

Для коментарів чи іншого зворотного зв'язку заповніть форму:  
[форма зворотного зв'язку щодо цієї версії настанови](#)

Версія цього документу для друку: <http://guidelines.moz.gov.ua/documents/2918?id=ebm00467&format=pdf>

Настанови на засадах доказової медицини.  
Створені DUODECIM Medical Publications, Ltd.

# Настанова 00467. Розлади харчування в осіб похилого віку

Автор: Merja Suominen  
Редактор оригінального тексту: Sari Atula  
Дата останнього оновлення: 2017-08-03

## Основні положення

- Необхідно ідентифікувати порушення нутритивного статусу в осіб похилого віку. Клінічні дані самі по собі не є чутливими індикаторами недоїдання.
- Дієтою має забезпечуватись достатнє споживання енергії, білків та інших поживних речовин.
- Особа з надмірною вагою віком до 75 років повинна худнути обережно, якщо він/вона має супутні захворювання. Пацієнти віком старше 75 років рідко отримують користь від програм схуднення.
- Вживання вітаміну D у дозі 10 мкг (400 МО) на добу протягом року рекомендується особам старше 60 років та 20 мкг (800 МО) - особам старше 75 років, передусім із їжею, та, за необхідності, прийом у вигляді вітамінного додатку. Вищезазначена рекомендація обмежена мінливістю навколишнього середовища залежно від країни (сонячне світло, особливості харчування): дійте згідно з національними рекомендаціями.

*Коментар експерта.* Міжнародна непатентована назва лікарського засобу вітамін D - ергокальциферол.

## Загальні принципи

- Пацієнт похилого віку з поганим харчуванням та недоїданням, ймовірно, страждає на хронічні захворювання. Медичні працівники повинні звертати увагу на погане харчування літніх пацієнтів активніше, ніж у повсякденній практиці.
- Стан харчування осіб похилого віку необхідно оцінювати і моніторувати, наприклад, за змінами ваги. Тест MNA (Мііні-тест для оцінки харчування) [\[веб|http://www.mna-elderly.c...\]](http://www.mna-elderly.c...) корисний в спеціалізованих закладах та в догляді на дому.
  - Особи похилого віку з надлишковою вагою також можуть мати недоїдання (ослаблені пацієнти з ожирінням)
- Дієтичне лікування може використовуватись для підтримання достатнього нутритивного статусу та адекватної маси тіла, для профілактики втрати ваги та покращення функціональної здатності та якості життя.
  - Низький індекс маси тіла (ІМТ) та мимовільна втрата ваги підвищують захворюваність і смертність.
  - Повинно забезпечуватися достатнє споживання енергії та білків. Важливим є підтримання задовільної м'язової сили та профілактика прогресування саркопенії.
  - Рекомендується споживання білка з їжею в кількості щонайменше 1,2-1,4 г/кг маси тіла на добу.
    - Згідно з останніми дослідженнями, тільки 25% осіб похилого віку споживають білок у кількості щонайменше 1,2 г/кг маси тіла на добу.
  - Продемонстрована користь від добового споживання білка в кількості 1,3 г/кг маси тіла в поєднанні з вправами на витривалість м'язів.
  - Знижувати вагу особам похилого віку необхідно з обережністю. Втрата ваги і нестабільна вага можуть легко призвести до втрати м'язової маси і відносного збільшення жирової тканини.
  - Для пацієнтів віком до 75 років та ІМТ більше 30 обережна втрата ваги за допомогою підвищення фізичної активності та забезпечення достатнього споживання білка є можливою при лікуванні цукрового діабету, серцевої недостатності, артеріальної гіпертензії та остеоартрозу. В іншому випадку, помірна надлишкова вага (ІМТ 24-29) зрідка є показанням для лікування у пацієнтів похилого віку.

- Рекомендації стосовно споживання вітаміну D: дивись Основні положення. Мінімальна доза вітаміну D для профілактики переломів, пов'язаних з падінням, - 700-800 МО (17,5-20 мкг). Для профілактики остеопорозу необхідно забезпечити адекватне споживання кальцію (800-1500 мг/добу), передусім із їжею.
- За наявності дефіциту вітаміну B<sub>12</sub> або заліза у пацієнтів похилого віку розглядається наявність шлунково-кишкових розладів.
- Ефективність рутинного використання вітамінів і мінералів не доведена.

### Поширеність недоїдання

- У Західному світі поширеність недоїдання у популяції людей похилого віку складає 5-10%.
  - 10-20% - серед пацієнтів віком старше 80 років
  - 27-65% - серед госпіталізованих пацієнтів
  - 30-80% - серед пацієнтів, які перебувають у закладах догляду

### Фактори, що сприяють

- Проблеми з отриманням їжі
  - Фінансові (невелика пенсія, небажання витратити гроші на їжу)
  - Проблеми з пересуванням, зниження функціональної здатності, відсутність персональної допомоги
  - Дотримання старих звичок, алкоголізм
- Складнощі з жуванням та ковтанням
  - Інсульт, деменція, хвороба Паркінсона, відсутність зубів, біль в ротовій порожнині
- Підвищені потреби в харчуванні, особливо у білках
  - Інфекції, пролежні
  - Травми, операції, особливо пацієнти з переломами стегон
  - Саркопенія
- Захворювання, зумовлені кахексією
  - Онкологічні захворювання, хронічні інфекції (туберкульоз і т.ін.)
  - Хвороба Альцгеймера, інші захворювання, пов'язані з порушенням пам'яті

- **Порушення засвоєння поживних речовин**
  - Мальабсорбція (кишкові розлади, целіакія)
- **Інші**
  - Психологічні причини (депресія, параноя, манія)
  - Медикаментозне лікування, що може спричинити зниження апетиту, сухість у роті, зміну смакових відчуттів або нюху
  - Порушення нюху
- **Фізіологічні зміни, пов'язані зі старінням**
  - Зниження базальної швидкості метаболізму та зменшення фізичної активності зменшують потребу в енергії, добова потреба в енергії для жінок похилого віку часто є нижчою за 1500 ккал. Вважається, що добова енергетична цінність раціону пацієнта нижче зазначеного рівня сприяє недостатньому надходженню поживних речовин.
  - Затримка спорожнення шлунка; продукти метаболізму, багаті на енергію (глюкоза, вільні жирні кислоти), залишаються в кровообігу довше, тим самим продовжуючи відчуття ситості.
  - М'язова тканина завжди втрачається з віком, підвищується частка жирової тканини.
  - Порушення толерантності до глюкози
  - Підозра на порушення балансу рідини

## Наслідки недоїдання

- Недоїдання та мимовільна втрата ваги пов'язані з підвищенням захворюваності та смертності.
- Затримка відновлення після хвороб
- Продовжена тривалість госпіталізації, підвищена потреба в послугах закладів охорони здоров'я
- Зниження опірності, повільне загоєння ран, підвищення ризику інфекцій
- Прискорення атрофії м'язів, зниження функції й сили м'язів, підвищення ризику падінь і переломів

## Діагностика недоїдання

- Клінічні знахідки не є чутливими індикаторами недоїдання.

- У якості індикаторів найчастіше використовуються: мимовільна втрата ваги, зниження маси тіла або ІМТ, погане загоєння ран, окружність середньої третини плеча, альбумін сироватки, гемоглобін і лімфоцити, детальне вивчення дієти, оцінка здатності до отримання та приготування їжі, споживання вітамінів, клінічне обстеження.
- Порушення нутритивного статусу, зазвичай, важко розпізнається.

## Лікування недоїдання

- Метою дієтичного лікування пацієнта похилого віку є забезпечення адекватного споживання калорій, особливо білків та інших поживних речовин, та підтримання адекватного харчування.
- Популяція людей похилого віку та хворих особливо страждає від недостатнього споживання білків та калорій, що вимагає більш активної уваги, ніж у повсякденній практиці.
- Харчові добавки можуть сприяти зменшенню смертності та різноманітних ускладнень [Доказ 03514 C].
- Дієта, що передбачає часте споживання висококалорійних перекусів гарантує адекватне споживання калорій для літніх пацієнтів з недостатнім харчуванням краще, ніж звичайна дієта.
- Прийоми їжі у сімейному стилі в установах догляду підвищують якість життя та збільшують споживання калорій та поживних речовин.
- Необхідно перевіряти харчові звички літніх людей, які живуть вдома; можна розглянути можливість доставки їжі, особливо після виписки з лікарні.
- Щоденне споживання білка особою літнього віку повинно бути 1,2-1,4 г на кг маси тіла. Потреби збільшуються під час хвороби.
- Частка білка і поживність раціону повинні збільшуватися з віком.

## Інші поширені порушення харчування

- Наслідки дефіциту конкретних поживних речовин
  - Анемії (залізодефіцитна, B<sub>12</sub>); слід розглянути наявність шлунково-кишкових розладів.
  - Остеопороз та остеомаліяція

- Дефіцит вітаміну D є поширеним явищем серед пацієнтів похилого віку, які перебувають у закладах догляду, та у тих, які переважно перебувають у приміщеннях. Виправданим є рутинне застосування вітаміну D. Продемонстрована ефективність добової дози вітаміну D 700-800 МО (17,5–20 мкг) для профілактики переломів [доказ 07290|A].
- Нічна сліпота
- Нейропатії (вітаміни групи B)
- Поширеним є дефіцит фолатів.
- Ожиріння
  - Ризики для здоров'я та небажані наслідки ожиріння:
    - метаболічні розлади (діабет)
    - фізичні обмеження рухливості
    - інфекції шкіри (попрілості)
    - серцево-судинні захворювання

## Пов'язані ресурси

- Література [пов'язані 00278|Nutritional disorders in...]

## Джерела інформації

R1. Milne AC, Potter J, Vivanti A et al. Protein and energy supplementation in elderly people at risk from malnutrition. Cochrane Database Syst Rev 2009;(2):CD003288. [PubMedID|19370584]

R2. Tieland M, Dirks ML, van der Zwaluw N et al. Protein supplementation increases muscle mass gain during prolonged resistance-type exercise training in frail elderly people: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. J Am Med Dir Assoc 2012;13(8):713-9. [PubMedID|22770932]

R3. Jyväkorpi S. Nutrition of older people and the effect of nutritional interventions on nutrient intake, diet quality and quality of life. Doctoral dissertation. University of Helsinki, 2016 [веб|https://helda.helsinki.fi...].

R4. Puranen T. Intervening nutrition among community-dwelling individuals with Alzheimer's disease and their spouses. Doctoral dissertation. University of Helsinki, 2015 [веб|https://helda.helsinki.fi...].

## Доказові огляди Duodecim

- [Доказовий огляд 03514](#). Protein and energy supplementation in elderly people at risk from malnutrition.  
Дата оновлення: 2009-11-27  
Рівень доказовості: C  
Резюме: Protein and energy supplementation may produce a small weight gain in older people but is probably not beneficial in terms of mortality. However, supplementation may reduce mortality in undernourished patients.
- [Доказовий огляд 07290](#). Vitamin D and vitamin D analogues with or without calcium supplement for preventing fractures in post-menopausal women and older men.  
Дата оновлення: 2015-06-23  
Рівень доказовості: A  
Резюме: Vitamin D plus calcium can help prevent hip fracture or any type of fracture. Vitamin D alone, in the doses and formulations that have been used, appears unlikely to be effective in fracture prevention in older people.

Авторські права на оригінальні тексти належать Duodecim Medical Publications, Ltd.

Авторські права на додані коментарі експертів належать МОЗ України.

Published by arrangement with Duodecim Medical Publications Ltd., an imprint of Duodecim Medical Publications Ltd., Kaivokatu 10A, 00100 Helsinki, Finland.

---

Ідентифікатор: [ebm00467](#)    Ключ сортування: 022.005    Тип: EBM Guidelines

---

Дата оновлення англomовного оригіналу: 2017-08-03

---

Автор(и): [Merja Suominen](#)    Автор(и) попередніх версій статті: [Kaisu Pitkälä](#)[Reijo Tilvis](#)    Редактор(и): [Sari Atula](#)  
Лінгвіст(и)-консультант(и) англomовної версії: [Kristian Lampe](#)    Видавець: Duodecim Medical Publications Ltd  
Власник авторських прав: Duodecim Medical Publications Ltd

---

Навігаційні категорії  
[EBM Guidelines](#)    [Geriatrics](#)    [Nutritional medicine](#)

---

Ключові слова індексу  
[mesh: Nutrition Disorders](#)    [mesh: Malnutrition](#)    [mesh: Aged](#)    [mesh: Vitamin D Deficiency](#)    [mesh: Proteins](#)  
[mesh: Osteomalacia](#)    [mesh: Osteoporosis](#)    [mesh: Vitamin D](#)    [mesh: Obesity](#)    [mesh: Kwashiorkor](#)    [mesh: Calcium](#)  
[icpc-2: B81](#)    [icpc-2: B82](#)    [speciality: Geriatrics](#)    [speciality: Nutritional medicine](#)    [icpc-2: T82](#)    [icpc-2: T83](#)    [icpc-2: T91](#)