференциального диагноза клинических проявлений, жалоб пациента и проявлений на уровне клинического исследования. В современной медицине специалисты сталкиваются с яркой симптоматикой, характерной панкреатиту, но при анализе лабораторных, инструментальных данных сталкиваются с расхождением жалоб пациента и физическим состоянием функции поджелудочной железы. Характер симптомов и особенности поведения таких пациентов позволяют предполагать психогенную природу заболевания – от невротических и лёгких аффективных расстройств до тяжёлых психозов и деменций. В современных классификациях и МКБ 10 психовегетативные расстройства обозначаются как соматоформные. В группу соматоформных расстройств включены депрессии, тревожно-фобическое, соматизированное и ипохондрическое расстройства, которые, имея определённую связь с гастроэнтерологической патологией, часто проявляются под маской симптоматики хронического панкреатита, что необходимо учитывать при формировании программы лечения.

Ключевые слова: *панкреатит, депрессия, тревожность, соматоформный*

Introducere

Pancreatita cronică este o patologie complexă, cu incidență și prevalență în creștere, impactul social al căreia se manifestă prin afectarea calității vieții (în mare parte a persoanelor tinere), invalidizare și cu un cost substanțial al tratamentului. Această creștere se datorează nu doar diagnosticării mai eficiente a pancreatitei cronice, influenței consumului sporit de alcool în populație, expunerii înalte la factorii de risc ce afectează diferite

mecanisme de protecție, favorizând apariția pancreatitei. Un rol major îl au și factorii stresanți, care conduc la dezvoltarea tulburărilor somatoforme. În practica medicală generală, 2/3 din pacienții ce se adresează sistematic la medic au tulburări psihice: 23% – depresie, 22% – anxietate, 20% – somatizare [6, 10]. Medicii interniști frecvent întâlnesc pacienți somatici concomitent cu simptomele psihice: de la forme nevrotiforme și afective minore până la psihoze grave și demență, incidența ajungând până la 24% [12].

Conform datelor autorilor americani, la 15-42% de pacienți care se adresează la medicul gastroenterolog cu examinări minuțioase clinice, paraclinice, endoscopice și ale tomografiei computerizate, nu se depistează cauze organice ale patologiilor gastrointestinale [13]. Puțină atenție s-a acordat și cunoașterii caracteristicilor psihologice la pacienți cu pancreatită cronică.

Scopul studiului a fost de a elucidă caracterul tulburărilor somatoforme în procesul de diagnostic la pacienți cu pancreatită cronică.

Obiective:

1. Studiarea caracteristicilor psihologice la pacienții cu pancreatită cronică.

2. Identificarea în literatura medicală a datelor despre tulburări psihosomatice sau somatopsihice în cazul pancreatitei cronice.

Material și metode

Metodologia complexă a examinării pacientului cu diagnostic de pancreatită cronică este conformă multor savanți în domeniu care recomandă criteriile de ordin clinic, paraclinic, instrumental și utilizarea unor instrumente de investigație psihologică, cum ar fi: chestionarul Spilberger (Spilberger și colab., 1970), utilizat pentru evaluarea anxietății, testul Beck pentru autoevaluarea simptomelor depresive în populația generală, SCL-90-R (elaborat de Derogatis, 1983), adaptate în limba română și folosite pentru evaluarea caracteristicilor psihologice la pacienți cu pancreatită cronică internații în secția de gastroenterologie a IMSP SCM Sf. Arhanghel Mihail. Studiarea literaturii medicale pentru o analiză a semnelor clinice caracteristice pentru dereglările somatoforme a elucidat esența tulburărilor psihosomatice sau somatopsihice și a evidențiat unele aspecte clinice comune cu pancreatită cronică.

Caz clinic

Pacient de 44 ani, internat în IMSP SCM Sf. Ar. Mihail, secția de gastroenterologie, cu **diagnos-**

ticul clinic: *pancreatită cronică*, forma clinică cu recidive, faza de acutizare cu insuficiența funcției exocrine a pancreasului. Gastroduodenită cronică, acutizare. Sindrom neuroastenic pronunțat. Radiculopatie vertebrogenă în regiunea lombară. **Acuze:** slăbiciune generală marcată, vertij, amețeli, acufene, anxietate, dureri difuze în abdomen cu localizarea epigastrică, preponderent postalimentar, xerostomie, grețuri, eructații, balonări, periodic gargaument intestinal. Dureri permanente sâcâtoare în regiunile cervicală și lombară. De rând cu aceste simptome, prezintă dereglări de somn, nervozitate, senzație de "lipsă a circulației de sânge" în picioare, mâini, cap. Pe parcursul interviului menționează des insomnia, inapetența, indiferență față de muncă, scăderea libidoului. Se concentrează pe senzațiile corporale de geneză necunoscută și pe rezultatele investigațiilor, solicită consultații cu specialiștii. În repetate rânduri menționează că administrarea preparatelor neurotrope, a fizioprocedurilor, tratamentul tabletat sunt fără efect ameliorator.

Istoric bolii: se consideră bolnav de pancreatită cronică din 2009, după ce a suportat o intervenție chirurgicală la coloana vertebrală, regiunea lombară. Periodic efectuează tratament staționar de 3-4 ori pe an, ultima adresare și tratament staționar – în luna noiembrie 2016. Totodată, consideră că problemele de sănătate au apărut în 2008, după decesul mamei, debutând cu dureri lombare. **Datele obiective:** starea generală – de gravitate medie, poziția pacientului – activă, tipul constituțional – normostenic, culoarea pielii și mucoaselor vizibile – roz-pală. Auscultativ în pulmoni – murmur vezicular clar, frecvența respirației = 16/min. Sistemul cardiovascular: zgomotele cardiace ritmice, frecvența cardiacă – 78 bătăi pe minut, TA=120/80 mm/Hg. Sistemul digestiv: limba cu depuneri albicioase moderate, abdomen de formă obișnuită, moale, sensibil în ambele hipohondrii. Scaun – 1 în 2-3 zile. Aparatul renourinar – fără particularități.

Examinările paraclinice. Analiza generală a sângelui: hemoglobina – 145 g/l, eritrocite – $4,93 \times 10^3$ /ul, leucocite – $2,1 \times 10^3$ /ul, reticulocite – 5%, VSH – 3 mm/oră. Analiza generală de urină: culoare galbenă, densitatea relativă – 1015, glucoză, proteine – abs., leucocite – 3-4 în c/v. Analiza biochimică a sângelui: proteina totală – 61,6 g/l, albumina – 45,1 g/l, ureea – 4,34 mmol/l, creatinina – 91,2 mcmmol/l, bilirubina totală – 19,1 mcmmol/l, bilirubina directă – 11,6 mcmmol/l, bilirubina indirectă – 7,5 mcmmol/l, glucoza – 5,29

mmol/l, ALAT – 12,3 u/l, ASAT – 12,5u/l, alfa amilaza – 47,4 u/l, FA – 169,0 u/l, GGTP – 35,2 u/l, colesterol total – 4,26 mmol/l, trigliceride – 1,78 mmol/l, proteină C reactivă – neg., protrombina – 84,8. Examen coprologic: masele fecale oformate, cafenii, consistente, fibre musculare – cantitate mică, acizi grași+, săpunuri+, amidon+, cristale+, celuloză digerabilă – cantitate mică, epiteliu, eritrocite, leucocite – câte 0-1%.

Ultrasonografia organelor abdominale.

Modificări difuze în parenchimul ficatului și al pancreasului. Calcinat în zona centrală a parenchimului glandei prostată. Fibrogastroduodenoscopie: gastrită eritematos exudativă H. Pylori nu s-a depistat. Pacientul a demonstrat interes activ la îndeplinirea chestionarelor. Rezultatele chestionării pentru evaluarea stării psihologice au evidențiat: testul Beck – nivel de dipresie înalt (≥ 16 p.); chestionarul Spilberggerg – anxietate situațională de nivel înalt (73 p.) și anxietate personală de nivel înalt (62 p.), SCL-90-R nivel înalt de: somatizare – 2,583 (≥ 1.5), obsesie compulsivă – 3,2 (≥ 1.5), senzitivitate interpersonală – 2,55 (≥ 1.5), starea depresivă – 2,307 (≥ 1.5), anxietate – 3,0 (≥ 1.5), Indexul total de gravitate – 2,11. După cum rezultă din anamneza pacientului, problemele de sănătate apar după un stres (decesul mamei) și capătă un caracter somatoform de durată. Putem presupune prezența unui cerc vicios: stres – tulburări somatoforme – tulburări psihosomatice.

Discuții

Conform datelor literaturii, în medicină există o situație paradoxală: majoritatea pacienților autodeclarați nu sunt bolnavi din punct de vedere fizic, iar mulți bolnavi reali nu sunt pacienți în sensul de a se adresa la medici. Tulburările somatoforme sunt întâlnite frecvent în practica medicală sub masca unei afecțiuni somatice cu simptome resimțite de către bolnavi ca suferințe, care, din cauza gestionării greșite, îi fac izolați, cu concedii de boală lungi, până la incapacitatea de muncă [7].

Am fost tentați de a ilustra cazul unui pacient cu pancreatită cronică cu manifestări clinice caracteristice tulburărilor somatoforme, care ar explica cauza rezistenței la tratamentul medicamentos, geneza acuzelor prezentate și necesitatea de consultație cu specialistul din domeniu, bine-venit în managementul pacienților cu aceste tulburări [6, 10].

Conform datelor OMS, 45% de boli sunt legate de stres, dar 30-50% din toți pacienții care

se adresează la specialiștii în medicină primară au necesitatea nu de terapie medicamentoasă, ci de psihoterapie. Deseori este dificil de a diferenția o afecțiune psihosomatică de una somatică, din cauza asemănării simptomelor. Din acest șir de semne fac parte: insomnia, cefaleea, mialgia, artralgiile, astenia neurocirculatorie, dereglările sistemului respirator și celui gastrointestinal, disfuncții sexuale, dereglări ale ciclului menstrual și patologii ale sarcinii [14]. În clasificările contemporane și Clasificarea Internațională a Maladiilor (CIM-10), dereglările neurovegetative sunt definite ca „somatoforme” și sunt incluse în rubrica dereglărilor somatoforme ale depresiei, anxiofobice, ipohondrice și au o legătură anumită cu patologia gastrointestinală [13].

Pancreatita cronică este o afecțiune inflamatoare-distructivă a pancreasului, de geneză diferită, cu evoluție cronică progresivă în faze, caracterizată prin schimbări morfologice ireversibile ale țesutului pancreatic, cu diferit grad de dereglări ale funcțiilor exocrine și endocrine, cu durere specifică. Patologia pancreasului deține unul dintre locurile primordiale printre maladiile tractului digestiv. Distribuția geografică a pancreatitei cronice este neuniformă. Frecvența pancreatitei cronice variază în populație de la 0,2% până la 0,6%; la 100 000 de populație se înregistrează 7–10 cazuri noi pe an de pancreatită cronică [1, 5, 9].

Tabloul clinic al unei pancreatite cronice deseori este limitat la sindromul duror abdominal, odată cu progresarea bolii apar dereglările endocrine și exocrine ale pancreasului. Durerea cronică abdominală specifică este semnul cardinal în diagnosticarea acestei boli și poate fi unicul simptom al pancreatitei cronice care se manifestă prin crize dureroase care, cu progresarea evolutivă a bolii, devin mai frecvente și mai persistente. Durerea frecvent se instalează la începutul meselor, cu accentuare bruscă spre sfârșitul lor [1, 5, 16].

Dimineața durerea poate lipsi, apărând după prânz, și se accentuează spre seară cu sediul în epigastru, hipohondrul stâng, mai rar în cel drept sau în regiunea subombilicală. Durerea iriază frecvent în spate, coloana vertebrală (dorsal), unghiul costovertebral stâng, se extinde în hipohondrul stâng și în cel drept și în regiunea lombară bilateral, rareori în fosa iliacă stângă, regiunea inimii, clavicula stângă [16].

Accesele de durere frecvente formează la pacienți o frică de mese, iar la unii durerile precedă dereglările dispeptice: grețuri, xerostomie,

balonare, gargaument intestinal, ceea ce treptat afectează calitatea vieții, condiționând pe parcurs dezvoltarea nervozității, asteniei, pierderii interesului față de activități cotidiene și a necesității mai frecvente de tratament în secții de profil.

În practica medicală, în contextul medicinei psihosomatice, prezintă interes depresiile mascate (alexitimică, ascunsă, subdepresia). Debutul și tabloul clinic ale acestora de asemenea se manifestă predominant sub forma unei afecțiuni cronice gastrointestinale, preponderent cu dereglări dispeptice, însă mai târziu se instalează: hipotimie (anxietate, irascibilitate), aghidonie (pierderea interesului față de activitățile sociale), slăbiciune generală, insomnie, scăderea sau – mai rar – creșterea ponderală. Conform datelor cercetărilor epidemiologice, 60-80% de bolnavi cu depresie mascată se adresează ani la rând la medicii interniști, gastroenterologi sau cardiologi, decăzând din vizorul medicilor-psihiatri [13, 14, 15].

În aceeași măsură, această cale o trec și pacienții cu pancreatită cronică la care întâlnim manifestări clinice caracteristice tulburărilor somatoforme, un grup de manifestări somatice care sugerează o etiologie organică, dar nu sunt explicate pe deplin de condiția medicală respectivă, de folosirea substanțelor chimice sau de altă tulburare mentală. DSM-IV – Manualul de Diagnostic Statistic al Tulburărilor Mentale, 1994 (ediția a IV-a) – grupează această categorie de suferințe clinice în cadrul tulburărilor somatoforme [3].

După datele literaturii, cel mai des sunt întâlnite tulburări cenestopate sau nevroza cenestopată, cu rate de răspândire extrem de variabile: de la 0,2% până la 2% la femei și sub 0,2% la bărbați. În aceste cazuri, pacientul este convins că există o boală somatică neelucidată, care provoacă suferință, invocând insistent, dramatizând acuzele aparent somatice. Pacientul are o preocupare intensă pentru efectuarea sau repetarea unor investigații edificatoare, în pofida rezultatelor negative ale investigațiilor efectuate anterior și a asigurărilor asupra inexistenței unei boli somatice. Este important de menționat că debutul și evoluția acuzelor pacientului sunt corelate cu existența unor situații stresante, care, de cele mai multe ori, sunt ignorate de pacient [2].

Investigațiile clinice repetate nu evidențiază nicio cauză somatică. Persoana suferă timp îndelungat de multiple și variate simptome din diferite zone ale corpului, care apar în perioade diferite de timp. Acuzele frecvente sunt următoarele: oboseală generală sau fatigabilitate; amețea

sau senzație de nesiguranță în mers; stare de rău nedefinit în tot corpul; senzație de tremor interior; amorteți ale capului sau ale membrelor, mai ales pe partea stângă; spasme musculare sau intestinale; dureri în regiunea toracelui cu caracter deosebit de cel din durerea de origine cardiacă.

Conform DSM-IV, se disting șapte grupe de tulburări somatoforme, printre care se enumeră: tulburarea de somatizare; tulburarea somatoformă nediferențiată; tulburarea de conversie; tulburarea algică; manifestări hipocondrice; tulburarea dismorfică corporală; tulburarea somatoformă fără altă specificație (FAS) [2, 8, 15]. Din aceste tulburări somatoforme, cel mai des emite clinica unei pancreatite cronice **tulburarea de somatizare** (sinonime: tulburare psihosomatică multiplă, sindromul acuzelor multiple, isteria, sindromul Briquet), ce reprezintă o tulburare polisimptomatică cu debut până la 30 de ani, cu durată îndelungată și este o combinație de durere și simptome gastrointestinale deseori caracteristice unui acces de pancreatită cronică. Acestea sunt însoțite și de alte manifestări care, din perspectiva validității clinice, sunt nespecifice și lipsite de semnificație pentru afecțiunea cu care se adresează pacientul la medic și nu sunt confirmate de investigațiile paraclinice. Pacienții prezintă un lung istoric de adresări la medic, investigații minuțioase, multiple sau intervenții chirurgicale. Are loc scăderea semnificativă a activității profesionale și sociale. Acestea des apar pe un fundal de tulburări anxioase, tulburări depresive sau histrionice ale personalității.

Pentru a diagnostica tulburarea somatoformă se folosesc *următoarele criterii*:

A. Un istoric cu multe acuze somatice începând înainte de vârsta de 30 ani, care survin cu o perioadă de mulți ani și solicitarea tratamentului repetat, sau o deteriorare semnificativă în domeniile social, profesional etc.

B. Fiecare dintre următoarele criterii, cu simptome individuale apărute pe parcursul perturbării:

1) migrarea sau prezența concomitență a simptomelor algice: un istoric de durere cu cel puțin patru sedii diferite (abdomen, spate, articulații, extremități, cap, piept, rect, în cursul menstruației, raportului sexual ori micțiunii);

2) două simptome gastrointestinale: un istoric de cel puțin două simptome gastrointestinale (greață, flatulență, vome, diaree sau intoleranță la diverse alimente);

3) un simptom sexual (simptom sexual sau de reproducere): indiferență sexuală, disfuncție erectilă sau ejaculatorie, menstruații neregulate, sângerare menstruală excesivă, vome pe toată durata sarcinii;

4) un simptom pseudoneurologic (simptome de conversie), cum ar fi deteriorarea coordonării sau a echilibrului, paralizie sau scăderea localizată a forței musculare, dificultate de deglutiție sau senzația de nod în gât, afonie, retenție de urină, halucinații, pierderea senzației tactile sau de durere, diplopie, cecitate, crize epileptice, simptome disociative, cum ar fi amnezia, sau stare de lipotimie;

C. Fie una sau alta din următoarele:

1) după o investigație corespunzătoare, niciunul din simptomele de la criteriul B nu poate fi explicat complet de o patologie ori de efectul direct medicamentos;

2) când există o condiție medicală generală asemănătoare, acuzele somatice sau deteriorarea socială sau profesională sunt în exces față de ceea ce ar fi de așteptat din istoric, examenul somatic sau datele de laborator.

D. Simptomele nu sunt produse intenționat sau simulate.

Tulburarea somatoformă nediferențiată (sinonime: tulburare psihosomatică nediferențiată) este caracterizată prin acuze somatice neexplicate, cu durată de cel puțin 6 luni. Tablou clinic mai puțin elocvent, șters, ilustrat cu precădere prin manifestări neurasteniforme sau somatoforme, în special gastrointestinale: dureri migratoare abdominale epigastrice, paraombilicale, cu iradieri în ambii hipohondri, flatulență, senzație de plinitudine postalimentară sau genitourinară, cu un anumit grad de invaliditate ocupațională, familială sau socioprofesională.

Criterii de diagnostic pentru tulburarea somatoformă nediferențiată:

A. Una sau mai multe acuze somatice: fatigabilitate, inapetență, scădere ponderală, acuze gastrointestinale sau urinare;

B. Fie una sau alta din următoarele:

1) după o investigație corespunzătoare, proveniența acuzelor prezentate nu poate fi explicată de o patologie sau de efectul direct al unei substanțe (un drog, un medicament);

2) când există o condiție medicală asemănătoare, acuzele somatice, deteriorarea socială sau profesională sunt în exces față de ceea ce ar fi de așteptat din anamneza pacientului, examenul clinic sau paraclinic;

C. Simptomele cauzează o deteriorare semnificativă clinic în domeniile social, profesional sau în alte domenii importante de funcționare.

D. Durata perturbării este de cel puțin 6 luni.

E. Perturbarea nu este explicată de altă tulburare mentală: de altă tulburare somatoformă, de o disfuncție sexuală, de o tulburare afectivă, anxioasă, psihotică.

F. Simptomele nu sunt produse intenționat sau simulate.

Tulburarea de conversie (sinonim: nevroză isterică) implică simptome neexplicabile sau deficite care afectează activitatea motorie voluntară sau sensibilitatea, sugerând o condiție neurologică sau altă condiție medicală generală. Se consideră că factorii psihologici sunt asociați cu simptomele care nu sunt produse intenționat sau simulate (o manifestare a unui conflict sau a unei probleme inconștiente); debutul în copilărie sau la vârsta adultă. Prevalența tulburării este de: 3% la pacienții ambulatorii, 1–14% la pacienții medicali generali/chirurgicali; cu pattern familial (mai frecvente la rudele indivizilor cu tulburare de conversie) și au următoarele *criterii de diagnostic*:

A. Unul sau mai multe simptome sau deficite afectând funcția motorie voluntară sau senzorială, care sugerează o condiție neurologică sau o altă condiție medicală generală.

B. Factorii psihologici sunt considerați a fi asociați cu simptomul prezentat, deoarece inițierea sau exacerbarea simptomului a fost precedată de conflict sau de alți stresori.

C. După o investigație corespunzătoare, proveniența acuzelor prezentate nu poate fi explicată de o patologie sau de efectul direct al unei substanțe (un drog, un medicament).

E. Simptomul cauzează o deteriorare semnificativă clinic în domeniile social, profesional sau în alte domenii importante de funcționare, ori justifică evaluarea medicală.

F. Simptomul nu este limitat la durere sau la o disfuncție sexuală, nu survine exclusiv în cursul tulburării de somatizare și nu este explicat mai bine de altă tulburare mentală.

Tulburarea algică (sinonime: tulburare somatoformă tip durere, tulburare prin durere somatoformă, tulburare dureroasă, psihalgie) se caracterizează prin durere ca simptom predominant al atenției clinice. În plus, factorii psihologici sunt considerați a avea un rol important în debutul, severitatea, exacerbarea și persistența stării

respective. Evoluția durerii poate fi considerată: acută, cu o durată de maximum 6 luni, sau cronică. Prevalența tulburării algice este de 10–12% din populația generală, cu o rată mai înaltă la femei. Comorbiditate / complicații: tulburări depresive, abuzul sau dependența de alcool sau droguri.

Criterii de diagnostic pentru tulburarea algică:

A. Durerea în unul sau mai multe părți anatomice este elementul predominant al tabloului clinic și este suficient de severă pentru a justifica atenția clinică. Cele mai frecvente sunt durerile caracteristice afecțiunilor a sistemului gastrointestinal sau cardiovascular.

B. Durerea cauzează o deteriorare semnificativă în domeniile social, profesional sau în alte domenii importante de funcționare.

C. Factorii psihologici au un rol important în debutul, severitatea, exacerbarea sau persistența durerii.

D. Simptomul nu este produs intenționat sau simulat.

E. Durerea nu se explică de o tulburare afectivă, anxioasă sau psihotică și nu satisface criteriile pentru dispăreunie.

Hipocondria (sinonime: tulburare hipocondriacă, nevroză hipocondriacă, hipocondriază) este preocuparea de o idee despre o maladie severă, bazată pe interpretarea eronată a simptomelor sau a funcțiilor corporale. Entitatea clinică ilustrată prin: grijă obsesivă sau convingerea fermă că prezintă o boală somatică severă; acuze somatoforme persistente; preocupări intense asupra aspectului fizic, cu teama apariției unor anomalii sau defecte; interpretarea ca patologice a unor senzații fizice banale. Caracterul migrator al acuzelor și preocupărilor; ignorarea rezultatelor negative ale investigațiilor; debut în adolescență sau la vârsta adultă. Evoluția este de debut lung și fluctuantă, cu perturbare sau invalidare a activității casnice și celei socioprofesionale. Prevalența vag estimată la 6-7% din populația generală.

Criterii de diagnostic în cazul hipocondriei:

A. Preocuparea pacientului de ideea că are o maladie severă, bazată pe interpretarea eronată a simptomelor sau a funcțiilor corporale.

B. Preocuparea persistă în disprețul evaluării medicale corespunzătoare și a asigurării de contrar.

C. Convingerea sau ideea prezenței unei maladii nu este de intensitate delirantă, ca în tulburarea delirantă, tip somatic, și nu este limi-

tată la o preocupare circumscrisă la aspect, ca în tulburarea dismorfică corporală.

D. Preocuparea cauzează o deteriorare semnificativă clinic în domeniile social, profesional sau în alte domenii importante de funcționare.

E. Durata perturbării este de cel puțin șase luni.

F. Preocuparea de ideea de boală nu se explică de anxietatea generalizată, tulburarea obsesiv-compulsivă, panică, de un episod depresiv major, de anxietatea de separare sau de o altă tulburare somatoformă.

Tulburarea dismorfică corporală (sinonim: dismorfofobie) este preocuparea pentru un defect presupus sau exagerat în aspectul fizic. Entitate clinică ilustrată prin: credința într-un defect imaginar al înfățișării; exagerarea sau o preocupare excesivă pentru o anomalie fizică ușoară; consultarea frecventă a dermatologilor și specialiștilor în chirurgie plastică; deteriorare semnificativă în domeniile social, profesional sau în alte domenii importante de funcționare; debutul între adolescență și vârsta mijlocie, evoluție continuă, intensitatea simptomelor accentuându-se sau diminuându-se de-a lungul timpului.

Criterii de diagnostic pentru tulburarea dismorfică corporală:

A. Preocupare pentru un presupus defect în aspectul fizic.

B. Preocuparea cauzează o deteriorare semnificativă clinic în domeniile social, profesional sau în alte domenii importante de funcționare.

C. Preocuparea nu este explicată de altă tulburare mentală (de insatisfacția în legătură cu conformația și dimensiunea corpului în anorexia nervoasă).

Tulburarea somatoformă fără altă specificație (FAS) (sinonim: tulburarea somatoformă nespecifică) este inclusă pentru codificarea tulburărilor cu simptome somatoforme care nu satisfac criteriile pentru niciuna din tulburările somatoforme specifice. Evoluează cu acuze somatice neexplicate, cu o durată de mai puțin de 6 luni, și care nu se datorează altei tulburări mentale [2, 3, 4, 15].

Conform datelor literaturii studiate, se disting două inerațiuni: psihosomatice și somatopsihice. Cele *psihosomatice* se definesc prin următoarele sindroame:

1. Sindromul labilității psihosomatice. Boli cronice somatice cu interrelații strânse cu stresul psihosocial și cu patologia afectivă (psihosomatice "holy seven", F. Alexander).

2. Sindromul afilierii psihosomatice. Disfuncții vegetative somatoforme.

3. Sindromul disocierii psihosomatice. Lipsa interrelațiilor evidente între manifestările psihopatologice și stările somatice (dereglările somatoforme, simptomocomplexe somatoforme).

Specificul tulburărilor *somatopsihice*, care permite deosebirea lor de cele psihosomatice, sunt redată în următoarele două sindroame:

1. Sindromul somatopsihoorganic. Dereglarea psihică în rezultatul efectului alterant al unei maladii asupra sistemului nervos central (boli vasculare cerebrale, factori infecțioși etc.).

2. Sindromul somatonozogen (nozogenie). Dereglarea psihică ca o consecință a reacției pacientului asupra maladii sale somatice (tulburări de adaptare, depresie, dereglări afective de dispoziție) [11].

Astfel, identificarea din literatura medicală a datelor despre tulburările psihosomatice sau somatopsihice în cazul pancreatitei cornice ar permite de a analiza mai minuțios manifestările clinice caracteristice tulburărilor somatoforme, ceea ce ar fi informativ pentru tactica de investigații și tratament în diferite etape de asistență medicală.

Abordări terapeutice

Persoanele cu tulburare de somatizare solicită adesea tratamentul medical pentru acuze somatice, iar neconfirmarea acestora de tulburarea de somatizare [4, 8] de către specialiști determină persoana să apeleze la mai mulți medici, pentru a confirma propriile convingeri. Acest comportament specific în tulburările somatoforme îngreunează mult tratamentul și ameliorarea tulburării, prescrierea numeroaselor tratamente fiind de multe ori fără efect sau în măsură să complice situația deja existentă.

Tulburarea depresivă majoră, panica și tulburările în legătură cu o substanță sunt frecvent întâlnite în tulburările somatoforme. De asemenea, tulburările de personalitate histrionică, borderline și antisocială sunt cel mai des asociate cu această tulburare. Comportamentul impulsiv, amenințările și tentativele de suicid, conflictele din viața de cuplu sunt alte motive importante pentru care persoana se adresează psihologului. Din această perspectivă, tratamentul și intervenția necesită un timp îndelungat și motivație din partea pacientului. Evident, atunci când situația o impune, prin prezența unei depresii, se va administra tratament antidepresiv, dar pe o durată cât mai scurtă, pen-

tru a evita dependența psihologică (adică starea în care persoana are nevoie de medicament mai mult pentru a avea cugetul împăcat, decât pentru o necesitate reală).

Partea cea mai importantă a tratamentului tulburării somatoforme se realizează sub îndrumarea unui consilier (psihiatru, psiholog) și constă în conștientizarea cauzelor profunde ale simptomelor, concomitent cu susținerea persoanei pentru depășirea evenimentelor stresante. Abordarea psihoterapeutică include intervenții ca educația, testarea realității, reasigurarea și consilierea. Scopul acestor intervenții constă în dezvoltarea mecanismelor adaptative, în reducerea participării afective, a trăirii stării de boală, a anxietății, a tensiunii afective, precum și a conduitei neadaptative [3, 4, 8, 15].

Concluzii

1. Pentru a diferenția semnele clinice ale pancreatitei cronice de tulburările somatoforme sunt necesare investigații performante, dar nu abuzive, pentru a exclude orice boală a organelor interene, responsabilă de producerea simptomelor.

2. După stabilirea diagnosticului de „tulburare somatoformă” este necesar tratamentul medicamentos selectiv, redus în limita posibilităților. Riscul unui tratament adresat simptomelor patologiei somatice, sub care apar tulburările somatoforme, este de moment, iar simptomele reapar la scurt timp.

3. Prezența înaltă a reacțiilor depresive la pacienții cu pancreatită cronică are aspecte atât psihoemoționale, cât și somatice. Instrumentele psihosomatice pot fi informative pentru managementul acestor bolnavi.

Bibliografie

- Babiuc C., Dumbrava V.-T. *Pancreatita cronică. Medicina internă. Volumul II. Gastroenterologie, hepatologie, reumatologie*. Chișinău, 2007.
- DSM-IV. *Manual de Diagnostic și Statistică a Tulburărilor Mentale*. Ediția a-IV-a. Editura Asociației Psihiatrilor Liberi din România, București, 2003.
- Enăchescu C., Enăchescu L. *Psihosomatica*. Iași: Polirirom, 2008, p. 24-26.
- Goldberg Richard J. *Ghid clinic de psihiatrie*. București: Editura ALL, 2001.
- Guidelines for the diagnosis and treatment of chronic pancreatitis (NANJING, 2005)*. Pancreas Study Group, Chinese Society of Gastr. In: Chin. J. Dig. Dis., 2005, vol. 6, p. 198-201.
- Katon W., Von Korf M., Lin E. *A randomized trial of psychiatric consultation with distressed high utiliyers*. In: Gen. Hosp. Psychiatry, 1992; nr. 14, p. 86-98.
- Morschitzky H., Hartil T. *Frica de boală: cum să o înțelegem și să o depășim*. Trad.: Doina Fischbah. București: Editura Trei, 2015.
- Necula M.-L. *Tulburările somatoforme*. În: Revista Somatoterapia, 2006, nr. 7, p. 64-67.
- Tîbîrnă I., Bugai R. *Pancreatita cronică. Actualitate. Etiologie și patogenie. Sisteme de clasificări. Diagnosticul de laborator și instrumental*. În: Buletinul Academiei de Științe a Moldovei. Științe medicale, nr. 2 (16), 2008, p. 66.
- Von Forff M., Ormel J., Katon W. *Disability and depression among high utilizers of health care: a longitudinal analysis*. In: Arch. Gen. Psychiatry, 1992; nr. 49, p. 91-99.
- Березанцев А. Ю. *Соматопсихические и психосоматические расстройства: вопросы систематики и синдромологии (часть 2)*. В: Российский психиатрический журнал, № 4, 2011, с. 14.
- Доклад о состоянии здравоохранения в мире. *Психическое здоровье: новое понимание, новая надежда*. ВОЗ, 2001, 215 с.
- Мудрицкая Т.Н., Мальченко А.Н. *Соматоформные расстройства в практике гастроэнтеролога*. В: Крымский терапевтический журнал, 2004, № 1, с. 62-65.
- Старшенбаум Г.В. В: *Психосоматика: руководство по диагностике и самопомощи*. Ростов н/Д: Феникс, 2014, 251 с.
- Старшенбаум Г.В. *Психосоматика и психотерапия*. Ростов н/Д: Феникс, 2014, 350 с.
- Циммерман Я.С. *Хронический холецистит и хронический панкреатит*. Пермь: Перм. мед. акад., 2002, 252 с.

Violetta Ucraințeva, doctorandă,
Disciplina Medicină internă – semiologie,
USMF Nicolae Testemițanu,
IMSP SCM Sf. Arhanghel Mihail,
tel. mob.: 069694226,
e-mail: violetta.ucrainteva@usmf.md

CZU: 616.32-006-084

**RISCURILE ȘI PROFILAXIA STĂRILOR
PRECANCEROASE ALE ESOFAGULUI**
*Inna VENGER, Iuliana LUPAȘCO,
Vlada-Tatiana DUMBRAVA,*
Laboratorul de gastroenterologie
al USMF Nicolae Testemițanu

Summary

Risks and prevention of precancerous conditions of the esophagus

This review describes the main forms of the esophageal cancer (adenocarcinoma and squamous cell carcinoma) and their precancerous conditions. Barrett's esophagus (BE) with dysplasia has an increased carcinogenic risk