

COMORBIDITĂȚILE ȘI INFLUENȚA ACESTORA ASUPRA CALITĂȚII VIEȚII PACIENȚILOR GERIATRICI

Diana Fetco¹ – asist. univ.,
Sergiu Matcovschi¹ – prof. univ., dr. hab. șt. med.,
Gabriela Șoric² – cercet. șt., dr. șt. med.,
Felicia Lupașcu-Volentir² – cercet. șt. superior, dr. șt. med.,
Elena Coșciug² – cercet. șt.,
Anatolie Negară¹ – conf. univ., dr. șt. med.

¹Disciplina de sinteze clinice, Departamentul Medicină Internă,

²Laboratorul științific de gerontologie,

IP USMF „Nicolae Testemițanu”

tel. +373 69030265, diana.fetco@usmf.md

Rezumat

Îmbătrânirea populației reprezintă o problemă socială actuală, întrucât afectează un număr mare de persoane interesând nu numai populația vârstnică, ci și factorii decizionali și societatea în general, care suportă consecințe importante. Fenomenul reclamă acțiuni conjugate care să influențeze evoluția în sensul autonomiei și bunăstării vieții vârstnicilor cu comorbidități și asigurării unei vieți de calitate pacienților respectivi. Scopul cercetărilor prezentate mai jos este de a stabili legătura între calitatea vieții și comorbiditățile pacienților geriatrici în Republica Moldova, precum și efectul negativ al patologiilor asociate vârstei înaintate asupra calității vieții. Conform datelor studiului printre patologiile predominante la vârstnici cea mai înaltă pondere are patologia neurologică care constituie 100% în ambele loturi de studiu, urmată de patologia osteoarticulară și cea cardiovasculară. La fel, conform datelor studiului, majoritatea pacienților suferă concomitent de patru patologii și mai mult.

Cuvinte-cheie: comorbidități, vârstnici, calitatea vieții

Summary. Comorbidity and its influence on the quality of life in geriatric patients

Population aging is a current social issue, because it affects a large number of people. It affects not only the elderly but also society in general, which supports the consequences. The phenomenon requires actions to influence the autonomy and welfare of elderly with comorbidity and ensuring quality of life for these patients. The purpose of the study was directed to establish the reference between quality of life of patients with comorbidity from Republic of Moldova, also the negative effect of pathologies associated with the quality of life in old age. According to the survey, among prevalent pathologies in elderly is placed the neurological pathology which is 100% in both study groups, followed by joints diseases and the cardiovascular pathology. Similarly, according to the study, most patients suffer from more than four pathologies.

Key words: comorbidity, elderly, quality of life

Резюме. Коморбидные заболевания и их влияние на качество жизни гериатрических пациентов

Процесс старения населения является актуальной социальной проблемой, поскольку затрагивает большое количество людей, представляя интерес не только для пожилых людей, но и для ответственных лиц, принимающих решения и общества в целом, неся в себе важные последствия. Данное явление требует совместных действий,

care pot avea un impact negativ asupra calitatii de viata si a autonomiei pacientilor. Scopul studiului este de a stabili legaturile dintre calitatea vietii si prezenta bolilor asociate in grupurile de varsta. Conform rezultatelor studiului, printre bolile asociate, cele mai raspandite sunt bolile cardiovasculare, urmate de bolile sistemului musculo-scheletal si bolile sistemului digestiv. In plus, studiul a demonstrat ca exista o corelatie pozitiva intre calitatea vietii si prezenta bolilor asociate. Astfel, calitatea vietii este mai buna la pacientii fara boli asociate, comparativ cu cei care au boli asociate. Acest lucru este important pentru ca calitatea vietii este un indicator al sanatatii si a autonomiei pacientilor. Prin urmare, este necesar sa se ia in considerare bolile asociate la evaluarea calitatii de viata si a autonomiei pacientilor.

Cuvinte cheie: comorbiditate, varsta, calitatea vietii

Introducere. Vârșnicii reprezintă un segment important din populația totală în întreaga lume. Această categorie de pacienți prezintă o fragilitate imunologică, metabolică, vasculară și osoasă accentuată, ceea ce explică frecvența mare de boli cronice asociate cu numeroase afecțiuni acute și factori de risc. Una din particularitățile vârstei a treia este *comorbiditatea*, care constă în asocierea mai multor patologii (4-5 patologii), ce pot fi datorate unei afecțiuni primare sau secundare [32]. Comorbiditatea reprezintă una dintre problemele de bază ale geriatriei practice. Ca regulă, în timpul examinării de rutină a pacienților vârstnici se identifică o serie de patologii asociate din partea diferitor sisteme și organe [33].

Comorbiditatea sau polipatologia predomină tot mai mult în rândul pacienților de vârstă înaintată. Mai mult decât atât, sunt folosite diferite definiții și interpretări ale acestui fenomen. Din cauza importanței sale sociale și clinice este necesară existența unei noțiuni clare în această direcție [28].

Termenul de comorbiditate sau polipatologie a fost introdus pentru prima dată de Feinstein (1970), pentru a desemna cazurile în care o entitate clinică suplimentară a avut loc pe fondul unor patologii preexistente [14]. Comorbiditatea este una dintre cele mai importante probleme cu care se confruntă sistemul de sănătate chiar și din cele mai dezvoltate țări, având posibilitate mai redusă de a aborta această prolemă în mod corespunzător, mai ales la vârstnicii cu organism fragilizat [2,23].

Se disting trei tipuri de comorbiditate – epidemiologică, clinică și familială. Acentul se pune pe interpretarea acestor tipuri de comorbidități, cea mai comună problemă fiind direcția epidemiologică a comorbidităților. Comorbiditatea crește esențial complexitatea de management terapeutic la pacienții vârstnici. În țările cu nivel înalt de dezvoltare fiecare al doilea vârstnic suferă mai mult de două patologii cronice [13].

Termenul de comorbiditate este cel mai utilizat în practica medicală geriatrică [18]. Polipatologia fiind estimată într-un raport de la 55% la 98% [15], întâlnită cu predilecție la femei și la populația cu nivel

socio-economic scăzut [24]. Procesul de îmbătrânire pe lângă comorbiditate este însoțit și de invaliditate, fragilitate și izolare socială [1,6].

Odată cu înaintarea în vârstă a populației, este nevoie de aplicat îngrijirea medicală suficientă și promovarea unei politici de sănătate corespunzătoare pentru a spori speranța de viață a vârstnicilor cu polipatologii. De asemenea, este recunoscut faptul că bolile tind să apară concomitent, ceea ce crește interesul medical de abordarea unei căi comune de tratament cu efect advers minimal și eficacitate sporită [27,16].

Comorbiditatea implică un sistem de management terapeutic cu mult mai complex și divers comparativ cu existența unei singure patologii la pacient [25]. Cu toate acestea, este recunoscută necesitatea de a înțelege complexitatea polipatologiei în scopul direcționării tratamentului necesar [26]. În cele mai frecvente cazuri, comorbiditatea se asociază cu utilizarea mai multor grupe combinate de medicamente, care conduce deseori la polipragmazie [8,11,30].

Astfel, polipragmazia, crește consumul inadecvat de medicamente, implică aderență scăzută la tratament, interacțiuni medicamentoase și reacții adverse nedorite la vârstnici [5].

În ceea ce privește pacienții cu polipatologie, este recunoscut faptul direcționării tratamentului mai mult asupra unei patologii, de obicei patologia de bază și atenție insuficientă a patologiilor preexistente [22].

La fel, dincolo de un tratament adecvat și direcționat pentru fiecare diagnostic, pot exista complicații din cauza interacțiunii medicamentoase. Protocoalele bazate pe dovezi demonstrează că administrarea unei anumite medicații sau regim de tratament poate limita capacitatea de aderare la tratament pentru patologii concomitente [19].

Apariția comorbidității este asociată cu înaintarea în vârstă și poate fi explicată prin expunerea îndelungată la factorii de risc [21]. Marea majoritate a pacienților cu comorbidități au probabilitate mai mare de handicap și regres al stării generale de sănătate [7]. Totodată, scăderea reactivității organismului, creșterea acțiunii factorilor de risc, contribuie la apariția și progresia comorbidităților [33].

Odată cu implementarea în practica medicală a tehnologiilor moderne, a crescut corespunzător și numărul pacienților care supraviețuiesc comorbidităților, unele din aceste patologii asociate având chiar caracter fatal [29].

La fel, numeroase tratamente farmacologice, ghiduri practice și programe educaționale, au fost elaborate pentru managementul patologiilor cronice la vârstnici [4,12].

Calitatea vieții pacienților de vârstă înaintată cu comorbidități constituie un concept subiectiv, cu o perspectivă multidimensională, care cuprinde funcționarea fizică, emoțională și socială [17]. Este important de asociat calitatea vieții la vârstnici cu gradul de sănătate și condițiile sociale [31], care poate contribui în mod direct la înrăutățirea evoluției bolii [9]. De obicei, pacienții cu polipatologii sunt abordați, din punct de vedere al tacticii clinice diferit față de pacienții cu o singură condiție cronică [10]. Mai mult decât atât, persoanele cu multiple afecțiuni cronice au o probabilitate mai mare de handicap [7].

Sistemul medical precar în rândul persoanelor vârstnice cu comorbidități poate contribui la apariția multiplelor complicații și a fragilității [3].

Concluzional este faptul că comorbiditatea are efect negativ asupra prognosticului și tratamentului specific al pacientului vârstnic. Prezența bolilor asociate, vârsta înaintată și polipragmazia, influențează negativ nozologia primară, precum și nozologiile secundare, caracterul și severitatea complicațiilor și agravează calitatea vieții pacienților. Ca rezultat, polipatologia, pe lângă faptul că agravează prognosticul, crește și riscul fatalității [20].

Materiale și metode. În studiu au participat 337 de pacienți cu vârsta cuprinsă între 65 și 95 de ani, internați în secția de Geriatrie în incinta IMSP SCM „Ministerului Sănătății”, în perioada februarie 2015 – iunie 2016. Astfel, lotul 1 a fost constituit de 212 pacienți de gen feminin, iar lotul 2 a fost constituit de 125 pacienți de gen masculin. Toți pacienții au fost examinați corespunzător, în perioada de spitalizare în secția specializată. Studiul a fost unul epidemiologic, fiind realizat în baza chestionarelor și acordului informat, semnat de către pacient. La fel, au fost incluse anchetarea pacienților, examinarea clinică și paraclinică, evaluarea geriatrică complexă, scorurile geriatrice și analizele statistice.

Rezultate și discuții. Conform datelor studiului, a fost demonstrat că vârsta medie a pacienților participanți la studiu a constituit $72,23 \pm 0,42$ de ani. La fel, predomină genul feminin, $n=212$ comparativ cu genul masculin, $n=125$.

S-a evaluat calitatea vieții pacienților participanți la studiu din prisma condițiilor de trai. Astfel, rezulta-

tele datelor generale au relevat o pondere mai elevată a condițiilor de trai nesatisfăcătoare la bărbați – 38% versus femei - 11,32%. Însă majoritatea pacienților au menționat în chestionare condiții de trai satisfăcătoare.

Datele referitoare la nivelul de studii, care la fel ar contribui la sporirea nivelului de trai și a calității vieții demonstrează faptul că studii primare dețin lotul 1 – 34,9%, față de lotul 2 – 24,8%; studii medii dețin pacienții din lotul 2 – 50,4% comparativ cu lotul 1 – 37,7% și studiile superioare predomină numeric în lotul 1 – 26,8% comparativ cu lotul 2 – 25,6%.

Conform chestionării, calitatea vieții pacienților și îmbătrânirea frumoasă a acestora depinde în mare măsură de stabilirea relațiilor interumane și evitarea singurătății. Cu toate acestea, singurătatea a fost estimată într-un procent mai ridicat la pacienții de genul feminin (33,96%) versus pacienții de gen masculin (17,60%), cu diferență statistică, $p=0,001$. La fel, este îmbucurător faptul că, pacienții din lotul 1 de studiu locuiesc cu partenerii de viață - 37,73%, iar din lotul 2 – 71,20%. Rezultatele obținute demonstrează durata medie de viață mai mare la femei.

Din datele estimate se remarcă un număr crescut de vârstnici singuratici, ceea ce influențează negativ calitatea vieții vârstnicilor și contribuie la izolarea socială a acestora. La îngrijirea copiilor se află atât pacienți din lotul 1 cât și cei din lotul 2 de studiu, constituid 31,13% (lotul 1) și 21,60% (lotul 2), $p=0,058$.

Conform datelor studiului, a fost stabilită și starea generală a pacienților internați. Astfel, majoritatea pacienților au avut o stare generală de gravitate medie, constituind 95,47%.

Tabelul 1

Ponderea maladiilor diagnosticate la pacienții vârstnici

Maladiile evaluate	Lotul 1, n=212	Lotul 2, n= 125
HTA, %	95,28	91,20
CPI, %	55,18	56,3
Disritmii, %	9,90	18,40
ICC, %	86,32	88,8
Diabet zaharat, %	30,18	20,0
Patologie renală, %	35,37	18,4
Patologie osteoarticulară, %	100	73,9
Patologie neurologică, %	100	100
Patologie pulmonară, %	5,66	18,14
Patologie digestivă, %	54,69	66,4

În studiu s-au evaluat și analizat cele mai frecvente patologii depistate la pacienții vârstnici internați. În acest mod, cu cea mai înaltă pondere a fost înregistrată patologia neurologică, fiind prezentă în ambele loturi de studiu ocupând 100% de cazuri, fiind urmată de patologia osteoarticulară la femei – 100% versus

73,9% la bărbați. O altă patologie frecvent asociată vârstei înaintate este hipertensiunea arterială (fără specificare), care a avut o pondere de 95,28% la femei și de 91,20% la bărbați, fără diferență statistic semnificativă ($p > 0,05$). În schimb, insuficiența cardiacă a avut o frecvență crescută la bărbați 88,8% versus femei 86,32%, deși fără diferență statistic semnificativă, deasemenea, și disritmiile au fost înregistrate mai frecvent la bărbați 18,4% versus femei 9,9% cu diferență statistic semnificativă ($p < 0,05$). Diabetul zaharat și patologia renală au fost depistate mai frecvent la femei decât la bărbați (30,18% versus 20% și 35,37% versus 18,4%, $p < 0,05$). Patologia pulmonară și cea digestivă a avut o pondere mai elevată la pacienții de gen masculin (18,14% versus 5,66% și 66,4% versus 54,69%, $p > 0,05$).

Rezultatele evaluării geriatrice standartizate au demonstrat că activitatea zilnică cotidiană și instrumentală (evaluată cu ajutorul scorului Katz și Lawton) a pacienților vârstnici a fost modificată în mică măsură în ambele loturi. Valoarea medie a scorului Katz, lotul 1 – $11,04 \pm 0,12$ versus lotul 2 – $11,04 \pm 0,16$, din totalul de 12 puncte, fără diferență statistic semnificativă ($p > 0,05$). Ceea ce demonstrează că majoritatea pacienților sunt în stare să-și realizeze necesitățile zilnice și calitatea vieții nu este afectată din această prismă.

Valorile medii ale scorului Tinetti (evaluarea echilibrului și a mersului) au fost mai reduse la genul feminin $22,98 \pm 0,38$ comparativ cu pacienții de gen masculin $24,04 \pm 0,39$, $p > 0,05$, (din totalul de 28 de puncte), ceea ce influențiază dramatic calitatea vieții. Dereglările cognitive au fost stabilite în baza chestionarului MMS (Mini Mental State Examination, total 30 de puncte). Astfel, dereglări cognitive ușoare au fost înregistrate la pacienții vârstnici de genul masculin, valoarea medie a scorului fiind de 23,42

$\pm 0,35$ versus genul feminin – $29,67 \pm 0,31$, $p > 0,05$. Sindrom depresiv, care apare la pacienții din lotul de studiu a fost evaluat cu ajutorul chestionarului Hamilton, valorile medii ale cărora nu a determinat această patologie, lotul 1 – $2,32 \pm 0,21$ versus lotul 2 – $2,73 \pm 0,29$, $p > 0,05$, din scorul total de 15 puncte.

Tabelul 2

Frecvența sindroamelor geriatrie

Sindroame geriatrie	Lotul 1, n= 212	Lotul 2, n= 125	P
Căderi	17,92	20,00	$> 0,05$
Incontinență urinară	11,32	7,20	$> 0,05$
Constipație	14,15	16,93	$> 0,05$
Iatrogenie	9,43	8,00	$> 0,05$
Fragilitate	27,83	12,00	$< 0,001$

Datele rezultatelor evaluării geriatrice standardizate s-au referit și la aprecierea prezenței sindroamelor mari geriatrie. Astfel, s-a înregistrat o frecvență crescută a acestor sindroame la pacienții vârstnici, care în mod inevitabil afectează calitatea vieții. Apariția sindroamelor respective în mare măsură depinde de reducerea rezervelor fiziologice ale organismului îmbătrânit. De fapt, conform datelor studiului, sindroamele geriatrie se dezvoltă pe fond de comorbidități, fiind asociate acestora și complicând evoluția patologiilor respective.

În acest mod, sindromul de fragilitate a fost întâlnit mai frecvent în lotul de studiu 1, adică la femei – 27,83% versus bărbați – 12,0% cu diferență statistic semnificativă ($p < 0,001$), urmat fiind de sindromul de cădere mai pronunțat deja la bărbați 20% versus femei 17,92%. La fel și sindromul de incontinență urinară predomină în rândul femeilor 11,32% versus bărbați 7,20%, iar sindromul de constipație se întâlnește mai mult în rândul bărbaților participanți la studiu – 16,93% versus femei 14,15%, $p > 0,05$.

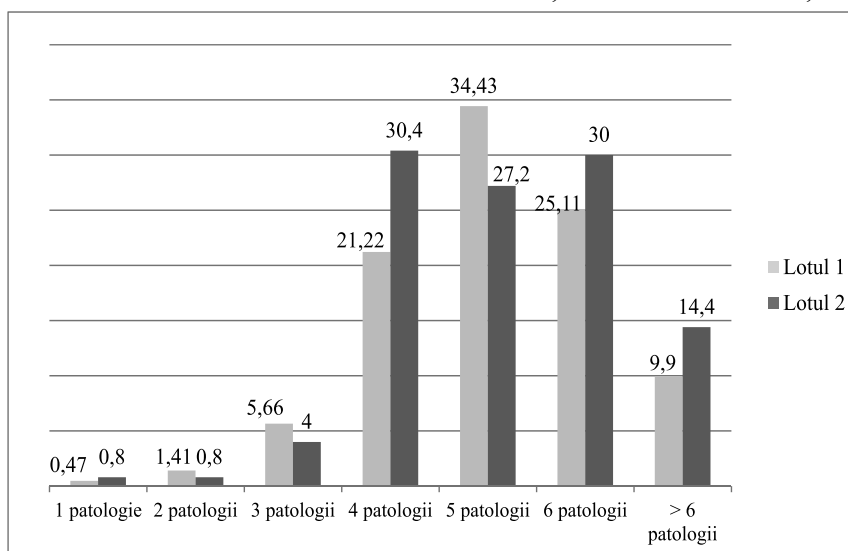


Figura 1. Numărul de patologii determinate la pacienții din studiu

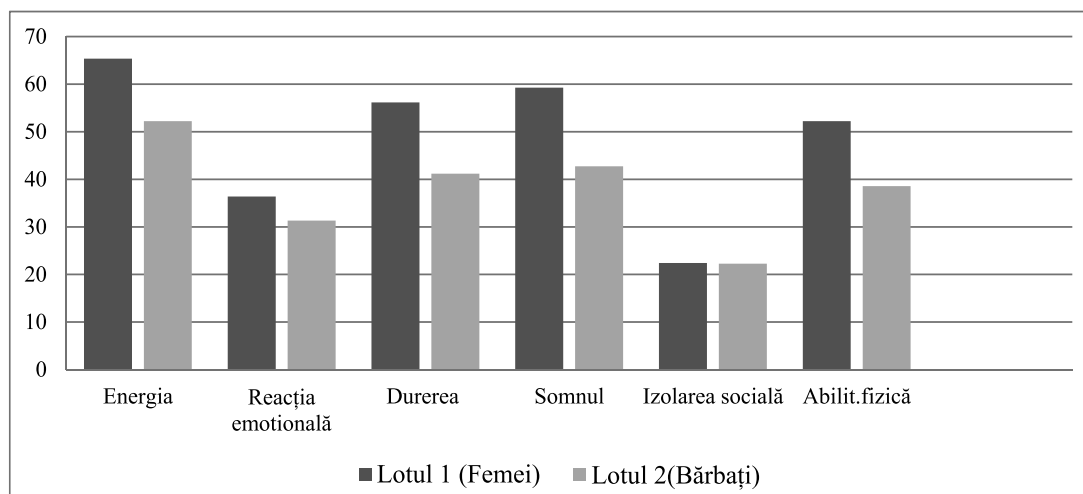


Figura 2. Valorile medii ale itemilor calității vieții pacienților vârstnici, Lotul 1 versus Lotul 2

Evaluarea numărului de patologii cronice a fost stabilită în baza acuzelor, datelor anamnestice, clinice și paraclinice și datelor cartelei de ambulator. S-a constatat că majoritatea procentuală a pacienților vârstnici suferă de multiple patologii cronice.

La acești pacienți au fost stabilite de la patru până la șase și chiar mai multe maladii cronice. Acest lucru demonstrează în mod cert și constant scăderea calității vieții la pacienții respectivi prin dezvoltarea ulterioară a dependenței, polipragmaziei și handicapului, izolării sociale și sindromului depresiv.

Scăderea calității vieții vârstnicilor, determinată de numărul de patologii expuse în studiu contribuie la limitarea percepțiilor propriei poziții în contextul cultural, afectiv și emoțional.

O particularitate esențială a asocierii comorbidităților pacienților din studiu, a fost afectarea concomitentă a diferitor sisteme și organe, însoțită de o simptomatologie diversă, care a complicat tactica terapeutică și ulterioara evoluție clinică.

Astfel, evoluția clinică, fiind urmărită la pacienții din studiul respectiv depinde în mare măsură de reactivitatea organismului vârstnic și resursele fiziologice proprii.

Calitatea vieții pacienților vârstnici din studiu a fost evaluată cu ajutorul chestionarului Nottingham, care conține 38 de întrebări, regrupate în 6 itemi, interpretate ca: 0 puncte – lipsa afectării, 100 de puncte afectarea maximă.

Conform chestinarului Nottingham, s-au vizat parametrii calității vieții, și anume: energia, durerea, reacția emoțională, somnul, izolarea socială și abilitatea fizică. Conform parametrilor respectivi, datele obținute relevă o calitate a vieții mai afectată la pacienții din lotul 1 de studiu. Valorile medii ale energiei la pacienții din lotul 1 au fost $65,34 \pm 2,40$ versus pacienții din lotul 2 – $52,21 \pm 3,32$ cu diferență statistic semnificativă, $p < 0,01$, iar valorile medii ale durerii pacienților din lotul 1 – $56,15 \pm 2,38$ comparativ cu lotul 2 – $41,18 \pm 2,67$; $p < 0,001$. La fel diferența predomină la nivelul valorilor medii ale reacției emoționale, lotul 1 – $36,38 \pm 1,80$ comparativ cu lotul 2 – $31,30 \pm 2,48$; $p > 0,05$. Valorile medii ale somnului au constituit în lotul 1 – $59,24 \pm 2,38$ versus lotul 2 – $42,72 \pm 3,13$; $p < 0,001$, iar valorile medii ale abilității fizice: lotul 1 – $52,21 \pm 2,08$ comparativ cu lotul 2 – $38,55 \pm 2,68$, cu diferență statistic semnificativă, $p < 0,001$. Izolarea socială a fost estimată procentual fără diferență semnificativă, valorile medii fiind în lotul 1 – $22,40 \pm 1,87$ versus lotul 2 – $24,24 \pm 2,43$; $p > 0,05$.

Astfel, poate fi constatat faptul că itemii scorului Nottingham reflectă subiectiv calitatea vieții și dimensiunea existențială a pacienților geriatrici. Conform acestor date, majoritatea pacienților au o calitate a vieții compromisă, în primul rând, datorită asocierii comorbidităților, care contribuie la reducerea parametrilor calității vieții. Astfel, comorbiditățile influențează asupra reducerii energiei, persistența durerii de diferit caracter și dereglărilor de somn, suprimarea activităților fizice, și în final, izolarea socială.

Concluzii

Ca rezultat, în urma evaluării datelor studiului, s-a constatat că cea mai înaltă pondere dintre maladiile cronice stabilite la pacienții vârstnici a înregistrat patologia neurologică, fiind urmată de patologia osteoarticulară și hipertensiunea arterială (fără specificare), diabetul zaharat și patologia renală, cea mai redusă pondere având patologia pulmonară și patologia digestivă.

Calitatea vieții, în cea mai mare măsură a fost afectată la pacienții din primul lot de studiu, adică la femeii. Indicii calității vieții cu valori mai semnificative au fost: energia, durerea, reacția emoțională, somnul și abilitatea fizică.

La fel, calitatea vieții pacienților vârstnici depinde de așa factori ca singurătatea, condițiile de trai nesatisfăcătoare, numărul de patologii asociate, implicarea și îngrijirea din partea familiei sau a partenerului, precum și de capacitatea de a îndeplini activitățile zilnice necesare.

Bibliografie

1. Aalami O.O., Song H.M., Fang T.D. et al., Physiological features of aging persons, *Arch Surg*, 2003; 138(10), p.1068–76.
2. Barnett K., Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study, 2012; p. 37-433.
3. Billings J., Zeitel L., Lukomnik J., et al., *Impact of socioeconomic status on hospital use in New York City*, 1993; p. 2162- 173.
4. Bodenheimer T., *Disease management: promises and pitfalls*, *Engl J Med*, 1999; 340(15), p. 1202-5.
5. Bressler R., Bahal J.J., *Principles of drug therapy for elderly patients*, *Mayo Clin Proc*, 2003; 78(12), p. 1564–77.
6. Christensen K., Doblhammer G., Rau R., et al., *Ageing populations: the challenges ahead*, *Lancet*, 2009; 374(9696), p. 1196–2008.
7. Cornoni-Huntley J.C., Foley D.J., Guralnik J.M., *Co-morbidity analysis: a strategy for understanding mortality, disability, and use of health care facilities of older people*, *Int J Epidemiol*, 1991; 20(1), p. 8-17.
8. Fulton M.M., Allen E.R., *Polypharmacy in elderly: a literature review*, *J Am Acad Nurse Pract* 2005; 17(4), p.123–32.
9. Gill T.I., Feinstein A.R., *A critical appraisal of the quality-of-life measurements*, 1994; p.619–626.
10. Guralnik J.M., La Croix A.Z., Everett D.F., et al., *Aging in the Eighties: The Prevalence of Co-morbidity and Its Association With Disability*, Hyattsville, Md National Center for Health Statistics, 1989; Advance Data From Vital and Health Statistics, No. 170.
11. Hajjar E.R., Cafiero A.C., Hanlon J.T., *Polypharmacy in elderly patients*, *Am J Geriatr Pharmacother*, 2007; 5(4), p. 345–51.
12. Holman H., Lorig K., *Patients as partners in managing chronic disease. Partnership is a prerequisite for effective and efficient health care*, *BMJ*, 2000; 320(7234), p.526-7.
13. Kraemer H.C., *Statistical issues in assessing comorbidity*, *Statistics in Medicine*, 2004; 14 (8), p. 721–33.
14. Maj M., *Psychiatric comorbidity's: An artefact of current diagnostic systems?*, *The British Journal of Psychiatry*, 2005; 186 (3), p.182–4.
15. Marengoni A., Angleman S., Melis R., et al., *Aging with multimorbidity: A systematic review of the literature*, *Ageing Res Rev*, 2011;10(4), p.430–39.
16. McCarron M., Swinburne J., Burke E., et al., *Patterns of multimorbidity in an older population of persons with an intellectual disability: results from the intellectual disability supplement to the Irish longitudinal study on aging (IDS-TILDA). Research in developmental disabilities*, 2013; p. 521–527.
17. McDowell I., Newell C., *Measuring Health, a guide to rating scales and questionnaires*, Oxford University Press, 2006; p. 4-709.
18. Mercer S.W., Smith S.M., Wyke S.S., et al., *Multimorbidity in primary care: developing the research agenda*, *Fam Pract*, 2009; p.26-79.
19. Moroney J.T., Tseng C.L, Paik M.C., et al., *Treatment for the secondary prevention of stroke in older patients: the influence of dementia status*, *J Am Geriatr Soc*, 1999; (47), p. 824–829.
20. Muñoz E., Rosner F., Friedman R., et al., *Financial risk, hospital cost, and complications and comorbidities in medical non-complications and comorbidity-stratified diagnosis-related groups*, *The American Journal of Medicine*, 1998; 84 (5), p. 933–9.
21. Olshansky S.J., Ault A.B., *The fourth stage of the epidemiologic transition: the age of delayed degenerative disease*, *The Milbank Quarterly*, 1986; (64), p. 355–91.
22. Redelmeier D.A., Tan S.H., Booth G.L., *The treatment of unrelated disorders in patients with chronic medical diseases*, *N Engl J Med*, 1998; p. 1516–1520.
23. Salisbury C., *Multimorbidity: redesigning health care for people who use it*, *Lancet*, 2013; 63(607), p. 64-5.
24. Sousa R.M., Cleusa C.P., Acosta D. et al., *Contribution of chronic diseases to disability in elderly people in countries with low and middle incomes: a 10/66 Dementia Research Group population-based survey*, *Lancet*, 2009; 374(9794), p. 1821–30.
25. Starfield B., *Threads and yarns: weaving the tapestry of comorbidity*, *Annals of family medicine*, 2006; p. 101–103.
26. Taylor A.W., Price K.R., Gill T.K. et al., *Multimorbidity - not just an older person's issue. Results from an Australian biomedical study*, *BMC public health*, 2010; p.10-718.
27. Valderas J., Starfield B., Sibbald B., et al., *Defining comorbidity: implications for understanding health and health services*, *Annals of family medicine*, 2009; (7), p. 357–363.
28. Van Den Akker M., Buntinx F., Metsemakers J., et al., *Multimorbidity in general practice: prevalence, incidence, and determinants of co-occurring chronic and recurrent diseases*, *J Clin Epidemiol*, 1998; (51), p.367-75.
29. Van Den Akker M., Marjan V., Buntinx F., et al., *Comorbidity or multimorbidity*, *European Journal of General Practice*, 1996; 2 (2), p. 65–70.
30. Veehof L.J.G., Meyboom-de Jong B., Haaijer-Raskamp F.M., *Polypharmacy in the elderly – a literature review*, *Eur J Gen Pract*, 2000; 6(7), p. 98–106.
31. Ware J.E. Jr., Kosinski M., Keller S.D., *The SF-36 physical and mental health summary scores: a user's manual*, Boston: The Health Institute, New England Medical Center; 1994.
32. /http://www.icd.ro/index.php/geriatrie/
33. Лазебник, Л. Б., Старение и полиморбидность. *Новости медицины и фармации*, 2007; 1 (205), p. 56-190.