

Нотная азбука здоровья для пожилого человека. Семь нот — четыре аккорда: пособие для пациентов. О.Н. Ткачева, Н.К. Рунихина, Ю.В. Котовская, Д.А. Каштанова, В.С. Остапенко, Е.Н. Дудинская, Э.А. Мхитарян, Н.В. Шарашкина, Н.М. Воробьева. М.: ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н. И. Пирогова Минздрава России, 2017. — 48 с.

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ СТАРШЕГО ВОЗРАСТА

Физическая активность — основной компонент не только здорового образа жизни, но и лечения и профилактики многих заболеваний. Для людей старшего возраста физическая активность полезна не меньше, чем для молодых. У физически активных пожилых людей более высокий уровень функциональной адаптации сердечно-сосудистой, дыхательной систем, лучшая память, умственная работоспособность, координация, меньший риск падений, большая самостоятельность и более низкие показатели смертности.

Кроме того, регулярные тренировки помогают вылечиться от депрессии, а групповые занятия помогают освободиться от ощущения социальной изоляции и одиночества. Важно отметить, что наличие хронических заболеваний не служит противопоказанием к умеренным физическим нагрузкам.



Старайтесь быть настолько физически активным, насколько позволяет Ваше состояние

Физическая активность принесет пользу, если Вы будете знать и помнить, что:

- физическая активность — это не только спорт, но и любая ежедневная деятельность (ходьба, домашняя работа, танцы, работа в саду и т.д.)
- чтобы физическая активность была регулярной (не менее 3–5 раз в неделю) необходимо подобрать такой вид упражнений и деятельности, которые будут приносить вам удовольствие (например, прогулка с собакой, игра с внуками, танцы и т.д.)
- не нужно ставить нереальных задач и рекордов - выбранный вид физической активности должен быть доступным для вас
- заниматься лучше на свежем воздухе или в хорошо проветриваемом помещении

Рекомендовано

1. Заниматься физической активностью умеренной интенсивности не менее 150 минут в неделю, или высокой интенсивности не менее 75 минут в неделю, или сочетать их
2. Выполнять аэробные упражнения продолжительностью не менее 10 минут ежедневно
3. Увеличивать физическую активность средней интенсивности до 300 минут в неделю, или высокой интенсивности до 150 минут в неделю
4. Для предотвращения падений пожилым людям необходимо выполнять упражнения на равновесие три и более дней в неделю
5. Для профилактики остеопороза и переломов следует выполнять силовые упражнения, задействовав основные группы мышц, два и более дня в неделю
6. Если пожилой человек не может выполнить рекомендуемый объем физической активности, следует выполнять упражнения, соответствующие его возможностям и состоянию здоровья

Структура занятия

Разминка (разогрев)	5–10 минут. Может состоять из легких потягиваний, гимнастических или физических упражнений низкой интенсивности (например, ходьба). Это важная переходная фаза, позволяющая скелетно-мышечной, сердечно-сосудистой и дыхательной системам подготовиться к физической нагрузке.
Активная фаза	Это фаза сердечно-сосудистая или аэробная. Длится 10–60 минут.
Период остывания	5–10 минут. Упражнения такие же, как и при разминке. Этот период важен для предотвращения снижения давления при резком прерывании физической нагрузки.

Советы

1. Занимайтесь физическими упражнениями с друзьями, членами семьи или единомышленниками
2. Во избежание обезвоживания пейте достаточное количество воды после и во время занятий физической активностью
3. Обязательно разогревайте мышцы перед нагрузкой. Пройдитесь, выполните несколько несложных упражнений до и после основной нагрузки
4. Старайтесь выделять время для прогулок, упражнений, любых видов спорта на воздухе
5. Занимайтесь в удобной спортивной обуви и одежде

Для людей в возрасте 65 лет и старше физическая активность включает активность передвижений (например, ходьба пешком или езда на велосипеде) во время досуга или профессиональной деятельности, а также домашние дела, игры, состязания, спортивные или плановые занятия в повседневной жизни.

Для людей, страдающих заболеваниями сердца, перенесшими инфаркт миокарда, должна быть назначена программа реабилитации, включающая курс контролируемой врачом лечебной физкультуры. Необходимо обследование в кабинете функциональной диагностики — для определения «пороговой» частоты сердечных сокращений и частоты безопасного тренировочного пульса. Максимальная возрастная частота сердечных сокращений определяется по формуле: $220 \text{ ударов/мин} - \text{возраст}$. Пациенту рекомендуются нагрузки с тренировочным пульсом 50–75 % от максимальной частоты сердечных сокращений.

Для пациентов с заболеваниями суставов

Суставы также должны получать адекватную нагрузку, но начинать занятия лучше с минимальных нагрузок. В большинстве случаев физическая активность не служит причиной возникновения артритов или угрозой для повреждения суставов. Занятия противопоказаны лишь в периоды обострений артритов.

Ниже представлены некоторые упражнения для поддержания равновесия и силы.

Ходьба с пятки на носок

- Пятку одной ноги ставим перед носком другой. Носок и пятка должны соприкоснуться или почти соприкоснуться
- Вытяните руки в стороны, подтяните живот, спина прямая
- Выберите точку перед собой и смотрите на нее, двигаясь по направлению к этой точке
- Таким же образом меняйте ноги, делая шаги вперед
- Сделайте 20 шагов



Балансирование при ходьбе

- Вытяните руки в стороны, подтяните живот, спина прямая
- Выберите точку перед собой и смотрите на нее, двигаясь по направлению к этой точке
- Двигайтесь по прямой линии, поднимая одну ногу, согнутую в колене и переставляя ее вперед
- Сделайте 20 шагов, меняя ноги

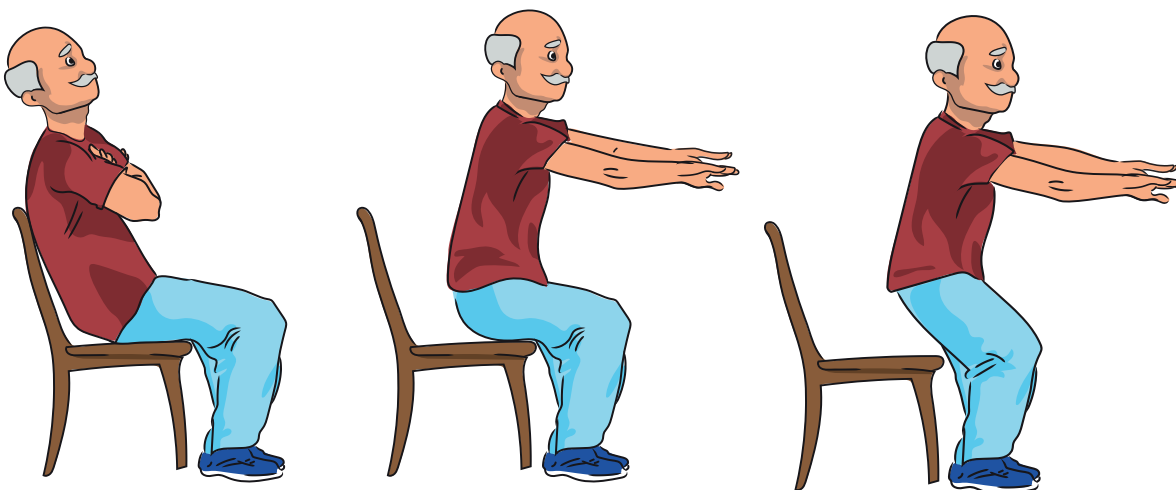


Балансирование на одной ноге с опорой на стул

- Живот подтянут, спина прямая, подбородок приподнят, взгляд вперед
- Стоя на одной ноге, держитесь за стул
- Сохраняйте эту позицию 10–15 секунд
- Повторите 10–15 раз на одной ноге, затем на другой



Приседания со стулом



- Сядьте на стул, стопы плотно прилегают к полу, выпрямите спину, сложите руки на груди, дыхание глубокое, медленное
- Вытяните руки перед собой параллельно полу и на выдохе медленно поднимайтесь
- На вдохе сядьте обратно. Спина прямая
- Повторите 10–15 раз

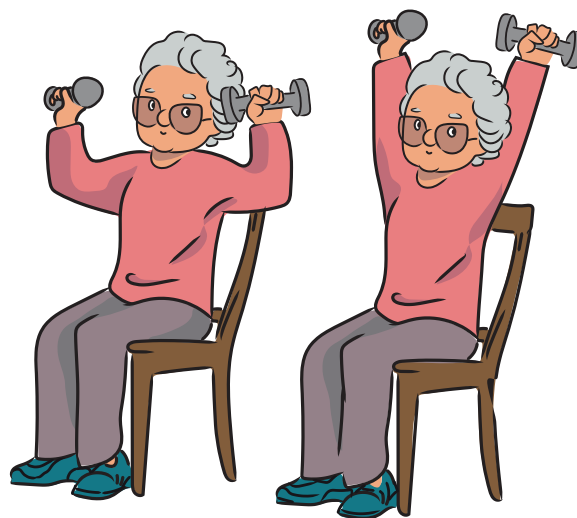
Если у вас есть проблемы с коленными суставами, проконсультируйтесь с врачом

Работа с эспандером или мячом

- Возьмите в руку теннисный мяч или эспандер
- Медленно сжимайте мяч в руке на 3–5 секунд
- Медленно разожмите руку
- Повторяйте по 10–15 раз каждой рукой

Упражнения для рук

- Упражнение можно выполнять как стоя, так и сидя на стуле
- Ноги на полу, плечи расправлены
- Возьмите в руки гантели или другие предметы весом 0,5–1,5 кг, поднимите и согните руки в локтях 90°
- На выдохе вытяните руки вверх и оставайтесь в такой позиции в течение секунды
- На вдохе опустите руки
- Повторяйте по 10–15 раз



Варианты интенсивности физической активности

Умеренная физическая активность (150 минут в неделю)	Интенсивная физическая активность (75 минут в неделю)
• ходьба • работа в саду (должна быть регулярной) • медленная езда на велосипеде • танцы • занятия йогой • настольный теннис • подъем по лестнице • плавание (не соревновательного характера) • уборка (мытьё окон, полов и т.д.) • упражнения на баланс, растяжку или силовые упражнения с небольшим весом	• бег трусцой • баскетбол • футбол • быстрая езда на велосипеде • ходьба на лыжах по ровной местности • соревнование по плаванию • теннис со стенкой • бадминтон • силовые упражнения с большим весом • конный спорт
	<u>Для занятий интенсивной физической активностью необходимо дополнительное медицинское обследование</u>
В каких случаях необходимо остановить занятие (но не отказываться от ежедневных нагрузок):	Когда противопоказаны занятия физической культурой (на время прекратить занятия):
<u>Если у вас появились:</u> • головокружение • ощущение «прилива крови» к лицу • дискомфорт или боль в области сердца, груди • сильное утомление • боли в икроножных мышцах • одышка • нарушение координации • посинение конечностей • превышение допустимых пределов частоты сердечных сокращений • снижение артериального давления, или наоборот — его чрезмерное повышение • резкие боли в суставах или пояснице	• в острый период заболевания (обострение хронических заболеваний, обострение артритов, острые респираторные, кишечные инфекции и т.д.) • если в состоянии покоя частота сердечных сокращений более 100 или менее 50 ударов в минуту • при тяжелых нарушениях ритма и проводимости сердца • если артериальное давление выше 170/100 или ниже 90/50 мм рт. ст. • при грубых нарушениях памяти, умственной работоспособности
При повторении симптомов обратитесь к врачу для корректировки нагрузки!	После купирования острых состояний можно постепенно возвращаться к привычной физической активности.

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПИТАНИЮ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ СТАРШЕГО ВОЗРАСТА

Нотная азбука здоровья для пожилого человека. Семь нот — четыре аккорда: пособие для пациентов. О.Н. Ткачева, Н.К. Рунихина, Ю.В. Котовская, Д.А. Каштанова, В.С. Остапенко, Е.Н. Дудинская, Э.А. Мхитарян, Н.В. Шарашкина, Н.М. Воробьева. М.: ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, 2017. — 48 с.

Правильное питание необходимо для сохранения здоровья в любом возрасте, но особенно важно для пожилых людей.

ВАЖНО!

- Готовьте пищу с учетом вкуса и желания пожилого человека
- Во время еды создавайте благоприятную доброжелательную атмосферу

ПРИМИТЕ К СВЕДЕНИЮ

- При стабильном нормальном весе и хорошем самочувствии Вы можете продолжить питаться в привычном для Вас режиме, сохраняя прежний объем и состав пищи.
- Для большинства пожилых людей рекомендуется уменьшение калорийности пищи (на 5–7% каждые 10 лет в период с 30 до 70 лет), так как по мере старения человека отмечается снижение интенсивности обменных процессов, замедление расщепления пищевых веществ и их усвоения.
- При сопутствующем длительно протекающем заболевании может развиваться дефицит питания. В таких случаях необходимо увеличить количество пищи, изменить ее качественный состав. При отсутствии достаточного питания возникает опасность прогрессирования заболевания и развития осложнений.
- При некоторых заболеваниях (сахарном диабете, атеросклерозе, подагре, хронических запорах, заболеваниях почек и др.) диета становится неотъемлемой частью лечебного процесса. Об особенностях питания при этих заболеваниях необходимо проконсультироваться с лечащим врачом.

Три основных принципа правильного питания:

- 1) соответствие количества энергии (калорийности) потребляемой пищи количеству расходуемой при движении энергии в течение дня;
- 2) сохранение баланса питательных веществ (белков — 15%, жиров — 30%, углеводов — 55% суточной калорийности), витаминов и минеральных веществ;
- 3) соблюдение режима питания. Принимать пищу не реже 4–5 раз в день в одно и то же время, не переедая перед сном.

Сбалансированное по количеству и качеству питание лежит в основе предупреждения преждевременного старения.

Распределение энергетической ценности суточного рациона в %

Прием пищи	4-разовое питание	5-разовое питание (варианты)	
завтрак	25–30	20–25	25
2-й завтрак	–	10–15	–
обед	35–40	30	35
поддник	–	–	10
ужин	20–25	20–25	20–25
2-й ужин	5–10	5–10	5–10

СВЕДЕНИЯ ПО ОСНОВНОМУ СОСТАВУ ПИЩИ И НЕКОТОРЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРИГОТОВЛЕНИЮ БЛЮД

Белки

- Норма потребления белков в пожилом возрасте — 1,2–1,5 г на 1 кг массы тела в сутки.
- Оптимальная пропорция между животными и растительными белками — 1:1.
- Из белков животного происхождения предпочтение следует отдавать белкам рыбы и молочных продуктов, а при выборе мяса — нежирным сортам (говядина, телятина, крольчатина, индейка, конина, курятина).
- До 30% суточной потребности в белках желательно обеспечивать за счет молочных и кисломолочных продуктов. Предпочтение следует отдавать продуктам с пониженной жирностью. Кисломолочные продукты особенно полезны, так как содержат полезные микроорганизмы, которые, попадая в толстую кишку, препятствуют размножению болезнетворных и гнилостных микробов.
- Растительные белки содержатся в зерновых, бобовых, сое. Из зерновых культур наиболее полезны гречневая и овсяная крупы. Употребление риса в связи с его закрепляющим действием следует ограничить.

Жиры

- Поступление жира с пищей в пожилом возрасте должно составлять не более 30% от общей калорийности дневного рациона.
- Растительное (льняное, оливковое, подсолнечное) масло можно употреблять до 25–30 граммов в день (1 столовая ложка оливкового масла и 1 столовая ложка подсолнечного).
- Употребление животных жиров (сливочное масло, сливки, жирные сорта мяса, икра) следует ограничить — они трудно перевариваются и усваиваются.
- Избегайте употребления копченой продукции и мясоколбасных изделий.
- Готовить пищу лучше без добавления жира — полезнее варить, тушить, запекать или готовить на пару.

Углеводы

- С возрастом ухудшается толерантность к углеводам, поэтому в рационе пожилых людей должны преобладать так называемые «сложные» углеводы и пищевые волокна — разнообразные овощи, ягоды, фрукты, каши из различных вариантов круп, хлеб грубого помола. Бобовые культуры могут усилить брожение в кишечнике и вызвать вздутие живота.
- Употребление так называемых «простых» углеводов следует ограничить (сахар, сладости — конфеты, торты, пирожные), так как их избыток увеличивает риск развития сахарного диабета.

Жидкость

Рекомендации по ежедневному количеству принимаемой жидкости у взрослых людей с возрастом не меняются и составляют 1500–2500 мл или 30 мл на 1 кг массы тела в сутки. С возрастом наш организм теряет способность ощущать жажду, что ведет к снижению употребления жидкости и развитию обезвоживания. Полезнее пить часто и понемногу, так как употребление большого количества жидкости за один прием влечет за собой большую нагрузку на сердце. Около 40% ежедневной потребности организма в воде удовлетворяется с пищей, остальное следует принимать в виде различных напитков (вода, соки, компот, отвар шиповника, чай).

Старайтесь следить за тем, сколько жидкости вы выпиваете каждый день

При наличии у вас хронической сердечной недостаточности не рекомендуется употреблять более 2000 мл жидкости в сутки

Минимальное количество жидкости — 1500 мл в сутки

Ограничивайте употребление соли до 5 г и сахара до 30 г в сутки

В помощь пожилому человеку и его близким: как правильно питаться?: Методические рекомендации / Под ред. О.Н. Ткачевой. — М.: Прометей, 2019. — 20 с.

Особенности питания у отдельных групп пациентов

- Пересмотр и исключение лекарств, усугубляющих явления сухости полости рта.
- Обеспечение адекватного потребления жидкости, в напитки можно добавлять лед.
- Полоскание рта два раза в день растворами, содержащими хлоргексидин, применение гигиенических пенок и гелей — заменителей слюны. Заменители слюны использовать перед приемом пищи и на ночь.
- Использование жевательной резинки без сахара, диабетических леденцов вместо обычных сладких.
- Пить во время еды.
- Отказаться от приема сухой твердой, рассыпчатой пищи (печенье, сухари и т. п.). Пища должна быть мягкой (супы, запеканки).
- Есть фрукты с большим количеством жидкости (дыня, арбуз, грейпфрут и т. п.).
- Подавать к блюдам заправки и соусы.
- Дышать преимущественно носом.

- Отказ от алкоголя, кофеина и содержащих кофеин продуктов.
- Профилактика кариеса (гигиена полости рта, использование на ночь геля с фторидом или жидкостей для полоскания рта, регулярное посещение стоматолога).
- Смазывание губ гигиенической помадой или вазелином.
- Использование дома увлажнителей воздуха.
- Следует принимать пищу в положении сидя, слегка наклонив голову вперед, если получается, в момент глотка задерживать дыхание и наклонять подбородок вниз. Сохранять такое положение тела нужно в течение 45–60 минут после еды. Если имеется слабость разгибателей мышц шеи (голова свисает вперед) и слабость в руках, ни в коем случае не стоит сильно наклонять голову к руке с вилкой. Голова должна быть лишь слегка наклонена вперед, а при выраженной слабости — зафиксирована при помощи полужесткого или жесткого головодержателя
- Чтобы поднести пищу ко рту, можно пользоваться вилками и ложками с длинными изогнутыми ручками или помощью других людей (сиделки или близких, которые осуществляют уход)
- Есть медленно, тщательно пережевывая пищу.
- Не разговаривать во время еды. Начинать говорить только после проглатывания всей пищи, которая находилась в ротовой полости.
- Есть часто (6–7 раз в день) малыми порциями. Размер одной порции для глотания — не более 1/2 чайной ложки.

- Чередовать прием твердой пищи с маленьким глотком воды.
- Для стимуляции глотания можно чередовать холодную и горячую пищу, однако следует избегать пищи слишком высокой температуры.
- Объем жидкости должен составлять минимум 1,5–2 л в сутки, включая чай, супы и другие жидкие продукты питания.
- Если при глотании жидкости у больного возникает першение в горле, нужно ввести в рацион более густые по консистенции жидкости (кисели, нектары, простоквашу, йогурты). Нужной густоты можно добиться, добавляя в напитки загустители — желатин, порошки для детского питания.
- Пища должна быть однородной, пюреобразной консистенции. Не следует употреблять в пищу продукты, содержащие жидкие и твердые части (непюреобразные супы, виноград, апельсины и т. д.), а также липкие и рассыпчатые продукты (мед, сгущенное молоко, изделия из песочного теста).
- Использовать кремообразные сипинговые смеси.
- Необходимо концентрироваться на глотании, не отвлекаясь на радио и телевизор.
- Тщательно очищать рот после еды.
- Пища должна аппетитно выглядеть, иметь интенсивный аромат. При приготовлении блюд рекомендуется использовать специи и лимонную кислоту, они способствуют улучшению глотательного рефлекса.

ПОТРЕБНОСТЬ В МИКРОЭЛЕМЕНТАХ ДЛЯ ЛИЦ СТАРШЕ 60 ЛЕТ В СУТКИ

Ткачева О.Н., Тутельян В.А., Шестопапов А.Е., Недостаточность питания (мальнутриция) у пациентов пожилого и старческого возраста. Клинические рекомендации. *Российский журнал гериатрической медицины*. 2021;(1):15–34

Показатель	Мужчины	Женщины
Кальций, мг	1200	1200
Фосфор, мг	800	800
Магний, мг	400	400
Калий, мг	2500	2500
Хлориды, мг	2300	2300
Натрий, мг	1300	1300
Цинк, мг	12	12
Железо, мг	10	18
Йод, мкг	150	150
Медь, мг	1,0	1,0
Марганец, мг	2,0	2,0
Селен, мкг	70	55
Хром, мкг	50	50
Молибден, мкг	70	70
Фтор, мг	4,0	4,0

Показатель	Мужчины	Женщины
Витамин С, мг	90	90
Витамин В1, мг	1,5	1,5
Витамин В2, мг	1,8	1,8
Витамин В6, мг	2,0	2,0
Ниацин, мг	20	20
Витамин В12, мкг	3,0	3,0
Фолаты, мкг	400	400
Пантотеновая кислота, мг	5,0	5,0
Биотин, мкг	50	50
Витамин А, мкг рет.экв.	900	900
Бета-каротин, мг	5,0	5,0
Витамин Е, мг ток. экв.	15	15
Витамин К, мкг	120	120

КРАТКАЯ ШКАЛА ОЦЕНКИ ПИТАНИЯ

Название на русском языке:

Краткая шкала оценки питания

Оригинальное название:

Mini Nutritional assessment, MNA

Источник (официальный сайт разработчиков, публикация с валидацией):

Kaiser M.J., Bauer J.M., Ramsch C., Uter W., Guigoz Y., Cederholm T., Thomas D.R., Anthony P., Charlton K.E., Maggio M., Tsai A.C., Grathwohl D., Vellas B., Sieber C.C.; MNA-International Group. Validation of the Mini Nutritional Assessment short-form (MNA-SF): a practical tool for identification

of nutritional status. (https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19812868/?from_term=Mini+Nutritional+assessment+validation&from_pos=3) J Nutr Health Aging. 2009;13(9):782–8

Назначение: скрининг недостаточности питания у пациентов пожилого и старческого возраста

Необходимо заполнить скрининговую часть (от пункта «А» до пункта «Е»), сложить полученное количество баллов. Если результат менее 12 баллов, продолжить заполнение, добавляя последующие баллы к сумме скрининговой части.

Скрининговая часть (пункты А–Е)		
А.	Снизилось ли за последние 3 месяца количество пищи, которое вы съедаете, из-за потери аппетита, проблем с пищеварением, из-за сложностей при пережевывании и глотании?	серьезное уменьшение количества съеданной пищи — 0 баллов умеренное уменьшение — 1 балл нет уменьшения количества съеданной пищи — 2 балла
Б.	Потеря массы тела за последние 3 месяца	потеря массы тела более, чем на 3 кг — 0 баллов не знаю — 1 балл потеря массы тела от 1 до 3 кг — 2 балла нет потери массы тела — 3 балла
В.	Подвижность	прикован к кровати/стулу — 0 баллов способен встать с кровати /стула, но не выходит из дома — 1 балл выходит из дома — 2 балла
Г.	Острое заболевание (психологический стресс) за последние 3 месяца	да — 0 баллов нет — 2 балла
Д.	Психоневрологические проблемы	серьезное нарушение памяти или депрессия — 0 баллов умеренное нарушение памяти — 1 балл нет нейropsychологических проблем — 2 балла
Е.	Индекс массы тела	меньше 19 кг/м ² — 0 баллов 19–20 кг/м ² — 1 балл 21–22 кг/м ² — 2 балла 23 кг/м ² и выше — 3 балла
Сумма баллов за скрининговую часть: ____/14 <i>Интерпретация:</i> Если сумма баллов за скрининговую часть составила 12–14 баллов – нормальный пищевой статус. Если сумма баллов по скрининговой части составила менее 12 баллов – продолжить опрос далее.		
Ж.	Живет независимо (не в доме престарелых или больнице)	нет — 0 баллов да — 1 балл
З.	Принимает более трех лекарств в день	да — 0 баллов нет — 1 балл
И.	Пролежни и язвы кожи	да — 0 баллов нет — 1 балл
К.	Сколько раз в день пациент полноценно питается	1 раз — 0 баллов 2 раза — 1 балл 3 раза — 2 балла
Л.	Маркеры потребления белковой пищи:	если 0–1 ответ «да» — 0 баллов
	одна порция молочных продуктов (1 порция = 1 стакан молока, 60 г творога, 30 г сыра, 3/4 стакана йогурта) в день (да /нет)	если 2 ответа «да» — 0,5 балла если 3 ответа «да» — 1 балл

	две или более порции бобовых и яиц в неделю (1 порция = 200 г бобовых, 1 яйцо) (да /нет)	
	мясо, рыба или птица каждый день (да /нет)	
М.	Съедает две или более порций фруктов или овощей в день (1 порция = 200 г овощей, 1 любой фрукт среднего размера)	нет — 0 баллов да — 1 балл
Н.	Сколько жидкости выпивает в день	меньше 3 стаканов — 0 баллов 3–5 стаканов — 0,5 балла больше 5 стаканов — 1 балл
О.	Способ питания	не способен есть без помощи — 0 баллов ест самостоятельно с небольшими трудностями — 1 балл ест самостоятельно — 2 балла
П.	Самооценка состояния питания	оценивает себя как плохо питающегося — 0 баллов оценивает свое состояние питания неопределенно — 1 балл оценивает себя как не имеющего проблем с питанием — 2 балла
Р.	Состояние здоровья в сравнении с другими людьми своего возраста	не такое хорошее — 0 баллов не знает — 0,5 балла такое же хорошее — 1 балл лучше — 2 балла
С.	Окружность по середине плеча	20 см и меньше — 0 баллов 21–22 см — 0,5 балла 23 см и больше — 1 балл
Т.	Окружность голени	меньше 31 см — 0 баллов 31 см и больше — 1 балл

Общий балл: _____/30

Интерпретация результатов (полная шкала от А до Т):

>23,5 баллов — нормальный пищевой статус

17–23,5 баллов — риск недостаточности питания (мальнутриции)

<17 баллов — недостаточность питания (мальнутриция).

Недостаточность питания (мальнутриция) у пациентов пожилого и старческого возраста. Клинические рекомендации. Ткачева О.Н., Тутельян В.А., Шестопапов 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. Российский журнал гериатрической медицины. 2021;(1):15–34. <https://doi.org/10.37586/2686-8636-1-2021-15-34> (см. табл. 1–3).

Таблица 1.

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

Таблица 2.

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.

Таблица 3.

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 вмешательств 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

УНИВЕРСАЛЬНАЯ ШКАЛА СКРИНИНГА НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПИТАНИЯ

Название на русском языке: Универсальная шкала скрининга недостаточности питания

Оригинальное название: Malnutrition Universal Screening Tool, MUST

Источник (официальный сайт разработчиков, публикация с валидацией): Stratton R.J., Hackston A., Longmore D., et al. (2004) Malnutrition in hospital outpatients and inpatients: prevalence, concurrent validity and ease of use of the «malnutrition universal screening tool» («MUST») for adults. Br J Nutr 92, 799–808

Назначение: скрининг недостаточности питания у пациентов пожилого и старческого возраста

1. Индекс массы тела, кг/м²

>20,0 — 0 баллов

18,5–20,0 — 1 балл

<18,5 — 2 балла

2. Непреднамеренное снижение массы тела за предшествующие 3–6 месяцев

<5% — 0 баллов

5–10% — 1 балл

>10% — 2 балла

3. Наличие у пациента острого заболевания И отсутствие приема пищи > 5 дней / вероятность отсутствия приема пищи > 5 дней

2 балла

Ключ (интерпретация):

0 баллов — низкий риск недостаточности питания. **Обычный уход.** Повторный скрининг: при нахождении в стационаре — еженедельно, в доме престарелых — ежемесячно, при независимом проживании дома — ежегодно для групп риска, например > 75 лет

1 балл — средний риск недостаточности питания. **Наблюдение:** стационар, дом престарелых — контроль приема пищи и воды в течение 3 дней, далее повторный скрининг (при необходимости — коррекция диеты). Повторный скрининг: стационар — еженедельно, дом престарелых — ежемесячно, дома — каждые 2–3 мес.

≥ 2 балла — высокий риск недостаточности питания. **Коррекция недостаточности питания:** консультация врача-диетолога, дополнительное введение белка и нутриентов (сипинг) по необходимости, коррекция диеты.

СКРИНИНГ НУТРИТИВНОГО РИСКА

Название на русском языке:

Скрининг нутритивного риска

Оригинальное название:

Nutritional Risk Screening 2002, NRS-2002

Источник (официальный сайт разработчиков, публикация с валидацией): Bolayir B., et al. Validation of Nutritional Risk Screening-2002 in a Hospitalized Adult Population. Nutr Clin Pract. 2019. PMID: 29603374

Назначение: скрининг недостаточности питания у пациентов пожилого и старческого возраста в период госпитализации

Таблица 1.

Начальный скрининг

1	ИМТ <20,5 кг/м ² ?	Да/нет
2	Была ли у пациента потеря массы тела за последние 3 месяца?	Да/нет
3	Уменьшилось ли потребление пищи пациентом за последнюю неделю?	Да/нет
4	Есть ли у пациента тяжелое заболевание?	Да/нет
Да: Если при ответе на вопросы таблицы 1 получен хотя бы один положительный ответ, необходимо перейти к вопросам таблицы 2. Нет: Если при ответе на вопросы таблицы 1 получены все отрицательные ответы, необходимо еженедельно проводить повторный скрининг		

Таблица 2.

Финальный скрининг

Степень тяжести нарушений пищевого статуса		Тяжесть заболевания (~ повышение потребности организма в белке и нутриентах)	
0 баллов	Нормальный пищевой статус	0 баллов	Обычные потребности организма в белке и нутриентах
Легкая степень 1 балл	снижение массы тела > 5% за 3 мес., или прием пищи менее 50–75% от обычного объема на предшествующей неделе	Легкая степень 1 балл	Перелом бедра, пациенты с хроническими заболеваниями, особенно с осложнениями в острой фазе: цирроз печени, ХОБЛ, хронический гемодиализ, диабет, онкология
Средняя степень 2 балла	снижение массы тела > 5% за 2 мес., или ИМТ 18,5–20,5 + нарушение общего состояния пациента, или прием пищи менее 50–75% от обычного объема на предшествующей неделе	Средняя степень 2 балла	Большая абдоминальная хирургическая операция, инсульт, тяжелая пневмония, злокачественные гематологические опухоли
Тяжелая степень 3 балла	снижение массы тела > 5% за 1 мес. (> 15% за 3 мес.), или ИМТ < 18,5 + нарушение общего состояния пациента, или прием пищи 0–25% от обычного объема на предшествующей неделе	Тяжелая степень 3 балла	Травма головы, пересадка костного мозга, пациенты, находящиеся в ОРИТ

КЛИНИЧЕСКАЯ ИНТЕРПРЕТАЦИЯ СТЕПЕНЕЙ ТЯЖЕСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ

1 балл: пациент с хронической патологией находится на стационарном лечении из-за развившегося обострения или осложнений. Пациент ослаблен, однако мобилен и может перемещаться в пространстве (не находится постоянно

в кровати). Потребность в белке повышена, однако может быть покрыта за счет обычного приема пищи с добавлением сипинга или специализированного питания.

2 балла: пациент находится на постельном режиме из-за заболевания, например после проведенного хирургического вмешательства на брюшной полости. Потребность в белке в значительной

степени повышена, однако может быть покрыта за счет применения специализированных продуктов питания и искусственного питания.

3 балла: пациент находится в ОРИТ на ИВЛ или другие тяжелые состояния. Потребности в белке максимально увеличены и не могут быть покрыты с помощью клинического (искусственного) питания. Значительно усилен распад белка и потеря азота.

Общий балл = баллы за степень тяжести нарушений пищевого статуса + баллы за тяжесть

заболевания. Если возраст 70 лет и старше, добавить 1 балл

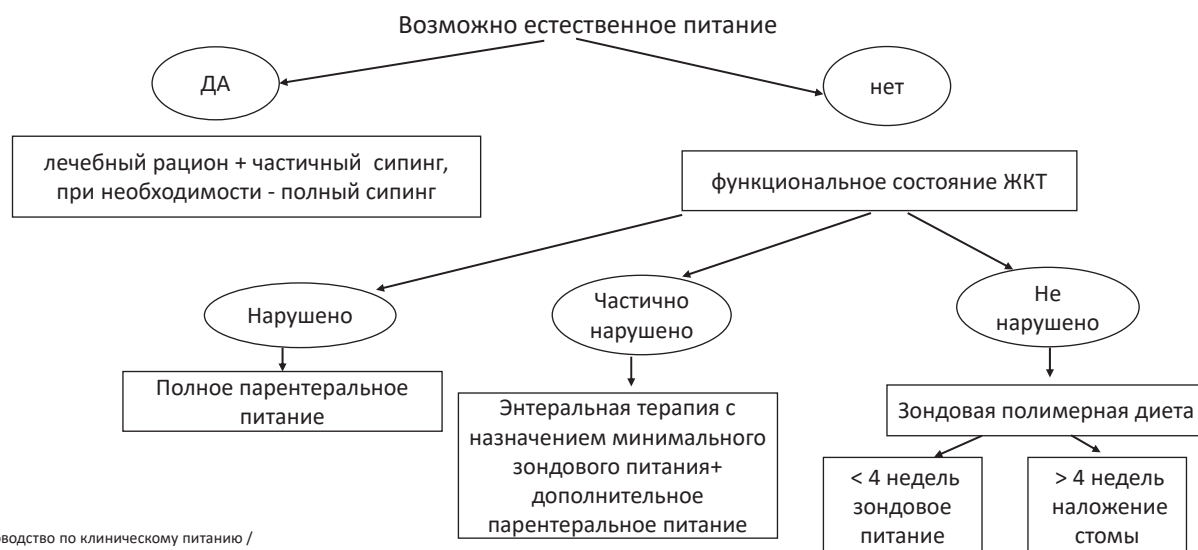
Ключ (интерпретация)

3 и более баллов — нутритивный риск, составляется план нутритивной поддержки.

Менее 3 баллов — еженедельная оценка. Если планируется большое оперативное вмешательство, обсуждается превентивный план нутритивной поддержки.

АЛГОРИТМ ВЫБОРА НУТРИЦИОННОЙ ПОДДЕРЖКИ

Показана активная нутриционная поддержка



Руководство по клиническому питанию /
под ред. профессора Луфта В.М. СПб., «Арт-Экспресс», 2016-484с.