CZU: [616.33/.36-053.9+612.67](478)

PATOLOGIA HEPATICĂ ȘI CEA GASTROINTESTINALĂ ÎN RELAȚIE CU SINDROMUL DE FRAGILITATE LA PACIENȚII VÂRSTNICI: STUDIU TRANSVERSAL

Ana POPESCU[1,2], Gabriela ȘORIC[1,2], Ana POPA[1], Adriana BOTEZATU[1,2], Nicolae BODDRUG[1,2], Anatolie NEGARĂ[2]

[1]Laboratorul de studiu al îmbătrânirii și al vârstei, IP USMF *Nicolae Testemițanu*
[2]Disciplina de geriatrie și medicină a muncii, IP USMF *Nicolae Testemițanu*

https://doi.org/10.52556/2587-3873.2025.2(104).24

Rezumat

Procesul de îmbătrânire implică o multitudine de modificări fiziologice de vârstă și dezvoltarea unor sindroame geriatrice, printre care sindromul de fragilitate (SF) – un sindrom geriatric complex caracterizat prin creșterea vulnerabilității, frecvent întâlnit la persoanele în vârstă de peste 65 de ani. Cercetările asupra diferitor cauze ale SF demonstrează multitudinea factorilor implicați în evoluția fragilității la vârstnici, inclusiv patologia hepatică și gastrointestinală în acest grup de populație. Studiul descriptiv transversal a inclus 613 pacienți internați în secțiile de Geriatrie nr. 1 și nr. 2 ale Spitalului Clinic de Recuperare și Îngrijiri Cronice din municipiul Chișinău, în perioada 2020–2023. Toți pacienții au fost examinați consecutiv pe măsura internării în secțiile de geriatrie, cu acordul pacientului de participare în studiu, au fost examinați prin evaluarea geriatrică complexă (EGC), ce include examenul clinic, de laborator și evaluarea geriatrică standardizată (scoruri). Sindromul de fragilitate a fost stabilit în baza criteriilor screening de fragilitate Fried, respondenții au fost clasificați în robuști, pre-fragili și fragili. Grupul de vârstnici fragili a prezentat o pondere mai mare a patologiei hepatice și gastrointestinale – 46,97%, urmat de grupul de vârstnici pre-fragili și robuști, comorbiditatea prezentând o particularitate a populației geriatrice. Patologiile hepato-gastrice cele mai frecvente atestate în lotul de studiu au fost pancreatita cronică, urmată de gastrita cronică și hepatita cronică, reprezentând un factor de risc pentru evoluția SF la vârstnici.

Cuvinte-cheie: *patologie hepatică și gastrointestinală, sindrom de fragilitate, vârstnic*

Summary

Hepatic and gastrointestinal pathology in relation to frailty syndrome in elderly patients: a cross-sectional study

The aging process involves a multitude of physiological age-related changes and the development of geriatric syndromes, including frailty syndrome (FS) - a complex geriatric syndrome characterized by increased vulnerability, commonly found in people over 65 years of age. Research on the various causes of FS demonstrates the multitude of factors involved in the evolution of frailty in the elderly, including liver and gastrointestinal pathology for this population group. A descriptive cross-sectional study included 613 patients admitted to Geriatric wards no. 1 and no. 2 of the Clinical Hospital for Recovery and Chronic Care in Chisinau, during the period 2020–2023. All patients were examined consecutively as they were admitted to the geriatric wards, with the patient's consent to participate in the study, they were examined through a complex geriatric assessment (CGA), which includes clinical, laboratory examination and standardized geriatric assessment (scores). FS was established based on the Fried frailty screening criteria, the respondents were classified into robust, pre-frail and frail. The frail elderly group presented a higher share of hepatic and gastrointestinal pathology - 46.97%, followed by the pre-frail and robust elderly group, and comorbidity presents a particularity of the geriatric population. The most frequent hepato-gastric pathologies attested in the study group were chronic pancreatitis, followed by chronic gastritis and chronic hepatitis, representing a risk factor for the evolution of FS in the elderly.

Key words: *hepatic and gastrointestinal pathology, frailty syndrome, elderly*

Резюме

Патология печени и желудочно-кишечного тракта в связи с синдромом старческой астении у пожилых пациентов: поперечное исследование

Процесс старения включает в себя множество физиологических возрастных изменений и развитие гериатрических синдромов, включая синдром старческой астении (СА) – сложный гериатрический синдром, характеризующийся повышенной уязвимостью, обычно встречающийся у людей старше 65 лет. Исследования различных причин СА демонстрируют множество факторов, участвующих в развитии СА у пожилых людей, включая патологию печени и желудочно-кишечного тракта в этой группе населения. В описательном поперечном исследовании приняли участие 613 пациентов, госпитализированных в гериатрические отделения № 1 и № 2 Клинической больницы восстановительного лечения и ухода за хроническими больными в Кишинёве в период 2020–2023 гг. Все пациенты обследовались последовательно по мере поступления в гериатрические отделения, с согласия пациента на участие в исследовании они проходили комплексную гериатрическую оценку (КГО), которая включает клиническое, лабораторное обследование и стандартизированную гериатрическую оценку (баллы). Синдром СА был установлен на основании критериев скрининга старческой астении Фрида. Респонденты были разделены на группы: здоровые, пре-старческая астения и старческая астения. У группы пожилых людей с СА наблюдалась более высокая доля патологий печени и желудочно-кишечного тракта – 46,97%, за ней следовали группы пожилых людей с пре-астенией и астенией, а сопутствующая патология является особенностью гериатрической популяции. Наиболее распространенными гепатогастральными патологиями, выявленные в исследуемой группе, были

хронический панкреатит, хронический гастрит и хронический гепатит, что является фактором риска развития СА у пожилых людей.

Ключевые слова: *печеночная и желудочно-кишечная патология, старческая астения, пожилые люди*

Introducere

Proporția populației lumii cu vârsta de peste 60 de ani este în creștere continuă la nivel global. Procesul intens de îmbătrânire demografică comun tuturor țărilor avansate, precum și celor în decurs de dezvoltare este asociat cu multiple schimbări fiziologice asociate vârstei la care se suprapun și diverse patologii, care în final afectează calitatea vieții vârstnicilor [1]. Populația vârstnică este caracterizată printr-o serie de modificări fiziologice plurisistemice, care favorizează instalarea unor patologii complexe și specifice, potențial asociate cu reducerea independenței funcționale, induc un șir de sindroame geriatrice, co-morbidități, malnutriție și fragilitate [2]. Conceptul de fragilitate este un termen folosit relativ recent în medicina geriatrică, atrăgând tot mai mult interesul specialiștilor, fiind utilizat pe larg în cercetarea științifică și practica medicală. În consensul experților internaționali din 2013, fragilitatea se caracterizează printr-o scădere a funcționalității în cadrul mai multor sisteme și organe, fiind însoțită de creșterea vulnerabilității la factorii de stres, spitalizări frecvente, îngrijiri pe durată lungă de timp și creșterea ratei mortalității [3, 4]. O problemă majoră o reprezintă vârstnicul fragil singuratic și instituționalizat [5, 6].

Modificările la nivelul tractului gastro-intestinal (TGI) sunt nesemnificative, spre deosebire de modificările la nivelul altor sisteme ale organismului, din cauza multiplelor rezerve și mecanisme de compensare. Cu toate acestea, procesul de îmbătrânire fiziologică afectează toate compartimentele TGI, îmbătrânirea fiind însoțită de schimbări la nivelul cavității bucale, esofagului, stomacului, intestinelor, sistemului hepatobiliar, pancreasului [7]. Morfologia și funcțiile organelor se schimbă odată cu înaintarea în vârstă, iar înțelegerea acestor schimbări este importantă pentru gestionarea patologiei gastrice și hepatice la vârstnici. În plus, patogeneza multor patologii este mediată imun, iar sistemul imunitar se schimbă și el odată cu înaintarea în vârstă, afectând tabloul clinic al bolilor [8].

Principala caracteristică a îmbătrânirii este pierderea progresivă a integrității fiziologice, care induce fragilizarea crescută și, uneori, decesul. Îmbătrânirea afectează toate funcțiile sistemului gastrointestinal: motilitatea, secreția de enzime și hormoni, digestia și absorbția. Procesul de îmbătrânire are efecte clinice semnificative asupra motilității orofaringiene și esofagiene superioare, funcției colonului, imunității gastrointestinale și metabolismului medicamentelor gastrointestinale. Pe de altă parte, deoarece tractul gastrointestinal prezintă o capacitate de rezervă considerabilă, multe aspecte ale funcției gastrointestinale, cum ar fi secreția intestinală, sunt păstrate odată cu înaintarea în vârstă [8].

TGI participă în absorbția și metabolismul medicamentelor și este frecvent afectat de efecte secundare, manifestate prin simptome dispeptice. Deși nu există o patologie specifică și limitată la vârsta înaintată, unele boli prevalează la această grupă de vârstă și pot necesita un tratament individualizat [8].

Simptomele gastrointestinale sunt frecvente la pacienții cu vârsta de 65 de ani și peste și pot varia de la episoade ușoare de constipație sau reflux gastric până la ciroză hepatică, ulcere. Comorbiditățile frecvente, cum ar fi durerea asociată cu utilizarea de medicamente antiinflamatoare nesteroidiene sau fibrilația atrială care necesită utilizarea de anticoagulante, cresc riscul de ulcerație sau sângerare gastrointestinală la vârstnicii cu o prevalență crescută a bolilor gastrice și hepatice. Efectele suprapuse ale bolilor cronice și ale expunerilor la factori de mediu/stil de viață (medicamente, alcool, tutun) asupra modificărilor determinate de îmbătrânire pot afecta funcția TGI la pacienții vârstnici. O scădere modestă a citoprotecției mucoasei gastrice sau a clearance-ului acidului esofagian poate deveni semnificativă atunci când sunt prezente și efecte secundare suprapuse ale anumitor medicamente sau boli concomitente. Modificările comune legate de vârstă ale funcției gastrointestinale, cum ar fi constipația, sunt considerate, în mod eronat, uneori, ca manifestări normale asociate vârstei, dar considerate disfuncționale de către pacienți. Pacienții de vârstă geriatrică pot prezenta tablou clinic atipic sau silențios la unele boli grave ale TGI din cauza alterărilor fiziologice odată cu înaintarea în vârstă [8, 9, 10].

Scopul cercetării

Determinarea prevalenței și a relației dintre patologia hepatică/gastrointestinală și sindromul de fragilitate la populația geriatrică din Republica Moldova, în vederea optimizării strategiilor de management clinic.

Materiale și metode

Studiul descriptiv transversal a inclus 613 pacienți internați în Azilul Republican pentru Invalizi și Pensionari și secțiile de Geriatrie nr. 1 și nr. 2 ale Spitalului Clinic de Recuperare și Îngrijiri Cronice din mun. Chișinău, în perioada 2020-2023. Pacienții au fost incluși în cercetare după semnarea acordului in-

format de participare în studiu, conform protocolului de cercetare cu aviz pozitiv al Comitetului de Etică, nr. 51 din 16 iunie 2020.

Toate persoanele au fost examinate prin evaluarea geriatrică complexă (EGC), aprobată prin ordinul Ministerului Sănătății nr. 619 din 07.09.2010, care a inclus: anamneza, examenul clinic, examene de laborator, scorurile de evaluare și evaluarea sindromului de fragilitate [2, 3].

Respondenții au fost evaluați conform EGC: autonomia – ADL Katz (Activity Daily Living), IADL Lawton (Instrumental Activity Daily Living); mersul și echilibrul – Tinetti; cognitiv – MMSE (Mini Mental State Examination); statutul psiho-emoțional – scala geriatrică de depresie (SGD), scorul de depresie Hamilton [11], statutul nutrițional – a fost evaluat prin chestionarul MNA (Mini-Nutritional Assessment), indicele de comorbiditate Charlson (CCI) [12, 13, 14, 15].

Sindromul de fragilitate a fost stabilit prin aplicarea criteriilor screening de fragilitate Fried [16]. Fenotipul de fragilitate Fried include cinci criterii: scăderea ponderală involuntară (>5% G/ultimul an), scăderea forței de prehensiune digitopalmară (forța de strângere a pumnului) măsurată cu ajutorul dinamometrului, fatigabilitatea, viteza de mers în pas obișnuit scăzută pe distanța de 5 m (≤1 m/s) și nivel scăzut de activitate fizică [3, 17]. Astfel, în baza criteriilor de fragilitate se pot constata 3 subtipuri de fragilitate: robust (absența criteriilor), prefragil (un criteriu sau două criterii) și fragil (trei și mai multe criterii).

Drept criterii de includere au servit: vârstnicii ≥ 65 ani cu maladii cronice somatice și sindroame geriatrice (sindrom de fragilitate, cădere, incontinență, durere, sarcopenie etc.); de excludere: persoane sub vârsta de 65 de ani, cu demență, maladii oncologie, lipsa acordului de participare.

Datele obținute în urma investigațiilor de program au fost analizate în pachetul soft STATISTICA 7,0, au fost folosite metode de analiză descriptivă, analiza Box-Plot și corelațională Pearson.

Datele au fost analizate utilizând programe statistice standard. Pentru variabile categoriale s-a utilizat testul χ^2, pentru variabile continue – testul t-Student și ANOVA. Relațiile dintre variabile au fost evaluate prin coeficientul de corelație Pearson. Nivelul de semnificație statistică a fost stabilit la $p < 0,05$.

Rezultate și discuții

Studiul a fost efectuat pe un lot de 613 persoane vârstnice, ≥ 65 ani, vârsta medie a constituit 73,17±0,25 ani, ulterior divizați în trei grupuri: grupul I (fragili) – (304) 49,59%, care au îndeplinit trei și mai multe criterii Fried, media de vârstă fiind de 75,03±0,37 ani, grupul II (pre-fragili) – (177) 28,87% care au îndeplinit unul sau două criterii, cu vârsta medie de 71,61±0,40 ani și grupul III (robuști) care nu au îndeplinit niciun criteriu Fried – (132) 21,53, cu vârsta medie de 70,97±0,41 ani (p<0,001).

În lotul general de studiu a predominat sexul feminin – (432) 70,42% de cazuri versus sexul masculin cu (181) 29,58% (p<0,001). Referitor la domiciliu, peste 68,61% dintre pacienți au avut locul de trai în zona urbană, iar 31,39% – în zona rurală (p<0,01). Majoritatea dintre pacienții vârstnici respondenți au fost din regiunea centrală a țării, constituind 63,58%, din regiunea nordică a țării – 19,25%, iar din cea sudică – 17,17% vârstnici.

Printre cei mai importanți factori fiziologici determinanți ai modificărilor de vârstă evaluați în studiu a fost vârsta, astfel, conform Clasificării canadiene a vârstnicilor din 1998, în lotul general de studiu majoritatea au fost vârstnicii din grupul bătrân-tânăr (65-74 de ani) – (417) 71,50%, fiind urmați de grupul bătrân-matur (75-84 de ani) – (162) 23,96% și de grupul bătrân-bătrân (≥85 de ani) – (34) 4,54% (p<0,05).

Cercetările contemporane se focusează pe un model mai complex al fragilității, de tip bio-psiho-social, care include și factorii sociali [3, 18].

Evaluarea statutului social al respondenților din lotul general de studiu a evidențiat prevalența muncitorilor – 50,44% din cazuri, urmată de categoria intelectuali – 33,03% și țărani – 16,51% din cazuri. Referitor la caracteristica socială a grupurilor de studiu, în toate grupurile au predominat muncitorii, în special în grupul de vârstnici fragili – (190) 62,5% (p<0,01), marea majoritate a vârstnicilor incluși în studiu locuiau cu membrii familiei, iar cei solitari aveau o pondere mai mare în grupul de vârstnici fragili – (100) 32,89%, (p<0,001). Referitor la situația în raport cu lucrul, majoritatea pensionarilor care nu lucrau erau din grupul de vârstnici fragili – 93,09% (p<0,001), pensionarii care lucrau constituiau 46,21% din grupul celor robuști (p<0,001), iar prevalența vârstnicilor invalizi era 12,83% din cei fragili (p<0,05). Ponderea cea mai mare de izolare familială/socială a fost printre vârstnicii fragili – (144) 47,37%, apoi pre-fragili – (46) 25,99% și robuști – (8) 6,06% (p<0,001) (Tabelul 1).

Datele evaluării autonomiei vârstnicilor respondenți au relevat o valoare medie a scorului ADL de 10,49±0,08 puncte și a IADL de 12,66±0,15 puncte, ceea ce reprezintă o capacitate de autoîngrijire diminuată la vârstnicii din studiu, dereglările de mers și de echilibru au fost determinate la 46,41% de pacienți vârstnici, iar valoarea medie a scorului Tinetti a fost de 20,35±0,24 din totalul de 28 de puncte, valoarea scorului MMSE a fost 25,18±0,14 puncte, scorul Hamilton – 6,85±0,17 puncte, iar

Tabelul 1

Caracteristica socială a vârstnicilor incluși în studiu, lot general și grupe de studiu

Indicii evaluați		Lotul general, n= 613 (100%)	Grup vârstnici fragili, n=304 (49,59%)	Grup vârstnici pre-fragili, n=177 (28,87%)	Grup vârstnici robuști n=132 (21,53%)
Nivelul de studii, n (%)	intelectual	(163)26,59%	(81)26,64%	(52)29,38%	(30)22,73%
	muncitor	(351)57,26%	(190)62,5%	(106)59,89%	(56)42,42%
	țăran	(99)16,15%	(33)10,86%	(19)10,73%	(46)34,85%
Locuiește, n (%)	singur	(174)32,38%	(100)32,89%	(40)25,99%	(9)6,82%
	cu membrii familiei	(356)58,08%	(168)55,26%	(119)67,23%	(73)55,30%
Situația în raport cu lucrul, n (%)	pensionar nu lucrează	(450)86,96%	(283)93,09%	(158)89,27%	(78)59,09%
	pensionar lucrează	(45)6,99%	(17)5,59%	(23)12,99%	(61)46,21%
	invalid	(35)15,11%	(39)12,83%	(7)3,95%	(6)4,55%

MNA – 23,45±0,31. Conform grupurilor de studiu, cele mai scăzute valori ale scorurilor evaluării geriatrice standardizate au fost în grupul de vârstnici fragili, urmate de grupul de vârstnici pre-fragili și apoi vârstnicii robuști – autonomie - ADL fragili – 9,69±0,14 puncte, IADL fragili – 10,87±0,26 puncte, Tinetti fragili – 10,87±0,26 puncte, MMSE fragili – 17,72±0,41 puncte, Hamilton fragili – 8,35±0,22 puncte, iar MNA – 21,56±0,21 ($p<0,001$ pentru toate comparativ cu celelalte grupuri). Conform EGC, s-a stabilit că vârstnicii din studiu cu SF au prezentat fragilitate funcțională (autonomie și performanță fizică scăzute), cognitivă (dereglări cognitive), psiho-emoțională (depresie) și mai multe comorbidități asociate comparativ cu cei robuști și pre-fragili (Figura 1) ($p<0,001$).

Conform datelor literaturii de specialitate, sindromul de fragilitate se manifestă printr-o serie de semne și simptome care interferează cu polipatologia existentă. Pacienții diagnosticați cu sindrom de fragilitate asociază cel puțin două boli cronice, cel mai frecvent: hipertensiune arterială, diabet zaharat, pancreatită sau gastrită cronică, osteoartroză etc. Este un sindrom ce se manifestă prin declin somatic,

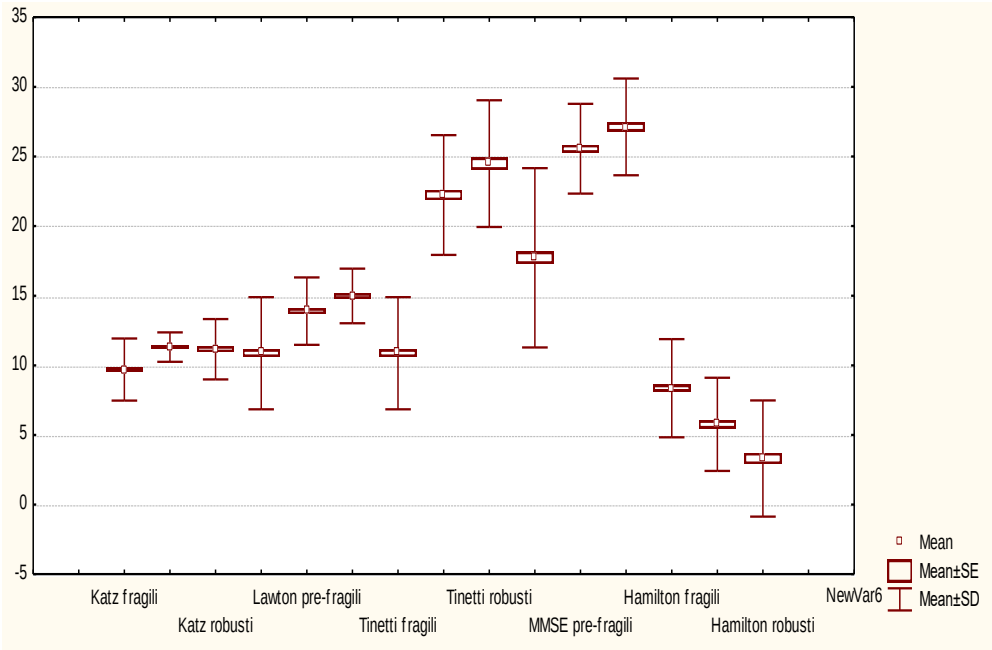
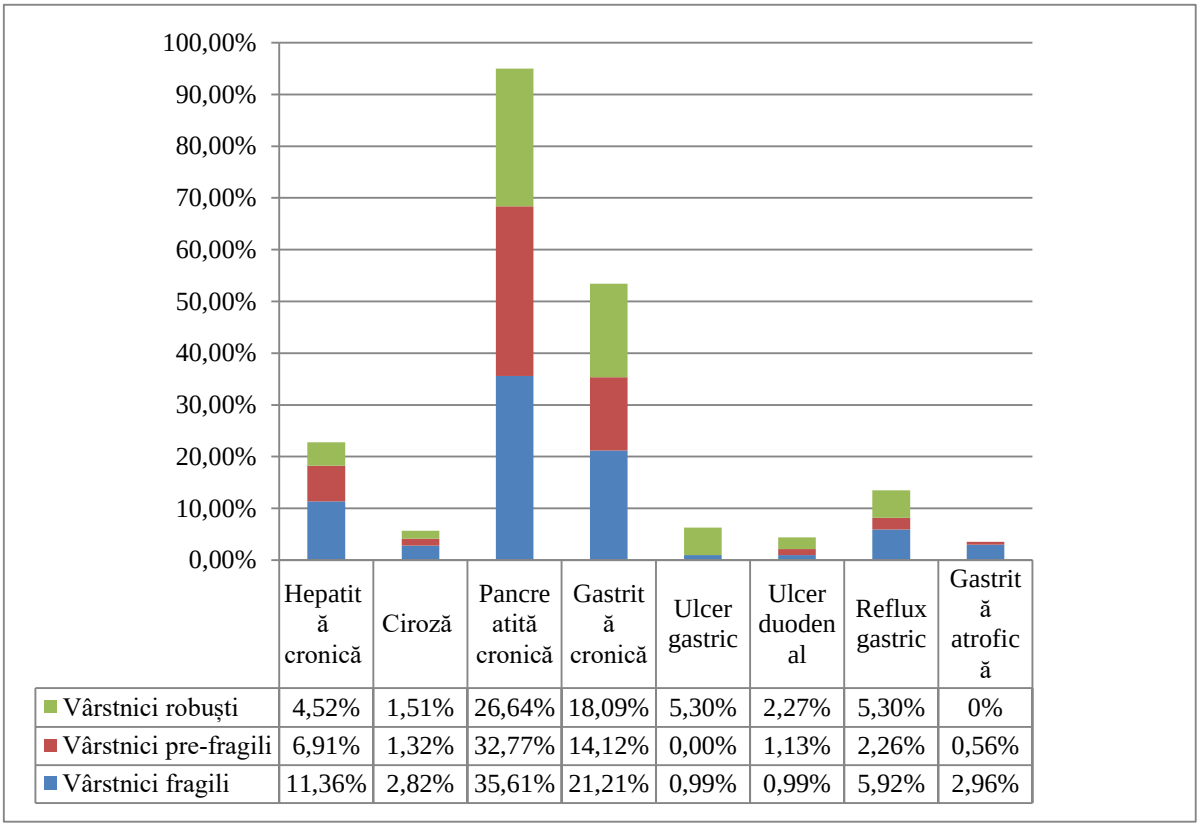


Figura 1. *Valorile medii ale rezultatelor EGC pe grupe de studiu*

funcțional și cognitiv progresiv, urmat de dizabilitate și mortalitate [19, 20]. Fragilitatea poate fi reversibilă, indiferent de stadiu (pre-fragil, fragil) prin profilaxie și tratament. În prezent, este cunoscută legătura dintre fragilitate și bolile cronice. Această legătură se explică prin tetrada entropică stres, uzură, îmbătrânire și polipatologie. Fiecare proces acționează asupra următorului prin creșterea vulnerabilității și scăderea adaptabilității, determinând îmbătrânirea patologică [8, 16, 21]. Rezultatele examenului clinic au stabilit structura morbiditatii în perioada evaluată și numărul de maladii concomitente.

ciroza hepatică, pancreatita cronică, gastrita cronică, ulcerul gastric și duodenal, refluxul gastric și gastrita atrofică.

Ponderea patologiei hepatice și gastrointestinale a fost următoarea: în toate grupurile de studiu a prevalat pancreatita cronică, preponderent în grupul de vârstnici fragili – 35,61% din cazuri, urmată de gastrita cronică – 21,21%, hepatita cronică – 11,36%, refluxul gastric – 5,92%, ciroza hepatică – 2,82% și gastrita atrofică – 2,96%, iar ulcerul gastric și duodenal au prevelat în grupul de vârstnici robuști – 5,30% din cazuri (p<0,05) (Figura 2).



	Hepatită cronică	Ciroză	Pancreatită cronică	Gastrită cronică	Ulcer gastric	Ulcer duodenal	Reflux gastric	Gastrită atrofică
Vârstnici robuști	4,52%	1,51%	26,64%	18,09%	5,30%	2,27%	5,30%	0%
Vârstnici pre-fragili	6,91%	1,32%	32,77%	14,12%	0,00%	1,13%	2,26%	0,56%
Vârstnici fragili	11,36%	2,82%	35,61%	21,21%	0,99%	0,99%	5,92%	2,96%

Figura 2. *Ponderea patologiei TGI pe grupe de studiu*

În lotul general de studiu a prevalat patologia cardiovasculară – 96,25% din cazuri, patologia osteoarticulară a fost stabilită la 74,25% din cazuri, patologia digestivă – 41,61%, patologia endocrină – 28,99%, patologia urogenitală – 27,41%, patologia pulmonară – 16,56%, patologia neurologică – 4,70% din studiu. În grupul de vârstnici fragili patologia digestivă a constituit 46,97% din cazuri, în grupul de vârstnici pre-fragili – 39,80% din cazuri, iar în grupul de vârstnici robuști – 38,42% din cazuri (p<0,05).

Multimorbiditatea a fost analizată utilizând Indicele de comorbiditate Charlson, conform CCI – lot general – 4,19±0,08, CCI grup fragili – 4,71±0,12, CCI grup pre-fragili – 3,83±0,12, CCI grup robuști – 3,57±0,18 (p<0,001). În grupul de patologie gastrică și hepatică evaluate au fost hepatita cronică B, C,

Ponderea sindroamelor geriatrice în lotul general de studiu a inclus mai multe sindroame geriatrice, dintre care cele care prezentau interes, așa ca sindromul de malnutriție, constipație, durere și iatrogenie (inclusiv manifestări dispeptice). În grupul de vârstnici fragili a prevalat sindromul algic – 95,39%, constipația – 72,37%, iatrogenia – 43,42%, aceleași sindroame au prevalat și în grupurile de studiu de vârstnici pre-fragili și vârstnici robuști (p<0,01).

În grupul de vârstnici fragili analiza corelațională Pearson a scorurilor geriatrice a stabilit corelații înalte pozitive între indicele de comorbiditate Charlson și autonomie scăzută – ADL (Rr=0,45; p<0,05), între CCI și MNA (Rr=0,52; p<0,05). Corelația Charlson cu scorul de autonomie ADL demonstrează faptul că indicile Charlson este un marker al comorbidităților

cronice, iar gradul de autonomie este sensibil la procesul de fragilizare a vârstnicului vulnerabil.

Analizând unii parametri de laborator, am depistat anemie, în grupul de vârstnici fragili – 29 (9,54%), vârstnici pre-fragili – 7 (3,95%) şi vârstnici robuşti – 4 (3,03%) ($p<0,05$).

Anamneza amănunţită împreună cu examenul obiectiv au identificat unele semne şi simptome în contextul altor comorbidităţi răspunzătoare de creşterea gradului de fragilitate. De asemenea, tratamentul bolnavilor vârstnici cu polipatologie a necesitat o revizuire periodică, datorită polipragmaziei şi a patologiei iatrogene atestate în studiul dat. Gestionarea persoanelor geriatrice care suferă de boli gastro-intestinale prezintă o provocare unică. Medicii implicaţi în gestionarea acestei populaţii de pacienţi, inclusiv internişti, medici de familie, geriatri, hepatologi şi gastroenterologi, ar trebui să fie familiarizaţi cu caracteristicile unice ale acestei populaţii de pacienţi. Este adesea o dilemă pentru medici să identifice care modificări ale funcţiei gastro-intestinale reprezintă o parte a proceselor normale de îmbătrânire şi care dintre ele sunt rezultate patologice ale unui proces patologic. Există o lipsă relativă de cercetare pe această temă, iar literatura disponibilă este de obicei contradictorie. Gestionarea bolilor gastro-intestinale la vârstnici, inclusiv algoritmul de diagnostic, precum şi managementul terapeutic sunt însoţite de comorbidităţi, polipragmazie şi o speranţă de viaţă limitată. Vârstnicii au, de obicei, o prezentare atipică a unei boli, prin urmare, medicii ar putea rata oportunitatea de a pune un diagnostic în timp util. Polifarmacia şi efectele secundare ale medicamentelor determină în continuare complexitatea tabloului clinic şi pot orienta în direcţie greşită medicii care tratează pacienţii [7, 8].

Concluzii

1. Rezultatele studiului dezvăluie faptul că prevalenţa patologiei hepatice/gastrointestinale este mai mare în grupul de vârstnici cu sindrom de fragilitate, urmat de grupul de vârstnici cu pre-fragilitate si grupul de vârstnici robuşti.

2. Evoluţia SF este influenţată de mai mulţi factori de risc, printre care vârsta avansată şi comorbidităţile asociate, inclusiv patologia TGI, dintre care predomină pancreatita cronică, gastrita cronică şi hepatita cronică.

3. Vârstnicii reprezintă o populaţie specifică, cu nevoi unice în ceea ce priveşte abordările diagnostice şi terapeutice, iar aprofundarea cunoştinţelor este necesară pentru a putea oferi o îngrijire mai bună, bazată pe dovezi şi eficientă din punctul de vedere al costurilor, pentru a maximiza calitatea vieţii acestei populaţii de pacienţi extrem de vulnerabile.

Declaraţie de conflict de interese

Autorii declară lipsa conflictului de interese.

Declaraţia de finanţare

Studiul a fost realizat în cadrul Proiectului de Stat 20.80009.8007.25 „Evaluarea multidimensională a sănătăţii vârstnicului pentru fundamentarea modelului de îmbătrânire activă în Republica Moldova", finanţat de Agenţia Naţională pentru Cercetare şi Dezvoltare.

Bibliografie

1. NEGARĂ A., ŞORIC G., COŞCIUG E., POPESCU A., POPA A., STOICOVA I. Sindromul de fragilitate la persoanele vârstnice: sinteza literaturii. În: Sănătate Publică, Economie şi Management în Medicină. 2020, nr. 1(83): 31-36.
2. ŞORIC G., POPESCU A., COŞCIUG E., POPA A., NEGARĂ A., BODRUG N. Fragilitatea vârstnicului – aspect multidimensional. În: Sănătate Publică, Economie şi Management în Medicină. 2020; 3(85): 21-25.
3. FRIED L.P., TANGEN C.M., WALSTON J. et al. Cardiovascular Health Study Collaborative Research Group. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. In: J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2001;56(3):146-156
4. FRIED L.P, FERRUCCI L., DARER J. et al. Untangling the concepts of disability, frailty, and comorbidity: implications for improved targeting and care. In: J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2004;59(3):255-263.
5. FRIED L.P., TANGEN C.M., WALSTON J. et al. Cardiovascular Health Study Collaborative Research Group. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. In: J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2001;56(3):146-156.
6. ТКАЧЕВА О.Н., РУНИХИНА Н.К., КОТОВСКАЯ Ю.В. и др. Ведение пациентов со старческой астенией в первичном звене здравоохранения. Учебное пособие для врачей - М.: Изд-во РАМН, 2016.
7. NEGARĂ, A., BLAJA-LISNIC, N., MANIUC, O., LUPAŞCU-VOLENTIR, F. et al. Compendium de geriatrie, 2014, 360 p.
8. HALTER J.B., OUSLANDER J.G., TINETTI M.E., STUDENSKI S. et al. Hazzard's Geriatric Medicine and Gerontology, 7th edition.
9. DUMIC I., NORDIN T., JECMENICA M. et al. Review Article Gastrointestinal Tract Disorders in Older Age. In: Canadian Journal of Gastroenterology and Hepatology. 2019, Article ID 6757524, 19 pages.
10. LOPEZ C., BLASCO M. A. et al. "Thehallmarksofaging" Cell, vol.153, no.6, pp.1194-1217, 2013.
11. BHUTTOAND A., MORLEY J.E., "Theclinical significanceofgas trointestinal changes with aging". Current Opinion in Clinical Nutrition & Metabolic Care, vol.11, no. 5, pp. 651–660, 2008.
12. WELSH T.J., GORDON A.L., GLADMAN J.R. Comprehensive geriatric assessment-a guide for the non-specialist. In: Int J Clin Pract. 2014;68(3):290-293.

13. DRUBBEL I., BLEIJENBERG N. et al. Identifying frailty: do the Frailty Index and Groningen Frailty Indicator cover different clinical perspectives? a cross-sectional study. In: BMC Fam Pract. 2013; 14: 64.
14. KENIG J., RICHTER P., ZYCHIEWICZ B., OLSZEWSKA U. Vulnerable Elderly Survey 13 as a screening method for frailty in Polish elderly surgical patient--prospective study. In: Pol Przegl Chir. 2014; 86(3): 126-131.
15. RAMÍREZ-VÉLEZ R., LÓPEZ SÁEZ DE ASTEASU M, MORLEY J.E. et al. Performance of the Short Physical Performance Battery in Identifying the Frailty Phenotype and Predicting Geriatric Syndromes in Community-Dwelling Elderly. In: J Nutr Health Aging. 2021; 25: 209–217.
16. MORLEY J.E, VELLAS B., VAN KAN G.A. et al. Frailty consensus: a call to action. In: J Am Med Dir Assoc. 2013;14(6):392-397.
17. FRIED L.P, FERRUCCI L., DARER J. et al. Untangling the concepts of disability, frailty and comorbidity: implications for improved targeting and care. In: J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2004;59(3):255-263.
18. COLLERTON J., MARTIN-RUIZ C., DAVIES K. et al. Frailty and the role of inflammation, immune senescence and cellular ageing in the very old: cross-sectional findings from the Newcastle 85+ study. In: Mech. Ageing Day. 2016;133(6):456-466.
19. BACHMANN M.C., BELLALTA S., BASOALTO R. et al. The Challenge by Multiple Environmental and Biological Factors Induce Inflammation in Aging: Their Role in the Promotion of Chronic Disease. In: Front Immunol, 2020; 11: 570083.
20. CASTELLANA F., LAMPIGNANO L., BORTONE I. et al. Physical Frailty, Multimorbidity and All-Cause Mortality in an Older Population From Southern Italy: Results From the Salus in Apulia Study. In: J Am Med Dir Assoc, 2021; 22(3): 598-605.
21. CURTIS E.A., COMISKEY C., DEMPSEY O. Importance and use of correlational research. In: Nurse Res. 2016;23(6):20-25.

Autor corespondent:
Ana Popescu, cercetător științific,
asistent universitar,
Laboratorul de studiu al îmbătrânirii și al vârstei,
Disciplina de geriatrie și medicină a muncii,
IP USMF *Nicolae Testemițanu*,
tel.:+373 69279937,
e-mail: ana.popescu@usmf.md