

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12 и 145/12), министерот за здравство донесе

У П А Т С Т В О
ЗА ПРАКТИКУВАЊЕ НА МЕДИЦИНА ЗАСНОВАНА НА ДОКАЗИ ПРИ
НУТРИТИВНИ НАРУШУВАЊА КАЈ ПОСТАРИТЕ ЛИЦА

Член 1

Со ова упатство се пропишува начинот на дијагностицирање и третман на нутритивните нарушувања кај постарите лица.

Член 2

Начинот на дијагностицирање и третман на нутритивни нарушувања кај постарите лица е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на дијагностицирање и третман на нутритивни нарушувања кај постарите лица по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на дијагностичкиот процес и на третманот, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 07-6503/2
3 декември 2012 година
Скопје

МИНИСТЕР
Никола Тодоров

НУТРИТИВНИ НАРУШУВАЊА КАЈ ПОСТАРИТЕ ЛИЦА

МЗД Упатство
3.8.2010

- Принципиелно
- Предиспонирачки фактори
- Последици од малнутриција
- Дијагноза на малнутриција
- Третман на малнутриција
- Други чести нарушувања на нутрицијата
- Поврзани извори
- Референци

ОСНОВНИ ПОДАТОЦИ

- Потребно е да се препознае нарушувањето на нутритивниот статус кај постари лица. Клиничките наоди сами по себе не се чувствителни показатели за малнутриција.
- Треба да биде загарантирано доволно внесување енергија и протеини преку исхраната.
- Лицата со прекумерна тежина на возраст под 75 години може да ослабат внимателно во случај на постојна соболест. Пациенти повозрасни од 75 години ретко имаат корист од програмите за слабеење.
- Со цел да се осигури доволно внесување н-витамин Д, се препорачува додаток на 20µg (800 ИЕ) дневно во текот на годините кај лица што се повозрасни од 60 години.

ПРИНЦИПИЕЛНО

- Постар пациент со лош нутритивен статус и малнутриција, најверојатно, страда од хронична болест. Лицата што даваат здравствена заштита треба поенергично да го апострофираат лошиот нутритивен статус кај постари пациенти, отколку што е моментната практика.
- Состојбата на исхранетост на постари лица треба да биде проценета и следена преку промените на телесната тежина. Тестот МНА (Mini Nutritional Assessment) е корисен при институционална и при домашна нега (1).
 - Постари лица со прекумерна тежина, исто така, може да имаат малнутриција (слабост на мастите)
- Режим на исхрана може да се примени за одржување добар нутритивен статус и соодветна телесна тежина за да се спречи загубата на тежина и да се унапреди функционалниот капацитет и квалитетот на живот.
 - Нискиот индекс на телесна маса (BMI) и ненамерното губење на тежината ги зголемуваат заболувањето и смртноста.
 - Доволното внесување енергија и протеини треба да биде загарантиран. Важно е да се одржи добра мускулна сила и да се превенира прогресијата на саркопенија.
 - Кај пациенти на возраст помала од 75 години и со BMI преку 30, внимателното намалување на тежината, дополнето со физичка активност, е остварливо при третман на дијабетес, срцева инсуфициенција, хипертензија и на остеоартрит. Инаку, умерена прекумерна телесна тежина е ретко индикација за третман кај постари пациенти.
 - Пациенти повозрасни од 75 години ретко имаат корист од програмите за слабеење.
- Во земјите со ограничена количина годишни сончеви денови, додавање витамин Д од 800 ИЕ (20µg) дневно се препорачува за лица повозрасни од 60 години. За превенција на

фрактури предизвикани од паѓање минималната доза на витаминот Д е 700-800 ИЕ (17,5-20µg). За превенција на остеопороза, соодветно внесување калциум е 800-1.500 mg/ден) првично преку храна.

- Ако постарото лице има недостиг од витамин В12 или недостиг од железо, тоа е суспектно за гастроинтестинална болест.
- Рутинска употреба на витамини или олигоелементи не е докажана како ефикасна (ннд¹-С).

Преваленција на малнутриција

- Во западниот свет, преваленцијата на малнутрицијата кај постарите е 5-10 проценти.
 - Кај пациенти повозрасни од 80 години преваленцијата е 10-20 проценти.
 - Кај хоспитализирани пациенти преваленцијата е 27- 65 проценти
 - Кај пациенти на институционална нега преваленцијата е 30-80 проценти

ПРЕДИСПОНИРАЧКИ ФАКТОРИ

- Проблеми во обезбедување на исхраната
 - Економски (ниски пензии, скржавост)
 - Проблеми со подвижност, намален функционален капацитет, недостиг од помош од друго лице
 - Придржување до старите навики, алкохолизам
- Тешкотии со цваќање и со голтање
 - Мозочен удар, паркинсонизам, испаднати заби, болки во устата
- Зголемени нутритивни потреби
 - Инфекции, декубитуси
 - Траума, операција, посебно пациенти со фрактури на екстремитети
- Болести што предизвикуваат кахексија
 - Канцер, хронични инфекции (ТБЦ)
 - Алцхајмерова болест, деменција
- Влошено искористување на хранливите материи
 - Малапсорпција (интестинални болести, целијакија)
- Други причини
 - Психолошки причини (депресија, параноја, манија)
 - Медикаменти (намален апетит, сува уста, промени во вкусот или во мирисот)
 - Намален осет за вкус или за мирис
- Психолошки промени предизвикани од возраста
 - Намалувањето на основниот метаболизам и намалувањето на физичката активност ја намалува потребата за енергија и дневното внесување калории, кое кај постарите жени, обично, е под 1.500 kcal. Се смета дека ова е ризично ниво за инсуфициентно внесување нутриенти.
 - Одложено гастрично празнење, продуктите богатите со енергија (гликоза, слободни масни киселини) ќе останат подолго време во циркулацијата продолжувајќи го чувството на ситост.
 - Со стареење, мускулното ткиво се намалува, а пропорционално расте масното ткиво.
 - Намалување на толеранцијата на гликоза.
 - Можност за нарушување на рамнотежата на течности.

ПОСЛЕДИЦИ ОД МАЛНУТРИЦИЈАТА

- Малнутрицијата и ненамерната загуба на тежина се поврзани со пораст на заболувањата и на смртноста
- Одолжено заздравување од болеста

¹ ннд = ниво на доказ

- Одолжена хоспитализација, зголемени потреби за здравствени услуги
- Нарушување на имунитетот, бавно зараснување рани, зголемен ризик од инфекции
- Забрзано мускулно опаѓање, нарушување на функцијата и на силата на мускулите, пораст на ризикот за падови и за фрактури.

ДИЈАГНОЗА НА МАЛНУТРИЦИЈАТА

- Клиничките наоди не се чувствителни показатели за малнутрицијата
- Најчестоупотребувани показатели се: ненамерна загуба на тежина, намалена телесна тежина или ВМІ, бавно зараснување рани, слабост на трицепсите и на рамениот појас, намалени серумски албумини, хемоглобин и лимфоцити, детално испитување на исхраната, способноста за обезбедување и за приготвување храна, внесување витамини, клинички испитувања.
- (MNA) Mini Nutritional Assessment (1) се смета за најдобра мерка за малнутрицијата. Таа е потврдена во неколку држави.
- Нарушувањето на нутритивниот статус, генерално, слабо се препознава.

ТЕРАПИЈА НА МАЛНУТРИЦИЈАТА

- Целта на диеталниот третман кај постарите лица е да се обезбеди соодветно внесување калории, протеини и нутриенти, како и да се одржи соодветен нутритивен статус.
- Постарите и болните се посебно погодени со протеинската малнутриција и таа треба да се третира поактивно отколку што се практикува денес
- Нутритивната суплементација, се чини, ја намалува смртноста (ннд-С), и ги намалува компликациите (2).
- Диета што се состои од чести висококалорични ужини обезбедува соодветно калориско внесување за недоволно исхранетите постари пациенти, подобро отколку конвенционална диета.
- Распоредот на оброци во семеен стил кај институционализираните постари лица го подобрува квалитетот на живот и го зголемува внесувањето калории и нутриенти.
- Треба да се проверат навиките на исхрана кај постари лица што живеат дома; треба да се разгледа можноста за ангажирање сервиси за доставување храна, посебно по отпуштање од болница.
- Постарите лица треба да примаат протеини во количина од 1-1,2 g/kg од телесната тежина дневно. Барањата се зголемуваат за време на болест
- Со возраста треба да расте пропорцијата на протеините и густината на нутриентите во диетата.

ДРУГИ ЧЕСТИ НУТРИТИВНИ НАРУШУВАЊА

- Последици на дефицит на некои хранливи состојки
 - Анемии (железо, витамин Б12); треба да се земе предвид гастроинтестинална болест
 - Остеопороза и остеомапација.
 - Дефицитот на витамин Д е честа состојба кај институционализираните постари лица и кај тие што ретко излегуваат од дома. Оправдана е рутинска суплементација на витамин Д. Дневна доза од 700 до 800 ИЕ (17,5-20μg) витамин Д се покажа како ефикасна во превенција на фрактури (ннд-А). Во земји со ограничен извор на годишни сончеви денови за пациенти повозрасни од 60 години се препорачува рутинско дневно дополнително внесување витамин Д од 800 ИЕ (20μg).
 - Ноќно слепило
 - Невропатија (витамини Б)
- Чест е недостигот од фолати
- Дебелина
 - Здравствени ризици и несакани ефекти од дебелината
 - нарушувања на метаболизмот (дијабетес)

- физички ограничувања во движењата
- инфекции на кожата (интертриго)
- кардиоваскуларни болести
- Настојувањето за губење телесна тежина треба да е внимателно. Губењето на тежината лесно доведува до губење на мускулното ткиво и до релативен пораст на масното ткиво.

ПОВРЗАНИ ИЗВОРИ

Литература

1. Venning G. Recent developments in vitamin D deficiency and muscle weakness among elderly people. *BMJ* 2005 Mar 5;330(7490):524-6. [PubMed](#)
2. Bischoff-Ferrari HA, Willett WC, Wong JB, Giovannucci E, Dietrich T, Dawson-Hughes B. Fracture prevention with vitamin D supplementation: a meta-analysis of randomized controlled trials. *JAMA* 2005 May 11;293(18):2257-64. [PubMed](#)
3. Bjelakovic G, Nikolova D, Gluud LL, Simonetti RG, Gluud C. Mortality in randomized trials of antioxidant supplements for primary and secondary prevention: systematic review and meta-analysis. *JAMA* 2007 Feb 28;297(8):842-57. [PubMed](#)
4. Suominen M, Muurinen S, Routasalo P, Soini H, Suur-Uski I, Peiponen A, Finne-Soveri H, Pitkala KH. Malnutrition and associated factors among aged residents in all nursing homes in Helsinki. *Eur J Clin Nutr* 2005 Apr;59(4):578-83. [PubMed](#)
5. Guigoz Y. The Mini Nutritional Assessment (MNA) review of the literature--What does it tell us? *J Nutr Health Aging* 2006 Nov-Dec;10(6):466-85; discussion 485-7. [PubMed](#)
6. Nijs KA, de Graaf C, Siebelink E, Blauw YH, Vanneste V, Kok FJ, van Staveren WA. Effect of family-style meals on energy intake and risk of malnutrition in dutch nursing home residents: a randomized controlled trial. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2006 Sep;61(9):935-42. [PubMed](#)
7. Bischoff-Ferrari HA, Dawson-Hughes B, Willett WC, Staehelin HB, Bazemore MG, Zee RY, Wong JB. Effect of Vitamin D on falls: a meta-analysis. *JAMA* 2004 Apr 28;291(16):1999-2006. [PubMed](#)
8. Suominen MH, Kivisto SM, Pitkala KH. The effects of nutrition education on professionals' practice and on the nutrition of aged residents in dementia wards. *Eur J Clin Nutr* 2007 Oct;61(10):1226-32. [PubMed](#)
9. Suominen MH, Sandelin E, Soini H, Pitkala KH. How well do nurses recognize malnutrition in elderly patients? *Eur J Clin Nutr* 2009 Feb;63(2):292-6. [PubMed](#)

РЕФЕРЕНЦИ

1. Suominen MH, Kivistö S, Pitkälä KH. The effects of nutrition education on professionals' practice and further to the nutrition of aged nursing home residents accepted for publication. *Eur J Clin Nutr* 2007;61(10):1226-32
2. Milne A, Avenell A, Potter J. Meta-Analysis: Protein and energy supplementation in older people. *Ann Intern Med*. 2006;144:37-48

Автори: Merja Suominen Претходни Автори: Kaisu Pitkälä and Reijo Tilvis Article ID: ebm00467 (022.005) © 2012 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines, 03.08.2010, www.ebm-guidelines.com**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 4 години.**
3. **Предвидено е следно ажурирање до август 2014 година.**