

7. Вейн А.М., Молдовану И. В.. Нейрогенная гипервентиляция. Издат-во «Штиинца», Кишинёв, 1988, 184 с.
8. Молдовану И.В. Гипервентиляционный синдром и другие нарушения дыхательной системы. В кн: Вегетативные расстройства. Клиника, диагностика, лечение. Руководство для врачей (под ред. В.Л. Голубева), Москва, Изд-во «Медицинское информационное агентство», издание четвертое, дополненное, 2010, с .235-248.
9. Молдовану И.В. Нейрогенная гипервентиляция и вегетативная дистония (клиническое и психофизиологическое исследование). Автореф. дисс. докт. мед. наук, Москва, 1991, 35 с.

SPECIFICUL TULBURĂRILOR PSIHO-VEGETATIVE LA SUBGRUPURILE DE PACIENȚI CU SINDROMUL INTESTINULUI IRITABIL ÎN FUNCȚIE DE CARACTERUL SCAUNULUI

Ecaterina Chiriac¹, Ion Moldovanu^{1,2}

¹Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, Catedra Neurologie

²Institutul de Neurologie și Neurochirurgie

Summary

Psychoautonomic disorders particularities in IBS patients according to bowel habit

We studied the psychoautonomic disorders in 40 irritable bowel syndrome (IBS) patients, which were classified as IBS with diarrhea (IBS-D), with constipation (IBS-C), and mixed (IBS-M). The patients with IBS-D showed higher values of the Autonomic Profile, but the patients with IBS-M – lower values. Neurovegetative dystonia symptoms, including hyperventilation, were more pronounced in patients with IBS-D. Also, neuromuscular hyperexcitability was more expressed in IBS-D patients. The pathophysiological mechanisms of IBS subtypes are little known, they remain to be investigated further.

Rezumat

În această lucrare au fost studiate tulburările psiho-vegetative la 40 pacienți cu sindromul intestinului iritabil (SII), care au fost grupați în: SII cu predominarea diareei (SII-D), cu predominarea constipației (SII-C) și mixt (SII-M). Pacienții cu SII-D au obținut cele mai înalte valori ale Profilului Vegetativ-Motor, iar cei cu SII-M – cele mai mici. Simptomele distoniei neurovegetative, inclusiv hiperventilația, au fost mai pronunțate la pacienții cu SII-D. De asemenea, hiperexcitabilitatea neuro-musculară a fost mai accentuată la pacienții cu SII-D. Mecanismele fiziopatologice ale subtipurilor de SII sînt puțin cunoscute, ele rămîn a fi studiate ulterior.

Actualitatea

Sindromul Intestinului Iritabil (SII) este o afecțiune intestinală funcțională, ce se manifestă prin durere abdominală continuă sau remitentă și/sau disconfort abdominal, și dereglarea scaunului, manifestîndu-se prin diaree, constipație sau alternarea lor. Afectînd aproximativ 10-20 % din populația Terrei, SII este una dintre cele mai frecvente probleme întîlnite în practica gastroenterologică [3]. Dereglările sensibilității viscerale, ce se manifestă prin micșorarea pragului la durere și disconfortul ce apare la distensia abdominală, reprezintă markerii biologici ai acestei afecțiuni [1,2,6].

În dependență de caracterul scaunului (cu tendință spre constipație sau diaree) se clasifică în: SII cu predominarea diareei (SII-D), constipației (SII-C) și alternarea lor/mixt (SII-M), SII-M [3,5,7].

S-a estimat că 10-20 % din populație suferă de SII, dintre care doar 30 % se adresează medicului. SII predomină la:

- cu vârsta cuprinsă între 20-40 ani;
- femei;
- cu anamneză eredo-colaterală de SII [3].

Scopul studiului a fost de a determina specificul tulburărilor psiho-vegetative la subgrupurile de pacienți cu sindromul intestinului iritabil în funcție de caracterul scaunului.

Materiale și metode

Studiul prezentat este unul analitic, realizat în perioada mai 2010 – decembrie 2011. În studiu au fost incluși 40 pacienți cu SII cu vârste între 19 și 56 ani și 34 subiecți sănătoși cu vârste între 20 și 59 ani. Vârsta medie a pacienților cu SII incluși în studiu a constituit 45.55 ± 1.55 , iar a subiecților din grupul-control – 41.23 ± 1.02 .

Tabela 1

Caracteristica grupurilor de pacienți incluși în studiu

Pacienți	Număr	Sexul		Vârsta
		Feminin	Masculin	
Pacienți cu SII	40	30	10	19-56
Grupul-control	34	27	7	20-59

Criteriile de selecție a pacienților incluși în studiu au fost:

- clinico-anamnetic – evoluția simptomelor a corespuns Criteriilor Roma III pentru SII;
- paraclinic – irigoscopia și colonoscopia au exclus patologia intestinală organică.

Studiul a constatat din două compartimente: subiectiv și obiectiv. Pentru a confirma faptul că simptomele corespund Criteriilor Roma III, pacienții au răspuns la Chestionarul Roma III pentru SII. În scopul aprecierii dereglărilor vegetative a fost utilizat Profilul Vegetativ-Motor (PVM). Pentru a determina sindromul de hiperventilație (component al sindromului disfuncției respiratorii), a fost utilizată scala adițională Nijmegen. Examenul obiectiv a inclus: aprecierea excitabilității neuro-musculare și reflectorii prin intermediul semnului Chvostek, reflexelor bicipital, rotulian și achilian. În scopul determinării disfuncției respiratorii s-a apreciat paternul respirator, s-au efectuat testul de hiperventilație și apnee voluntară și s-au determinat punctele dureroase ale cutiei toracice în zonele articulațiilor sterno-costale și mușchilor intercostali (expresia implicării excesive a cutiei toracice în actul respirator).

Rezultate

Tabela 2

Repartizarea pacienților conform tipului de dereglare a tranzitului intestinal

Dereglarea tranzitului intestinal	Femei (N:30)	Bărbați (N:10)	Total (N:40)
Diaree	13 (43 %)	3 (30 %)	16 (40 %)
Constipație	11 (37 %)	2 (20 %)	13 (33 %)
Alternarea diareei cu constipația	6 (20 %)	5 (50 %)	11 (28 %)

Din tabelă se atestă prevalarea pacienților, la care în tabloul clinic predomină diareea - 16 (40 %), după care se plasează pacienții care manifestă predominant constipație - 13 (33 %) și pacienții la care constipația alternează cu diareea - 11 (28 %). Se observă prevalarea diareei ca manifestare a SII la femei (13 - 43 %), la 50 % dintre bărbați diareea alternând cu constipația.

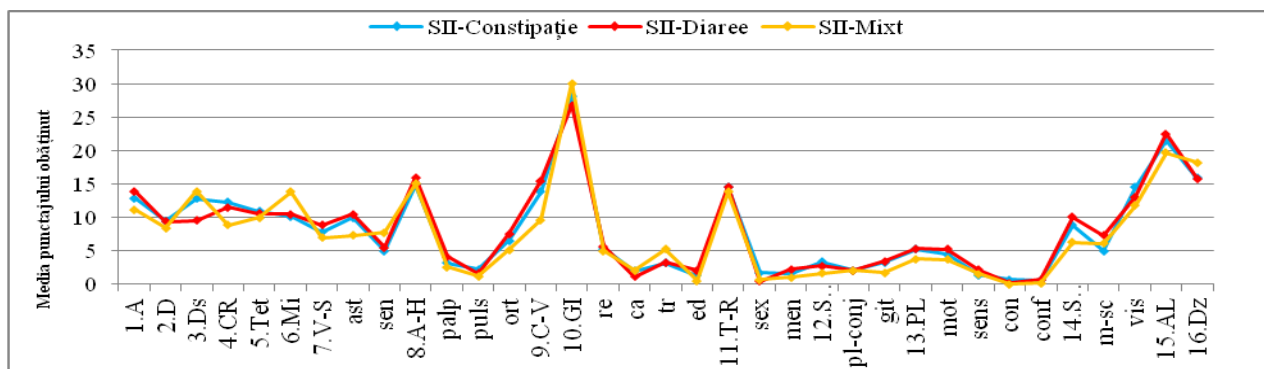


Fig.1 Analiza comparativă a rezultatelor Profilului Vegetativ-Motor de către subgrupurile de pacienți cu SII

Realizând analiza comparativă a rezultatelor PVM obținute de către subgrupurile de pacienți cu SII nu am determinat o diferență statistic semnificativă între valorile obținute de ele la majoritatea scalelor și subscalelor. Am observat faptul că la multe dintre scale, pacienții cu SII-M au obținut cele mai mici valori, comparativ cu celelalte 2 subgrupuri de pacienți cu SII. Singurele scale la care pacienții cu SII-M au obținut cele mai înalte scoruri au fost: scala 10 (tulburări gastro-intestinale), deci au prezentat cel mai variat spectru de manifestări gastro-intestinale; scala 6 (sensibilitate la mirosuri) și subscalela hipersensibilitate a scalei 8 (astenii-hipersensibilitate), deci au prezentat și cel mai înalt grad de sensibilitate senzorială, comparativ cu celelalte 2 subgrupuri.

În contrast, pacienții cu SII-D incluși în studiul nostru, au obținut cele mai înalte valori la multe dintre scale și subscale, la majoritatea din ele determinându-se o diferență statistic semnificativă între acest subgrup și subgrupul SII-M. Scalele la care reprezentanții subgrupului SII-D au obținut cel mai înalt scor au fost: scala 15 (sindroame algice), elevări mai pronunțate fiind observate la subscalela dureri musculo-scheletale; subscalela astenie a scalei 8 (astenii-hipersensibilitate); scala 9 (disfuncția cardiovasculară) și subscalela fenomene ortostatice; scala 1 (anxietate); scala 14 (tulburări senso-motorii) și scala 7 (vertij-sincope).

Între pacienții cu SII-C și SII-D nu s-au determinat diferențe statistic semnificative la majoritatea scalelor și subscalelor. Totuși, la scala 12 (tulburări sexuale și menstruale), pacienții cu SII-C au obținut cel mai înalt scor.

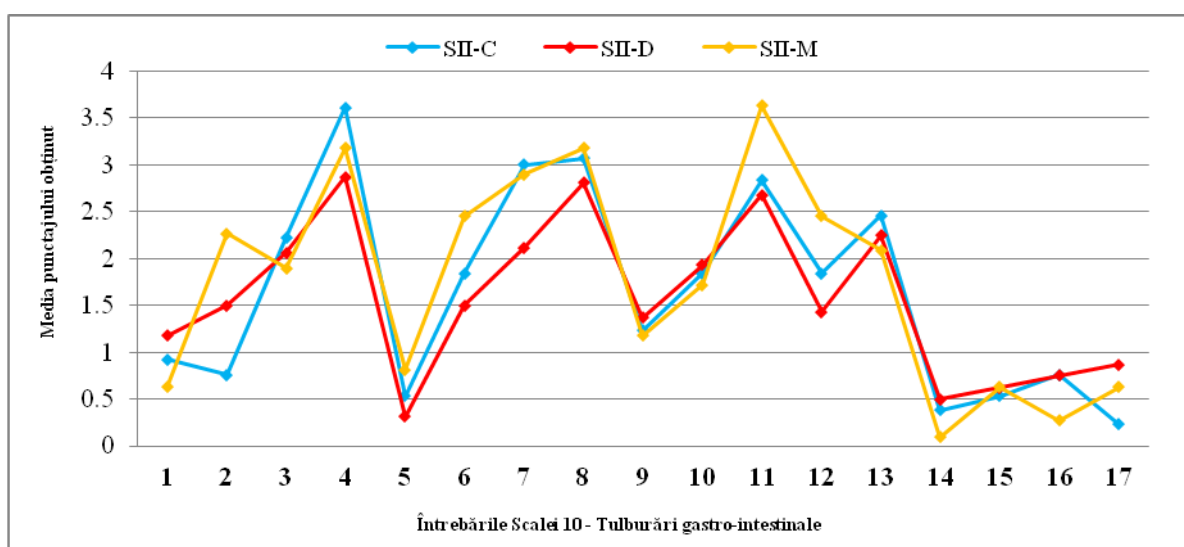


Fig.2 Analiza comparativă a rezultatelor obținute la scala 10 (Tulburări gastro-intestinale) de către subgrupurile de pacienți cu SII

Analizând rezultatele obținute la întrebările scalei 10 (Tulburări gastro-intestinale) am observat o diferență statistic semnificativă a punctajului obținut la întrebarea 4 între subgrupurile SII-C și D, pacienții cu SII-C prezentând mai frecvent balonare abdominală. Între aceleași subgrupuri s-a obținut o diferență statistic semnificativă a punctajului obținut la întrebarea 7, pacienții cu SII-C mai frecvent netolerând unele produse alimentare. De asemenea, s-a observat o diferență statistic semnificativă a rezultatelor obținute la întrebarea 2 între reprezentanții subgrupurilor SII-C și M, pacienții cu SII-M prezentând mai frecvent accese de bulimie. La întrebarea 11, s-a determinat o diferență statistic semnificativă a punctajului obținut de către subgrupurile SII-D și M, la pacienții cu SII-M durerea mai frecvent ameliorându-se după scaun. Între aceleași subgrupuri s-a observat o diferență statistic semnificativă a punctajului obținut la întrebarea 14, pacienții cu SII-D mai frecvent acuzând greață la vizualizarea unor persoane sau imagini.

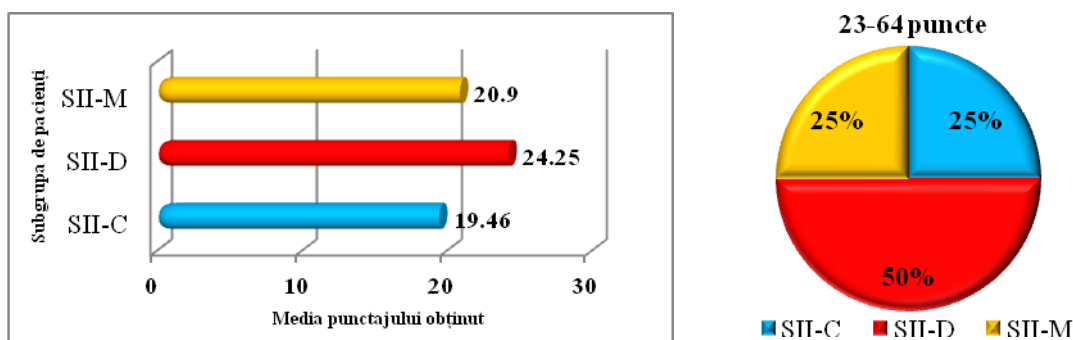


Fig.3 Comparația rezultatelor obținute de către subgrupurile de pacienți cu SII la scala Nijmegen

Realizând analiza comparativă a rezultatelor scalei adiționale Nijmegen, am observat că pacienții la care diareea predomină în tabloul clinic prezintă o medie a punctajului mai înaltă comparativ cu celelalte 2 subgrupuri (24.2 ± 2.4), ei reprezentând 50 % dintre pacienții cu SII care au obținut un punctaj cuprins între 23 și 64 puncte la scala Nijmegen, fapt care confirmă sindromul de hiperventilație la aceștia. La celelalte 2 subgrupuri (SII-C și M) s-a determinat apoximativ aceeași medie a punctajului obținut, câte 4 reprezentați din fiecare subgrup obținând un punctaj mai mare de 23 puncte la scala Nijmegen.

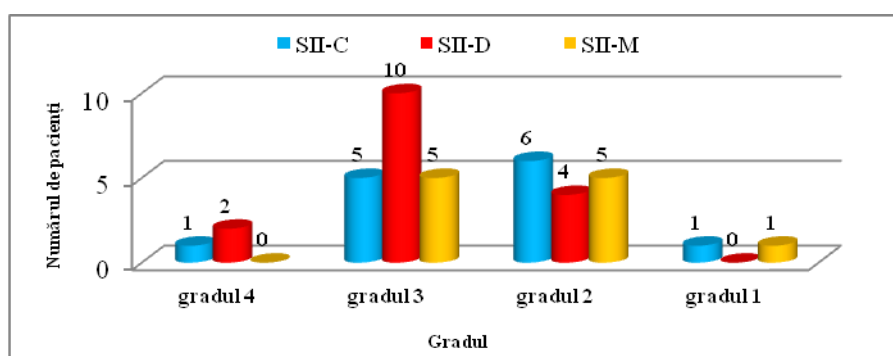


Fig.4 Comparația semnului Chvostek la subgrupurile de pacienți cu SII

Realizând analiza comparativă a excitabilității neuro-musculare la cele 3 subgrupuri de pacienți cu SII, am determinat faptul că la mai mulți pacienți cu SII-D, comparativ cu celelalte subgrupuri, semnul Chvostek este de gradul III și la nici unul dintre ei nu e de gradul I, ceea ce argumentează faptul că acești pacienți prezintă o excitabilitate neuro-musculară mai înaltă. Între aceste două subgrupuri nu se observă o diferență statistic semnificativă.

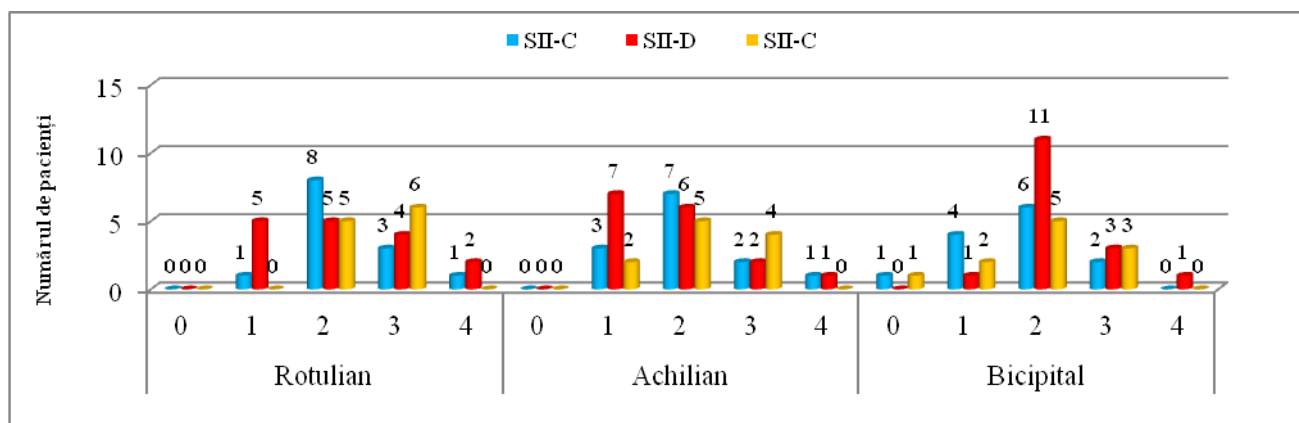


Fig.5 Comparația reflexelor osteo-tendinoase la subgrupurile de pacienți cu SII

La majoritatea reprezentanților tuturor subgrupurilor reflexele sînt normale. Mai mulți pacienți cu SII-M, comparativ cu celelalte subgrupuri, au prezentat reflexe rotulian și achilian mărite nepatologic. Un număr mai mare de pacienți cu SII-D au prezentat un reflex achilian diminuat. La mai mulți pacienți cu SII-C s-a determinat un reflex bicipital diminuat.

Tabela 3

Comparația testului de apnee voluntară la subgrupurile de pacienți cu SII

	Apnee la inspir (sec)	Apnee la expir (sec)
Norma	60	25
SII-C	36.4±2.1	22.1±1.3
SII-D	35.1±2.1	21.1±1.1
SII-M	39.9±3.3	22.6±1,2

Timpu apneei la inspir și expir a fost micșorat la toate subgrupele de pacienți, între ele nu s-a stabilit o diferență statistic semnificativă.

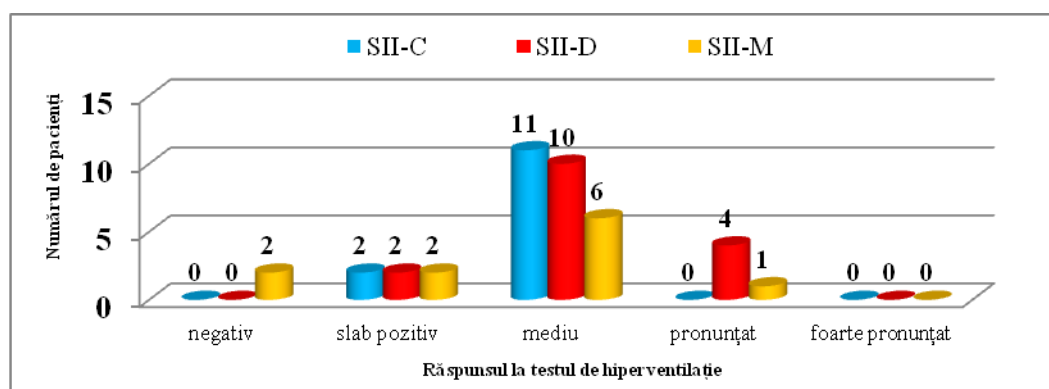


Fig.6 Comparația răspunsului la testul de hiperventilație la subgrupurile de pacienți cu SII

Realizînd analiza comparativă a rezultatelor testului de hiperventilație la cele 3 subgrupuri de pacienți cu SII, am determinat faptul că la majoritatea pacienților din fiecare sugrup rezultatul a fost apreciat ca mediu. Nici unul dintre pacienții cu SII-C nu a prezentat un grad pronunțat al răspunsului la testul de hiperventilație. Răspunsul a fost apreciat ca slab pozitiv la același număr de pacienți din fiecare subgrup.

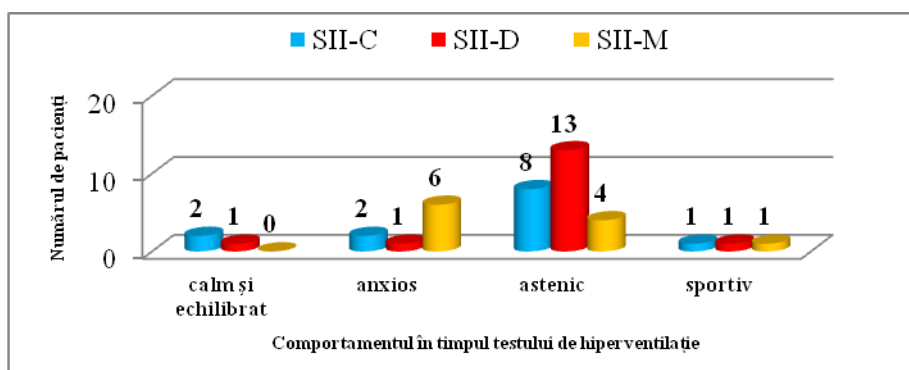


Fig.7 Comparația comportamentului în timpul testului de hiperventilație la subgrupurile de pacienți cu SII

Analizînd comportamentul în timpul testului de hiperventilație la cele 3 subgrupuri de pacienți, am observat faptul că la mai mulți pacienți cu SII-M comparativ cu celelalte două subgrupuri comportamentul a fost de tip anxios. Cei mai mulți dintre pacienții care au prezentat un comportament de tip astenic au fost reprezentanții subgrupului SII-D. Doar cîte un pacient din fiecare subgrup a prezentat un comportament de tip sportiv.

Discuții

În studiul nostru, la cei mai mulți dintre pacienți diareea a predominat în tabloul clinic. Conform studiilor ce vizează subtipurile de SII efectuate în alte țări, în majoritatea din ele, ponderea subtipurilor de SII este următoarea 31 % - SII-D, 57-66 % - SII-C și 63 % - SII-M. Mearin și colegii săi au demonstrat faptul că la cei mai mulți dintre pacienți predomină SII-C. În contradicție cu aceste date sînt cele prezentate de Hungin și colegii săi, care au demonstrat faptul că la cei mai mulți pacienți cu SII diareea alternează cu constipația [4]. Deci, observăm că există o multitudine de opinii contradictorii cu privire la ponderea subgrupurilor SII, acestea variînd de la un studiu la altul.

Analizînd rezultatele PVM la subgrupurile de pacienți cu SII, am observat faptul că pacienții cu SII-D au obținut valori mai înalte la majoritatea scalelor și subscalelor, comparativ cu celelalte 2 subgrupuri, prezentînd nivele mai înalte de anxietate și astenie, disfuncție cardiovasculară mai pronunțată, cu fenomene ortostatice, vertijuri și sincope, toate aceste manifestări fiind incluse în tabloul clinic al distoniei neuro-vegetative, care drept urmare este mai accentuată la pacienții cu SII-D. Plus la aceasta, mai mulți dintre pacienții cu SII-D prezintă sindrom hiperventilație, care în afara faptului că intră în spectrul manifestărilor clinice ale distoniei neuro-vegetative, destabilizează echilibrul psiho-vegetativ, agravînd această patologie.

Pacienții cu SII-D prezintă și o excitabilitate neuro-musculară mai înaltă comparativ cu celelalte două subgrupuri de pacienți. Cauzele hiperexcitabilității neuro-musculare la acești pacienți ar fi: pierderea electroliților, inclusiv a calciului cu scaunul, absorbția intestinală diminuată a calciului din cauza tranzitului intestinal accelerat și hiperventilația, care este mai accentuată la pacienții cu SII-D incluși în studiul nostru. Hiperventilația cauzează hipocapnia și alcaloza respiratorie, aceasta din urmă mărind cantitatea de calciu legat de albumină în sînge și micșorînd cantitatea de calciu liber, ceea ce determină intrarea natriului în celulele musculare, excitarea și contracția lor. Aproximativ același număr de reprezentanți ai subgrupurilor SII-D și SII-C prezintă semnul Chvostek de gradul II și III.

Între sugrupurile de pacienți cu SII-M și SII-C nu s-au determinat diferențe statistice semnificative, deci nu am determinat careva particularități ale tulburărilor psiho-vegetative la aceste grupuri de pacienți.

Concluzii

1. Comparînd rezultatele Profilului Vegetativ-Motor la subgrupurile de pacienți cu SII am observat faptul că la majoritatea scalelor pacienții cu SII-M au obținut cele mai mici

valori, iar cei cu SII-D – cele mai mari, între pacienții cu SII-C și SII-D nedeterminându-se diferențe statistic semnificative ale valorilor obținute;

2. La pacienții cu SII-D manifestările distoniei neuro-vegetative, inclusiv hiperventilația, sunt mai pronunțate comparativ cu celelalte două subgrupuri;
3. Pacienții cu SII-D au prezentat o hiperexcitabilitate neuro-musculară mai înaltă, fapt explicat prin scăderea calciului plasmatic liber în condiții de hiperventilație.

Bibliografie

1. Azpiroz F, Bouin M, Camilleri M. Mechanisms of hypersensitivity in IBS and functional disorders. // *Neurogastroenterol Motil* 2007; 19 (Supl. 1): 62–88.
2. Camilleri M, Coulie B, Tack JF. Visceral hypersensitivity: facts, speculations, and challenges. // *Gut* 2001; 48: 125–31.
3. Chang L, Drossman DA. Irritable bowel syndrome and related functional disorders. // *Functional Pain Syndromes: Presentation and Pathophysiology* 2009, Seattle; pag. 87-119.
4. Guilera M, Balboa A, Mearin F. Bowel habit subtypes and temporal patterns in irritable bowel syndrome: systematic review. // *Am J Gastroenterol* 2005; 100:1-11.
5. Longstreth GF, Thompson WG, Chey WD, Houghton LA, Mearin F, Spiller RC. Functional bowel disorders. // *Gastroenterology* 2006; 130: 1480–91.
6. Sinhamahapatra P, Saha SP, Chowdhury A. Visceral afferent hypersensitivity in irritable bowel syndrome – evaluation by cerebral evoked potential after rectal stimulation. // *The American Journal of Gastroenterology* 2001; 7:2150-2157.
7. Tillisch K, Labus J, Naliboff B. Characterization of the alternating bowel habit subtype in patients with Irritable Bowel Syndrome. // *American Journal of Gastroenterology*, 2005, 100:896-904.

MIGRENA ASOCIATĂ CU FENOMENE DE CONVERSIE.

STUDIUL CLINICO-PSIHOLGIC

Ana-Maria Băbălău, Ion Moldovanu

Catedra de neurologie USMF «Nicolae Testemițanu»

Institutul de Neurologie și Neurochirurgie

Summary

Migraine associated with conversion disorders – clinical and psychological aspects

Migraine is a common disorder that imposes a large personal burden on sufferers. Conversion disorders, as a comorbid condition in migraine patients, lead to further disability in all aspects of their daily lives. Analysing the cephalalgic, autonomic and psychological pattern of 32 patients who presented migraine associated with conversion disorders, we determined that there is a high influence of this comorbidity on patients findings. It means that conversion disorder's degree of expression directly correlates with: migraine evolution, frequency and intensity of autonomic disorders, patient's level of anxiety and depression – manifestations that are finally causing a significantly higher degree of disability.

Rezumat

Migrena este o maladie frecventă, complexă și uneori foarte dizabilitantă. Fenomenele de conversie, atunci când constituie o comorbiditate a migrenei, determină accentuarea gradului de dizabilitate resimțit de către pacienți. Analizând particularitățile cefalalgice, vegetative și psihologice a 32 de pacienți cu migrenă asociată cu tulburări de conversie, s-a determinat existența unei influențe marcate a acestei comorbidități asupra datelor prezentate de către pacienți. Astfel, gradul de exprimare a fenomenelor de conversie este direct proporțional cu evoluția migrenei, frecvența și intensitatea manifestărilor vegetative, nivelul anxietății și a