

- să implice pe bolnav în tratamentul propriei condiții
- să stabilească expectații realiste și să nu promită ce nu poate oferi
- să asigure o urmărire continuă a pacientului
- să explice că boala nu reduce speranța de viață
- să formuleze un diagnostic pozitiv precis și nu evaziv
- să nu se cramponeze într-un tratament standard ci să îl individualizeze

Totodată trebuie să stabilească foarte bune relații de colaborare între medic și pacient. Acesta se realizează mai bine prin vizite scurte și dese decât prin "cedare" (oferind de exemplu chiar și o jumătate de oră pacientului spre a se plânde de un anumit simptom (mai frecvent tranzitul digestiv).

Concluzie

Deși sunt suferințe benigne, tulburările funcționale digestive solicită mult pe medic. Există în prezent modalități de tratament complex al acestor suferințe, bazate pe modelul bio-psiho-social al bolii. Terapeutul trebuie să țină cont de factorii de personalitate și sociali și printr-o bună comunicare cu pacientul, să îi ofere soluții realiste, asociindu-și-l ca partener.

Bibliografie

1. Levy RL, Whitehead WE, Von Korff MR, et al. *Intergenerational transmission of gastrointestinal illness behavior*. Am J Gastroenterol 2000; 95: 451-456
2. Locke GR III, Weaver AL, Melton LJ III, et al. *Psychosocial factors are linked to functional gastrointestinal disorders: a population based nested case-control study*. Am J Gastroenterol 2004; 99: 350-357
3. Dumitrașcu DL. Somatization: shall we believe the patients complains? În Dumitrascu DL (ed): *Psychosomatic medicine. Recent progress and current trends*. Ed. Med. Univ. I. Hatieganu, Cluj, 2003:109-118
4. Drossman DA et al (ed). *Rome III. The functional gastrointestinal disorders*. Degnon, MacLaine VA, 2006
5. Levy RL, Olden KW, Naliboff BD et al. *Psychosocial Aspects of the Functional Gastrointestinal Disorders*. Gastroenterology 2006; 130: 1447-1458
6. Longstreth GF. Clinical diagnosis of IBS. In: Camilleri M, Spiller RC: *Irritable bowel syndrome: diagnosis and treatment*. WB Saunders 2002, 1-10
7. Olden KW. *Antidepressants in functional gastroduodenal disorders*. Syllabus DDW, Orlando 24-28 May 2003
8. Drossman DA. *A biopsychosocial approach to irritable bowel syndrome*. Zanco Intl. Mississauga, ON, 1997

ASPECTELE TERAPIEI MODERNE ALE SINDROMULUI INTESTINULUI IRITABIL LA ADULȚI

Alexandru Babin, Dan L. Dumitrașcu

USMF Nicolae Testemițanu, catedra Medicina de Familie

UMF Iu. Hatieganu, Cluj Napoca

Care not cure

Summary

The therapy off Irritable Bowel Syndrome

Irritable Bowel Syndrome is one of the most common pathological conditions. Despite progress in its knowledge of pathogenesis, large flaws still exist in our understanding of pharmacological action. This is a review of recent progress in the field of the therapy of irritable bowel syndrome. The now compounds acting on serotonin receptor did not keep promise. New therapies are under assessment, like psychotherapy or probiotics.

Premise

Intestinul iritabil, ca și în general întreaga patologie digestivă funcțională, nu beneficiază până în prezent de un tratament ideal. Progresele în patogeneza din ultimele decenii au condus la cristalizări teoretice, dar acestea nu au fost urmate de descoperirea de noi soluții farmacoterapeutice. Diseminarea modelului biopsihosocial a oferit premisa unei abordări holistice având drept scop ameliorarea factorilor psihosociali și mai buna controlare a simptomelor (1, 2). Motto-ul de mai sus exprimă tocmai nevoie de accentuare a îngrijirii pacienților cu intestin iritabil în lipsa existenței „glonțului magic”.

De mare importanță în perioada medicinei bazate pe dovezi (EBM) este crearea unei metodologii standardizate de elaborare și evaluarea a trialurilor pentru medicamentele propuse în sindromul intestinului iritabil (*SII*) (3). Scopurile unor astfel de trialuri sunt cele din tabelul 1.

Tabel 1: Scopurile trialurilor pentru intetsin iritabil, după (3)

-
- abolirea sau diminuarea simptomelor
 - amelioarea calității vieții și a funcționalității cotodiene
 - amelioarea coping-ului față de simptome
 - reducerea utilizării de resurse medicale
-

Pe baza acestor obiective se poate trece la evaluarea mijloacelor terapeutice aflate la îndemână.

Dificultățile de influențare a acestor obiective (*out-come*) se traduce prin multitudinea ofertelor de intervenție. Deși mai toate mijloacele terapeutice din intestinul iritabil au eficiență limitată, se impune cunoașterea lor în vederea adaptării terapiei spre necesitățile individuale. Terapia intestinului iritabil cuprinde măsuri igienico-dietetice, intervenții farmacologice, abordarea psihoterapeutică și terapiile alternative.

Modalități de tratament igienico-dietetic

Ponderea lor depinde de *severitatea* bolilor. Astfel, *formele ușoare* de boală nu necesită alt tratament decât schimbarea stilului de viață și al modului de alimentație.

Se recomandă pacienților să își asigure un regim de viață ordonat, fără acumularea de sarcini cărora nu le mai pot face față. Pacientul trebuie învățat cum să își organizeze programul de lucru și un echilibru între muncă și odihnă. Este necesar ca bolnavii să își asigure suportul social, să aibă o bună integrare familială, socială și profesională. Ideală ar fi organizarea și în țara noastră a unor grupe de într-ajutorare ale pacienților.

Majoritatea pacienților cu *SII* acuză diverse intoleranțe alimentare. Unele sunt comune și binecunoscute, altele sunt rare sau chiar bizare. De aceea recomandăm pacienților să își identifice ei înșiși alimentele pe care nu le tolerează, spre a le putea evita. Desigur pacienții trebuie să urmeze o dietă sănătoasă, care să prevină apariția altor boli cronice.

În perioadele cu tranzit accelerat, este necesară dietoterapia activă în vederea normalizării eliminării de fecale. Astfel, în constipație, se vor recomanda alimente bogate în fibre alimentare. Avantajul administrării de fibre alimentare este că sunt ieftine și nu au efecte secundare (doar rareori balonări). Dezavantajul constă în faptul că sunt necesare cantități mari (până la 30 g/zi) și că eficiența este mascată de efectul placebo. În general, pacienții cu forme ușoare, tratați ambulator, sunt cei care răspund mai bine la suplimentarea cu fibre alimentare a dietei.

În diaree se vor indica acele alimente utilizate în *SII* pentru reducerea frecvenței și fluidității scaunelor.

Normele de cruțare termică, osmolară, chimică și mecanică ale dietei este bine să fie respectate.

Pacienții trebuie descurajați să fumeze, deși nu există o legătură cauzală între tutun și simptome. Cafeaua poate fi admisă în cantități rezonabile, mai ales în formele cu constipație.

Alcoolul în cantități mici nu este contraindicat în intesinul iritabil, totuși va fi evitat de pacienții care nu îl tolerează. Vinul și berea nu se consumă în perioadele cu diaree.

În abordarea pacientului cu *SII* intestin iritabil și a pacienților funcționali în general, este foarte important să se stabilească o solidă relație medic-pacient. După cum se spune, cel mai bun tratament este “un medic cu răbdare”. Medicul are rolul de a identifica nu doar simptomele ci și temerile bolnavului, de a îi explica în ce constă boala și de a limita consumul de către pacient a unor manopere diagnostice și chiar chirurgicale invazive și inutile. Cunoștințele de nutriție sunt importante pentru medicul curant, deoarece este frecvent întrebat asupra alimentelor cele mai potrivite pentru pacienți.

Farmacoterapia

Cu regret legea „**treat to target**” în *SII* nu poate fi îndeplinită.

Nu dispunem de un medicament perfect, deoarece intestinul iritabil este un sindrom cu mai multe fațete, deoarece patogeneza nu este încă pe deplin elucidată, au fost încercate numeroase medicamente.

Etiologia nefiind cunoscută, lipsește medicația etiologică. Avem doar posibilitatea atacării factorilor patogenetici, abordare care vizează concomitent și ameliorarea simptomelor. Efectul placebo de 30-80% face dificilă aprecierea eficienței (4). O listă cu clasele de medicamente utilizate mai des în *SII*, adresate principalelor simptome, apare în tabelul 2

Tabelul 2

| Principalele medicamente utilizate în <i>SII</i> | |
|--|---|
| Simptom | Clase de medicamente |
| Durere abdominală | Anticolinergice Miorelaxante musculotrope Agoniști opiacei Antagoniști de calciu Antidepresive Antiserotoninergice |
| Constipație | Prokinetice Laxative Derivați de prostaglandine |
| Diaree | Agoniști opiacei Diosmectită Chelatori de acizi biliari |
| Balonare | Cărbune Dimeticon |

Anticolinergicele

Acetilcolina este cel mai puternic prokinetic al tubului digestiv. Agenții colinomimetici precum betacholina au fost utilizați și pentru creșterea tonusului sfincterelor digestive, dar au ieșit din uz din cauza efectelor secundare. Anticolinergicele dimpotrivă, reduc forța contracției musculare. De aceea au fost propuse în tratamentul durerilor provocate de spasmele intestinale. Astfel, se poate utiliza butilscolamina (Scobutil), în doze 10-20 mg de 3-4 ori pe zi, sau oxifenoniu (Oxifenoniu), 3-4 tablete a 5 mg/zi.

Recent se încearcă aplicarea în practică de antagoniști de receptori muscarinici-3, care sunt mult mai selectivi (5). Această clasă de medicamente sunt utilizabile doar în formele cu predominanță durere-constipație, în perioadele dureroase.

Miorelaxantele musculotrope

Sunt substanțe precum papaverina sau mebeverina, utilizate tot pentru inhibarea contractilității musculaturii netede intestinale, iar simptomatic ca antialgice. Eficiența lor este limitată la cazurile mai ușoare dar sunt utile în perioadele de durere acută.

Agoniștii opiacei

Sistemul nervos enteric cuprinde și receptori opioizi: δ , κ , și μ . Agoniștii opiacei inhibă activitatea fibrelor nervoase. Interacțiunea cu receptorii μ inhibă mișcările propulsive ale intestinului precum și secreția intestinală. Astfel, agoniștii opioizi μ sunt foarte puternici antidiareici. Dintre preparatele disponibile, cea mai mare utilizare o are loperamidul, lipsit de efecte opioide la nivel nervos central. Se administrează în capsule de 2 mg, 2 sau 3x1 /zi în urgențe sau în cure prelungite 1 sau 2 /zi. În diarei profuze se administrează câte 1 cpr. La fiecare scaun moale, fără a depăși 8 cpr./zi. Indicația majoră o reprezintă forma diareică a intestinului iritabil.

Un mecanism asemănător de acțiune au difenoxilatul (Lomotil, Reasec) 5 sau 10 mg la fiecare scaun diareic și difenoxina, câte 2 mg la fiecare scaun diareic.

Ca alternativă există și tentative de utilizare a inhibitorilor de enkefalinaze, adică a enzimelor ce inactivează endorfinele, de exemplu actorfan. Această substanță nu este însă selectivă, deoarece inhibă și peptidazele.

Agoniștii δ și κ reduc stimularea aferențelor nervoase și astfel reduc percepția durerii. Compuși care stimulează atât receptorii δ și κ precum și μ pot fi utilizați în tratamentul mai multor simptome din sindromul intestinului iritabil: atât pentru diaree, cât și pentru durere și pentru constipație (acest din urmă efect prin stimularea fazei III a CMM din intestinul subțire). Astfel de preparate sunt fedotozina și trimebutina. Fedotozina ameliorează simptomele funcționale digestive, dar numai la doze mari. Trimebutina (Debridat) este larg utilizată în doza de 3x10mg/zi. Administrarea de trimebutină ameliorează simptomatologia intestinului iritabil și îmbunătățește calitatea vieții.

Antagoniștii de calciu

Blochează influxul intracelular al ionului de calciu și astfel reduce contractilitatea musculaturii netede. Primii antagoniști de calciu, precum nifedipina, diltiazemul și verapamilul au avut efecte minore: antispastice și inhibitoare ale vitezei de tranzit intestinal, așa că au ieșit din tratamentul intestinului iritabil. S-au sintetizat antagoniști de calciu selectivi pe musculatura netedă digestivă. Aceștia au efecte bune în combaterea durerii, deoarece scad contractilitatea fibrelor musculare din intestin. Pinaverium (Dicetel) în doza de 3x100(200) mg/zi. Avem la dispoziție un preparat asemănător, Otiloniu bromid (Spasmomen), administrat 3x1 cpr./zi.

Antidepresivele

Sunt utilizate în inhibarea transmiterii durerii cronice spre SNC prin substanța reticulată ascendentă. Unele asemănări patogenetice ale intestinului iritabil cu fibromialgia au condus la introducerea acestor medicamente psihotrope în arsenalul terapeutic gastroenterologic. Se utilizează doze mai mici, analgice și nu psihotrope. Se preferă la pacienții care au asociat simptome precum insomnie, inapetență, astenie, impotență. Cel mai mult folosite sunt antidepresivele triciclice (amitriptilina, doxepina). Au însă efecte secundare antimuscarinice și antihistaminice care determină efecte secundare (hipotensiune, uscăciunea gurii, tulburări de ritm cardiac, etc.) ceea ce împietează asupra unor rezultate foarte bune. Doza de început este mică (25 mg/zi) și poate fi crescută progresiv.

Inhibitorii selectivi de recaptare a serotoninei (SSRI) (fluoxetina, paroxetina ș.a.) au de asemenea efect analgic bun. Fiind antiserotoninerģici selectivi, au puține efecte secundare dar sunt și foarte scumpe. Se administrează în doza de 10-20 mg/ zi și tratamentul poate dura mai multe luni (6).

Modulatorii serotoninergici

Antagoniștii 5HT₃ și agoniștii 5HT₄ sunt cel mai frecvent utilizați în patologia funcțională digestivă. Antagoniștii 5HT₃ (ondansetron, granisetron) reduc motilitatea gastroduodenală și pot fi utilizați în diareea din intestinul iritabil. Agoniștii 5HT₄ sunt în general substituenți de benzamide, precum cisaprid, cleboprid sau metoclopramid. Ei facilitează transmisia colinergică. Astfel se explică efectul prokinetic major al acestor compuși. De remarcat că efectul metoclopramidului și al clebopridului se explică nu doar prin efectul serotoninergic ci și prin antagonizarea receptorilor dopaminergici. Cisapridul (Coordinax Prepulsid, Propulsan) este

utilizat în formele cu constipație ale intestinului iritabil, dar efectul este mai puțin marcat decât în gastropareză. Se administrează 3x10 sau mai rareori 3x20 mg/zi. în Europa. Utilizarea în SUA a fost restrânsă din cauza descrierii unor aritmii cardiace. Sunt în curs de evaluare și compuși din aceeași clasă cu efect predominant pe colon: RO 93877 și SDZ HTF919, iar primele rezultate sunt promițătoare (28).

Alosetron (Lotronex) este un antagonist 5HT₃ propus în tratamentul intestinului iritabil, forma cu predominanța diareei. Diverse trialuri pilot au demonstrat eficiența asupra simptomelor; durere și diaree, precum și ameliorarea calității vieții. Efectele secundare, în special inducerea constipației au determinat retragerea noului produs din practica medicală.

Din aceeași categorie face parte cilansetronul, utilizat în trialuri controlate.

Tegaserod este un agonist 5HT₄ recent testat cu succes în intestinul iritabil forma cu predominanța constipației, deoarece favorizează fluidificarea fecalelor și eliminarea lor.

Din păcate rezultatele preliminare încurajante nu au fost dublate de efecte favorabile și lipsite de efecte secundare atunci când aceste medicamente s-au utilizat pe scara mai largă.

Sumatriptanul este un agonist al receptorilor 5HT₁. În ultimii ani s-a constatat eficiența sa în creșterea pragului de percepție viscerală. Deși este foarte scump, se poate spera ca pe viitor să poată fi administrat și în intestinul iritabil, deoarece serotonina este un mediator al sensibilității viscerale.

Antagoniștii dopaminergici

Antagoniștii receptorilor Dopamin-2 sunt prokinetici, dar nu au efect asupra intestinului gros. Pot fi încercați la bolnavii cu simptome dispeptice asociate intestinului iritabil. Se folosește domperidon (Motilium), 3x10 mg înainte de masă. Preparatul are și efect antagonist 5HT₃ și agonist 5HT₄.

Agoniștii motilinei

Motilina este o polipeptidă gastrointestinală care stimulează motilitatea prin inducerea CMM. După descoperirea efectului eritromicinei de a avea un efect similar cu al motilinei, se deschide posibilitatea sintetizării a altor macrolide, denumite motilide, capabile să acționeze prokinetic fără a avea efect antibiotic. Astfel de preparate sunt ABT 229 și EM 574. Încă nu avem la dispoziție agoniști ai motilinei pentru forma cu constipație a intestinului iritabil.

Tahikininele

Neurokinina A și B precum și substanța P sunt polipeptide care stimulează contractilitatea musculaturii netede. Aplicarea lor clinică este deocamdată speculată în cazul vărsăturilor incoercibile și doar viitorul le-ar putea rezerva vreun rol în intestinul iritabil cu predominanța constipației.

Modulatorii adrenergici

Deși catecolaminele sunt mediori foarte importanți ai sistemului nervos vegetativ, modulatorii acestora nu au rol în tratamentul intestinului iritabil. Efectele secundare cardiovasculare le limitează utilizarea. Agoniștii α_2 -adrenergici, clonidina și lidamidina pot fi utilizați în diareea refractară, care nu răspunde la loperamid. A fost propus și un agonist β_3 -adrenergic, SR 58611A care reduce motilitatea colică, însă nu a fost introdus încă în practică, tot din cauza efectelor secundare cardiovasculare.

Nitrații

Oxidul nitric (NO) este un neurotransmițător important al sistemului nervos nonadrenergic-noncolinergic (alături de ATP și de VIP). Se poate spera că substanțe care eliberează NO precum nitrații, care determină relaxarea musculară, pot fi utilizați în prevenirea hipercontractilității musculaturii intestinale. Deocamdată nitrații nu au intrat în arsenalul terapeutic al SII.

Antagoniști de CCK

CCK este activ nu doar pe sistemul biliar, ci și pe tubul digestiv. Aici el inhibă motilitatea, cel mai evident la nivelul stomacului. Antagoniștii de CCK-A, de exemplu loxiglumid sau devazepid au fost propuși în tratamentul constipației din SII.

Laxative

Oricare dintre ele pot fi utilizate, dar este foarte important ca folisirea lor să fie de scurtă durată, doar atunci când constipația nu poate fi tratată prin măsuri igienico-dietetice sau dacă se agravează în anumite circumstanțe de viață.

Alkilați de prostaglandine

Misoprostol (Cytotec) în doze de 4x200μg/zi poate fi benefic în unele cazuri de constipație.

Chelatori de acizi biliari

Colestiramina este un produs util în unele cazuri de diaree tenace, explicate prin coexistența malabsorbției de acizi biliari. Se prescrie preparate Cholestzramin, Questran) în doze de 4-8 g/zi.

Adsorbante

Utilizarea lor este justificată de faptul că în patogeneza simptomelor este implicat și gazul intestinal (29). Pentru balonare avem la dispoziție preparate de cărbune adsorbante (Carbo medicinalis, 2-6 g/zi, Eucarbon-indicat mai ales în formele cu constipație, deoarece conține și Senna, 3x1-2 cpr./zi), precum și polimeri de tip Dimeticon (Ceolat, Sab, 2-4 cpr. à 80 mg odată sau de 3 ori pe zi) sau Simeticon.

Antialgice AINS

Care sunt disponibile “over the counter” și la care apelează pacienții ignoranți sunt ineficiente și potențial dăunătoare prin efectele lor secundare.

Probiotice

Poate fi justificate deoarece flora bacteriană (spre exemplu *Bifidobacter infantis*) asociază cu „alterație” prin IL-10/IL-12 și dezvoltarea „inflamației” prin citokine cu apariție *SII*(9). Reșind din aceasta se evidențiază și postinfecțios *SII* (*PI-SII*) ca modelul „*brain-gut axis*” (distress psihologic).(10,11). După accese de enterite infecțioase acute pacienții în proporția semnifică dezvoltă *SII-like* simptome. (12,13,14).

Psihoterapia

Întrucât sindromul intestinului iritabil are o pregnantă componentă psihosomatică și deoarece tratamentul medicamentos este adesea dezamăgitor, s-a încercat utilizarea psihoterapei. Au fost propuse diverse modalități psihoterapice: terapia cognitiv comportamentală, terapia psihodinamică, hipnoterapia, diverse metode de combatere a stresului, biofeedback, etc. Numeroase trialuri nu au fost controlate, așa încât concluziile acestora nu pot fi peremptorii.

Psihoterapia cognitiv-comportamentală are avantajul că se bazează pe date de fiziologie și psihologie experimentală, așa încât această abordare pare promițătoare (7). Ea se bazează pe dialoguri săptămânale cu pacienții, în vederea desprinderii acelor factori cognitivi care îi perturbă cel mai mult și care le alterează comportamentul. În decursul altor ședințe, se încearcă restructurarea cognitivă și comportamentală. este foarte util ca pacienții să fie instruiți să înregistreze într-o agendă toate evenimentele care îi influențează sau impresionează, precum și un jurnal al simptomelor, spre a oferi puncte de intervenție psihoterapeutului. Terapia durează 12 săptămâni și sunt comunicate rezultate favorabile. Tehnica nu trebuie utilizată separat, ci împreună cu altele: hipnoterapia, relaxare musculară, biofeedback anal (la cazurile cu constipație severă sau cu incontinență anală) etc.

Tratamentul alternativ

Deoarece tratamentul științific este adeseori inefficient și deoarece pacienții au adesea tulburări de personalitate, mirajul terapiilor “miraculoase” este deosebit de prezent la bolnavii cu intestin iritabil (8). Aceasta explică de ce a crescut foarte mult vânzarea de medicamente “alternative” pentru *SII* în întreaga lume.

Au fost încercate medicamente homeopate, etnoiatrice, ayur-vedice etc. Nici una din metode nu a fost verificată științific prin trialuri randomizate și controlate. Unii pacienți au comunicat ameliorări pasagere, explicabile probabil prin efect placebo. Exagerări dietetice neștiințifice pot fi incluse tot în categoria metodelor alternative de tratament.

Acupunctura și electroacupunctura a fost și ele încercate. Unele studii au raportat reducerea sub acupunctură a hipersensibilității viscerale, dar datele sunt sporadice și dificil de controlat.

Homeopatia a fost și ea încercată, dar tot fără a obține rezultate concludente.

“Tratamentul” prin “rezonanță bioenergetică” este doar o escrocherie pentru creduli sau disperați, ca și alte așa-zise modalități de vindecare miraculoasă.

Așadar nu există în prezent studii riguroase care să poată susține utilitatea terapiei alternative în intestinul iritabil, nici una dintre aceste metode alternative nu s-a impus, deci nu putem recomanda recurgerea la medicină alternativă în intestinul iritabil.

Profilaxie

Nu se poate vorbi de profilaxia *SII*. Cel mult se poate influența personalitatea celor care pot prezenta acuze de intestin iritabil. O atitudine judicioasă față de copii ar putea preveni instalarea comportamentului malativ. Evitarea unor evenimente stresante de viață, așezarea vieții pe baze morale și corecte, previn tulburările posttraumatice de stres, despre care se știe că permează apariția simptomelor de intestin iritabil. Promiscuitatea predispune la abuz fizic și sexual, la dezvoltarea unor suferințe psihiatrice prin care intestinul iritabil devine tot mai dificil de tratat..

Alimentația igienică poate preveni componenta infecțioasă din spectrul factorilor patogenetici.

Profilaxia secundară se referă la asigurarea unui tranzit normal ca frecvență și formă, prin care se preîntâmpină complicații precum hemoroizii, incontinența anală, anita, etc.

Perspectiva culturală și socio-economică

Intră în discuție doar la pacienții cu simptome severe, care își limitează activitățile cotidiene și care au frecvent modificări de personalitate. În acest caz un tratament eficient ameliorează calitatea vieții, iar bolnavii își pot relua preocupările familiale și profesionale.

Importantă este educarea pacientului, care trebuie să fie instruit asupra naturii suferinței, asupra cronicității acesteia și asupra posibilităților (încă limitate) de tratament. Organizarea de asociații ale bolnavilor funcționali digestivi, cu buletine informative periodice (precum *Participate* din SUA), prin care pacienții să-și împărtășească experiența bolii, rețete culinare și să citească sfaturile specialiștilor, favorizează reinsertia socială.

Tratamentul integrativ al *SII* presupune modularea acestuia în funcție de severitatea simptomelor (6). Formele cele mai severe, cu tulburări mari de personalitate, sunt tratate în centrele terțiare și beneficiază de tratament antialgic susținut și antidepressiv (1, 6). Formele medii și ușoare se tratează în centre medicale secundare, respectiv primare și atenția este acordată simptomelor organice.

Concluzii

1. *SII* este o tulburare funcțională digestivă foarte frecventă, care în țările industrializate consumă o mare cantitate din resursele sanitare.
2. Nu există tratamentul perfect ale acestei tulburări funcționale.
3. Tratamentul se efectuează individualizat și cuprinde atât farmacoterapie cât și terapii psihologice, educația pacientului și chiar terapii alternative, atâta timp cât nu sunt nocive și nu sunt practicate de șarlatani.
4. Studiile viitoare necesită opinie științifică prin impactul florei bacteriuane în dezvoltarea *PI-SII* ca și tratamentul cu probiotice.

Bibliografie

1. Dumitrașcu DL: Sindromul intetsinului iritabil, în Grigorescu M: Tratat de gastroenterologie, vol I, 2008
2. Dumitrașcu DL. Therapy of functional and motility gastrointestinal disorders, în: Dumitrașcu DL, Nedelcu L: Neurogastroenterology from basic knowledge to clinical practice, Ed Med Univ I Hatieganu 2005

3. Irvine JE, Whitehead WE, Chey WD et al. Design of treatment trials for functional gastrointestinal disorders, în: Drossman DA et al: Rome III. The functional gastrointestinal disorders, 3rd edition, Degnon Assoc McLean, VA, 2006
4. Klosterhafen S, Enck P. Placebo, în Dumitraşcu DL, Nedelcu L: Neurogastroenterology from basic knowledge to clinical practice, Ed Med Univ I Hatiegau 2005
5. Tougas G .Central autonomic dysregulation. In: *Evolving pathophysiological models of functional GI disorders*.New York: Health Education Alliance Inc. 2000:56-58
6. Drossman DA, Thompson WG. Irritable bowel syndrome: a graduated, multicomponent treatment approach. *Ann Intern Med* 1992; 116: 1001-1008
7. Toner BB, Segal ZV, Emmott SD, Myran D. *Cognitive-behavioral treatment of irritable bowel syndrome. The brain-gut connection*. New York: The Guilford Press, 2000.
8. Bittinger M, Barnert J, Wienbeck M. Alternative Therapien für die Funktionstörungen des Verdauungstraktes. *Z. Gastroenterol* 1998;36 :519 -24
9. Douglas A.Drossman. The functional Gastrointestinal Disorders and the Rome III Process. *Gastroenterology*, Aprilie 2006 Volume 130, Number 5,1381-1390.
10. Gwee KA, Leong YL, Graham C, McKendrick MW, Collins SM, Walters SJ, et.al. The role of psychological and biological factors in post-infective gut dysfunction. *Gut* 1999;44:400-406.
11. Dunlop SP, Coleman NS, Blackshaw E, Perkins AC, Singh G, Marsden CA et.al. Abnormalities of 5-hydroxytryptamine metabolism in irritable bowel syndrome. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2005; 3:349-357.
12. Wang LH, Fang XC, Pan GZ, Bacillary dysentery as a causative factor of irritable bowel syndrome and its pathogenesis. *Gut* 2004; 53:1096-1101.
13. Collins SM, Barbara G. East meets West: infection, nerves, and mast cells in the irritable bowel syndrome. *Gut* 2004; 53:1068-1069.
14. Babin A., Irritable bowel syndrome as a mask/satelite of digestive diseases. // International Symposium of Neurogastroenterology. Braşov, Romania, 2005, p.113-115.

OPTIMIZAREA TRATAMENTULUI COMPLEX LA PACIENŢII CU ULCER DUODENAL

I.Butorov, Svetlana Nichita, Valentina Butorov, N. Bodrug, Doina Barbă
Catedra Medicina internă N. 6 USMF „N.Testemiţanu”

Summary

The optimization of the complex treatment in patients with duodenal ulcer

The influence of the clinical efficiency of laser in the complex treatment of the duodenal ulcer in 65 patients has been studied. In concordance with results of the performed investigations, the efficiency of laser irradiation method in triple therapy, due to earlier (3-4 days) decrease of pain and dyspeptic syndrome manifestation, faster cicatrization of ulcer defect and POL-SAO system stabilization has been established.

Rezumat

La 65 pacienţi cu ulcer duodenal a fost studiată influenţa eficacităţii clinice a iradierii sângelui cu laser în tratamentul complex al ulcerului duodenal. Conform rezultatelor investigaţiilor efectuate s-a determinat eficacitatea utilizării metodei de iradiere cu laser în medicaţia cu triploterapie, vizând diminuarea cu 3-4 zile mai precoce a manifestărilor sindromului algic şi dispeptic, cicatrizării mai rapide a leziunii ulceroase, cu stabilizarea sistemului OPL – SAO.