

5. Kaur S, Kaur U, Tandon C, Dhawan V, Ganguly NK, Majumdar S. Gastropathy and defense mechanisms in common bile duct ligated portal hypertensive rats. *Molecular & Cellular Biochemistry*. 2000; 203(1-2): 79-85.
6. Dumitrescu Ș., Călinoiu A. Modificări morfopatologice și fiziopatologice la nivelul tractului gastrointestinal în sindromul de hipertensiune portală. *Noutatea Medicală*. 2005; 4: 3-9.
7. Gupta R., Saraswat VA., Kumar M., et al. Frequency and factors influencing portal hypertensive gastropathy and duodenopathy in cirrhotic portal hypertension. *J. Gastroenterol. Hepatol*. 1996. 11. N 8. P.728-733.
8. Primignani M, Carpinelli L, Preatoni P. et al. Natural history of portal hypertensive gastropathy in patients with liver cirrhosis. The New Italian Endoscopic Club for the study and treatment of esophageal varices (NIEC). *Gastroenterology*. 2000. 119 (1): 181-187.
9. Thuluvath P., Yoo H. Portal Hypertensive Gastropathy. *American Journal of Gastroenterology*. 2002. Vol.97, No.12, P.2973-8.
10. D'Amico G, Montalbano L, Traina M, et al. Natural history of congestive gastropathy in cirrhosis. The Liver Study Group of V.Cervello Hospital. *Gastroenterology*. 1990; 99: 1558-64.
11. Merli M., Nicolini G., Angeloni S. et al. The Natural History of Portal Hypertensive Gastropathy in Patients with Liver Cirrhosis and Mild Portal Hypertension. *Am. J. Gastroenterol*. 2004; 99: 1959-1965.
12. Fontana R., Sanyal A., Mehta S., et al. Portal Hypertensive Gastropathy in Chronic Hepatitis C Patients with Bridging Fibrosis and Compensated Cirrhosis: Results from the HALT-C Trial. *Am J Gastroenterol*. 2006; 101: 983-992.
13. Lubel J. S., Angus P. W. Modern management of portal hypertension. *Internal Medicine Journal*. 2005; 35: 45-49.
14. Carpinelli L, Primignani M, Preatoni P, et al. Portal hypertensive gastropathy: reproducibility of a classification, prevalence of elementary lesions, sensitivity and specificity in the diagnosis of cirrhosis of the liver. A NIEC multicentre study. *New Italian Endoscopic Club. Ital J Gastroenterol Hepatol*. 1997; 29: 533-40.
15. El-Rifai N, Mention K, Guimber D, et al. Gastropathy and gastritis in children with portal hypertension. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2007; 45(1): 137-40.

SINDROMUL DE FRAGILITATE. FACTORII DE RISC

**Natalia Blaja-Lisnic, Anatolie Negară, Teodor Grejdianu,
Felicia Lupașcu-Volentir, Gabriela Șoric, Abraș Marcel**

Laboratorul Științific de Geriatrie și Gerontologie USMF „Nicolae Testemițanu”
Centrul Național de Geriatrie și Gerontologie din Moldova

Summary

The syndrome of frailty in the elderly. The risk factors

Frailty is a term widely used to denote a multidimensional syndrome of loss of reserves (energy, physical ability, cognition, health) that gives rise to vulnerability. It appears to be a valid construct, but how exactly to define it remains unclear. The aim of the present study is to develop the notion of the frail elderly and to explain the role of the comprehensive geriatric assessment in the management of the aged people concerning medical and social aspects.

Rezumat

Fragilitatea este un termen pe larg folosit pentru evidențierea în aspect multidimensional pierderea rezervelor organismului (energiei, capacităților fizice, aptitudinilor cognitive, sănătății) ce generează vulnerabilitatea. Noțiunile sunt destul de clare, dar definiția exactă deocamdată nu este cert stabilită. Scopul studiului dat este de a desfășura noțiunea de pacient vârstnic fragil și de

a explica rolul evaluării geriatrice standardizate în managementul vârstnicilor în plan medical și social.

Actualitatea

Conform datelor Institutului de Medicină din New York din aprilie 2008, persoanele vârstnice reprezintă 12 % din populație, iar numărul lor se prognozează a fi dublu în perioada dintre anii 2005 și 2030 (de la 37 mln la 70 mln) [8]. Conform informației Biroului Național de Statistică la 01 ianuarie 2007 în RM, numărul persoanelor cu vârsta de 65 de ani și mai mult constituia 368615 [13]. Populația vârstnică reprezintă un grup heterogen din punct de vedere social, demografic și economic [6]. Un aspect specific pentru RM constă în faptul că 2/3 din persoanele în etate locuiesc în mediul rural [2]. Speranța de viață la naștere în RM este de 68,4 ani; pentru bărbați fiind de 64,6 ani, iar pentru femei – de 72,2 ani. Ritmul procesului de îmbătrânire demografică în RM este mult mai înalt în comparație cu cel în țările dezvoltate. Procesul de îmbătrânire demografică prezintă diferențieri semnificative în cadrul mediului rural comparativ cu cel urban. Cauzele directe ale geriatrării populației sunt: scăderea natalității, scăderea mortalității, influența fluxurilor migraționale, factorii neidentificați de ordin economic, social, politic, cultural, medico-sanitar [13]

Sarcina de bază a medicinei geriatrice constă în identificarea, evaluarea și tratamentul vârstnicilor fragili și prevenirea pierderii independenței și a altor consecințe la riscul cărora sunt supuse persoanele din acest grup de vârstă. Proporția persoanelor fragile printre populația vârstnică este înaltă și va mai crește odată cu îmbătrânirea societății [9].

Termenul de fragilitate este pe larg utilizat deja în sfera geriatrică, cu toate că a fost introdus recent – pentru prima dată a fost descris în 1984 în lucrările lui Rubenstein. Fragilitatea („frailty” și „frail elderly” - termeni anglo-saxoni) nu poate fi interpretată ca un termen general al îmbătrânirii, este o rezultată dintre factorii longevității și factorii senescenței, reprezintă una din componentele riscurilor ce țin de o vârstă înaintată și stă la baza termenului numit de anglo-saxoni „îmbătrânirea prin uzură”. Cu toate că noțiunea nu este definită în tocmai [7,15, 5, 11, 12, 14, 19], se poate preventiv descrie acest termen ca o stare instabilă caracteristică unei subpopulații de persoane în vârstă ce suferă o dezadaptare a sistemelor homeostatice, ce rezultă cu un deficit progresiv al funcțiilor fiziologice și celulare, cu o diminuare a capacității de rezervă și o limitare precoce și insidioasă a aptitudinilor relaționale și sociale, care reprezintă deseori primul semn al vulnerabilității [3]. Baza biologică a fragilității este dificil de stabilit din cauza lipsei definiției standard, a complexității ei și a coexistenței frecvente a patologiilor cronice [18]. Comorbiditățile, dizabilitatea și fragilitatea pot apărea la vârstnic ca entități separate sau concomitente, iar evaluarea lor multidimensională ar trebui să insiste asupra unei decizii clinice geriatrice.

Apariția fragilității și evoluția acesteia sunt foarte variabile în dependență de persoană. Se poate considera că fragilitatea de una singură justifică identificarea disciplinei geriatrice. Determinantele fragilității sunt complexe, multiple, implică factori intrinseci, precum și factorii de mediu. În toate cazurile predomină două cauze citofiziologice fundamentale: fatigabilitatea funcțională și dezadaptarea la situațiile de stres. Se mai ia în considerație: *îmbătrânirea intrinsecă*, în particular la nivelul fatigabilității celulare și tisulare, ansamblul componentelor *sociale și de mediu*, *profilul psihologic* al persoanei în vârstă, conceptului de „*non utilizare*”.

Impactul fragilității se răsfrânge asupra *statutului cognitiv* și a *echilibrului emoțional*, activității motrice, apare dificultatea de a se confrunța cu diferite probleme ale vieții cotidiene și de relație, se pot semnala dereglări de incontinență (deseori relevatoare ale unei fragilități în creștere). Denuțria, fiind cauză sau consecință, agravează celelalte cauze. Durerea poate fi considerată ca un factor de risc al fragilității și are un impact considerabil asupra capacităților de a face față la o persoană în vârstă. Fragilitatea modifică biodisponibilitatea și farmacocinetica medicamentelor.

Progresarea procesului de senescență duce la scăderea rezervei homeostatice și o capacitate de adaptare redusă la schimbările metabolice, inclusiv stresul nutrițional. Fragilitatea

nutrițională se referă la dereglările cauzate de pierderea rapidă neintenționată a masei corporale și pierderea masei musculare (sarcopenia), ceea ce contribuie la dizabilități funcționale [1].

Deci, la toate nivelele perceptibile, fragilitatea generează o precaritate a echilibrului fiziologic, fiind asociată ea înseși cu o precaritate majoră a statutului social [16].

Pentru a stabili diagnosticul de fragilitate este nevoie de precăutat cel puțin trei din următorii 5 factori: pierderea în greutate neintenționată (10 kg sau mai mult timp de 1 an), senzația generală de exhaustare, slăbiciune (măsurată prin forța de apucare), viteza încetinită a mersului, niveluri joase ale activității fizice [5].

Conform unor studii [10] printre persoanele vârstnice din comunitate (nospitalizate și cele în afara azilurilor de bătrâni) vârstnicicii fragili se întâlnesc la 6,9%.

Pentru a înțelege bine necesitățile persoanei în vârstă, medicul trebuie să tindă mereu spre o interpretare globală a pacientului paralel cu interpretarea patologiilor. Evaluarea fragilității, cu o cunoaștere mai bună a *capacităților funcționale* și a *mediului înconjurător* este indispensabilă.

Prevenirea fragilității se va face prin: respectarea aportului de alimente, exerciții fizice, prevenirea aterosclerozei, evitarea izolării, ameliorarea durerii, exerciții pentru menținerea echilibrului, controlul timpuriu al deficitului de testosteron [16].

Din punct de vedere clinic, stratificarea fragilității va fi utilă în plan intervențional sau de prevenire a riscului de deces sau în planificarea instituționalizării. Scorul Clinic al Fragilității include așa termeni ca comorbiditate, dereglări cognitive și dizabilitate (fragilitate fizică). Diferiți clinicieni vor pune accentul pe aceleași patologii în mod diferit.

Conform datelor statisticii mondiale [17] se prezice o creștere a pacienților vârstnici fragili ca o provocare majoră în sistemul ocrotirii sănătății concomitent cu problemele somatice cronice.

Acest studiu prevede o analiză a corelației dintre vârstă, fragilitate, comorbidități și a dizabilității ulterioare cu scop de a introduce pe viitor noi metode de depistare rapidă a pacienților vârstnici fragili și de elaborare a tacticilor adecvate de conduită. Astfel va fi posibil de a prezice riscul pentru persoanele la care sindromul de fragilitate la momentul examinării se exclude.

Scopul

Evaluarea impactului condițiilor medico-sociale în corelație cu zona geografică asupra stării sănătății populației vârstnice din Republica Moldova și evidențierea factorilor de risc pentru fragilizarea vârstnicilor.

Obiectivele

1. Argumentarea conceptului de fragilitate și modalitatea de evaluare a sindromului de fragilitate în condiții de staționar și ambulatoriu
2. Evidențierea patologiilor și a problemelor mari geriatrice ce duc la fragilizarea vârstnicului
3. Influența condițiilor geografice și a stării sociale asupra echilibrului intrinsec al organismului vârstnicului

Materiale și metode

În studiu au fost incluși 669 locuitori ai Republicii cu vârsta de peste 64 de ani (vârsta medie fiind de $73,3 \pm 0,24$ ani, maximă fiind de 96 de ani). Printre ei - 456 persoane (68,2%) au constituit grupul I cu vârsta de 65 – 74 de ani, 186 persoane (27,8%) – grupul II cu vârsta de 75 – 84 de ani și 27 de persoane (4%) – grupul III cu vârsta de peste 85 de ani. Persoanele de gen feminin au constituit 65,5 %, majoritatea populației fiind originară din mediul rural – 68 % (451p.), iar conform clasei sociale – 39,2 % din cei studiați au fost muncitori și 42 % – țărani, restul fiind reprezentați prin intelectuali (18,8%).

Cu scop de a demonstra rolul evaluării geriatrice complexe, au fost analizate 684 de cazuri clinice în secția geriatrie a Centrului Național de Geriatrie și Gerontologie din incinta

SCMS prin evaluarea pacienților cu vârsta de peste 64 de ani spitalizați în perioada anilor 2008 – 2009. Vârsta medie a constituit $76,3 \pm 0,24$ ani, femei – 61%, bărbați – 39%. Pacienții sunt spitalizați în secția geriatrie conform indicațiilor și contraindicațiilor stabilite reieșind din specificul secției.

Persoanele vârstnice au fost evaluate conform chestionarelor geriatrie întocmite de către colectivul Laboratorului Științific de Geriatrie al USMF „Nicolae Testemițanu”, care li s-au distribuit medicilor de familie din municipiul Chișinău și din Republică. Chestionarele au fost completate în baza informației prezentate de persoana inclusă în studiu, a membrilor ei de familie precum și conform datelor extrase din cartela de ambulator.

Pacienții din secție au fost evaluați prin completarea fișei geriatrie întocmite conform standardelor europene cu analiza statistică ulterioară.

Rezultate și discuții

Conceptul unei noi abordări medicale a persoanei vârstnice prin complexitatea sa medico-socială a fost înnțocmit acum 20 de ani în SUA prin crearea noțiunii de evaluare gerontologică standardizată (Comprehensive geriatric assessment) – EGS. Numeroase lucrări științifice au demonstrat faptul că EGS permite de a diminua morbiditatea, mortalitatea, instituționalizarea și prin aceasta costurile sănătății pe termeni medii și lungi. Pentru această evaluare sunt folosite scoruri validate în plan internațional ce abordează starea persoane vârstnice în toate aspectele – medical, psihic, social. Ele cercetează autonomia, funcțiile cognitive, mersul, echilibrul, nutriția, dispoziția, funcțiile sfincteriene, statutul socioeconomic. Obiectivul principal este depistarea precoce a dereglărilor cu scop de prevenire a decompensărilor ulterioare, ce ar înrăutăți pronosticul vital și funcțional al acestor pacienți.

Astfel prin EGC s-a reușit de a depista incidența polipatologiilor frecvent întâlnite la vârstnici precum și problemele mari geriatrie care definesc prin sine sindromul de fragilitate. Locul de frunte printre patologii frecvent întâlnite la vârstnicii spitalizați îl ocupă patologia cardiovasculară (72%), reprezentată prin ICC (88,9%), HTA (75%), dereglări de ritm (43%), CPI (57%). Printre patologii concomitente enumerăm boala artrozică – 73%, osteoporoza – 61%, boala cerebrovasculară de diversă origine (hipertensivă, metabolică, aterosclerotică, vertebroazilară, posttraumatică) – 79%, patologia gastrointestinală cu predominarea hepatitelor și pancreatitelor cronice – 58%, patologia respiratorie prin BPCO și pneumonii – 32%.

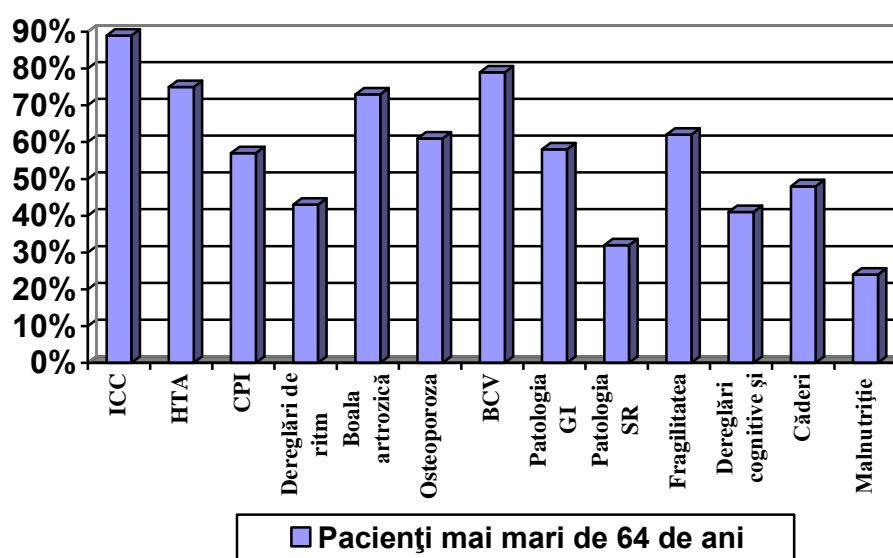


Figura 1. Polipatologia și sindroamele mari geriatrie la pacienții spitalizați

Noțiunea de pacient fragil a fost confirmată la 62% dintre vârstnicii spitalizați, aproximativ 72% de pacienți au fost apreciați ca independenți în activitățile sale zilnice, ceilalți

pacienți au prezentat un grad moderat de dependență. Dereglări cognitive și afective au prezentat 41% de pacienți. La 9% vârstnici evaluați diagnoza de boala Alzheimer a fost confirmată de psihiatru. Sindromul căderilor (cel puțin 1 dată pe an) s-a înregistrat practic la o jumătate de pacienți (48%), cauza principală fiind patologia cardiovasculară (BAV, hipotensiunea ortostatică). Problema de malnutriție a fost detectată la 24% din pacienți geriatrici. S-au examinat condițiile de viață și necesitatea în ajutor social, conform informației primite s-au propus recomandări în plan medico-social (Figura 1).

Evaluarea geriatrică complexă și corectă, cunoscând problemele somatice și geriatrice particulare ce țin de vârsta înaintată va permite acordarea ajutorului medico-social la 368995 persoane din Republica Moldova ce au depășit vârsta de 64 de ani și constituie 10,4% din populația generală a Republicii (conform datelor Biroului Național de Statistică către 01.01.2008). Ținând cont de faptul că 66% (243557) de vârstnici locuiesc în mediul rural, iar 34% (125438) - în mediul urban, este important de a cunoaște structura morbidității pentru persoanele în etate din Republică și de a determina cert momentele caracteristice pentru fiecare zonă a Republicii.

Ca rezultat al studiului nostru în țară s-au evidențiat patologiile caracteristice pentru anumit grup de vârstă, ținând cont de faptul că 61,3 % (226122) din populația vârstnică constituie grupul de 65 – 74 ani, 32,7 % (120801) – 75 – 84 ani, iar 6 % (21938) reprezintă persoane ce au trecut deja de vârsta de 85 de ani, 134 din ei depășind 100 de ani.

Doar 69 % din persoanele care au intrat în studiu sunt normoponderali (mai frecvent – grupul I), 18,7% – prezintă o stare de subnutriție (mai caracteristic pentru grupul III), iar 12,3% – sunt hiperponderali (mai frecvent – grupul I) ($p > 0,05$). Astfel statutul nutrițional al persoanelor ce au depășit vârsta de 65 de ani trebuie să fie evaluat și să fie propusă o tactică de alimentare rațională.

La vârstnicii din republică sindromul căderilor se întâlnește în 25,6% cazuri, mai caracteristice fiind pentru persoanele din grupul II și III ($p < 0,001$). Printre cauzele căderilor primul loc îl ocupă patologia cardiovasculară, fiind urmată de cauze iatrogene, neurologice, metabolice, iar traumatismele înregistrate ca rezultat al căderilor sunt semnalate în 27,5%.

Multiplele probleme ortopedice (47%), bolile neurologice (39%), un șir de suferințe poliorganice (11%), precum și unele tulburări psihice (3%) contribuie la imobilizarea pacientului vârstnic care în 10,3% este incompletă și în 2% totală, mai des întâlnită la pacienții mai mari de 85 de ani ($p < 0,001$).

Demența este semnalată în 9% cazuri din cele studiate, mai caracteristică fiind pentru grupul II și III de vârstă ($p < 0,01$), iar deseori această diagnoză este subdiagnosticată. Depresia se înregistrează la 27,6% din vârstnici, de asemenea perturbând preponderent grupul III de vârstă ($p < 0,001$) și fiind neglijată de multe ori atât de pacienți cât și de medici.

Incontinența de urină a fost menționată de 16,6% din persoanele examinate, în marea majoritate acestea fiind mai în vârstă de 85 de ani ($p < 0,001$).

Existența unei maladii s-a înregistrat în 36% cazuri, în restul cazurilor fiind prezente 2 sau mai multe boli concomitente, vârstnicii mai mari de 75 de ani având o tendință mai exprimată spre polipatologie ($p > 0,05$). Patologia cardiovasculară joacă un rol important la vârstnici, fiind menționată drept patologie de bază în 64% cazuri, interesând toate grupele de vârstă ($p > 0,05$). În structura morbidității la persoanele incluse în studiul unul dintre locurile de frunte îl ocupă și boala artrozică, deseori fiind întâlnită în asocieră cu osteoporoza, de asemenea fiind prezente la toate grupele de vârstă ($p > 0,05$). 38,5% dintre persoanele examinate (mai ales cei care au trecut de vârsta de 75 de ani) urmează tratament în condiții de ambulatoriu cu 3 și mai multe preparate medicamentoase. Polimedicația mărește direct riscul dependențelor farmaceutice și indirect eșecurile terapeutice și patologiile iatrogenice.

Analizând particularitățile de îmbătrânire la sexul masculin și feminin am evaluat morbiditatea la vârstnici. S-au înregistrat unele deosebiri la ambele sexe în ceea ce privește statutul nutrițional, pentru bărbați obezitatea fiind mai puțin caracteristică (7,5% vs 14,9%, $p < 0,05$). Femeile suferă mai mult de consecințele traumatice ca rezultat al căderilor (33% vs

16,3%, $p < 0,05$) și mai frecvent sunt imobilizate (23,4% vs 7,8%, $p > 0,05$). Demențele sunt practic în același raport întâlnite la ambele sexe, cu predominarea la bărbați a tipului vascular al demențelor (76,2% vs 30,3%, $p < 0,05$). În structura polipatologiilor la bărbați evidențiem mai des infarct miocardic vechi (9,5% vs 5,3%, $p < 0,05$), iar la femei CPI (50,4% vs 41,6%, $p < 0,05$), disritmiile (29,5% vs 21,6%, $p < 0,05$), hipertensiunea arterială sistolică izolată (44,8% vs 34,6%, $p < 0,05$), probleme gastrointestinale – colite (2,9% vs 16%, $p < 0,05$), constipații (22,6% vs 17,7%, $p > 0,05$), osteoartroză deformantă (56,1% vs 46,8%, $p < 0,05$), osteoporoza (31,6% vs 18,2%, $p < 0,01$), cistită (21% vs 13,9%, $p < 0,05$). Problemele de polifarmacie sunt mai rar întâlnite la bărbați, astfel tratament cu mai mult de 3 preparate urmează 12,2% bărbați vs 14% femei, $p > 0,05$.

Tabelul 1. Problemele mari geriatrice în corelație cu sexul

Criterii	Bărbați	Femei	P
<i>Obezitatea</i>	7,5%	14,9%	$p < 0,05$
<i>Consecințe traumatice ca rezultat al căderilor</i>	16,3%	33%	$p < 0,05$
<i>Imobilizare</i>	7,8%	23,4%	$p > 0,05$
<i>Demențe de tip vascular</i>	76,2%	30,3%	$p < 0,05$
<i>Infarct miocardic vechi</i>	9,5%	5,3%	$p < 0,05$
<i>CPI</i>	41,6%	50,4%	$p < 0,05$
<i>Disritmii</i>	21,6%	29,5%	$p < 0,05$
<i>HTA sistolică izolată</i>	34,6%	44,8%	$p < 0,05$
<i>Colite</i>	2,9%	16%	$p < 0,05$
<i>Constipații</i>	17,7%	22,6%	$p > 0,05$
<i>Osteoartroză deformantă</i>	46,8%	56,1%	$p < 0,05$
<i>Osteoporoza</i>	18,2%	31,6%	$p < 0,01$
<i>Cistită</i>	13,9%	21%	$p < 0,05$
<i>> de 3 preparate medicamentoase</i>	12,2%	14%	$p > 0,05$

Dacă evaluăm persoanele în dependență de starea socială observăm că la intelectuali mai frecvent se întâlnește CPI (56,1%, $p > 0,05$), hipertensiunea arterială sistolică izolată (52%, $p < 0,05$), ICC (32%, $p < 0,01$), boala artrozică (56,6%, $p > 0,05$), diabetul zaharat (16,4%, $p < 0,01$), boala cerebrovasculară (46%, $p < 0,001$). Pentru categoria de muncitor mai des se semnalează infarctul miocardic vechi (10,2%, $p < 0,05$), hipotensiunea arterială ortostatică (66%, $p > 0,05$), hepatita (16,4%, $p < 0,01$), colitele (24,6%, $p > 0,05$), constipații (24,2%, $p < 0,05$), osteoporoza (29,7%, $p > 0,05$), pielonefrita (23,4%, $p < 0,05$). La agricultori întâlnim probleme de imobilizare (15%, $p > 0,05$), demență (12,8%, $p < 0,01$), depresie (29,6%, $p > 0,05$), incontinență de urină (18,3%, $p > 0,05$), bronhopneumopatie cronică obstructivă (17,5%, $p > 0,05$), cistită (23%, $p < 0,05$).

La vârstnicii din zona de nord mai des sunt înregistrate căderi (34,3%, $p < 0,01$), demență (12,2%, $p < 0,01$), bronhopneumopatie cronică obstructivă (20,1%, $p < 0,01$), colite (23,1%, $p < 0,05$), constipații (25,2%, $p < 0,01$), boală artrozică (49,8%, $p < 0,05$), cistită (23,7%, $p < 0,001$). Pentru vârstnicii din zona centru mai caracteristică este incontinența de urină (21,2%, $p < 0,01$), CPI (54,6%, $p < 0,01$), hipertensiunea arterială sistolică izolată (44,7%, $p > 0,05$), hepatită (17,4%, $p < 0,05$), diabet zaharat (18,9%, $p < 0,05$). În zona de sud observăm preponderent probleme de imobilizare (20,6%, $p < 0,001$), depresie (39,9%, $p < 0,01$), infarct miocardic (11,6%, $p < 0,001$), disritmii (43,2%, $p < 0,001$), hipotensiune arterială ortostatică (10,6%, $p < 0,001$), insuficiența cardiacă cronică (32,2%, $p < 0,001$), osteoporoza (44,7%, $p < 0,001$), pielonefrită cronică (23,1%, $p < 0,05$) (Figura 2).

În rezultatul studiului realizat devine cert faptul că populația vârstnică a oricărei țări, iar în special a Republicii Moldova, ținând cont de numeroasele probleme economice și sociale, este o pătură vulnerabilă a societății prezentând multiple probleme de ordin medical și social. Faptul că evaluarea unui pacient vârstnic trebuie să fie complexă și să intereseze și participarea medicilor de profil îngust (în afară de monitorizarea geriatriului), efectuarea numeroaselor

investigații în stabilirea diagnosticului care este mai dificilă la acest grup de vârstă, precum și administrarea mai multor preparate medicamentoase și o spitalizare mai frecventă și mai de lungă durată în comparație cu un pacient mai tânăr de 64 de ani, face ca vârstnicii să mai fie și o sursă impunătoare de costuri.

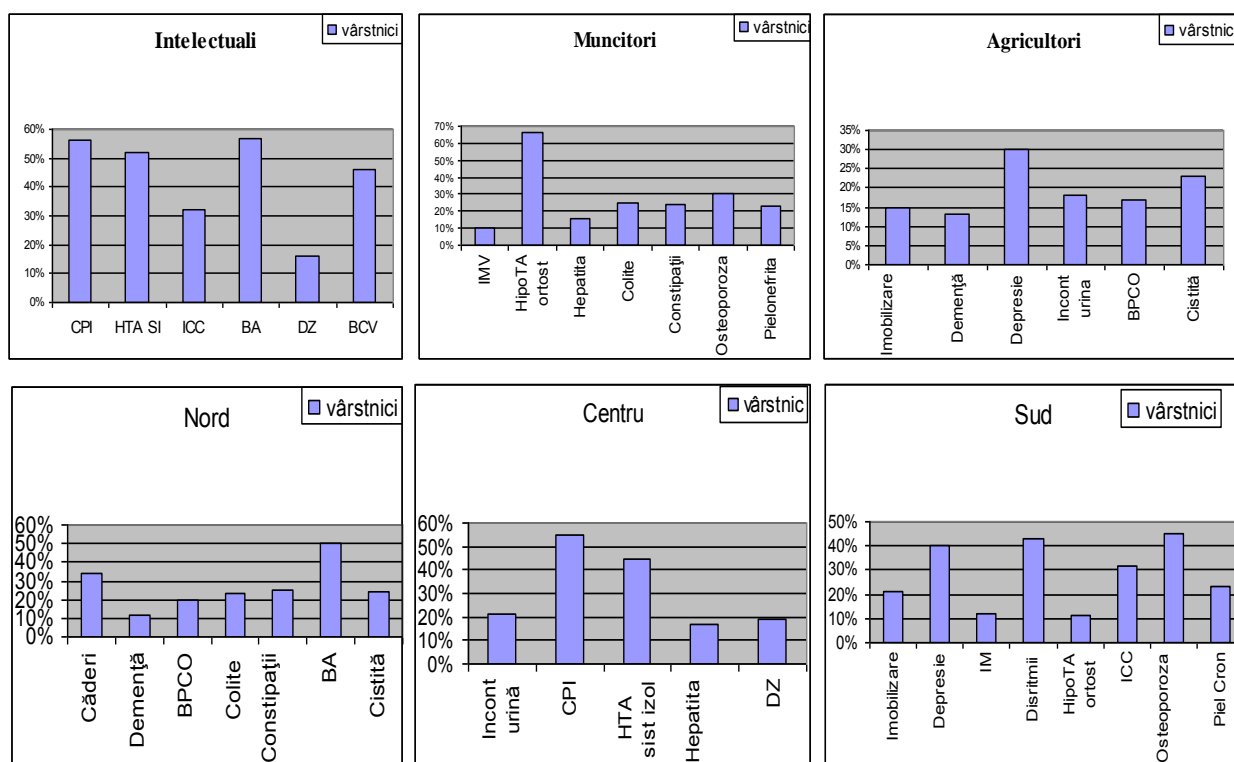


Figura 2. Starea socială, localitatea și problemele mari geriatrice

Cunoașterea situației reale în ceea ce privește starea sănătății vârstnicului, precum și posedarea unui sistem de ierarșizare a priorităților în cazul acestor persoane, aplicarea măsurilor de profilaxie a senescentei precoce și a polipatologiei va diminua semnificativ sursa de costuri și va reduce problemele de ordin medical și social. Conexiunea dintre cercetarea în domeniul sănătății publice și cea din alte domenii științifice poate facilita menținerea strategiilor în ceea ce privește persoana vârstnică și membrii familiei care participă la îngrijire.

Frecvența patologiilor crește odată cu vârsta, iar polipatologia este una din caracteristicile persoanei în vârstă care prezintă deseori 3 și mai multe patologii, printre ele predominând patologia sistemului cardiovascular, a aparatului locomotor, întâlnindu-se frecvent sindroamele mari geriatrice (căderi, dereglări psihice, dereglări ale dispoziției, incontinențele).

Asupra structurii morbidității o influență aparte o au condițiile și modul de trai în dependență de mediu înconjurător și localitate. Astfel sindroamele mari geriatrice mai des pot fi întâlnite în zonele de nord și de sud ale țării, iar patologia cardiovasculară le este caracteristică persoanelor din zona centru și sud. Intelectualii suferă mai mult de patologia cardiovasculară, iar pentru agricultori mai evidente sunt sindroamele geriatrice cu predominarea schimbărilor cognitive, de afectivitate, pierderea autonomiei. Unele deosebiri sunt observate și în dependență de sex.

Astfel, cunoașterea perfectă a mecanismelor de îmbătrânire și elucidarea factorilor de risc poate contribui la prevenirea anumitor efecte ale senescentei precoce. Prin evidențierea particularităților problemelor geriatrice caracteristice pentru populația Republicii Moldova, și prin depistarea ulterioară a factorilor de risc, s-ar putea interveni la nivel de profilaxie și de a elabora recomandări de conduită atât pentru vârstnici cât și pentru medicii la evidența cărora ei se află.

Concluzii

Fragilitatea este pierderea rezervei care face populația susceptibilă la incapacitatea de a răspunde la stresurile minore. Trăsăturile comune ale fragilității includ slăbiciunea, pierderea în greutate, sarcopenia, intoleranța la efort fizic, căderi frecvente, imobilitatea, incontinența și exacerbări frecvente ale patologiilor cronice [20]. La propunerea tratamentului specific vârstnicilor trebuie de ținut cont de diferiți factori – medicali, psihologici, funcționali și sociali. Este important de a înțelege determinantele fragilității și de a învăța a le recunoaște și de a le măsura din punct de vedere clinic.

Evaluarea geriatrică standardizată conform criteriilor bine stabilite are o valoare semnificativă în plan medical, social, psihologic, de sănătate mentală, al statutului funcțional precum și în evidențierea factorilor de mediu. Astfel este posibil de a aborda complex și de a regla problemele mari caracteristice pacienților vârstnici.

Bibliografie

1. Bales Connie W., Ritchie Christine S. / Annual Review of Nutrition Vol. 22: 309-323 (Volume publication date July 2002)
2. Biroul Național de Statistică, 2007
3. Corpus de Gériatrie // France, Malestroit, Tome 1,2, 2000, 188p
4. Fried LP, Ferrucci L, Darer J, Williamson JD, Anderson G. Untangling the concepts of disability, frailty, and comorbidity: implications for improved targeting and care [review]. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2004;59:255-63
5. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al.; Cardiovascular Health Study Collaborative Research Group. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2001;56:M146-56
6. Ghidrai Olimpia, Geriatrie și gerontologie // Casa cărții de știință, Cluj-Napoca, 2002, Ediția II, 384 p
7. Hogan DB, MacKnight C, Bergman H; Steering Committee, Canadian Initiative on Frailty and Aging. Models, definitions, and criteria of frailty [review]. *Aging Clin Exp Res* 2003;15(3 Suppl):1-29
8. Institute of Medicine. Retooling for an aging America: Building the health care workforce. Committee on the healthcare Workforce for older Americans – Washington, D.C.: The National Academies Press, 2008
9. Jeffrey B. Halter, Joseph G. Ouslander, Marz E. Tinetti, Stephanie Studenski, et al / Hazzard's Geriatric Medicine and Gerontology, 6th edition / Frailty/ p.631
10. John E. Morley, / Frailty: Management and treatment / <http://www.thedoctorwillseeyounow.com/content/aging/art2070.html?getPage=3>
11. Lipsitz LA. Physiological complexity, aging, and the path to frailty [review]. *Sci Aging Knowledge Environ* 2004;2004:pe16
12. Morley JE, Perry HM III, Miller DK. Editorial: something about frailty [review]. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2002;57:M698-704
13. Paladi Gheorghe, Considerații privind procesul de îmbătrânire demografică în Republica Moldova // Akademos, Nr.3, 2008, p. 64 – 69
14. Rockwood K, Fox RA, Stolee P, Robertson D, Beattie BL. Frailty in elderly people: an evolving concept [review]. *CMAJ* 1994;150(4):489-95
15. Rockwood K, Mitnitski A, MacKnight C. Some mathematical models of frailty and their clinical implications. *Rev Clin Gerontol* 2002;12:109-17
16. Rockwood K., Stolee P., Beattie L. / Frailty in elderly people: an evolving concept/ *Can Med Assoc J* 1994; 150 (4)
17. Slaets JP., Vulnerability in the elderly: frailty / *Med Clin North Am.* 2006 Jul; 90(4):593-601
18. Walston J. Et al / Frailty and Activation of the Inflammation and Coagulation Systems with and without Clinical Comorbidities / *Arch Intern Med.* 2002; 162:2333-2341

19. Wells JL, Seabrook JA, Stolee P, Borrie MJ, Knoefel F. State of the art in geriatric rehabilitation. Part I: review of frailty and comprehensive geriatric assessment [review]. *Arch Phys Med Rehabil* 2003;84:890-7

20. Mark H. Beers, *The Merck Manual of Geriatrics* // Merck Research Laboratories, Division of Merck and Co., Inc., Third edition, 2000

ACȚIUNEA BENEFICĂ A VINULUI FOLOSIT ÎN DOZE MICI ASUPRA SĂNĂTĂȚII (Revista literaturii)

Sergiu Matcovschi¹, Veaceslav Gonciar², Constantin Matcovschi²

¹ Catedra Medicină internă nr. 5 a USMF „Nicolae Testemițanu”

² Catedra Farmacologie și farmacie clinică a USMF „Nicolae Testemițanu”

Summary

Beneficial action of low doses wine consumption upon health (Review)

Alcohol consumption is wide spread all over the world. Although alcohol causes severe medical and socio-economical problems, in low doses it may prevent or regress the evolution of many diseases and increase life expectation. The article is focused on the action of low doses wine consumption upon health.

Rezumat

Folosirea băuturilor alcoolice este răspândită în lume. În timp ce abuzul de alcool cauzează probleme grave medicale și socio-economice, în doze mici el poate preveni sau încetini dezvoltarea multor boli și spori speranța de viață. În articol este analizată acțiunea vinului folosit în doze mici asupra sănătății.

Este bine cunoscut faptul, că alimentația ce conține cantități mari de grăsimi saturate, de origine animală, se asociază cu creșterea incidenței bolilor cardiovasculare. Această corelație se remarcă peste tot în lume, cu excepția Franței. Astfel, francezii mănâncă după plăcere unt, smântână, produse de patiserie, brânzeturi grase, carne și alte alimente bogate în grăsimi saturate, fără ca aceasta să conducă la o creștere a riscului de boli de inimă și obezitate comparabilă cu cea evidențiată în rândul americanilor sau al altor populații occidentale [7, 30, 48].

Mulți cercetători, care au studiat această discrepanță numită „Paradoxul francez”, au ajuns la concluzia, că ea se explică prin obiceiul francezilor de a folosi cu regularitate vin roșu [35, 46].

Efectele benefice ale vinului sunt cunoscute încă din antichitate [16]. Despre utilitatea consumului moderat de vin pentru sănătate scria Hippocrates și Avicena. Hippocrates, părintele medicinei, îl recomanda în cazul diferitelor afecțiuni. Era recomandat drept o băutură dietetică hrănitoare, pansament pentru răni și agent de scădere a febrei. Hippocrates scria: „Trebuie de băut 3 pahare de vin la masă: primul de nevoie, al doilea pentru utilitate, iar al treilea pentru plăcere”. Medicul german din veacul al 16-lea Paracelsus scria: „Vinul, în dependență de doză, poate fi un produs alimentar, un medicament sau o otrăvă”, iar renumitul biolog francez Louis Pasteur considera, că „vinul este băutura cea mai sănătoasă și igienică”.

Componentele vinului

Vinul, în special cel roșu, este asociat unui complex de substanțe organice și minerale care provin din struguri și metabolismul drojdiilor. Deși cunoștințele noastre despre compoziția chimică a strugurilor și a vinului s-au îmbogățit considerabil în ultimii 40 de ani, multe proprietăți ale lor rămân și în zilele noastre o enigmă. Vinul conține peste 500 de componente, dintre care peste 160 sunt esteri. Concentrația la majoritatea substanțelor variază între 10^{-1} și 10^{-6} mg/L [16]. În general vinul este alcătuit din 75-90% apă (variația de 15% datorându-se