

Disease: Executive summary. *Catheterization and Cardiovascular Interventions* 81:E75–E123 (2013);

2. Alan S. Go et. al. Heart Disease and Stroke Statistics--2013 Update : A Report From the American Heart Association. *Circulation*. 2013;127: p. e132-e153;

3. Enrico Floûmann and Peter M. Rothwell. Prognosis of vertebrobasilar transient ischaemic attack and minor stroke; *Brain* (2003), 126, 1940±1954

4. Gavriiliuc M. Toleranța ischemică cerebrală (prelegere). *Buletinul Academiei de Științe din Moldova, Științe medicale*, 2011, vol.1 (29), p.249-251;

5. Gavriiliuc M., Grumeza Al. Leziunea cerebrală postischemică. Efectul preconditionării ischemice și postcondiționării ischemice în identificarea potențialelor strategii pentru tratamentul ictusului cerebral. *Revista literaturii. Buletinul Academiei de Științe din Moldova, Științe medicale*, 2009, vol.3 (22), p.19-22;

6. Gherman D., Luchianciuc R., Arion M., Dacin I., Dereglări ischemice cerebrale în patologia asociată a arterelor magistrale cervicale. *Anale științifice* 2012, p. 327;

7. Giuseppe Pignataro, Antonella Scorziello, Gianfranco Di Renzo and Lucio Annunziato. Post-ischemic brain damage: effect of ischemic preconditioning and postconditioning and identification of potential candidates for stroke therapy. *FEBS Journal* 276 (2009) 46–57;

8. J. Lehotsky' and J. Burda. Ischemic Tolerance: The Mechanisms of Neuroprotective Strategy. *The Anatomical Record* 292:2002-2012 (2009)

9. Kazuo Kitagawa. Ischemic Tolerance in the Brain: Endogenous Adaptive Machinery Against Ischemic Stress. *Journal of Neuroscience Research* 90:1043–1054 (2012);

10. Shaminder Kaur, Amteshwar Singh Jaggi*, Nirmal Singh. Molecular aspects of ischaemic postconditioning. 2009 Socie' te' Franc,aise de Pharmacologie et de The' rapeutique *Fundamental & Clinical Pharmacology* 23 (2009) 521–536

11. Șchiopu O. Aspecte neurofiziologice ale afectării sistemului nervos periferic la pacienții cu accident vascular cerebral.(*Revista literaturii*). *Anale științifice*, 2010 pag. 565-569

12. Zhiyong Qin, M.D., Ph.D., Shuijiang Song, M.D., Guohua Xi, M.D., Robert Silbergleit, M.D., Richard F. Keep, Ph.D., Julian T. Hoff, M.D., Ya Hua, M.D. Preconditioning With Hyperbaric Oxygen Attenuates Brain Edema After Experimental Intracerebral Hemorrhage. *Neurosurg Focus*. 2007;22(5):E13

PROFILUL VEGETATIV AL PACIENȚILOR CU MIGRENĂ CRONICĂ ȘI MIGRENĂ EPISODICĂ FRECVENTĂ

Stela Odobescu¹, Ion Moldovanu^{1,2}, Lilia Rotaru¹, Oxana Grosu¹,
Tatiana Lozan¹, Cristina Paladii¹

¹Institutul de Neurologie și Neurochirurgie din RM,

² Catedra Neurologie, USMF "Nicolae Testemițanu,,

Summary

The autonomic profile of patients with chronic migraine and episodic frequent migraine

The Autonomic Profile-2 (AP-2) questionnaire was used to elucidate quantitative and qualitative-structural polysystemic suprasegmentar autonomic disorders in patients with migraine. There were investigated 58 females: 32 – with chronic migraine (CM) and 26 - with frequent migraine (FM). The autonomic profile was higher according to most scales and subscales of the AP-2 in patients with CM compared to FM, indicating a presence of a wider spectrum of associated psycho-autonomic disorders. The most important psycho-autonomic

disorders in CM patients have emerged in two syndromes: cardiovascular dysfunction syndrome and asthenia syndrome, both wearing the character of basal migraine phenomena.

Rezumat

Pentru elucidarea polisistemică cantitativă și calitativ-structurală a tulburărilor vegetative suprasedimentare la pacienții cu migrenă a fost utilizat chestionarul Profilul vegetativ-2 (PV-2). Au fost cercetate 58 paciente cu migrenă: 32 cu migrenă cronică și 26 – cu migrenă frecventă. Profilul vegetativ a fost mai înalt conform majorității scalelor și subscalelor la pacienții cu MC în comparație cu MF, ce indică prezența la ei a unui spectru mai larg al tulburărilor psiho-vegetative asociate. Cele mai importante tulburări psiho-vegetative în MC s-au conturat în 2 sindroame: sindromul disfuncției cardio-vasculare (fenomene de pulsație și ortostatice) și sindromul astenic (astenie, hipersensibilitate), ambele purtând caracterul fenomenelor migrenoase bazale.

Actualitatea

Migrena cronică (MC) constituie o complicație a migrenei episodice și este o maladie progresiv evolutivă, entitate clinică nouă, inclusă pentru prima dată în Clasificarea Internațională a Tulburărilor Cefalgice (ediția II-a, 2004), definită prin prezența a ≥ 15 zile pe lună cu cefalee migrenoasă pentru cel puțin 3 luni.

Sistemul nervos vegetativ (SNV) este activ implicat în mecanismele patofiziologice ale migrenei, deoarece multe dintre semnele premonitorii, simptomele clinice caracteristice ale atacului migrenos, cât și cele asociate sunt de natură vegetativă: greața, voma, diareea, vasoconstricția cutanată (paloarea), vasodilatația (hiperemia), hiperlacrimația, piloerecția și diaforeza [Welch, 1987, Pogacnik, 1993, Shechter, 2002]. A fost emisă ipoteza, că SNV poate constitui un mecanism al activării sistemului trigemino-vascular în migrenă [Welch, 1987], fiind postulat și faptul, că migrena este o tulburare vegetativă simpatică cronică [Peroutca, 2004]. Dar cercetările efectuate până în prezent referitoare la funcția SNV în migrenă sunt contradictorii. Studiile funcției cardio-vasculare au raportat o hipofuncție simpatică [Jänig, 1999; Jänig and Baron, 2001, 2002], altele - o hiperfuncție simpatică [Schoenen et al., 1998, Gotoh et al, 1986], cât și o hipofuncție parasimpatică în migrenă [Havanka-Kannianen et al., 1988]. Astfel, sunt necesare investigații suplimentare, care ar determina gradul și fenomenologia tulburărilor vegetative, structura relațiilor dintre sistemul nervos vegetativ segmentar și cel suprasedimentar la pacienții cu migrenă cronică și ar putea oferi noi abordări terapeutice.

Chestionarul profilului vegetativ (PV) există în 2 variante: PV-1 și PV-2. E necesar de menționat, că prima versiune a PV publicată anterior (I. Moldovanu, S. Odobescu, 1995) – PV-1 și-a confirmat de-a lungul anilor eficiența atât în plan clinic, cât și științific (Răzlog O., 1999; Odobescu S., 2000; Șincarenco I., 2006; Profire L., 2007; Pleșca V., 2008). Versiunea recentă, PV-2, este mult mai amplă și oferă mai multe posibilități, ținând cont totodată și de noile concepții în vegetologie și algologie apărute în ultimii ani [Moldovanu I. și alții, 2010].

Obiectivele lucrării au fost evidențierea cantitativă și calitativ-structurală a diverselor tulburări vegetative asociate migrenei, și anume migrenei cronice și celei episodice frecvente, prin intermediul chestionarului PV-2, și compararea gradului lor de intensitate.

Material și metode

Diagnosticul de migrenă cronică și migrenă episodică frecventă a fost stabilit în baza criteriilor Clasificării Internaționale a Tulburărilor Cefalgice (CITC-IIR, 2006). Pentru elucidarea polisistemică a tulburărilor vegetative suprasedimentare a fost utilizat chestionarul Profilul vegetativ-2 (PV-2) [Moldovanu I. și alții, 2010], care reprezintă un instrument clinic de estimare cantitativă și calitativ-structurală a dereglărilor neuro-vegetative ale pacientului. Au

fost studiate tulburările vegetative cu utilizarea PV-2 ale 58 persoane de gen feminin aproximativ cu aceeași vârstă:

I grup - 32 paciente cu migrenă cronică (MC), vârsta medie fiind $37,3 \pm 8,8$ ani;

II grup – 26 paciente cu migrenă episodică frecventă (MF), vârsta medie - $36,2 \pm 9,1$ ani.

Chestionarul PV-2 este constituit din 169 de afirmații și întrebări, distribuite în scale, fiecare scală având un număr de la 5 până la 20 afirmații sau întrebări. Fiecare grup după calculul efectuat obține un punctaj, care este ulterior notat cu un semn în "Grilă pentru reprezentarea grafică" corespunzător scalei respective. Capitolele (scalele) chestionarului PV-2 și numărul (din paranteze) de afirmații sau întrebări, pe care le conține fiecare capitol, sunt:

- | | |
|---------------------------------------|--|
| 1. Anxietate și atacuri de panică (7) | 9. Disfuncția cardio-vasculară (15) |
| 2. Depresie (6) | 10. Tulburări gastro-intestinale (17) |
| 3. Dispnee (12) | 11. Tulburări de termoreglare și respirație (18) |
| 4. Comportament respirator (8) | 12. Tulburări sexuale și menstruale (6) |
| 5. Tetanie (14) | 13. Pielea și mucoasele (6) |
| 6. Sensibilitatea la mirosuri (5) | 14. Tulburări senso-motorii (20) |
| 7. Vertij – Sincope (9) | 15. Tulburări algice (11) |
| 8. Astenie – Hipersensibilitate (9) | 16. Dizabilitate (6) |

După calculul punctajului tuturor scalelor cifrele corespunzătoare sunt marcate pe o grilă standard de prezentare grafică, care conturează profilul vegetativ al sindroamelor clinice tipice și frecvent întâlnite în experiența clinică, ce permite o analiză detaliată în scopul constituirii unui diagnostic complet și vizualizării mai clare a legăturii dintre diverse fenomene clinice.

Rezultate

Parametrii Profilului vegetativ-2 al pacientelor cu MC și MF conform scalelor și subscalelor principale este prezentat în tab.1, cu indicarea simptomelor care s-au deosebit statistic semnificativ între grupe.

Analiza datelor prezentate în tab. 1 și fig. 1 permite de a evidenția principalele distincții statistic relevante la pacientele cu MC în raport cu cele cu MF. De menționat, că pacienții analizați s-au deosebit prin frecvența cefaleelor: cei cu MC aveau $25,7 \pm 1,0$ zile/lună cu cefalee migrenoasă în raport cu pacienții cu MF, care prezentau $8,3 \pm 0,8$ zile/lună cu cefalee, acest criteriu fiind pus la baza repartizării pacienților pe grupe (MC și MF).

La pacientele cu MC comparativ cu MF s-au reliefat valori mai înalte și statistic concludente pe scalele: *Depresie* (12,38 vs. 9,94, $p < 0.05$), *Astenie-hipersensibilitate* (23,25 vs. 18,33, $p < 0.05$), *Influența simptomelor majore asupra calității vieții* (17,25 vs. 12,17, $p < 0.01$), *Atmosfera din familie în perioada timpurie a vieții* (4,67 vs. 2,89, $p < 0.01$), *Nivelul integral al stresului* (17,75 vs. 15,0, $p < 0.05$); cât și la unele simptome ale scalelor *Vertij-sincope*, *Dispnee*, *Comportament respirator*, *Tulburări algice*.

De asemenea, la pacientele cu MC s-au evidențiat valori mai înalte (dar fără diferență statistic semnificativă) pe scalele: *Anxietatea și atacurile de panică* (14,42 vs. 12,78), *Dispnee* (16,92 vs. 15,06), *Comportament respirator* (14,5 vs. 11,6), *Vertij-sincope* (14,42 vs. 12,17), *Disfuncția cardio-vasculară* (29,17 vs. 27,0), *Tulburări gastro-intestinale* (26,42 vs. 24,78), *Tulburări de termoreglare și respirație* (29,96 vs. 25,78), *Tulburări senso-motorii* (26,83 vs. 21,17), *Tulburări algice* (25,38 vs. 21,28) și scala depresiei Beck (10,53 vs. 8,31).

Cercetarea PV la pacienții cu MC și MF a scos în evidență un profil vegetativ mai înalt conform majorității scalelor și subscalelor la migrenoșii cronici (fig.1), ce denotă prezența la ei a unui spectru mai larg al tulburărilor psiho-vegetative asociate în comparație cu migrena frecventă.

Profilul vegetativ al pacienților cu MC și MF

N/o	Simptomele scalei/subscalei PV	Gr. I - MC (N=32)	Gr. II - MF (N=26)
1.	Scala 1. Anxietate și atacuri de panică, Σ	14,42±1,24	12,78±1,24
2.	Scala 2. Depresie, Σ	12,38±0,82*	9,94±0,56
	- Tristețe, melancolie	2,46±0,18*	1,94±0,15
	- Gânduri despre moarte, idei de sinucidere	0,75±0,21**	0,06±0,06
3.	Scala 3. Dispnee, Σ	16,92±1,65	15,06±1,9
	- Respirație dificilă	1,33±0,20*	0,72±0,19
4.	Scala 4. Comportament respirator, Σ	14,5±1,38	11,61±1,25
	- Fac duș rece, băi în caz de insuficiență de aer	1,08±0,29*	0,33±0,16
5.	Scala 5. Tetanie – hiperexcitabilitatea neuromusculară, Σ	19,96±1,94	20,56±2,18
6.	Scala 6. Sensibilitate la mirosuri, Σ	13,00±1,17	13,00±1,44
7.	Scala 7. Vertij – sincopă, Σ	14,42±1,79	12,17±1,53
	- Senzație că pot pierde conștiința (să leșină)	1,83±0,28*	1,06±0,25
8.	Scala 8. Astenie - hipersensibilitate, Σ	23,25±1,48*	18,33±1,92
	Subscala Astenie, Σ	13,71±0,79*	10,22±1,12
	- Oboseală, fatigabilitate	3,29±0,14***	2,22±0,22
	- Slăbiciune generală a mușchilor	2,50±0,26	1,72±0,23
	Subscala hipersensibilitate, Σ	9,54±0,90	8,11±0,99
9.	Scala 9. Disfuncție cardio – vasculară, Σ	29,17±2,27	27,00±2,10
	Subscala Disconfort. Palpitații, Σ	5,21±0,59	4,61±0,62
	Subscala Pulsații, Σ	7,42±0,63	6,39±0,69
	Subscala Fenomene ortostatice, Σ	11,25±1,02	9,28±0,92
	Subscala Tulburări vasomotorii periferice, Σ	5,29±0,73	6,72±0,73
10	Scala 10. Tulburări gastro-intestinale, Σ	26,42±2,35	24,78±2,11
11	Scala 11. Termoreglare și transpirație, Σ	29,96±3,03	25,78±3,13
	Subscala Fenomene reci, Σ	9,75±1,21	9,22±1,15
	Subscala Fenomene calde, Σ	6,75±0,88	4,78±0,77
	Subscala Transpirație, Σ	6,17±0,81	5,94±0,91
	Subscala Edeme, Σ	3,38±0,57	2,78±0,73
	Subscala Umiditate și uscăciune, Σ	3,92±0,43	3,06±0,47
12	Scala 12. Tulburări sexuale și menstruale, Σ	7,92±0,99	8,00±1,26
	Subcala Tulburări sexuale, Σ	2,67±0,43	3,00±0,63
	Subscala Tulburări menstruale, Σ	5,25±0,67	5,00±0,75
13	Scala 13. Pielea și mucoasele, Σ	6,83±1,11	6,39±1,17
	Subscala Pielea și conjunctiva, Σ	3,46±0,59	2,78±0,64
	Subscala Mucoasa gâtului, Σ	3,38±0,61	3,61±0,69
14	Scala 14. Tulburări senso-motorii, Σ	26,83±3,54	21,17±2,68
	Subscala Tulburări motorii, Σ	12,42±1,76	9,50±1,37
	- Tremor generalizat	1,17±0,25*	0,44±0,18
	Subscala Tulburări sensitive, Σ	6,54±0,97	4,72±0,58
	Subscala Tulburări de memorie și conștiință, Σ	1,50±0,39	1,33±0,35
	Subscala Sindromul picioarelor neliniștite, Σ	4,63±0,68	4,11±0,74
15	Scala 15. Tulburări algice, Σ	25,38±1,78	21,28±2,42
	Cefalee, durere de cap	3,79±0,08***	2,94±0,19
	Subscala Sindroame musculo-scheletale, Σ	10,13±0,86	7,39±1,19
	- Dureri în mâini, picioare	2,38±0,28*	1,28±0,33
	Subscala Sindroame viscerale, Σ	11,46±1,17	10,94±1,31
16	Scala 16. Influența simptomelor majore asupra calității vieții, Σ	17,25±1,13**	12,17±1,49

	Limitarea activităților zilnice (activitatea profesională, studiile, lucrul casnic) din cauza simptomelor menționate	3,25±0,18***	2,00±0,20
	Vă este greu să sustrageți atenția de la simptomele Dvs. și să vă concentrați la altceva?	3,00±0,25*	2,11±0,30
	Des simțiți că sunteți deprimat(ă) din cauza simptomelor ce vă deranjează ?	3,04±0,20*	2,06±0,34
	Atmosfera din familie în perioada timpurie a vieții	4,67±0,47**	2,89±0,36
17	Nivelul integral al stresului	17,75±1,04*	15,00±0,73
18	Scala Beck – depresia	10,53±2,00	8,31±1,67
19	Anxietatea reactivă Spilberger	38,40±3,04	42,06±2,05
20	Anxietatea de personalitate Spilberger	55,40±2,67	54,19±2,03

- - diferență statistică între grupe: * - p<0.05, ** - p<0.01, *** - p<0.001.

Profilul tulburărilor vegetative la pacienții cu migrenă cronică și pacienții cu migrenă frecventă

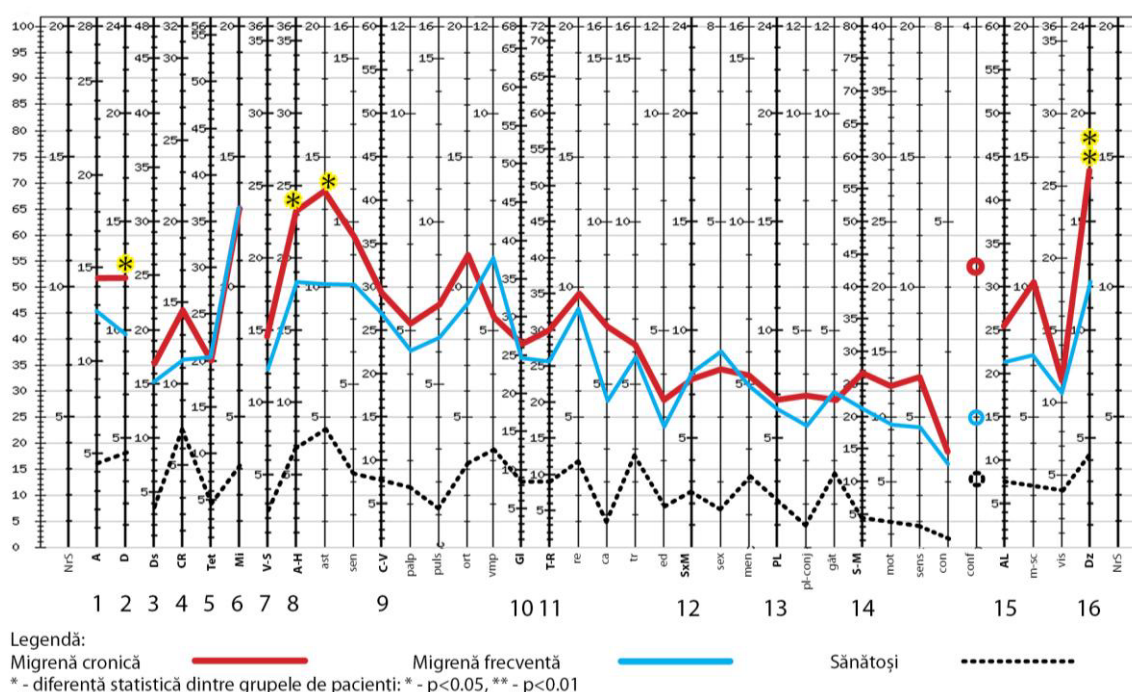


Figura 1. Profilul tulburărilor vegetative la pacienții cu migrenă cronică în comparație cu cel al pacienților cu migrenă frecventă

Discuții

Scala Anxietatea și atacurile de panică avea valori mai înalte la pacientele cu MC (14,42±1,24 vs. 12,78±1,24, p>0.05), dar fără să atingă distincții statistice semnificative în comparație cu grupul de paciente cu MF. Însă, indicii anxietății reactive și celei de personalitate conform testului Spilberger, care este o anchetare mai de precizie, nu se deosebeau statistic relevant între grupe, având valori majorate similare.

Depresia de pe scala 2 (cu același nume) era mai avansată la MC - 12,38 vs. 9,94, p<0.05 (fig. 1). Faptul, că tulburările depresive sunt semnificativ mai superioare la pacienții cu MC a fost relatat de mulți autori [Evans RW, Dodick DW, Hamelsky, Juang KD]. În conformitate cu publicațiile la acest subiect depresia se întâlnește în migrenă, și în particular în MC, de circa 2,2-4 ori mai frecvent decât în populație [Evans RW, Radat F, Antonacci F, Lanteri-Minet M], sugerând mecanisme patogenetice comune relaționate cu activitatea serotonergică,

noradrenergică și dopaminergică. În același timp, indicii depresiei conform testului depresiei Beck, fiind mai înalți la pacienții cu MC (10.53 vs. 8,31, $p > 0.05$), nu ating semnificație statistică.

Tulburările afective, anxietatea și depresia din cadrul sindromului anxio-depresiv, sunt de fapt „triggerul” central al tulburărilor vegetative, agresiv atât în plan psihologic și comportamental cu reducerea dramatică a calității vieții pacienților cu MC și MF, fiind, de obicei, și cel mai bine conștientizate de subiect, cât și în plan psiho-fiziologic. Un *arousal* persistent determinat de activarea porțiunii ascendente a formațiunii reticulate a trunchiului cerebral – mecanism conectat cu anxietatea, implică activarea structurilor vegetative suprasegmentare cerebrale și a unor segmentare (de ex., centrul de respirație) [Moldovanu I., 2011].

Astenia, în special, fatigabilitatea/oboseala, cât și slăbiciunea generală a mușchilor erau, de asemenea, mai pronunțate la pacienții cu MC (13.71 vs. 10.22, $p < 0.05$), și acest lucru este cunoscut, având un impact important asupra calității vieții, la care ne vom referi mai jos. De asemenea, în pofida faptului că scala hipersensibilitate nu prezintă diferențe statistice între grupe, totuși după valoarea lor numerică la pacienții cu MC parametrul hipersensibilitate este mai pronunțat la toate simptomele subscalei respective (9,54 vs 8,11, $p > 0.05$).

Cu toate că nici un simptom și nici o subscală a scalei 9. **Disfuncția cardio – vasculară** nu atinge distincții statistic concludente, totuși necesită a fi menționat, că parametrii subscalei ce țin de senzația de pulsație (7,42 vs. 6,39) și fenomenele ortostatice (11,25 vs. 9,28), au valori mai înalte la pacienții cu MC.

Aceeași tendință se manifestă și la simptomele Scalei 10. **Tulburări gastro-intestinale**, la subscalele scalei 11 – termoreglarea și tulburări de transpirație; la tulburările menstruale (subscala scalei 12), cât și la tulburările pielii și mucoaselor (scala 13).

Tulburările motorii și de sensibilitate sunt mai pronunțate la pacienții cu MC, cu toate că doar 2 simptome, ca tremorul generalizat și tulburări de acuitate auditivă la stresuri ating diferențe statistic semnificative. Dar, în același timp, scala adițională a reacțiilor somatoforme, în care aceste 2 subscale menționate sunt incluse, nu ating diferențe statistic relevante.

La scala 15. **Tulburări algice** pacientele cu MC evidențiază valori statistic semnificativ mai înalte la simptomul dureri în membre: 2,38 vs. 1,28 ($p < 0,05$) în raport cu MF. Scorul total al scalei Tulburări algice este mai înalt la pacientele cu MC, deși nu atinge distincții statistic relevante (25,38 vs. 21,28, $p > 0.05$) (fig.4.6) față de lotul pacienților cu MF. Același lucru se referă și la Sindroamele musculo-scheletale (10,13 vs. 7,39, $p > 0.05$). De menționat că un mecanism identic cu *arousal* (activare tonică), dar eferent, determină apariția încordărilor musculare (sindromul miofascial algic) mai ales în partea superioară a spatelui, care se consideră condiționate de excitarea cronică a porțiunii simpatică a SNV, ce a și determinat pe unii autori de a defini acest sindrom ca „sindrom de încordare simpatică intrafuzală” [Ferguson L.W., Gherwin R., 2005].

Un aspect important, care nu a găsit deocamdată o explicație adecvată, este legătura posibilă dintre hiperexcitabilitatea neuromusculară și sindroamele algice miofasciale, frecvent întâlnite la pacienții cu MC și MF. Cu atât mai mult, că prezența în tabloul clinic la acești pacienți a acuzelor la paretezii, crampe și alte fenomene din registrul fenomenului de hiperexcitabilitate neuro-musculară, confirmate de prezența semnului Chvostek ($0,90 \pm 0,27$ vs. $0,81 \pm 0,35$, $p > 0.05$), sugerează funcționarea unui mecanism prezent, ce ține de țesuturile excitabile ale organismului – fenomenul de tetanie. De menționat că în cazul pacienților cu migrenă, rezultatele ionogramei (K, Na, Ca, Mg, P) erau, de obicei, normale, deci tetania era de origine neurogenă, fiind strâns legată de SNV. Această relație strânsă dintre disfuncția vegetativă și hiperexcitabilitatea neuro-musculară este bine cunoscută [Молдовану И.В, Яхно Н.Н., 1985], în special în cazul prezenței sindromului de hiperventilație, care o amplifică esențial. În publicațiile consacrate tetaniei, așa fenomene ca spasmele musculare, încordări ale mușchilor în diferite zone sunt, de obicei, atribuite mecanismelor de tetanie, adică hiperexcitabilității neuro-

musculare. O cercetare a legăturii dintre hiperexcitabilitatea neuromusculară și sindroamele miofasciale algice ar putea vărsa o anumită lumină la acest subiect cu mari implicații clinice.

S-a constatat, că grupa de pacienți cu MC s-a deosebit de cea cu MF conform punctajului acumulat la parametrul *Atmosfera din familie în perioada timpurie a vieții*, care are o rată statistic semnificativ mai înaltă ($4,7 \pm 0,5$ vs. $2,9 \pm 0,4$, $p < 0,01$), ca și nivelul integral al stresului ($17,8 \pm 1,0$ vs. $15,0 \pm 0,7$, $p < 0,05$) – rezultat al sumării și altor scale, cum ar fi *Atmosfera din propria familie în perioada actuală*, *Probleme majore de sănătate*, *Gradul de autorealizare*, *Cel mai mare stres din viață și influența lui asupra stării sănătății*. Se cunoaște, că factorii psihologici joacă un rol foarte important în mecanismele durerii, inclusiv în perceperea durerii. Rezultatele obținute la efectuarea testării prin intermediul PV-2 au demonstrat, că tulburările afective, vegetative și cele algice sunt adesea asociate, despre acest lucru ne vorbesc concludent datele analizei comparative a PV la pacienții cu migrenă (frecvență și cronică) și la pacienții cu SPV. Acest lucru nu este defel întâmplător, iar faptul că atmosfera din familie în perioada precoce a pacienților cu MC era mai tensionată, mai stresantă, mai destabilizantă poate juca un rol important în apariția și menținerea dereglărilor psiho-vegetative. Se știe, că în perioada precoce a dezvoltării copilului evenimentele stresante în cadrul unei familii disfuncționale pot marca ulterior personalitatea acestuia (Roudinesco E., *La Famille en désordre*, 2002), determinând apariția unui patern vegetativ dezechilibrat, vulnerabil, care uneori poate fi compensat, dar și care poate suporta decompensări flagrante în situații de stres sau diverse tipuri de suferință.

Ținând cont de faptul, că durerea în viziunea lui Craig A.D. este o emoție denumită de autor "emoție homeostatică,, [Craig AD, 2003] e și firesc faptul, că nocivitatea psihogenă precoce poate marca esențial prezența unei vulnerabilități neurofiziologice a creierului acestor persoane. De menționat, că alți parametri, așa ca atmosfera în propria familie, maladii majore, gradul de nerealizare și chiar stresurile cele mai importante din viața pacienților fiind mai frecvente la pacienții cu MC, nu au atins nivelul de distincții semnificative față de aceeași indici în grupa pacienților cu MF. Acest fapt mărturisește, că perioada precoce de dezvoltare a copilului este una vulnerabilă și într-un anumit fel predispune la o susceptibilitate mai mare, prezentând un factor de risc pentru o disponibilitate mai importantă pentru migrenă, sau posibil și pentru alte tipuri de durere.

Cele mai frecvente tipuri de psihogenii din copilărie, care i-au marcat pe pacienții cu MC au fost: familie incompletă, relații dificile cu tatăl/mama vitreg/ă sau cu sora/fratele, situații de violență în familie, complex de inferioritate în perioada școlară, etc.

Punctajul total acumulat pe scala 16. *Influența simptomelor majore asupra calității vieții* la paciențele cu MC este asemănător ca valoare cu acest indice la paciențele cu MF (17,25 vs. 16,97) și statistic concludent mai majorat în raport cu cel al pacienților cu SPV (17,25 vs. 12,17, $p < 0,01$). Aceste rezultate sunt sugestive pentru o calitate a vieții mai joasă la pacienții cu migrenă, în general, și cu migrenă cronică, în special, în comparație cu pacienții cu sindrom psiho-vegetativ. Scala respectivă este în concordanță cu rezultatele testelor de impact al MC, ca MIDAS și HIT-6 prezentate în compartimentul psihologic al tezei.

Calitatea vieții joasă la pacienții cu MC se manifestă preponderent prin limitarea activităților zilnice (activitatea profesională, studii, lucrul casnic) din cauza simptomelor prezente, dificultăți în sustragerea atenției de la simptomele existente și în concentrarea la altceva, cât și prin prezența senzației de deprimare din cauza senzațiilor corporale deranjante. Nu numai fenomenul algic ca atare, chiar și cronic, determină calitatea joasă a vieții, dar și tulburările afective, mai exact sindromul psiho-vegetativ, joacă un rol important în alterarea ei.

Dar este necesar de menționat, că gradul sau calitatea suferinței poate fi diversă. Durerea este o suferință corporală concretă, cu un spectru larg de reacții vegeto-viscerale, deci aspectul fizic al existenței omului este implicat major la pacienții cu migrenă, în timp ce la pacienții grupului 2 cu sindrom psiho-vegetativ, neavând în structura lui un sindrom algic important, se

manifestă un alt tip de cenezie, ce vizează spațiile psihice ale subiectului, în special registrul afectiv, unde epicentrul impactului este anxietatea, angoasa, panica.

Evident, calitatea vieții la pacienții cu MC este mai joasă în raport cu cea a pacienților cu MF, deoarece impactul atât al fenomenului algic, cât și al tulburărilor psiho-vegetative asociate este mai pronunțat. Unul din mecanisme, care provoacă un disconfort major asociat la durere, este spectrul de senzații respiratorii, generat de mecanismele de HV, mai des asociat cu MC. Într-adevăr, valorile Scalei 4. *Comportamentul respirator* sunt statistic semnificativ mai înalte la pacienții cu MC în raport cu cei cu SPV (14,5 vs. 10,5, $p < 0,05$), ceea ce este caracteristic pentru prezența mai importantă la ei a SHV. Astfel, respirația disfuncțională, inclusiv prezența SHV, prezintă un mecanism care influențează negativ relațiile psiho-vegetative și viscerale prin conexiunea retroactivă de menținere a funcționării unui cerc vicios metabolic și comportamental [Moldovanu I., Vovc V., 2008].

Combinarea acestor 2 situații clinice, deci a fenomenului algic cronic și sindromului psiho-vegetativ pronunțat, mai ales cel asociat cu SHV, lovește masiv în calitatea vieții, indicii înalți ai căreia au fost constatați cu ajutorul PV la pacienții cu migrenă cronică. Deci, reiese, că tulburările vegetative sunt tot atât de perturbante și nocive pentru calitatea vieții, ca și durerea cronică, și frecvent anume ele determina adresabilitatea pacientului la medic.

În mecanismele complexe ale genezei multiplelor simptome vegetative prezente la pacienții cu MC și MF sunt implicate tulburările afective și algice, cât și disfuncția respiratorie cu prezența fenomenelor de hiperventilație, toate determinând formarea diverselor variante de „cercuri vicioase”. Dar e necesar de menționat că, *sindromul algic migrenos* propriu-zis poate fi și el un provocator substanțial al dezechilibrului neuro-vegetativ; sunt necesare studii suplimentare ulterioare pentru demonstrarea acestei afirmații.

Concluzii

1. Profilul vegetativ este mai înalt conform majorității scalelor și subscalelor la pacienții cu MC în comparație cu MF, ce indică prezența la ei a unui spectru mai larg al tulburărilor psiho-vegetative asociate.

2. La pacienții cu MC în raport cu cei cu MF s-au reliefat valori statistic concludent mai înalte pe scalele: *Depresie, Astenie-hipersensibilitate, Influența simptomelor majore asupra calității vieții, Atmosfera din familie în perioada timpurie a vieții, Nivelul integral al stresului*; cât și la unele simptome ale scalelor *Vertij-sincope, Dispnee, Comportament respirator, Tulburări algice*.

3. Cele mai importante tulburări psiho-vegetative în migrena cronică s-au conturat în 2 sindroame: sindromul disfuncției cardio-vasculare (fenomene de pulsație și ortostatice) și sindromul astenic (astenie, hipersensibilitate), ambele purtând caracterul fenomenelor migrenoase bazale.

4. Disfuncția cardio-vasculară este asociată manifestărilor algice la pacienții migrenoși, fiind mai pronunțată în MC în raport cu MF, ce confirmă conexiunea strânsă dintre migrenă și tulburările funcționale în sistemul cardio-vascular.

Bibliografie

1. Antonaci F. et al. Migraine and psychiatric comorbidity: a review of clinical findings. In: *J Headache Pain*. 2011, 12:115–125.

2. Craig A.D. A new view of pain as a homeostatic emotion. In: *Trends in Neurosciences*. June 2003, vol.26, No.6, 303-307.

3. Dodick DW. Review of comorbidities and risk factors for the development of migraine complications (infarct and chronic migraine). In: *Cephalalgia*. 2009, 29 (Suppl. 3):7–14.

4. Evans RW, Rosen N. Expert Opinion: Migraine, Psychiatric Comorbidities, and Treatment. In: *Headache: The Journal of Head and Face Pain*. 2008, 48(6): 952–958.

5. Havanka-Kanniainen H, Tolonen U, Myllyla VV. Autonomic dysfunction in migraine: A survey of 188 patients. In: Headache. 1988, 28: 465–70.
6. Jänig W. The Integrative Action of the Autonomic Nervous System. Neurobiology of Homeostasis. Cambridge University Press, 2006. 610 p.
7. Juang KD et al. Comorbidity of depressive and anxiety disorders in chronic daily headache and its subtypes. In: Headache. 2000, 40:818–23.
8. Lanteri-Minet M. et al. Prevalence and description of chronic daily headache in the general population in France. In: Pain. 2003, 102: 143–149.
9. Moldovanu I, Odobescu S., Vovc V., Rotaru L., Cojocaru I. Profilul vegetativ-motor (metodă de investigație a tulburărilor neuro-vegetative în scop diagnostic și științific), ghid practic. Chișinău, 2010. 35 p.
10. Moldovanu I., Vovc V. Sindromul de hiperventilație cronică din perspectiva neurologiei funcționale: Cine controlează hiperventilația „necontrolată”? În: Materialele conferinței consacrate aniversării de 80 de ani de la nașterea acad. D. Gherman „Actualități în neuroștiințe”, Chișinău, 10 aprilie 2008. p.83-96.
11. Odobescu S. Migrena cronică și sistemul nervos vegetativ. Chișinău, 2012, 264 p.
12. Peroutka SJ. Migraine: a chronic sympathetic nervous system disorder. In: Headache. 2004, 44:53-64.
13. Pogacnic T. et al. Autonomic function testing in patients with migraine. In: Headache. 1993, 33: 545–50.
14. Radat F. et al. Construction of Medication Dependence Questionnaire in Headache Patients (MDQ-H) Validation of the French Version. In: Headache. 2006, 46: 233-239.
15. Schoenen J. Cortical electrophysiology in migraine and possible pathogenetic implications. In: Clin Neurosci. 1998, 5:10-7.
16. Shechter A. et al. Migraine and autonomic nervous system function. A population-based, case-control study. In: Neurology 2002, 58:422-427.
17. Welch KMA. Migraine. A Biobehavioral Disorder. In: Arch Neur. 1987,44(3):323-327.
18. Молдовану И.В., Яхно Н.Н. Нейрогенная тетания, Кишинев, 1985. 184 с.

DEREGLĂRILE PSIHO-VEGETATIVE LA PACIENȚII CU TULBURĂRI FUNCȚIONALE ALE SISTEMULUI NERVOS (ATAXIA PSIHOGENĂ)

Inna Mirza¹, Ion Moldovanu²

Catedra Neurologie USMF „Nicolae Testemițanu”¹
Institutul de Neurologie și Neurochirurgie²

Summary

Psycho-vegetative disorders of the patients with functional disorders of the nervous system (psychogenic ataxia)

Functional symptoms are frequently encountered not only in neurological practice but also in other medical specialities. They can imitate the recognized neurological diseases, presenting a major problem today. The study was consisted in examining of 40 persons (20 - with functional disorders of NS, 10 – with organic cerebellar syndrome and 10 - healthy people). For patients with functional disorders of the NS is characteristic the prevalence of somatization disorder, depression, anxiety and phobia.