

А.А. Горбов – врач

А.И. Коряков* – доктор медицинских наук

Information about the authors

E.S. Sozinova – Student of General Medicine Faculty

L.D. Gruzina – Student of General Medicine Faculty

A.A. Gorbov – Doctor

A.I. Koryakov* – Doctor of Sciences (Medicine)

*Автор, ответственный за переписку (Corresponding author):

teleclinica@mail.ru

УДК: 616-053.9

ДИЕТОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ ГЕРИАТРИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Тышковская Мария Анатольевна¹, Федотова Лариса Валентиновна^{1,2}, Шестакова Марина Георгиевна², Шульгина Дарья Эдуардовна¹, Голендухин Артем Русланович¹

¹Кафедра госпитальной терапии

ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России

²ГБОУ СО «Центральная городская клиническая больница № 6»

Екатеринбург, Россия

Аннотация

Введение. В статье рассмотрены особенности питания в пожилом возрасте. **Цель исследования** – оценить рацион питания пациентов гериатрического отделения городской клинической больницы № 6, выявить причины нарушения питания. **Материал и методы.** В исследование включено 20 пациентов гериатрического отделения Городской клинической больницы № 6. Проведен анализ семидневного меню основных вариантов стандартных диет, комплексная гериатрическая оценка. Анализ данных осуществлялся с помощью анкеты, состоящей из антропометрических показателей, вопросов по питанию общего характера. **Результаты.** При анализе семидневного меню основного варианта диеты (ОВД 10) выявлено недостаточное включение в рацион сложных углеводов – 15,22 – 22,93%, недостаточное включение жиров животного происхождения. При анализе семидневного меню основного варианта диеты (ОВД 9) выявлено недостаточное включение в рацион сложных углеводов – 15,66%, недостаточное включение жиров животного происхождения. При анализе данных анкетирования выявлены следующие причины нарушения питания: трудности при жевании (10%), дисфагия (5%), ограниченная подвижность (60%), когнитивные нарушения (95%), сниженное настроение (90%), одиночество (40%), бедность (85%). **Выводы.** Основными причинами недостаточности питания у пожилых являются социальные факторы, физические возможности и психоэмоциональное состояние. При оценке семидневного меню общего варианта диет (ОВД 10, ОВД 9) выявлено недостаточное включение в рацион сложных углеводов и жиров животного происхождения.

Ключевые слова: рацион, пожилой возраст, недостаточность питания, белки, жиры, углеводы.

DIETARY FEATURES OF GERIATRIC PATIENT MANAGEMENT

Tyshkovskaya Maria Anatolyevna¹, Fedotova Larisa Valentinovna^{1,2}, Shestakova Marina Georgievna², Shulgina Daria Eduardovna¹, Golendukhin Artem Ruslanovich¹

¹Department of Hospital Therapy

Ural State Medical University

²Central City Clinical Hospital № 6

Yekaterinburg, Russia

Abstract

Introduction. The article discusses the peculiarities of nutrition in old age. **The aim of the study** is to evaluate the diet of patients of the geriatric department of the city clinical hospital No. 6, to identify the causes of eating disorders. **Material and methods.** The study included 20 patients of the geriatric department of the City Clinical Hospital No. 6. The analysis of the seven-day menu of the main options of standard diets, a comprehensive geriatric assessment was carried out. The data analysis was carried out using a questionnaire consisting of anthropometric indicators and general nutrition questions. **Results.** The analysis of the seven-day menu of the main diet option (ATS 10) revealed insufficient inclusion of complex carbohydrates in the diet - 15.22 – 22.93%, insufficient inclusion of animal fats. The analysis of the seven-day menu of the main diet option (ATS 9) revealed insufficient inclusion of complex carbohydrates in the diet - 15.66%, insufficient inclusion of animal fats. The analysis of the survey data revealed the following causes of eating disorders: difficulty chewing (10%), dysphagia (5%), limited mobility (60%), cognitive impairment (95%), low mood (90%), loneliness (40%), poverty (85%). **Conclusion.** The main causes of malnutrition in the elderly are social factors, physical abilities

and a psychoemotional state. When evaluating the seven-day menu of the general diet option (ATS 10, ATS 9), insufficient inclusion of complex carbohydrates and fats of animal origin in the diet was revealed.

Keywords: diet, old age, malnutrition, proteins, fats, carbohydrates.

ВВЕДЕНИЕ

Сбалансированное питание является одним из важных факторов, определяющим состояние здоровья пожилых людей. Недостаточность питания ведет к таким неблагоприятным исходам как увеличение частоты инфекций, продолжительности пребывания в стационаре, повышение риска перелома проксимального отдела бедренной кости, увеличение смертности и снижение качества жизни [1].

Основными причинами, влияющими на недостаточность питания являются социальные: бедность, снижение повседневной активности, социальная изоляция; медицинские: прием некоторых лекарственных средств, назначение строгой диеты, изменение вкусового и обонятельного рецепторных аппаратов, проблемы с жеванием, дисфагия, нарушения функционирования верхних или нижних конечностей, острые и хронические заболевания, протекающие с воспалительной реакцией; психо-эмоциональные: депрессия, нарушение когнитивных функций и другие неврологические расстройства [1].

Недостаточность питания среди пожилых людей, в том числе и в развитых странах, явление не редкое. Среди пациентов пожилого и старческого возраста, проживающих дома, распространенность составляет 5-30%. В пансионатах по уходу за пожилыми людьми показатели достигают 70% в зависимости от методов, применяемых для оценки пищевого статуса пациентов и объема ухода, который необходим. В условиях отделения интенсивной терапии у 23-60% пациентов пожилого и старческого возраста имеется недостаточность питания, а у 22-28% пациентов выявляется повышенный риск ее развития. Существует прямая корреляционная связь между потребностью в уходе и недостаточностью питания. 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% [1].

Цель исследования – Оценить рацион питания на стационарном этапе пациентов пожилого и старческого возраста гериатрического отделения Центральной городской клинической больницы № 6, выявить причины нарушения полноценного питания.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В одномоментное исследование по оценке недостаточности питания в рамках комплексной гериатрической оценки, предусмотренного порядком оказания гериатрической помощи, было включено 20 пациентов гериатрического отделения Городской клинической больницы № 6 (10 женщин и 10 мужчин). В исследовании проведен анализ семидневного меню основных вариантов стандартных диет с использованием блюд оптимизированного состава [3,4]. Средний возраст пациентов составил 76 лет. Все пациенты имели полиморбидную патологию.

Больным была проведена комплексная гериатрическая оценка, включающая сбор анамнеза, учет уровня образования, психологического состояния, эмоционального, физического функционирования, а также физикальное, лабораторное и инструментальное обследования [2].

Анализ данных осуществлялся с помощью анкеты, состоящей из вопросов общего характера – сведения о росте и весе пациента, его роде занятий, хобби, а также вопросов по питанию (режим питания, вкусовые предпочтения, способы обработки продуктов, суточный рацион, кратность приема пищи, готовит ли самостоятельно, оценивает ли свое питание как здоровое).

РЕЗУЛЬТАТЫ

При анализе фактического семидневного меню основного варианта диеты (ОВД 10) посчитано среднее значение за 7 дней: белки – 85,14 г (норма 85 – 90 г), жиры – 54,58 г (норма 70 – 80 г) -22%, углеводы – 254,31 г (норма 300 – 330) -15,22 – 22,93%), ккал – 2179,4 (норма 2170 – 2400 ккал) [3,4,5]. Данные представлены в таблице 1.

Таблица 1.

Сводная таблица семидневного меню основного варианта диеты (ОВД 10)

День недели	Выход	Белки		Жиры		Углеводы		ккал	
	Факт	Факт	% от нормы	Факт	% от нормы	Факт	% от нормы	Факт	% от нормы
Пн	2,6	90,6	100	66,2	94,51	312,4	94,54	2275,7	94,80
Вт	2,4	98,6	109,60	79,1	98,8	286,0	95,0	2370,6	99,0
Ср	1,9	71,7	84,30	44,7	64,80	264,7	88,23	1998,4	92,9
Чт	2,4	81,3	95,60	66,2	94,57	302,5	100,0	2090,9	96,30
Пт	2,1	91,5	101,60	64,1	91,57	296,6	98,86	2369,9	99,40
Сб	2,1	92,0	102,10	60,7	86,70	285,3	95,310	2025,5	93,40
Вс	3,1	70,3	82,30	45,8	65,40	297,4	99,10	2124,8	97,80

Примечание: Пн – понедельник, Вт – вторник, Ср – среда, Чт – четверг, Пт – пятница, Сб – суббота, Вс – воскресенье, Факт – фактически.

По представленным данным таблицы выявлено недостаточное включение в рацион сложных углеводов, а именно блюд из овощей – 15,22 – 22,93%, недостаточное включение жиров животного происхождения, таких как сливочное масло (ввиду заменимости на растительное масло из-за ценовой политики) [5].

При анализе фактического семидневного меню основного варианта диеты (ОВД 9) посчитано среднее значение за 7 дней. Белки – 82,81 г (норма 85 – 90 г) -2,57%, Жиры – 63 г (норма 70-80 г) -10%, Углеводы – 253 г (норма 300 – 330 г) -15,66%, ккал – 2063,7 (норма 2170 – 2400 ккал) - 4,89% [3,4,5], таблица 2.

Таблица 2.

Сводная таблица семидневного меню основного варианта диеты (ОВД 9)

День недели	выход	Белки		жиры		углеводы		ккал	
	факт	факт	% от нормы	факт	% от нормы	факт	% от нормы	факт	% от нормы
Пн	2,5	97,4	108,20	71,2	101,70	252,4	84,10	2262,4	104,20
Вт	2,1	95,7	106,33	85,8	106,80	275,3	91,60	2225,7	102,50
Ср	1,9	76,2	89,60	47,0	67,10	231,2	87,00	1781,9	82,11
Чт	2,3	67,8	96,80	55,8	80,00	221,1	73,66	1831,2	84,38
Пт	2,0	92,6	102,60	66,7	95,20	294,0	98,00	2365,3	109,00
Сб	2,0	90,1	100,0	69,0	99,0	257,1	85,60	2010,5	92,60
Вс	3,0	59,9	70,50	45,5	65,00	215,0	72,60	1968,9	91,00

Примечание: Пн – понедельник, Вт – вторник, Ср – среда, Чт – четверг, Пт – пятница, Сб – суббота, Вс – воскресенье, Факт – фактически.

По представленным данным таблицы выявлено недостаточное включение в рацион сложных углеводов – 15,66%, недостаточное включение жиров животного происхождения, таких, как сливочное масло (ввиду заменимости на растительное масло из-за ценовой политики).

При анализе данных анкетирования 20 пациентов гериатрического профиля были выявлены следующие причины нарушения питания: трудности при жевании (у 10 %), дисфагия (у 5 %), ограниченная подвижность (у 60 %), когнитивные нарушения (у 95 %), сниженное настроение (у 90 %), одиночество (у 40 %) и бедность (у 85 % больных).

Анализ анамнестических данных показал, что 95 % пациентов жаловались на слабость, снижение работоспособности наблюдалось у 85%. Более чем у половины больных (55%) выявлены снижение массы тела и потеря мышечной массы.

Данные физикального обследования и анамнеза: индекс массы тела (ИМТ) в пределах нормальных значений у 15 % пациентов, ниже нормы - у 55%, выше нормы у 30%, сниженный тургор - у 100 %, сухость кожных покровов наблюдается у 95 %, депигментация - у 70 %, выпадение волос - у 60 %, снижение мышечной силы - у 85 %, снижение памяти - у 95%, раздражительность - у 30 %, сниженное настроение - 90%, отсутствие мотивации - у 85 % больных.

Анализ лабораторных данных показал наличие анемии смешанного генеза у 55 % пациентов, гипопропротеинемии - у 70 %, а недостаточность витамина Д и недостаточность кальция выявлены у 100 % и 90 % пациентов соответственно.

Также при опросе пациентов гериатрического профиля использовалась шкала оценки питания (таблица 3).

Таблица 3

Шкала оценки питания.

Скрининговая часть		
1	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 съедаемой пищи – 0 баллов - умеренное уменьшение – 1 балл - нет уменьшения количества съедаемой пищи – 2 балла
2	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
3	Подвижность	- прикован к кровати/стулу – 0 баллов - способен вставать с кровати/стула, но не выходит из дома – 1 балл - выходит из дома – 2 балла
4	Острое заболевание (психологический стресс) за последние 3 месяца	Да – 0 баллов Нет – 2 балла
5	Психоневрологические проблемы	- серьезное нарушение памяти или депрессия – 0 баллов - умеренное нарушение памяти – 1 балл - нет нейropsychологических проблем – 2 балла
6	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

По данным таблицы у 90 % пациентов сумма баллов составила менее 12, что говорит о вероятной недостаточности питания.

ОБСУЖДЕНИЕ

На основании представленных данных мы видим, что пациенты гериатрического профиля на 80% и более подвержены недостаточности питания ввиду наличия функциональных и когнитивных нарушений, а также социальных условий. При анализе семидневного меню общего варианта диеты (ОВД 10) выявлено недостаточное потребление сложных углеводов, жиров животного происхождения. Такая разница между нормой и фактическим потреблением углеводсодержащих продуктов и жиров обусловлена стоимостью питания одного дня пребывания в стационаре в размере 95,0 руб. При анализе семидневного меню общего варианта диеты (ОВД 9) выявлено недостаточное потребление сложных углеводов и жиров животного происхождения, это обусловлено ценовой политикой и отсутствием государственных контрактов на специализированные продукты, рекомендуемые к употреблению при сахарном диабете.

ВЫВОДЫ

1. Старость - наследственно запрограммированное явление. Однако путем изменения характера питания и образа жизни можно воздействовать на обмен веществ и адаптационно-компенсаторные возможности организма, оказывать влияние на темп и направленность процессов старения.

2. Недостаточность питания является полиэтиологическим патологическим состоянием, основными причинами которого являются социальные факторы (бедность у 85% пациентов), физические возможности (трудности при жевании у 10 %, дисфагия у 5 %, ограниченная подвижность у 60 %, когнитивные нарушения у 95 % пациентов) и психоэмоциональное состояние больных (сниженное настроение у 90% пациентов).

3. При оценке семидневного меню общего варианта диет (ОВД 10, ОВД 9) выявлено недостаточное включение в рацион сложных углеводов и жиров животного происхождения ввиду заменимости продуктов, связанной с ценовой политикой.

4. Данные проведенных исследований представлены на Совете по лечебному питанию Городской клинической больницы № 6, на котором предложены меры по улучшению качества оказываемой медицинской помощи, в том числе путем увеличения финансирования питания пациентов гериатрического профиля.

5. Даны подробные рекомендации по питанию и образу жизни пациентам с учетом проблем, выявленным при помощи анкетирования.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Недостаточность питания (мальнутриция) у пациентов пожилого и старческого возраста. Клинические рекомендации / Ткачева О.Н., Тутельян В.А., Шестопалов А.Е., [и др.] // Российский журнал гериатрической медицины. – 2021. – Т.1. – С. 15-34. <https://doi.org/10.37586/2686-8636-1-2021-15-34>
2. Приказ Минздрава России от 29.01.2016 № 38н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю "гериатрия" // Заместитель главного врача. – 2016. – Т.5. №120. – С. 120-135.
3. Семидневное меню для основных вариантов стандартных диет с использованием блюд оптимизированного состава, применяемых в лечебном питании в медицинских организациях Российской Федерации. Практическое руководство для врачей-диетологов, медицинских сестер диетических, специалистов по организации питания в стационарных учреждениях социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов, специалистов общественного питания / Тутельян В.А., Гаппаров М.М., Батуринов А.К., Погосаева А.В. и [др.] // Москва, 2014. - 460 с.
4. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 5 августа 2003 г. № 330 с изменениями на 21 июня 2013 г. «О мерах по совершенствованию лечебного питания в лечебно-профилактических учреждениях Российской Федерации»
5. Картотека блюд диетического (лечебного и профилактического) питания оптимизированного состава / Тутельян В.А., Самсонов М.А., Каганов Б.С., Батуринов А.К. [и др.] // Москва, 2008. - 448 с.

Сведения об авторах

М.А. Тышковская* – врач ординатор по специальности диетология

Л.В. Федотова – кандидат медицинских наук, доцент кафедры госпитальной терапии

М.Г. Шестакова – диетическая сестра ГБУЗ СО ЦГКБ №6 г. Екатеринбург

Д.Э. Шульгина – врач ординатор по специальности диетология

А.Р. Голендухин – врач ординатор по специальности диетология

Information about the authors

M.A. Tyshkovskaya* – Postgraduate student

L.V. Fedotova – Candidate of Sciences (Medicine), Associate Professor

M.G. Shestakova – Dietary sister

D.E. Shulgina – Postgraduate student

A.R. Golendukhin – Postgraduate student

*Автор, ответственный за переписку (Corresponding author):

Dream939@mail.ru

УДК: 616-053.5-071.3

ТЕННИС НА КОЛЯСКАХ КАК МЕТОД АБИЛИТАЦИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ С ПАТОЛОГИЕЙ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

Чернядьева Алиса Владиславовна, Сытых Елена Николаевна, Борзунова Юлия

Милославовна

Кафедра физической и реабилитационной медицины

ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России

Екатеринбург, Россия