

НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ПИТАНИЯ (МАЛЬНУТРИЦИЯ) У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА. КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

DOI: 10.37586/2686-8636-1-2021-15-34

УДК 616.393

Ткачева О.Н.¹, Тутельян В.А.^{2,3}, Шестопалов А.Е.⁴, Котовская Ю.В.¹, Стародубова А.В.^{1,2,4},
Погожева А.В.², Остапенко В.С.¹, Рунихина Н.К.¹, Шарашкина Н.В.¹, Крылов К.Ю.¹,
Вараева Ю.Р.¹, Герасименко О.Н.⁵, Горобей А.М.⁵, Ливанцова Е.Н.¹, Переверзев А.П.⁴,
Шпагина Л.А.⁵

¹ ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, Москва, Россия

² ФГБУН «Федеральный исследовательский центр питания, биотехнологии и безопасности пищи»

³ ФГАОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет)

⁴ ФГБОУ ДПО РМАНПО (Российская Медицинская Академия Непрерывного Последипломного Образования)

⁵ ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет»

Резюме

Данный документ представляет собой клинические рекомендации по недостаточности питания (мальнутриции) у пациентов пожилого и старческого возраста, разработанные экспертами Российской ассоциации геронтологов и гериатров, Национальной ассоциацией клинического питания и метаболизма, Союзом диетологов, нутрициологов и специалистов пищевой индустрии. Документ одобрен Научно-практическим Советом Минздрава РФ в декабре 2020 г. Клинические рекомендации ориентированы на врачей-гериатров, оказывающих помощь в амбулаторных и стационарных условиях, врачей терапевтов, врачей общей практики, диетологов, анестезиологов-реаниматологов, клинических фармакологов и реабилитологов. В документе изложены принципы скрининга, диагностики синдрома мальнутриции, подходы к ведению и лечению пациентов с недостаточностью питания, а также вопросы профилактики, реабилитации и организации медицинской помощи этой категории лиц и критерии контроля качества ее оказания.

Ключевые слова: недостаточность питания; мальнутриция; пожилые; рекомендации; энтеральное питание; скрининг

Для цитирования: Ткачева О.Н., Тутельян В.А., Шестопалов А.Е., Котовская Ю.В., Стародубова А.В., Погожева А.В., Остапенко В.С., Рунихина Н.К., Шарашкина Н.В., Крылов К.Ю., Вараева Ю.Р., Герасименко О.Н., Горобей А.М., Ливанцова Е.Н., Переверзев А.П., Шпагина Л.А. Недостаточность питания (мальнутриция) у пациентов пожилого и старческого возраста. Клинические рекомендации. *Российский журнал гериатрической медицины*. 2021; 1(5): 15–34. DOI: 10.37586/2686-8636-1-2021-15-34

МКБ 10: **E43, E44, E46**

Год утверждения (частота пересмотра): **2020**

ID: **KP615**

URL http://cr.rosminzdrav.ru/schema/615_2

Профессиональные ассоциации:

Общероссийская общественная организация «Российская ассоциация геронтологов и гериатров»

Национальная ассоциация клинического питания и метаболизма

Союз диетологов, нутрициологов и специалистов пищевой индустрии

Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ

MALNUTRITION IN OLDER ADULTS. CLINICAL GUIDELINES

Tkacheva O.N.¹, Tutelyan V.A.^{2,5}, Shestopalov A.E.⁴, Kotovskaya Yu.V.¹, Starodubova A.V.^{1,2,4}, Pogozeva A.V.², Ostapenko V.S.¹, Runikhina N.K.¹, Sharashkina N.V.¹, Krylov K.Yu.¹, Varaeva Yu.R.¹, Gerasimenko O.N.⁵, Gorobey A.M.⁵, Livantsova E.N.¹, Pereverzev A.P.⁴, Shpagina L.A.⁵

¹ Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow, Russia

² Federal Research Center for Nutrition, Biotechnology and Food Safety

³ First Moscow State Medical University. I.M.Sechenov (Sechenov University)

⁴ DPO RMANPO (Russian Medical Academy of Continuous Postgraduate Education)

⁵ Novosibirsk State Medical University

Abstract

This document is a clinical guideline on malnutrition in elderly and senile patients, developed by experts from the Russian Association of Gerontologists and Geriatricians, the National Association of Clinical Nutrition and Metabolism, the Union of Nutritionists, Nutritionists, and Food Industry Specialists. The Scientific and Practical Council of the Ministry of Health of the Russian Federation approved the document in December 2020. Clinical recommendations are aimed at geriatricians who provide assistance in outpatient and inpatient conditions, general practitioners, general practitioners, nutritionists, anesthesiologists-resuscitators, clinical pharmacologists, and rehabilitologists. The document outlines the principles of screening, diagnosis of malnutrition syndrome, approaches to managing, preventing, and rehabilitating patients with malnutrition, and organizing medical care for this category of persons and criteria for quality control of its provision.

Keywords: malnutrition; older adults; recommendations; enteral nutrition; sipping

For citation: Tkacheva O.N., Tutelyan V.A., Shestopalov A.E., Kotovskaya Yu.V., Starodubova A.V., Pogozeva A.V., Ostapenko V.S., Runikhina N.K., Sharashkina N.V., Krylov K.Yu., Varaeva Yu.R., Gerasimenko O.N., Gorobey A.M., Livantsova E.N., Pereverzev A.P., Shpagina L.A. Nutritional insufficiency (malnutrition) in older adults. Clinical recommendations. *Russian Journal of Geriatric Medicine*. 2021; 1(5): 15–34. DOI: 10.37586/2686-8636-1-2021-15-34

ICD 10: **E43, E44, E46**

Year of approval (frequency of revision): **2020**

ID: **KR615**

Url http://cr.rosminzdrav.ru/recomend/615_2

Professional associations:

All-Russian public organization «Russian Association of Gerontologists and Geriatricians»

National Association for Clinical Nutrition and Metabolism

Union of Dietitians, Nutritionists and Food Industry Specialists

Approved by the Scientific and Practical Council of the Ministry of Health of the Russian Federation

ТЕРМИНЫ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ

Индекс массы тела (ИМТ) — индекс, позволяющий оценить степень соответствия массы человека и его роста и косвенно судить, является ли масса недостаточной, нормальной или избыточной. ИМТ = масса тела/рост²(кг/м²).

Недостаточность питания (мальнутриция) — патологическое состояние, обусловленное несоответствием поступления и расхода питательных веществ, приводящее к снижению массы тела и изменению компонентного состава организма. Это состояние возникает в результате недостаточного потребления или нарушений усвоения/всасывания пищи, что приводит к изменению состава тела (уменьшение сухой/тощей массы) и массы клеток тела, уменьшению

физического и умственного функционирования, а также к ухудшению прогноза [1].

Парентеральное питание — способ введения питательных веществ в организм путем внутривенной инфузии.

Питание — физиологический акт поддержания жизни и здоровья человека с помощью поглощения пищи.

Сиппинг — пероральное потребление современных искусственно созданных питательных смесей в жидком виде. Может быть частичным (дополнением к основному рациону питания) или полным (потребление только питательных смесей).

Старческая астения (СА) — гериатрический синдром, характеризующийся

возраст-ассоциированным снижением физиологического резерва и функций многих систем организма, приводящий к повышенной уязвимости организма пожилого человека к воздействию эндо- и экзогенных факторов и высокому риску развития неблагоприятных исходов для здоровья, потери автономности и смерти.

Физическая активность — любое движение тела, производимое скелетными мышцами, которое требует расхода энергии.

Энтеральное питание — это тип лечебно-го или дополнительного питания специальными смесями, при котором всасывание пищи (при её поступлении через рот, через зонд в желудке или кишечнике) осуществляется физиологически адекватным путём, то есть через слизистую оболочку желудочно-кишечного тракта.

Комментарии к терминологии:

В отечественной литературе нет общепринятого термина для определения состояния питания. В качестве синонимов используются термины «пищевой статус», «трофологический статус», «белково-энергетический статус», «нутриционный статус». В качестве гериатрического синдрома используется термин «недостаточность питания» (англ. «malnutrition» — мальнутриция).

В МКБ-10 представлен термин «белково-энергетическая недостаточность», который нередко используется в русскоязычной литературе как синоним недостаточности питания. Мальнутриция является более широким понятием, чем белково-энергетическая недостаточность, поскольку включает макро- и микронутриентную недостаточность.

Термины «квашиоркор», «маразматический квашиоркор» и «алиментарный маразм», представленные в разделе МКБ-10 «недостаточность питания», традиционно не используются для характеристики соответствующего гериатрического синдрома.

1. КРАТКАЯ ИНФОРМАЦИЯ

1.1. Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Недостаточность питания (синонимы: мальнутриция, белково-энергетическая недостаточность) — патологическое состояние, обусловленное несоответствием поступления и расхода питательных веществ, приводящее к снижению массы тела и изменению компонентного состава организма, уменьшению физического и умственного функционирования, а также к ухудшению прогноза. Это состояние возникает в результате недостаточного потребления или нарушений усвоения/всасывания пищи, что приводит к изменению состава тела — уменьшению сухой/тощей массы и массы клеток тела [1].

1.2. Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Питание является важным фактором, определяющим состояние здоровья и самочувствие пожилых людей. Ненадлежащее питание способствует прогрессированию многих заболеваний и также считается одним из важных звеньев многофакторной этиологии саркопении и старческой астении (СА). Люди пожилого и старческого возраста часто имеют сниженный уровень потребления пищи, обусловленный различными причинами, вследствие чего у данной категории пациентов повышен риск развития недостаточности питания (мальнутриции). Отмечена тесная связь между нарушениями питания и неблагоприятными исходами, особенно у пациентов пожилого и старческого возраста — увеличение частоты инфекций и стрессовых язв, продолжительности пребывания в стационаре и частоты повторных госпитализаций, удлинение сроков выздоровления после острого заболевания, повышение риска перелома проксимального отдела бедренной кости, увеличение смертности и снижение качества жизни [2,3].

У пациентов пожилого и старческого возраста выявление и своевременная коррекция недостаточности питания играет особенно важную роль, так как мальнутриция может приводить к развитию и/или прогрессированию гериатрических синдромов, таких как СА, саркопении, падения, пролежни, депрессия, снижение когнитивных функций и др. [1–4].

Недостаточность питания является полиэтиологическим патологическим состоянием, основными причинами развития которого являются следующие факторы [1–4]:

- **социальные:** бедность, недостаток пищи, снижение повседневной активности, социальная изоляция и др.;
- **медицинские:** отсутствие аппетита, прием некоторых лекарственных средств, предшествующее назначение слишком строгой диеты, изменения вкусового и обонятельного рецепторных аппаратов, проблемы с жеванием, дисфагия, нарушения функционирования верхних конечностей, ограниченная мобильность, острые и хронические заболевания/травмы, протекающие с воспалительной реакцией и катаболическими процессами (например, злокачественное новообразование, ХОБЛ, застойная сердечная недостаточность, хроническая болезнь почек и т.д.), болевой синдром, повышение обмена веществ (феохромоцитомы, гипертиреоз) и др.;
- **психо-эмоциональные:** депрессия, нарушение когнитивных функций и др.

1.3. Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Недостаточность питания среди пожилых людей, в том числе и в развитых странах, явление не редкое. Среди проживающих дома пациентов пожилого и старческого возраста распространенность недостаточности питания составляет 5–30%. В пансионатах по уходу за пожилыми людьми (домах престарелых) распространенность недостаточности питания варьирует от 16 до 70% в зависимости от методов, применяемых для оценки пищевого статуса пациентов, и объема ухода, который необходим. В условиях отделений интенсивной терапии 23–60% пациентов пожилого и старческого возраста имеют недостаточность питания, а у 22–28% пациентов выявляется повышенный риск ее развития [1–3]. Существует прямая ассоциация между потребностью в уходе и недостаточностью питания [1–3]. Согласно данным российских исследований распространенность риска развития недостаточности питания среди свободно проживающих людей в возрасте 65 лет и старше составляет от 17,3 до 25,8%, а непосредственно недостаточности питания — 0,3–1,8% [6,7].

1.4. Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем

E43	Тяжелая белково-энергетическая недостаточность неуточненная
E44	Белково-энергетическая недостаточность умеренной и слабой степени
	E44.0 Умеренная белково-энергетическая недостаточность
	E44.1 Легкая белково-энергетическая недостаточность
E46	Белково-энергетическая недостаточность неуточненная

1.5. Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

По причине развития:

- первичная — вызванная недостаточным потреблением питательных веществ;
- вторичная — результат заболеваний или приема лекарственных препаратов, которые нарушают усвоение питательных веществ.

По степени тяжести (таблица 1): легкая, умеренная, тяжелая [5].

Таблица 1.

Оценка степени тяжести недостаточности питания

Показатели	Баллы			
	3 балла	2 балла	1 балл	0 баллов
ФМТ / РМТ, %	100–90	90–80	80–70	<70
ИМТ, кг/м ²	25–19	19–17	17–15	<15
ОП, см: муж.	29–26	26–23	23–20	<20
жен.	28–25	25–22,5	22,5–19,5	<19,5
КЖСТ, мм: муж.	10,5–9,5	9,5–8,4	8,4–7,4	<7,4
жен.	14,5–13	13–11,6	11,6–10,1	<10,6
ОМП, см: муж.	25,7–23	23–20,5	20,5–18	<18
жен.	23,5–21	21–18,5	18,5–16,5	<16,5
Общий белок, г/л	>65	65–55	55–45	<45
Альбумин, г/л	35 и более	35–30	30–25	<25
Трансферрин, г/л	2 и более	2–1,8	1,8–1,6	<1,6
Лимфоциты, тыс.	Более 1,2	1,0–1,2	0,9–1,0	<0,8

Примечание: ФМТ — фактическая масса тела, РМТ — рекомендуемая масса тела, ОП — окружность плеча, КЖСТ — толщина кожно-жировой складки над трицепсом, ОМП — охват мышц плеча. 18–26 баллов — недостаточность питания легкой степени, 9–17 баллов — недостаточность питания средней степени тяжести, <9 баллов — недостаточность питания тяжелой степени.

1.6. Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Симптомы недостаточности питания могут быть общими (системными) или затрагивать определенные органы и системы:

- прогрессирующая потеря массы тела;
- астеновегетативный синдром;
- синдром полигландулярной эндокринной недостаточности;
- признаки атрофии органов пищеварения, нарушение процессов переваривания и всасывания (мальдигестия и мальабсорбция);
- признаки циркуляторной гипоксии органов и тканей;
- признаки иммунодефицита;
- признаки полигиповитаминоза.

2. ДИАГНОСТИКА

Диагноз недостаточности питания (мальнутриции) у пациентов пожилого и старческого возраста устанавливается на основании данных анамнеза, физикального обследования, лабораторных исследований, а также результатов скрининга синдрома мальнутриции с использованием рекомендованных инструментов.

Критерии диагноза недостаточности питания:

1. Результаты оценки с использованием валидированных инструментов скрининга (таблица 2) указывают на риск или наличие недостаточности питания И 2.

У пациента установлено наличие 1 фенотипического и 1 этиологического критерия (таблица 3).

- Рекомендуется проводить активное выявление синдрома недостаточности питания (мальнутриции) с использованием валидированных шкал, а также путем сбора и анализа данных анамнеза, физикального обследования и результатов лабораторных исследований у пациентов пожилого и старческого возраста независимо от диагноза, включая пациентов с избыточной массой тела/ожирением, с целью своевременной диагностики недостаточности питания [8–20]. Скрининг недостаточности питания должны проводить все специалисты здравоохранения, участвующие в профилактике, лечении, реабилитации и уходе за лицами пожилого и старческого возраста,

Уровень убедительности рекомендации А (уровень достоверности доказательств 2)

- Рекомендуется проводить поиск потенциальных этиологических и фенотипических критериев недостаточности питания у пациентов, находящихся в группе риска развития недостаточности питания по данным скрининга, и устанавливать диагноз недостаточности питания при наличии 1 этиологического и 1 фенотипического критерия (Приложения Б, Г1) [8–20].

Уровень убедительности рекомендации А (уровень достоверности доказательств 2)

Таблица 2.

Валидированные инструменты скрининга недостаточности питания

Название	Область применения	Комментарий
Краткая шкала оценки питания (Mini Nutritional Assessment — MNA) (приложение 3.1)	Все условия оказания гериатрической помощи, включая дома престарелых и уход на дому, проведение КГО. Может быть использована для оценки риска развития недостаточности питания, оценки эффективности вмешательства по коррекции недостаточности питания	Наиболее распространенный скрининговый диагностический инструмент. Состоит из 2 частей: скрининговой и полной, которая заполняется при положительных результатах скрининга. Помимо стандартных скрининговых показателей (ИМТ, снижение массы тела, сниженный уровень потребления пищи, заболевания), включает ГС, способствующий развитию недостаточности питания, иммобилизацию и депрессию
Универсальный скрининг недостаточности питания (Malnutrition Universal Screening Tool — MUST) (Приложение 3.2)	Скрининг недостаточности питания у лиц, проживающих дома. Рекомендуется ввиду низкой вероятности наличия искажающих факторов у данной категории пациентов	Основан на взаимосвязи между недостаточностью питания и нарушением функционирования
Скрининг нутритивного риска (Nutritional Risk Screening 2002 — NRS-2002) (Приложение 3.3)	Скрининг недостаточности питания у госпитализированных пациентов	Учитывает тяжесть состояния госпитализированного пациента

Таблица 3.

Фенотипические и этиологические критерии недостаточности питания

Фенотипические критерии	
Потеря массы тела, %	>5% в течение предшествующих 6 мес. или >10% за период более 6 месяцев
Низкий ИМТ, кг/м ²	<20, если пациент младше 70 лет <22, если пациент старше 70 лет Для лиц азиатской расы: <18,5, если пациент младше 70 лет <20, если пациент старше 70 лет
Сниженная мышечная масса	По данным анализа состава тела
Этиологические критерии	
Снижение объема потребляемой пищи или нарушение ее усвоения	<50% от энергетических потребностей >1 недели или любое снижение >2 недель или любая хроническая патология ЖКТ, которая может негативно сказываться на потреблении и усвоении пищи
Воспаление	Заболевание/травма в острой фазе или хроническая патология, сопровождающаяся воспалительной реакцией (например, злокачественное новообразование, ХОБЛ, застойная сердечная недостаточность, хроническая болезнь почек и т.д.)

2.1. Жалобы и анамнез

Типичными жалобами пациентов являются слабость, вялость, заторможенность, снижение массы тела, истончение конечностей, снижение работоспособности. В анамнезе голодание, уменьшение количества потребляемой пищи и иные потенциальные причины (см. раздел 1.2).

2.2. Физикальное обследование

При проведении физикального обследования у пациента с недостаточностью питания (мальнутрицией) можно выявить следующие признаки:

Масса тела: ИМТ <20 кг/м², если пациент моложе 70 лет, или <22 кг/м², если пациент 70 лет и старше. Для лиц азиатской расы: ИМТ <18,5 кг/м², если пациент моложе 70 лет, или <20 кг/м², если пациент 70 лет и старше.

Кожа: потеря эластичности, уменьшение толщины подкожной жировой клетчатки, мелкие морщины, шелушение, депигментация, ксероз, фолликулярный гиперкератоз, петехии, склонность к появлению синяков, бледность.

Волосы: диспигментация, выпадение волос, истончение волос.

Ногти: койлонихии, ломкие, бороздчатые, расслаивающиеся

Голова: визуальное похудение лица, «заостренные» черты лица, увеличение околоушных желез.

Шея: увеличение щитовидной железы.

Глаза: бляшки Бито, ксероз склеры и конъюнктивы глаз, кератомалация, васкуляризация роговицы, аннулярное воспаление век, офтальмоплегия, светобоязнь.

Ротовая полость: хейлоз, ангулярный стоматит, гунтеровский глоссит, атрофия сосочков языка, малиновый язык, трещины языка, разрыхление и кровоточивость десен, ослабление фиксации и выпадение зубов.

Опорно-двигательный аппарат: чрезмерное выпячивание костей скелета, мышечная слабость, уменьшение мышц и конечностей в объеме (ОП у мужчин <26 см; ОП у женщин <25 см), отеки конечностей, мышечная боль, судороги в мышцах.

Психоневрологический статус: раздражительность, слабость, депрессия, нарушение сна и внимания, сонливость, снижение умственной и физической работоспособности, утрата глубоких сухожильных рефлексов, судорожный синдром, гиперестезии.

Другие проявления: диарея или отсутствие стула, извращение вкуса.

2.3. Лабораторные диагностические исследования

● Рекомендуется оценивать показатели общего (клинического) анализа крови (гемоглобин, лимфоциты) и анализа крови биохимического общетерапевтического (уровни альбумина, общего белка, общего холестерина, триглицеридов, железа, общей железосвязывающей способности сыворотки, трансферрина, насыщение трансферрина железом) анализов крови у пациентов с риском недостаточности питания с целью постановки диагноза [21–23].

Уровень убедительности рекомендации В (уровень достоверности доказательств 2)

2.4. Инструментальные диагностические исследования

В настоящее время не существует специфических инструментальных диагностических методов исследования для установления диагноза недостаточности питания. Применение инструментальных диагностических методов диктуется клинической необходимостью оценки этиологических факторов мальнуриции или дифференциального диагноза с другими состояниями, сопровождающимися сходной клинической картиной.

2.5. Иные диагностические исследования

Применение других диагностических методов диктуется клинической необходимостью оценки этиологических факторов мальнуриции или дифференциального диагноза с другими состояниями, сопровождающимися сходной клинической картиной.

3. ЛЕЧЕНИЕ

3.1. Общие принципы нутритивной поддержки для людей пожилого и старческого возраста с недостаточностью питания

Нутритивная поддержка для лиц пожилого и старческого возраста должна являться частью мультимодального мультидисциплинарного подхода, направленного на поддержание достаточного уровня потребления пищи, поддержание или увеличение массы тела, улучшение функционального статуса и качества жизни. В РКИ по изучению эффектов всесторонних, индивидуально подобранных мер нутритивной поддержки госпитализированных пожилых людей с риском недостаточности питания были показаны положительные эффекты индивидуализированных вмешательств на уровень потребления энергии и белков, массу тела, осложнения, применение антибиотиков, повторные госпитализации и функциональные показатели. Кроме того, во всех РКИ было выявлено улучшение качества жизни в группе индивидуализированной нутритивной поддержки по сравнению с группой со стандартной нутритивной поддержкой [24–28].

● Рекомендуется рассчитывать энергетическую ценность рациона пациента пожилого и старческого возраста, ориентируясь на уровень 30 ккал на кг массы тела в сутки. Это значение должно быть скорректировано в индивидуальном порядке в зависимости от пищевого статуса, уровня физической активности, статуса заболевания и переносимости [29–34].

Уровень убедительности рекомендации С (уровень достоверности доказательств 3)

Комментарии: Энергетическая потребность в 30 ккал/кг МТ является приблизительной

оценкой и общим ориентиром для пожилых людей. Эта величина должна корректироваться в индивидуальном порядке с учетом различных факторов, таких как пол, пищевой статус, физическая активность и клиническое состояние. Кроме того, необходимо принимать во внимание цель нутритивной поддержки, а также приемлемость и переносимость мер нутритивной поддержки.

Традиционно при расчете энергетической ценности рациона и потребности в белке используется показатель идеальной/рекомендуемой массы тела. Для пациентов пожилого и старческого возраста необходимо придерживаться более индивидуализированного подхода. Если выбрана стратегия снижения или набора массы тела, расчет необходимо проводить на идеальную/рекомендуемую массу тела. Если выбрана стратегия поддержания массы тела (у пациента длительное время масса тела стабильна, нет тенденции к ее снижению, учтены возраст, имеющиеся заболевания, уровень функциональной активности и прогноз), при расчете соответствующих показателей следует ориентироваться на фактическую массу тела.

Для пациентов пожилого и старческого возраста с нормальной или избыточной массой тела (ИМТ <30 кг/м²) потребность в энергии следует рассчитывать на фактическую массу тела, так как существуют данные о лучших показателях выживаемости у пациентов с ИМТ от 27 до 30 кг/м² [35]. Для пациентов пожилого и старческого возраста с ожирением (ИМТ ≥30 кг/м²) необходима консультация врача-диетолога для оценки пищевого статуса, диетологического консультирования и при необходимости составления индивидуальной программы коррекции массы тела и индивидуальных рекомендаций по питанию [36].

● Рекомендуется ориентироваться на количество не менее 1 г белка на кг массы тела в сутки при расчете количества белка в суточном рационе лиц пожилого и старческого возраста с целью снижения риска недостаточности питания или ее коррекции. Количество белка в рационе должно быть индивидуально подобрано с учетом нутритивного статуса, уровня физической активности и коморбидности [3, 37–41].

Уровень убедительности рекомендации А (уровень достоверности доказательств 1)

Комментарии: Приемлемость традиционной рекомендации для пожилых людей любого возраста по уровню потребления белка 0,8 г на кг массы тела в сутки в настоящее время обсуждается в связи с ненакопленными экспериментальными и эпидемиологическими данными о том, что пожилые люди могут нуждаться в большем количестве белка для оптимального сохранения безжировой массы тела, функции жизненно важных органов и качества жизни. По мнению нескольких

экспертных групп, суточный уровень потребления белка у здоровых пожилых людей должен составлять не менее 1,0 до 1,2 г/кг массы тела. При наличии острого или хронического заболевания, сопровождающегося воспалением (включая системное воспаление у пожилых людей, инфекции, раны, пролежни и т.д.), потребность в белке может быть еще выше и составлять 1,2–1,5 г/кг массы тела, а для людей пожилого и старческого возраста с серьезными заболеваниями, травмами или недостаточностью питания — до 2,0 г/кг массы тела в сутки.

● Рекомендуется восполнять дефицит отдельных микронутриентов у лиц пожилого и старческого возраста с помощью пищевых добавок и/или лекарственных средств в случаях, если этот дефицит подтвержден клиническими и/или лабораторными данными. В других случаях содержание микронутриентов в ежедневном рационе лиц пожилого и старческого возраста должно соответствовать нормам физиологических потребностей в энергии и пищевых веществах для лиц пожилого и старческого возраста (Приложение А 3.2) [4,3].

Уровень убедительности рекомендации С (уровень достоверности доказательств 5)

Комментарии: Для пожилых людей разработаны нормы физиологических потребностей в энергии и пищевых веществах, которые должны обязательно содержаться в их суточном рационе. В связи с растущей распространенностью заболеваний желудочно-кишечного тракта, которые сопровождаются сниженной биодоступностью питательных веществ (как, например, при атрофическом гастрите и нарушенном всасывании витамина В12, кальция и железа), люди пожилого возраста имеют повышенный риск дефицита микронутриентов, который должен быть скорректирован с помощью пищевых добавок и/или лекарственных средств.

3.2. Энтеральное питание для лиц пожилого и старческого возраста

Энтеральное питание является предпочтительным вариантом нутритивной поддержки пациентов, так как питание через ЖКТ является наиболее физиологичным. Энтеральное питание не требует тщательного создания стерильных условий для его проведения и не вызывает осложнений, связанных с процедурой парентерального введения. Пищеварительная система в силу своих физиологических особенностей сама нуждается в постоянной внутривисцеральной трофической поддержке.

Основными вариантами энтерального питания являются:

- комбинированное пероральное энтеральное питание (ПЭП) специальными смесями и диетическим питанием;
- только ПЭП специальными смесями;
- зондовое энтеральное питание (ЗЭП): зонд в желудок (в том числе через стому), зонд

в двенадцатиперстную кишку (в том числе через стому), зонд в тощую кишку (в том числе через стому).

3.2.1. Пероральное энтеральное питание (ПЭП)

Препараты ПЭП обладают высоким содержанием калорий и питательных веществ и разработаны специально для обеспечения ежедневной потребности в питательных веществах, когда обычной диеты для этого не хватает.

Разнообразие препаратов ПЭП по консистенции (жидкость, порошок, пудинг, предварительно стуженные продукты), объему, составу (с высоким содержанием белка, с пищевыми волокнами), калорийности (от одной до трех ккал/мл) и вкусу обеспечивает потребности разных пациентов. Выделяют ПЭП с высоким содержанием белка, в которых он составляет >20% калорийности, и с высоким содержанием калорий, содержащие >1,5 ккал на мл или г.

● Рекомендуется применять пероральное энтеральное питание у пациентов пожилого и старческого возраста с недостаточностью питания или риском ее развития, имеющих хронические заболевания, в тех случаях, когда стандартная или обогащенная диета недостаточны для обеспечения потребностей пациента и достижения целей лечения [3, 42–43].

Уровень убедительности рекомендации В (уровень достоверности доказательств 1)

Комментарии: Среди пожилых людей, которые проживают дома, нуждаются в помощи социальных работников и имеют повышенный риск развития недостаточности питания, прибавка массы тела была выше, а количество падений было ниже в группе применения ПЭП, назначаемых диетологом, по сравнению с группой, в которой проводились только консультации диетолога. У пожилых людей, проживающих в домах престарелых, уровень потребления энергии возрастал на 30% при введении в рацион перекусов и на 50% при применении ПЭП. У пожилых людей с недостаточностью питания, проживающих в доме престарелых, применение ПЭП приводило к повышению уровня потребления энергии и белка и качества жизни по сравнению со стратегией, основанной только на консультациях диетолога.

Стратегии на основе рекомендаций по обычной диете и ее изменений могут применяться на протяжении более продолжительного периода времени и являются более дешевыми. Поэтому у пожилых людей с хроническими заболеваниями, проживающих вне специализированных учреждений или в доме престарелых, их можно применять в первую очередь, а к ПЭП прибегать в тех случаях, когда обычного питания и обогащения пищи не хватает для достижения нутриционных целей. Эти

различающиеся стратегии поддержки достаточного уровня потребления пищи должны рассматриваться не как взаимоисключающие, а как дополняющие друг друга.

● Рекомендуется назначать пероральное энтеральное питание всем госпитализированным пациентам пожилого и старческого возраста с недостаточностью питания или риском ее развития с целью оптимизации уровня потребления питательных веществ и массы тела, а также с целью снижения риска осложнений и частоты повторных госпитализаций [3, 44–47].

Уровень убедительности рекомендации В (уровень достоверности доказательств 1)

● Рекомендуется применять пероральное энтеральное питание пациентам пожилого и старческого возраста с недостаточностью питания или риском ее развития, выписываемым из стационара, с целью оптимизации уровня потребления пищи и массы тела, а также с целью уменьшения риска снижения функциональных возможностей [44, 48–52].

Уровень убедительности рекомендации А (уровень достоверности доказательств 1)

● Рекомендуется назначать препараты перорального энтерального питания, которые обеспечивают поступление в организм энергии не менее 400 ккал/сут. и белка не менее 30 г/сут. всем пациентам пожилого и старческого возраста с недостаточностью питания или риском ее развития [3,53].

Уровень убедительности рекомендации В (уровень достоверности доказательств 2)

Комментарии: Систематический обзор по анализу эффективности и безопасности применения высокобелкового ПЭП (>20% калорийности по белкам) любой консистенции на протяжении любого периода времени показал, что применение ПЭП по сравнению с традиционной схемой питания оказывало разнообразные эффекты в различных условиях ухода и группах пациентов, в том числе снижение риска развития осложнений, снижение риска повторных госпитализаций, повышение силы жевания кисти, повышение уровня потребления белка и энергии при небольшом снижении уровня потребления обычной пищи и оптимизацию массы тела. Высокобелковые препараты ПЭП, которые покрывали >400 ккал/сут., содержали в среднем 29% белка (20–40%).

● Рекомендуется назначать ПЭП на срок не менее одного месяца пациентам пожилого и старческого возраста с недостаточностью питания или риском ее развития, оценивать эффективность и ожидаемую пользу ПЭП один раз в месяц, регулярно оценивать соблюдение режима приема ПЭП пациентами [41,54,55].

Уровень убедительности рекомендации А (уровень достоверности доказательств 1)

Комментарии: Исследования и метаанализы демонстрируют неизменно статистически значимый эффект ПЭП в отношении смертности при их применении на протяжении не менее 35 дней по сравнению с меньшим периодом времени. Пожилые люди с недостаточностью питания нуждаются в более высоком уровне потребления энергии для набора массы тела, чем взрослые люди более младшего возраста, а скорость набора массы тела и безжировой массы в ответ на аналогичный уровень потребления энергии у пожилых людей ниже. Таким образом, процесс оказания мер нутритивной поддержки должен быть длительным, чтобы проявить эффект в отношении нутриционного статуса и других клинических исходов.

● Рекомендуется подбирать вид, вкус, консистенцию и время приема ПЭП с учетом вкусов пациентов и их способности к самостоятельному приему пищи с целью обеспечения оптимальной приверженности к приему ПЭП и достижения целей лечения [56].

Уровень убедительности рекомендации А (уровень достоверности доказательств 1)

Комментарии: Важную роль в достижении положительных эффектов играет соблюдение режима терапии. В клинических исследованиях обычно регистрируется хороший уровень соблюдения режима приема ПЭП. С целью поддержания соблюдения режима нутритивной терапии предлагаемые продукты должны быть адаптированы к желаниям и нуждам пациентов. Так, пациентам с затруднением при глотании следует предлагать препараты ПЭП с модифицированной консистенцией. В связи с риском того, что пациентам может надоесть один вариант ПЭП, который они употребляют изо дня в день, необходимо регулярно проверять уровень соблюдения режима терапии. Простимулировать потребление ПЭП можно за счет разнообразия выбора и замены вариантов.

● Рекомендуется применять для энтерального питания (в том числе ПЭП) продукты, содержащие пищевые волокна, у всех пациентов пожилого и старческого возраста с недостаточностью питания и высоким риском ее развития при отсутствии противопоказаний к применению пищевых волокон с целью обеспечения оптимального функционирования желудочно-кишечного тракта [57–63].

Уровень убедительности рекомендации В (уровень достоверности доказательств 2)

Комментарии: Пожилые люди часто имеют проблемы со стороны желудочно-кишечного тракта, включая запор и диарею. Важность употребления достаточного количества пищевых волокон

подчеркивается в связи с тем, что они нормализуют работу кишечника, а уровень их потребления пациентами пожилого и старческого возраста обычно не высок. Достаточный суточный уровень потребления пищевых волокон, способствующий нормальной перистальтике у взрослых людей любого возраста, составляет 25 г, что можно также считать ориентиром для людей пожилого и старческого возраста.

При энтеральном питании нет причин исключать из рациона пищевые волокна, если функция кишечника не нарушена. Продукты, содержащие пищевые волокна, наоборот, поддерживают нормальную функцию кишечника при энтеральном питании и, как следствие, обычно рекомендуются к употреблению. Кроме того, пациенты на энтеральном питании не должны испытывать недостаток в хорошо известных благоприятных метаболических эффектах пищевых волокон.

3.2.2. Зондовое энтеральное питание

● Рекомендуется применять зондовое энтеральное питание (ЗЭП) у пациентов пожилого и старческого возраста в тех случаях, когда пероральное питание невозможно в течение трех дней, либо покрывает менее половины энергетической потребности на протяжении более одной недели, несмотря на проведение вмешательств в поддержку перорального приема пищи, с целью удовлетворения пищевых потребностей и поддержания или оптимизации нутритивного статуса [64–73].

Уровень убедительности рекомендации С (уровень достоверности доказательств 3)

Комментарии: Эффект ЗЭП в целом недостаточно изучен. Тщательные проспективные РКИ, сравнивающие проведение ЗЭП с его отсутствием, не представляются возможными по этическим соображениям. Все доступные сведения о ЗЭП были получены прежде всего в обсервационных исследованиях. К ЗЭП часто прибегают поздно, после существенного снижения массы тела, которое наблюдается на фоне тяжелой недостаточности питания и которое затрудняет эффективную нутритивную поддержку. Гериатрические пациенты имеют в целом низкую выживаемость после проведения чрескожной эндоскопической гастростомии (ЧЭГ). В ходе метаанализа была определена выживаемость 81% спустя один месяц, 56% спустя шесть месяцев и 38% спустя один год. Однако выживаемость в высокой степени зависит от показаний к проведению этого вмешательства и характеристик пациентов. В нескольких исследованиях было продемонстрировано некоторое улучшение пищевого статуса после инициации проведения ЗЭП у пожилых людей. Тем не менее эффект в отношении функционального статуса, смертности и качества жизни остается неясным.

● Рекомендуется начинать зондовое энтеральное питание без промедлений при наличии

показаний у пациентов пожилого и старческого возраста с недостаточностью питания или риском ее развития для предотвращения снижения массы тела до начала энтерального питания [64,74,75].

Уровень убедительности рекомендации С (уровень достоверности доказательств 4)

● Рекомендуется применять кормление через назогастральный зонд у пациентов пожилого и старческого возраста с недостаточностью питания или риском ее развития с предполагаемой длительностью ЗЭП менее четырех недель с целью предотвращения слишком ранней гастростомии [76–78].

Уровень убедительности рекомендации В (уровень достоверности доказательств 2)

Комментарии: Гастростомию следует рассмотреть у лиц с удовлетворительным прогнозом и предполагаемой высокой длительностью ЗЭП. Временной период в четыре недели является условным и определен прежде всего для избежания случаев слишком ранней гастростомии. Если кормление через назогастральный зонд хорошо переносится, то оно может длиться более четырех недель. Гериатрические пациенты часто плохо переносят кормление через назогастральный зонд, а также в этой возрастной категории зонд зачастую плохо фиксируется, что может привести к его смещению. Тем не менее отсутствует необходимость во введении каких-либо физических или химических ограничений в попытке предотвратить смещение зонда вследствие манипуляций или случайного смещения. Если смещение назогастрального зонда происходит, несмотря на его надлежащую фиксацию на коже, то как вариант можно попробовать использовать носовую петлю.

● Рекомендуется оценивать ожидаемую эффективность и потенциальные риски ЗЭП в индивидуальном порядке и регулярно переоценивать, в том числе при изменении клинического состояния, у всех пациентов пожилого и старческого возраста с недостаточностью питания или риском ее развития с целью определения дальнейшей тактики ведения [68,75,78–81].

Уровень убедительности рекомендации С (уровень достоверности доказательств 4)

Комментарии: Для пациентов пожилого и старческого возраста с несколькими факторами риска, такими как: деменция, инфекция мочевыводящих путей, перенесенная аспирация, сахарный диабет, гипоальбуминемия, заболевания в острой фазе, госпитализированные, с пролежнями, не имеющие возможности перорального приема пищи, с выраженными нарушениями пищевого статуса, низким ИМТ и полиморбидностью, повышенным риском ранней смертности после ЧЭГ (что необходимо обязательно учитывать

при принятии решения, чтобы избежать напрасных процедур ЧЭГ) отношение риск/польза необходимо оценивать в индивидуальном порядке, используя следующие вопросы:

1. Может ли ЗЭП повысить или поддержать качество жизни данного пациента?
2. Может ли ЗЭП повысить или поддержать функциональный статус данного пациента?
3. Может ли ЗЭП увеличить продолжительность жизни данного пациента?
4. Является ли продление жизни желаемым для пациента?
5. Превосходит ли ожидаемая польза риски введения зонда и ЗЭП?

В целом сообщается о низкой частоте осложнений ЗЭП, однако в условиях реальной практики частота осложнений вследствие кормления через назогастральный зонд и гастростому может быть существенной. В этой связи рекомендуется регулярно оценивать уровень смертности после установки гастростомы по данным для отдельного лечебного учреждения или отделения. Если смертность превышает приведенные выше цифры, то необходимо пересмотреть тактику отбора пациентов и технические аспекты процедуры. Состояние пациентов на ЗЭП может очень быстро меняться. В связи с этим показания к проведению и ожидаемую пользу ЗЭП необходимо регулярно переоценивать. Если способность к пероральному приему пищи существенно улучшается, либо, наоборот, польза от ЗЭП больше не предвидится, то ЗЭП следует прекратить. В ситуациях, когда эффект ЗЭП трудно предугадать, можно рекомендовать провести пробное вмешательство на протяжении заданного периода времени с достижимыми целями, подлежащими регистрации. В частности, у пациентов с выраженной деменцией отмечается неблагоприятное соотношение риска и пользы ЗЭП, в связи с чем ЗЭП, как правило, не рекомендовано.

- Рекомендуется предлагать комфортный вариант кормления вместо ЗЭП всем пациентам с низким уровнем потребления пищи, находящимся в терминальном состоянии [82,83].

Уровень убедительности рекомендации С (уровень достоверности доказательств 5)

Комментарии: ЗЭП является процедурой, направленной на продление жизни. Если продление жизни больше не является желаемой целью, то качество жизни пациента необходимо оценивать индивидуально. Обычно это касается случаев оказания паллиативной помощи. Таким пациентам должна предлагаться любимая еда и питье через рот в том количестве, в котором они просят. Данный подход чаще всего описывается термином «комфортное кормление».

- Рекомендуется стимулировать к продолжению перорального приема пищи, обеспечивая

безопасность, всех пациентов, находящихся на зондовом питании [84–86].

Уровень убедительности рекомендации С (уровень достоверности доказательств 4)

Комментарии: Большинство пациентов на ЗЭП могут употреблять небольшой объем пищи и напитков перорально. При наличии дисфагии специалист должен определить консистенцию пищи и напитков, которые могут быть проглочены пациентом безопасно.

Для этих целей следует использовать специализированные смеси энтерального питания модифицированной консистенции, которые специально предназначены для диагностики степени дисфагии, а также безопасного перорального питания пациентов с нарушением глотания. Следует поощрять пероральный прием пищи безопасной консистенции, поскольку это ведет к формированию ощущений и обучению глотательному рефлексу, что повышает качество жизни и улучшает очищение ротоглотки. Необходимо иметь в виду, что даже пациенты с дисфагией и запретом на пероральный прием вынуждены проглатывать более 500 мл слюны в день, что само по себе является фактором риска развития аспирационной пневмонии. Предполагается, что аспирационная пневмония вызывается в основном бактериями аспирированной слюны, а не самой слюной или сведенной к минимуму съеденной пищей. Тем не менее вопрос о безопасности перорального приема пищи необходимо решать в индивидуальном порядке с учетом степени дисфагии, наличия или отсутствия защитного кашлевого рефлекса и силы кашля.

- Рекомендуется проводить регулярный уход за зондом, очищать его от остатков пищи и питательной смеси у пациентов, получающих ЗЭП, с целью профилактики инфекционных осложнений и предотвращения преждевременной поломки зонда [1–3,87].

Уровень убедительности рекомендации С (уровень достоверности доказательств 5)

3.2.3. Питание через чрескожную гастростому

- Рекомендуется применять чрескожную гастростомию у пациентов пожилого и старческого возраста с предполагаемой длительностью ЭП более четырех недель, не желающих получать кормление через назогастральный зонд или имеющих признаки непереносимости назогастрального зонда, с целью обеспечения энтерального питания [1–3, 87].

Уровень убедительности рекомендации С (уровень достоверности доказательств 5)

3.2.4. Парентеральное питание

- Рекомендуется применять парентеральное питание у пациентов пожилого и старческого возраста с благоприятным прогнозом (ожидаемой

пользой) в тех случаях, когда проведение перорального или зондового энтерального питания не может быть начато в течение трех дней, либо покрывает менее половины от энергетической потребности на протяжении более одной недели, с целью удовлетворения нутритивных потребностей и поддержания или оптимизации пищевого статуса [88].

Уровень убедительности рекомендации С (уровень достоверности доказательств 5)

● Рекомендуется при необходимости проведения ЗЭП и ПП у пациентов пожилого и старческого возраста с недостаточностью питания начинать их рано, объем увеличивать постепенно в первые три дня и контролировать уровень фосфатов, магния, калия с целью предотвращения синдрома возобновленного питания [89–94].

Уровень убедительности рекомендации С (уровень достоверности доказательств 4)

Комментарии: Синдром возобновленного питания связан с потенциальным риском для пациентов с недостаточностью питания, имеющих электролитные нарушения. Возможные последствия включают перегрузку объемом, перераспределение фосфатов, калия и магния, гипофосфатемию, мышечную слабость, анемию и в конечном итоге приводят к органной недостаточности и повышению риска летального исхода. У 20% пациентов может наблюдаться внезапная сердечная смерть. Критерии синдрома возобновленного питания варьируют от сниженной концентрации фосфатов или любого электролита в сыворотке до сочетания электролитных нарушений и клинических симптомов (например, периферические отеки, острая гипероволемия, нарушения функции органов). Известные факторы риска синдрома возобновленного питания включают сниженный ИМТ, значимое неумышленное снижение массы тела, последний прием пищи несколько дней назад, низкую концентрацию магния, калия или фосфатов в плазме крови до кормления, а также злоупотребление наркотиками или алкоголем в анамнезе. Перечисленные факторы риска широко распространены среди госпитализированных пожилых людей. Для той же группы пациентов определено значимое совпадение риска недостаточности питания, установленного по распространенным скрининговым инструментам, и риска синдрома возобновленного питания, что позволяет предположить, что у пожилых людей с недостаточностью питания или риском недостаточности питания необходимо принимать во внимание риск развития синдрома возобновленного питания. Особое внимание следует уделять нутритивной терапии в первые 72 ч., которую обычно необходимо начинать рано, но наращивать медленно вместе с тщательным мониторингом клинических признаков и уровня фосфатов, магния, калия и тиамина в сыворотке крови. Обосновано проведение дополнительных исследований у пожилых

людей, особенно в свете высокой распространенности нарушений функции почек в этой возрастной группе.

● Не рекомендуется назначать и проводить фармакологическую седацию или применять физические ограничения у пациентов пожилого и старческого возраста при проведении ЗЭП, ПП или гидратационной терапии во избежание снижения мышечной функции и массы и развития/усугубления когнитивных нарушений [95].

Уровень убедительности рекомендации С (уровень достоверности доказательств 4)

Комментарии: Цель нутритивной терапии заключается в улучшении или, по крайней мере, поддержании пищевого статуса пациента, что должно сочетаться с мерами по повышению или сохранению тощей (особенно мышечной) массы. Был продемонстрирован и является очевидным тот факт, что иммобилизация ведет к потере безжировой массы и в частности, массы скелетных мышц, особенно у пожилых людей. Утрата физической активности является следствием фармакологической седации или физических ограничений; как следствие, она обычно ведет к потере мышечной массы. В связи с тем, что поддержание или набор массы тела и мышечной массы являются основными целями нутритивной терапии, можно заключить, что иммобилизация и седация препятствуют достижению запланированных целей. Кроме того, седация и физические ограничения также могут вызывать когнитивные нарушения, в связи с чем их следует избегать. Тем не менее, следует отметить, что в исключительных случаях, таких как гиперактивный делирий, пациенту могут быть показаны снотворные и седативные средства или даже физические ограничения на очень небольшой период времени с целью предотвращения причинения вреда самому себе.

3.3. Особые категории пациентов

3.3.1. Пациенты с переломом проксимального отдела бедренной кости

Пожилые люди с переломом проксимального отдела бедренной кости, перенесшие ортопедическую операцию, как правило, подвержены риску недостаточности питания в связи с отсутствием аппетита и иммобилизацией вследствие травмы и операции. Добровольный пероральный прием пищи в послеоперационном периоде зачастую существенно ниже должного уровня, и как следствие, нередки ситуации быстрого ухудшения пищевого статуса, замедленного восстановления и реабилитации.

● Рекомендуется применять пероральное энтеральное питание (ПЭП) в сочетании с другими мерами, направленными на повышение перорального приема пищи, в рамках мультидисциплинарного

подхода к ведению послеоперационного периода у пациентов пожилого и старческого возраста, перенесших перелом проксимального отдела бедренной кости и ортопедическую операцию, с целью улучшения потребления пищи и снижения риска осложнений [96–104].

Уровень убедительности рекомендации А (Уровень достоверности доказательств 1)

● Рекомендуется применять меры нутритивной поддержки как часть индивидуально подобранного многокомпонентного и мультидисциплинарного подхода у пациентов пожилого и старческого возраста в рамках длительного наблюдения после госпитализации в связи с переломом проксимального отдела бедренной кости и ортопедических операций с целью обеспечения достаточного потребления пищи, улучшения клинических исходов и поддержания качества жизни [99,103,105].

Уровень убедительности рекомендации А (уровень достоверности доказательств 2)

Комментарии: Многокомпонентные вмешательства включают меры нутритивной поддержки, гериатрическую оценку и последующую реабилитацию, обучение персонала, командный подход, планирование индивидуальной программы лечения, активную профилактику, обнаружение и лечение послеоперационных осложнений во время госпитализации. Меры нутритивной поддержки включают оценку пищевого статуса и потребления пищи, предоставление пищи, обогащенной белками, и дополнительных протеиновых коктейлей.

3.3.2. Пациенты с делирием или риском его развития

● Рекомендуется применять нутритивную поддержку и гидратационную терапию в составе многокомпонентного комплекса нефармакологических вмешательств у всех пациентов пожилого и старческого возраста, госпитализированных в отделения неотложной хирургии, а также у пациентов со средним/высоким риском развития делирия, госпитализированных в отделения любого профиля, с целью профилактики делирия, а у пациентов с делирием — проводить скрининг на недостаточность питания и дегидратацию [106–109].

Уровень убедительности рекомендации А (уровень достоверности доказательств 1)

3.3.3. Пациенты с пролежнями или риском их развития

● Рекомендуется применять меры нутритивной поддержки у пациентов пожилого и старческого возраста с риском развития пролежней с целью предотвращения их формирования [110–115].

Уровень убедительности рекомендации В (Уровень достоверности доказательств 2)

● Рекомендуется применять нутритивную поддержку у пациентов пожилого и старческого возраста с недостаточностью питания и пролежнями с целью улучшения заживления ран [110–115].

Уровень убедительности рекомендации В (Уровень достоверности доказательств 2)

3.3.4. Пациенты с дисфагией

● Рекомендуется использовать питание обогащенными продуктами модифицированной консистенции у пациентов пожилого и старческого возраста с недостаточностью питания или риском ее развития и признаками орофарингеальной дисфагии и (или) трудностей при жевании с целью реализации компенсаторной стратегии, направленной на поддержание адекватного обеспечения нутриционных потребностей [116–121].

Уровень убедительности рекомендации С (уровень достоверности доказательств 4)

Комментарии: В связи с трудностями при приеме пищи и медикаментов у пациентов с дисфагией необходимо обеспечить наиболее удобную для приема консистенцию/текстуру пищи и жидкости (крем, йогурт, нектар и т.д.) с целью коррекции и профилактики недостаточности питания.

3.3.5. Пациенты с нарушением функции почек

● Рекомендуется учитывать скорость клубочковой фильтрации при расчете количества белка для пациентов пожилого и старческого возраста с недостаточностью питания и хронической болезнью почек с целью обеспечения безопасности нутритивной поддержки [87,122,123].

Уровень убедительности рекомендации С (уровень достоверности доказательств 5)

Комментарии: При додиализных стадиях ХБП калорийность питания у пациентов старше 60 лет должна быть 30–35 ккал/кг идеальной массы тела в сутки. Высокая энергетическая ценность пищи при этом обеспечивается за счет безбелковых продуктов — углеводов и жиров. Ограничение суточного потребления белка может способствовать коррекции гиперфильтрации и замедлению прогрессирования ХБП.

• При СКФ 60–89 мл/мин/1,73м² коррекции дозы белка не требуется.

• При СКФ 30–59 мл/мин/1,73м² рекомендуемая доза белка 0,8 г/кг массы тела в сутки.

• При СКФ 15–29 мл/мин/1,73м² рекомендуемая доза белка 0,6 г/кг массы тела в сутки, при этом 50% общего белка в сутки

• При ХБП V стадии (СКФ <1 мл/мин/1,73м²), для пациентов, находящихся на программном диализе, рекомендуемое количество потребляемого белка составляет 1,2 г/кг массы тела в сутки, а пациентам, находящимся на перитонеальном диализе, потребление белка может увеличиваться до 1,5 г/кг массы тела в сутки. Не менее 50% белков должны

быть высокой биологической ценности. Все пациенты старше 60 лет должны получать ориентировочно 30–35 ккал/кг массы тела в сутки. Жиры должны обеспечивать 30–35% общей калорийности (до 10% – полиненасыщенные ЖК; до 20% – мононенасыщенные ЖК). В целом питание пациентов с ХБП V стадии должно отвечать следующим требованиям: быть гиперкалорийным, гиперпротеиновым, гипофосфатным, гипокалиевым, умеренно гипонатриевым, обогащенным и сбалансированным по витаминному составу, нести эти нутриенты в минимальном объеме и при этом легко усваиваться.

3.3.6. Пациенты с избыточной массой тела и ожирением

● Рекомендуется избегать применения диет для снижения веса у лиц пожилого и старческого возраста с избыточной массой тела с целью предотвращения потери мышечной массы и сопутствующего снижения функциональных возможностей [124–135].

Уровень убедительности рекомендаций В (Уровень достоверности доказательств 2)

Комментарии: Избыточная масса тела определяется при ИМТ от 25 до 30 кг/м^2, а ожирение – при ИМТ $\geq 30\text{ кг/м}^2$ независимо от возраста. В связи с изменениями композиционного состава тела и уменьшением роста по мере старения у пожилых людей снижена достоверность ИМТ в качестве показателя избыточной массы тела и ожирения. Более того, появляется все больше свидетельств того, что по показателям смертности, сердечно-сосудистого и метаболического риска и даже функционального статуса более важную роль играет характер распределения жира в организме, а не его количество. До настоящего времени не было достигнуто согласия относительно способа оценки связанного с ожирением риска для здоровья пожилых людей, а роль ИМТ, избыточной массы тела и ожирения остается в высокой степени противоречивой. Пожилым людям с избыточной массой тела обычно не нужно худеть, так как метаанализы показали минимальный риск смертельного исхода у здоровых пожилых людей с избыточной массой тела. Кроме того, снижение массы тела, намеренное или нет, повышает связанную с возрастом потерю мышечной массы и, как следствие, риск развития саркопении, старческой астении, снижения функциональных возможностей, переломов и недостаточности питания. После периода соблюдения диеты для снижения веса часто отмечается повторный набор массы тела, преимущественно за счет жировой массы, а не массы нежировых тканей. Таким образом, повторные фазы снижения и повторного набора веса, так называемый «кругооборот веса», могут способствовать развитию саркопенического ожирения (сокращение мышечной массы при избытке жировой массы). В связи с этим, а также с целью предотвращения прогрессирующего набора веса до ожирения пожилым людям с избыточной массой тела желательно поддерживать стабильную массу тела. Обоснованная стратегия

поддержания стабильной массы тела и профилактики ожирения заключается в сочетании сбалансированного полноценного рациона, имеющего достаточную калорийность и содержание белков, и физической активности, по возможности даже в форме физических упражнений.

● Рекомендуется тщательно индивидуально оценивать соотношение пользы и рисков, принимая во внимание функциональный статус, метаболический риск, сопутствующие заболевания, интересы и приоритеты пациентов, ожидаемые эффекты в отношении качества жизни перед назначением диеты для снижения веса у пациентов пожилого и старческого возраста с ожирением [125–135].

Уровень убедительности рекомендаций В (Уровень достоверности доказательств 2)

Комментарии: У пожилых людей ожирение, особенно ИМТ $\geq 35\text{ кг/м}^2$, повышает метаболический и сердечно-сосудистый риски, а также риск ограничения подвижности и развития старческой астении, особенно при уже имеющейся выраженной потере мышечной массы. Действующие рекомендации экспертов по снижению веса у пожилых людей касаются прежде всего случаев ожирения в сочетании с сопутствующими заболеваниями и связанными неблагоприятными эффектами в отношении здоровья. В этих случаях сообщалось о положительных эффектах ненамеренного снижения веса, отчасти в сочетании с физическими упражнениями, в отношении ортопедических проблем, сердечно-сосудистого и метаболического риска, чувствительности к инсулину, хронического воспаления и функциональных ограничений. С другой стороны, в связи с возможными неблагоприятными последствиями снижения массы тела в пожилом возрасте, которые обусловлены потерей безжировой массы, решение относительно необходимости снижения массы тела всегда следует принимать в индивидуальном порядке. Оно должно быть основано на тщательной оценке возможных рисков и пользы вмешательства в свете функциональных ресурсов, метаболического риска, сопутствующих заболеваний, интересов и приоритетов пациентов, а также ожидаемых эффектов в отношении качества жизни. Если принимается решение против снижения веса, то следует сделать упор на поддержании стабильной массы тела и предотвращении повышения степени ожирения.

● Рекомендуется ограничивать калорийность рациона лишь в умеренной степени при принятии решения в пользу снижения веса у пациентов пожилого и старческого возраста с ожирением с целью медленного снижения массы тела и сохранения мышечной массы. Не рекомендуется применение строгих диетических режимов (диеты с очень низкой калорийностью, <math><1000\text{ ккал/сут.}</math>)

в связи с риском развития недостаточности питания и индукции снижения функциональных возможностей [125–135].

Уровень убедительности рекомендаций В (Уровень достоверности доказательств 2)

Комментарии: Если снижение веса считают целесообразным, то к этому процессу следует подходить с особым вниманием. Вмешательства, эффективные у молодых людей, нельзя экстраполировать на пожилых людей со сниженной мышечной массой и старческой астенией. С целью предотвращения потери мышечной массы и медленного снижения веса у пожилых людей диетические меры должны включать сбалансированный рацион, обычно рекомендуемый пожилым людям, в сочетании с как можно более умеренным ограничением калорийности (суточная калорийность примерно на 500 ккал меньше расчетной потребности и не менее 1000–1200 ккал), направленным на снижение веса на 0,25–1 кг в неделю (~5–10% от исходной массы тела спустя шесть и более недель), при поддержании уровня потребления белка не менее 1 г/кг массы тела в сутки и надлежащем уровне потребления микронутриентов.

● Рекомендуется при выборе тактики снижения веса сочетать диетические вмешательства с физическими упражнениями у пациентов пожилого и старческого возраста с ожирением с целью сохранения мышечной массы [132–135].

Уровень убедительности рекомендаций В (Уровень достоверности доказательств 2)

Комментарии: При снижении веса у пожилых людей важно следить за тем, чтобы параллельно с потерей избыточной жировой массы не происходило потери мышечной массы. Для этого диетические вмешательства необходимо по возможности сочетать с тщательно продуманной программой физических упражнений под контролем тренера в дополнение к повышению повседневной физической активности. Вмешательства для снижения массы тела у лиц старческого возраста, имеющих функциональные ограничения и несколько сопутствующих заболеваний, должны проводиться с особой осторожностью и под тщательным контролем.

3.4. Обезвоживание у пациентов пожилого и старческого возраста

Обезвоживание связано с сокращением запасов воды (жидкости) в организме человека. Причины развития: недостаточное употребление жидкости (обезвоживание вследствие низкого уровня потребления), избыточная потеря жидкости (кровотечение, рвота, диарея и другие состояния, ведущие к гиповолемии) или оба фактора (сочетанное обезвоживание). Обезвоживание вследствие низкого уровня потребления жидкости – состояние дефицита воды, которое ведет к потере внутриклеточной

и внеклеточной жидкости и росту осмоляльности в обоих компартментах (внутриклеточном и внеклеточном). Гиповолемия развивается вследствие избыточной потери жидкости и солей (особенно натрия и иногда других элементов); первоначально утрачивается внеклеточная жидкость, а осмоляльность крови остается в пределах нормы или снижается.

● Рекомендуется назначать достаточный питьевой режим всем лицам пожилого и старческого возраста: женщинам — не менее 1,6 л ежедневно, мужчинам — не менее 2,0 л (при условии отсутствия клинических состояний, которые требуют другого подхода) с целью предотвращения развития обезвоживания [3,136–138].

Уровень убедительности рекомендаций С (Уровень достоверности доказательств 3)

Комментарии: Индивидуальная потребность в жидкости зависит от энергозатрат, потерь воды и функции почек, в связи с чем у людей с более высокой массой тела потребность в жидкости выше. Повышенные потери жидкости при лихорадке, диарее, рвоте и сильном кровотечении также необходимо восполнять дополнительным ее приемом.

● Рекомендуется предлагать пациентам пожилого и старческого возраста различные гидратирующие напитки в соответствии с их предпочтениями с целью профилактики обезвоживания [3,139,140].

Уровень убедительности рекомендаций С (Уровень достоверности доказательств 5)

Комментарии: Гидратирующие напитки включают воду, газированную воду, воду с вкусовыми добавками, горячий или холодный чай, кофе, молоко и молочные напитки, фруктовые соки, супы, спортивные или газированные напитки и смузи. Распространено мнение о том, что для поддержания гидратации организма необходимо пить чистую воду, но это не так. Напитки следует выбирать с учетом предпочтений пожилых людей, а также содержания воды и питательного состава; в связи с этим в определенных обстоятельствах более предпочтительны молочные напитки, фруктовые соки и смузи, высококалорийные и обогащенные напитки. Несмотря на беспокойство в связи с обезвоживающим действием кофеина и алкоголя имеются свидетельства того, что кофе не вызывает обезвоживания, как и алкогольные напитки с содержанием спирта до 4%. По гидратирующему потенциалу многие безалкогольные напитки (такие как горячий или холодный чай, кофе, фруктовый сок, газированная вода, газированные напитки) очень похожи на воду. Употребление разнообразных напитков и напитков, предпочитаемых пожилыми людьми, позволяет достичь гидратирующего эффекта и приносит больше удовольствия, чем употребление только питьевой воды.

● Рекомендуется расценивать пациентов пожилого и старческого возраста как входящих в группу риска обезвоживания вследствие низкого уровня потребления жидкости и проводить скрининг на обезвоживание вследствие низкого потребления жидкости при обращении пациентов в медицинское учреждение, в случае изменения клинического состояния, при недостаточности питания или риске его развития и стимулировать их к приему достаточного количества напитков с целью профилактики обезвоживания [3, 141].

Уровень убедительности рекомендаций В (Уровень достоверности доказательств 2)

Комментарии: Причины развития обезвоживания вследствие низкого уровня потребления жидкости у пожилых людей многообразны и взаимосвязаны. По мере старения приглушаются два основных физиологических (и защитных) ответа на слишком низкий уровень потребления жидкости – жажда и первичное концентрирование мочи почками, а также снижается общее содержание воды в организме и, как следствие, сокращается резерв жидкости. Многие пожилые люди применяют лекарственные препараты, например диуретики и слабительные средства, которые повышают потери жидкости организмом. Синдром старческой астении является фактором риска развития обезвоживания. Риск обезвоживания возрастает по мере накопления других гериатрических синдромов: люди с нарушениями памяти могут забывать пить, так как не испытывают чувства жажды; пожилые люди часто снижают уровень потребления жидкости по причине недержания мочи (и страха недержания) и сложности похода в туалет; по мере нарастания социальной изоляции утрачивается привычка распития напитков в компании, и, как следствие, уровень потребления жидкостей снижается; нарушения глотания и дисфагия являются физическими ограничениями приема жидкостей. Пожилые люди с обезвоживанием вследствие низкого уровня потребления жидкости имеют менее благоприятный исход, чем пациенты с надлежащим водным балансом.

● Рекомендуется проводить исследование уровня осмолярности (осмоляльности) крови у пациентов пожилого и старческого возраста, особенно с нарушением питания или риском его развития, с целью выявления обезвоживания вследствие низкого уровня потребления жидкости [3, 142]. Критерием обезвоживания вследствие низкого уровня потребления жидкости является уровень осмолярности (осмоляльности) крови >300 мосм/кг.

Уровень убедительности рекомендаций С (Уровень достоверности доказательств 3)

Комментарии: Клиническая оценка обезвоживания часто оказывается ошибочной в отношении пожилых людей, поэтому основным индикатором водного баланса является осмоляльность (осмолярность) крови. При потреблении малого

количества жидкости повышается осмоляльность (осмолярность) крови. Повышенная осмоляльность (осмолярность) является основным физиологическим триггером защитных механизмов (таких как жажда и повышенное концентрирование мочи почками). При потерях внеклеточной жидкости (гиповолемии) вследствие диареи, рвоты или выведения натрия почками осмоляльность (осмолярность) крови остается в пределах нормы или снижается. При недоступности измерения осмолярности (осмоляльности) крови для скрининга на обезвоживание вследствие низкого уровня потребления жидкости используется формула: осмолярность крови = $1,86 \times (Na^+ + K^+) + 1,15 \times \text{глюкоза} + \text{мочевина} + 14$ (все в ммоль/л), пороговый уровень > 295 ммоль/л (чувствительность 85%, специфичность 59%) [142].

● Не рекомендуется использовать такие признаки, как тургор кожи, сухость во рту, изменение массы тела, цвет или удельный вес мочи, для оценки статуса гидратации у людей пожилого и старческого возраста, особенно при наличии недостаточности питания или риске ее развития [3, 143, 144].

Уровень убедительности рекомендаций С (Уровень достоверности доказательств 3)

● Рекомендуется стимулировать к повышенному потреблению жидкостей в форме любимых напитков людей пожилого и старческого возраста с измеренной осмоляльностью (осмолярностью) крови >300 мосм/кг (или расчетной осмолярностью >295 ммоль/л), не имеющих внешних признаков обезвоживания, для коррекции этого состояния [3].

Уровень убедительности рекомендаций С (Уровень достоверности доказательств 5)

● Рекомендуется вводить изотонические растворы перорально, через назогастральный зонд, подкожно или внутривенно параллельно со стимуляцией перорального употребления жидкостей пациентам пожилого и старческого возраста с измеренной осмоляльностью (осмолярностью) крови >300 мосм/кг (или расчетной осмолярностью >295 ммоль/л), имеющим внешние признаки обезвоживания и/или не способным к пероральному употреблению жидкостей [3, 145–149].

Уровень убедительности рекомендаций В (Уровень достоверности доказательств 2)

Комментарии: Внутривенные инфузии являются методом выбора при обезвоживании высокой степени, потребности во введении большого объема жидкостей или необходимости обеспечения внутривенного доступа для введения лекарственных препаратов или питательных смесей. Парентеральная гидратационная терапия должна всегда рассматриваться в качестве медицинской процедуры, и ее польза и риски должны быть тщательно взвешены

● Рекомендуется оценивать гиповолемию вследствие избыточной потери крови по постуральному изменению пульса при вставании из положения лежа (≥ 30 ударов в минуту) или выраженному постуральному головокружению, которое не позволяет находиться в положении стоя [3].

Уровень убедительности рекомендаций С (Уровень достоверности доказательств 5)

● Рекомендуется оценивать гиповолемию вследствие потери жидкости и электролитов при рвоте или диарее по набору следующих признаков: спутанность сознания, бессвязная речь, выраженная слабость, сухость слизистых оболочек, сухость языка, складчатый язык, запавшие глаза. Наличие хотя бы четырех из семи признаков свидетельствует о гиповолемии умеренной или тяжелой степени [3].

Уровень убедительности рекомендаций С (Уровень достоверности доказательств 5)

4. МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ, МЕДИЦИНСКИЕ ПОКАЗАНИЯ И ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ МЕТОДОВ РЕАБИЛИТАЦИИ

Выбор метода реабилитации зависит от патологии, лежащей в основе развития недостаточности питания.

5. ПРОФИЛАКТИКА И ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ, МЕДИЦИНСКИЕ ПОКАЗАНИЯ И ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ МЕТОДОВ ПРОФИЛАКТИКИ

● Рекомендуется проводить обучение медицинских работников и опекунов/лиц, осуществляющих уход за лицами пожилого и старческого возраста, по вопросам здорового питания с целью повышения осведомленности и распространения базовых знаний, касающихся особенностей питания лиц пожилого и старческого возраста, и тем самым для улучшения их пищевого статуса [150, 151].

Уровень убедительности рекомендации В (уровень достоверности доказательств 2)

Комментарии: В качестве одной из нескольких стратегий стимуляции достаточного потребления пищи у пожилых людей с недостаточностью питания или риском ее развития необходимо повышать осведомленность и уровень знаний официальных и неофициальных опекунов в вопросах питания путем обучения по вопросам питания. Предпочтительно, чтобы информирование и обучение проводилось экспертом в области питания (например, врачом-диетологом).

● Рекомендуется предлагать информацию по питанию и соответствующее обучение

в рамках комплексного вмешательства лицам с недостаточностью питания или риском ее развития с целью улучшения их осведомленности и повышения знаний о проблемах, связанных с питанием, и, как следствие, для стимуляции достаточного потребления пищи [151–153].

Уровень убедительности рекомендации А (уровень достоверности доказательств 2)

Комментарии: В качестве одной из нескольких стратегий в поддержку достаточного потребления пищи рекомендуется повышать осведомленность и уровень знаний в вопросах питания среди пожилых людей с недостаточностью питания или риском ее развития путем информирования и обучения. Если в решении вопросов питания участвуют опекуны, например в случае пациентов с когнитивными нарушениями, их также следует вовлекать в процесс обучения. Предпочтительно, чтобы информирование и обучение проводилось экспертом в области питания (например, врачом-диетологом).

● Рекомендуется предлагать индивидуальное консультирование людям пожилого и старческого возраста с недостаточностью питания или риском ее развития и/или их опекунам/лицам, осуществляющим уход, по вопросам питания с целью стимуляции достаточного потребления пищи и улучшения или поддержания пищевого статуса. Индивидуальное консультирование по вопросам питания должно проводиться квалифицированным диетологом, включать несколько (не менее двух) индивидуальных консультаций, которые могут быть объединены с групповыми консультациями, беседами по телефону и письменными рекомендациями и осуществляться на протяжении продолжительного периода времени [3,154].

Уровень убедительности рекомендации В (уровень достоверности доказательств 1)

● Рекомендуется применять обогащенную пищу для кормления пациентов пожилого и старческого возраста с недостаточностью питания или риском ее развития, а также использовать дополнительные снеки и/или еду для закусок, чтобы упростить прием пищи, с целью поддержания достаточного потребления пищи [155–157].

Уровень убедительности рекомендации В (уровень достоверности доказательств 2)

Комментарии: Обогащение пищи (или диетическое обогащение) с помощью натуральных пищевых продуктов (например, растительного масла, сливок, сливочного масла, яиц) или специальных пищевых добавок (например, мальтодекстрина, смеси белковой композитной сухой) позволяет повысить калорийность и содержание белков в продуктах питания и напитках и, как следствие, повысить уровень их потребления при приеме одинакового количества пищи.

● Рекомендуется избегать для пациентов пожилого и старческого возраста диетических предписаний, которые могут ограничивать потребление пищи [3,158–160].

Уровень убедительности рекомендации С (уровень достоверности доказательств 3)

Комментарии: Диетические ограничения являются одной из потенциальных причин недостаточности питания, поскольку они ограничивают выбор продуктов питания и снижают удовольствие от приема пищи, вследствие чего связаны с риском ограничения потребления пищи. В связи с риском развития недостаточности питания вряд ли будут проводиться дополнительные исследования эффектов ограничительных диет у пожилых людей, а надлежащая клиническая практика заключается в смягчении диетических ограничений для пожилых людей с целью снижения риска недостаточности питания и связанных потерь безжировой массы тела и функциональных возможностей.

● Рекомендуется предлагать помощь при приеме пищи всем пациентам пожилого и старческого возраста с недостаточностью питания или риском ее развития и зависимостью от посторонней помощи, находящимся в специализированных учреждениях или дома, с целью стимуляции достаточного потребления пищи [161–165].

Уровень убедительности рекомендации В (уровень достоверности доказательств 2)

Комментарии: Многие пожилые люди имеют ограниченную способность к независимому приему пищи и питью в связи с функциональными и когнитивными нарушениями. Им могут потребоваться разные виды помощи: от посадки за стол и вербальных подсказок до непосредственно физической помощи (например, поднести пищу и напитки ко рту). Помощь при приеме пищи пожилым людям, не способным к самостоятельному приему пищи и проживающим дома, может положительно сказаться на потреблении пищи.

● Рекомендуется стимулировать достаточное потребление пищи посредством создания приятной домашней обстановки во время еды для пациентов пожилого и старческого возраста, находящихся в условиях специализированных учреждений, с целью повышения потребления пищи и поддержания качества жизни [150,166–169].

Уровень убедительности рекомендации В (уровень достоверности доказательств 2)

Комментарии: Факторы окружающей среды играют важную роль в создании надлежащей атмосферы во время еды и включают место приема пищи, мебель и столы, окружающие звуки, запахи, температуру и освещение, доступное расположение пищи на столе, размер порций и внешний вид пищи.

Перечисленные факторы играют важную роль при приеме пищи и могут быть скорректированы с целью стимуляции достаточного потребления пищи людьми, испытывающими трудности при приеме пищи. Организация приема пищи по семейному типу и под успокаивающую музыку может оказывать положительный эффект в отношении приема пищи и жидкости у людей с деменцией.

● Рекомендуется поощрять совместные приемы пищи пациентами пожилого и старческого возраста с недостаточностью питания или риском ее развития, в том числе находящимися в специализированных учреждениях, с целью оптимизации уровня потребления пищи и улучшения качества жизни [170–173].

Уровень убедительности рекомендации С (уровень достоверности доказательств 3)

Комментарии: Прием пищи является социальным актом, и доказано, что совместный прием пищи стимулирует потребление пищи, в том числе у пожилых людей. Тем не менее, пожилые люди, проживающие одни или в домах престарелых, часто отказываются от компании и разговоров при приеме пищи. В наблюдательных исследованиях показано, что у тех пожилых людей, находящихся на домашнем обслуживании, кто принимал пищу в компании, значительно более высокий уровень потребления калорий по сравнению с теми, кто ел в одиночку. Более высокий уровень потребления калорий наблюдался и у пожилых госпитализированных пациентов, принимавших пищу в столовой, по сравнению с теми, кто ел в палате. Стимулирующий эффект совместного приема пищи, по-видимому, зависит от числа соплательников, а также от взаимоотношений этих людей: чем больше людей присутствует за столом и чем лучше эти люди знают друг друга, тем больше еды съедается. Люди чувствуют себя в целом более расслабленно и комфортно в компании знакомых им людей. Как следствие, они дольше остаются за столом и все это время продолжают есть, что способствует повышенному потреблению пищи. Более того, предполагается наличие прямого поведенческого эффекта, который заключается в том, что люди подстраивают свой прием пищи под пищевое поведение соплательников. Такой эффект наиболее выражен у пожилых людей с когнитивными нарушениями, которые могут уклоняться от приемов пищи или забывают про них и которых могут стимулировать к приему пищи другие люди.

● Рекомендуется включать блюда с высокой калорийностью и/или дополнительные блюда в соответствии с должным уровнем потребления пищи в горячие обеды, предлагаемые проживающим дома людям пожилого и старческого возраста с недостаточностью питания или риском ее развития с целью обеспечения достаточной калорийности питания [174–178].

Уровень убедительности рекомендации А (уровень достоверности доказательств 1)

Комментарии: Доставка готовых блюд на дом является хорошим вариантом для пожилых людей, проживающих дома и не способных самостоятельно ходить за покупками и готовить еду. Пользование услугами этой службы позволяет пожилым людям продолжать жить в собственном доме и при этом иметь достаточный уровень потребления пищи. Служба доставки готовых обедов может оказаться особенно полезной в период после выписки пациента домой, когда пациент еще находится в фазе выздоровления и имеет ограниченную активность.

6. ОРГАНИЗАЦИЯ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

● Рекомендуется разработать и утвердить стандартные операционные процедуры (протоколы) скрининга недостаточности питания и проведения нутритивной поддержки и гидратационной терапии у пациентов пожилого и старческого возраста в условиях лечебного учреждения [3].

Уровень убедительности рекомендации С (уровень достоверности доказательств 5)

Комментарии: В каждом учреждении, оказывающем медицинскую помощь по профилю «гериатрия», должна работать мультидисциплинарная команда, включающая специалистов по нутритивной поддержке (врача-диетолога, медсестру, специализирующуюся в нутритивной терапии). Оценка пищевого статуса и внедрение плана нутритивной поддержки в учреждениях гериатрической помощи и гериатрических реабилитационных центрах способствуют оптимизации уровня потребления энергии и белка. Внедрение протокола скрининга и лечения нутритивной недостаточности в гериатрических отделениях приводит к улучшению пищевого статуса пациентов, снижает риск внутрибольничных инфекций и других осложнений, способствует улучшению качества жизни пациентов с переломом проксимального отдела бедренной кости, а также у пациентов с деменцией, проживающих в домах престарелых.

Показания для госпитализации в медицинскую организацию:

1) средняя и тяжелая степень недостаточности питания;

2) состояние пациента, при котором невозможно проведение адекватной нутритивной и гидратационной поддержки на дому и в условиях амбулаторной помощи.

Показания к выписке пациента из медицинской организации:

1) улучшение пищевого статуса пациента.

7. ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ (В ТОМ ЧИСЛЕ ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ИСХОД ЗАБОЛЕВАНИЯ ИЛИ СОСТОЯНИЯ)

Недостаточность питания (мальнутриция) является одним из ключевых гериатрических

синдромов, ассоциированных с неблагоприятным прогнозом автономности и жизни людей пожилого и старческого возраста. Профилактика недостаточности питания, выявление и коррекция ее факторов риска, коррекция недостаточности питания с использованием современных стратегий является важнейшей задачей при реализации мультидисциплинарного подхода к оказанию медицинской помощи пациентам пожилого и старческого возраста.

Конфликт интересов: все члены Рабочей группы подтвердили отсутствие финансовой поддержки / конфликта интересов, о которых необходимо сообщить.

Проект клинических рекомендаций был доступен для общественного обсуждения на сайте www.rgnkc.ru (<http://www.rgnkc.ru>) с 6 июня 2019 года. Проект обсужден участниками Всероссийского конгресса по геронтологии и гериатрии 16–21 мая 2019 года (Москва), II Всероссийского форума «Россия — территория заботы» 10–11 октября 2019 года (Москва).

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

ЖКТ — желудочно-кишечный тракт
 ЗЭП — зондовое энтеральное питание
 ИВЛ — искусственная вентиляция легких
 ИМТ — индекс массы тела
 КЖСТ — кожно-жировая складка над трицепсом
 МТ — масса тела
 ОМП — окружность мышц плеча
 ОП — окружность плеча
 ОПН — острая почечная недостаточность
 ПП — парентеральное питание
 ПЭП — пероральное энтеральное питание
 РКИ — рандомизированное клиническое исследование
 РМТ — рекомендуемая масса тела
 СА — старческая астения
 СКФ — скорость клубочковой фильтрации
 ФМТ — фактическая масса тела
 ХБП — хроническая болезнь почек
 ЧЭГ — чрескожная гастростома
 EFSA — European Food Safety Authority — Европейское агентство по безопасности продуктов питания
 ESPEN — European Society for clinical nutrition and Metabolism — Европейская ассоциация клинического питания и метаболизма
 MNA — Mini Nutritional assessment — Краткая шкала оценки питания
 MUST — Malnutrition Universal Screening Tool — Универсальный скрининг недостаточности питания (мальнутриции)
 NRS 2002 — Nutritional Risk Screening 2002 — Скрининг нутритивного риска

Приложения на стр. 119.

Критерии оценки качества медицинской помощи

№	Критерии качества	Оценка выполнения критерия
1	У пациента пожилого/старческого возраста проведен скрининг недостаточности питания одним из рекомендованных инструментов (MUST, MNA, NRS 2002)	Да/Нет
2	У пациента пожилого/старческого возраста с риском недостаточности питания определены потенциальные фенотипические и этиологические критерии и установлен диагноз недостаточности питания (мальнутриция) при наличии соответствующих критериев	Да/Нет
3	У пациента пожилого/старческого возраста с риском недостаточности питания произведена оценка пищевого статуса пациента и степени тяжести недостаточности питания	Да/Нет
4	У пациента пожилого/старческого возраста с риском недостаточности питания или недостаточностью питания определена суточная потребность в энергии, макро- и микронутриентах	Да/Нет
5	У пациента пожилого/старческого возраста с недостаточностью питания выбран путь введения макро- и микронутриентов	Да/Нет
6	У пациента пожилого/старческого возраста с риском недостаточности питания/недостаточностью питания составлен индивидуальный план нутритивной поддержки и гидратационной терапии	Да/Нет
7	С пациентом пожилого/старческого возраста проведено индивидуальное консультирование по вопросам нутритивной поддержки и питания	Да/Нет