Недостаточность питания (мальнутриция) у пациентов пожилого и старческого возраста

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые · редакция 2025 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: E43, E44, E46 · Общероссийская общественная организация «Российская ассоциация геронтологов и гериатров», Национальная ассоциация клинического питания и метаболизма, Союз диетологов, нутрициологов и специалистов пищевой индустрии

Недостаточность питания у пациентов пожилого и старческого возраста — состояние несоответствия поступления и расхода нутриентов с потерей массы, изменением состава тела и ухудшением функций. Рекомендация описывает скрининг, диагностические критерии, нутритивную поддержку, энтеральное/парентеральное питание и профилактику обезвоживания у пожилых пациентов.

Главное

- Диагноз ставят не только по весу: нужен риск/наличие мальнутриции по валидированной шкале и одновременно 1 фенотипический плюс 1 этиологический критерий. УУР B, УДД 3.
- Фенотипические критерии: потеря массы >5% за 6 мес или >10% за более длительный срок; ИМТ <20 кг/м² до 70 лет или <22 кг/м² старше 70 лет; либо сниженная мышечная масса по анализу состава тела.
- Тяжесть мальнутриции оценивают по потере веса и ИМТ: тяжелая — потеря >10% за 6 мес или >20% за >6 мес; ИМТ <18,5 кг/м² до 70 лет или <20 кг/м² в 70 лет и старше.
- Целевой ориентир энергии для пожилых — около 30 ккал/кг/сут с индивидуальной коррекцией по нутритивному статусу, активности, заболеванию и переносимости. УУР C, УДД 2.
- Белок в рационе пожилого пациента с мальнутрицией или ее риском — не менее 1 г/кг/сут; количество подбирают индивидуально с учетом активности, коморбидности и нутритивного статуса. УУР A, УДД 2.
- ПЭП назначают пожилым с мальнутрицией или риском, если обычная или обогащенная диета не покрывает потребности; препарат должен давать не менее 400 ккал/сут и 30 г белка/сут. УУР B, УДД 2; по объему поступления энергии и белка — УУР C, УДД 5.
- Все пожилые пациенты рассматриваются как группа риска обезвоживания; питьевой режим при отсутствии иных клинических ограничений: женщины ≥1,6 л/сут, мужчины ≥2,0 л/сут. УУР C, УДД 5.

Диагностика

1. Проведите активный скрининг мальнутриции валидированной шкалой у любого пожилого пациента, включая пациентов с избыточной массой тела или ожирением. УУР B, УДД 3.
2. Выберите инструмент по ситуации: MNA — для гериатрической помощи, домов престарелых, ухода на дому и КГО; MUST — для проживающих дома; NRS-2002 — для госпитализированных пациентов.
3. Соберите анамнез питания: аппетит, вкус и обоняние, жевание, глотание, признаки депрессии, способность есть самостоятельно, пользоваться приборами, покупать продукты и готовить еду.
4. Осмотрите полость рта и протезы; измерьте массу, рост, рассчитайте ИМТ, определите окружность плеча и голени.
5. При риске мальнутриции ищите фенотипические и этиологические критерии; диагноз устанавливайте при наличии 1 критерия из каждой группы. УУР B, УДД 3.
6. Лабораторно оцените общий анализ крови и биохимический анализ крови: гемоглобин, функциональную активность лимфоцитов, альбумин, общий белок, холестерин, холестерин ЛПВП и ЛПНП, триглицериды, железо и железосвязывающую способность, натрий, калий, кальций общий/ионизированный, креатинин, мочевину. УУР C, УДД 4.
7. Специфических инструментальных методов для подтверждения мальнутриции нет; инструментальные исследования используют по клинической необходимости для поиска причины или дифференциальной диагностики.

Лечение

- Нутритивную поддержку проводите как часть мультидисциплинарного подхода: цель — достаточное потребление пищи, поддержание или увеличение массы тела, улучшение функций и качества жизни.

- Рассчитайте рацион: энергия ориентировочно 30 ккал/кг/сут; при стратегии набора или снижения массы считайте на идеальную/рекомендуемую массу, при поддержании стабильной массы — на фактическую. УУР С, УДД 2.
- Белок — минимум 1 г/кг/сут; при острых или хронических воспалительных заболеваниях в комментарии указаны более высокие потребности 1,2–1,5 г/кг/сут, при тяжелых заболеваниях, травмах или мальнутриции — до 2,0 г/кг/сут. УУР А, УДД 2.
- Дефицит микронутриентов восполняйте пищевыми добавками и/или лекарственными средствами, если он подтвержден клиническими и/или лабораторными данными. УУР С, УДД 5.
- Если обычная и обогащенная диета недостаточны, назначайте ПЭП пожилым пациентам с хроническими заболеваниями, мальнутрицией или ее риском. УУР В, УДД 2. Всем госпитализированным пожилым с мальнутрицией или риском ПЭП показано для оптимизации потребления, массы тела и снижения риска осложнений/повторных госпитализаций. УУР В, УДД 1.
- ПЭП назначайте минимум на 1 месяц, ежемесячно оценивайте эффективность, ожидаемую пользу и соблюдение режима. УУР А, УДД 1.
- Зондовое энтеральное питание применяйте, если пероральное питание невозможно 3 дня или покрывает <50% энергетической потребности более 1 недели несмотря на поддержку перорального приема. УУР В, УДД 2.
- При ЗЭП или парентеральном питании у пациента с мальнутрицией начинайте их заранее, первые 3 дня наращивайте объем постепенно и контролируйте фосфор, магний и калий для профилактики рефидинг-синдрома. УУР В, УДД 3.

Когда направить и как наблюдать

- Госпитализация показана при средней или тяжелой степени недостаточности питания.
- Госпитализируйте, если на дому или амбулаторно невозможно обеспечить адекватную нутритивную и гидратационную поддержку.
- Выписка возможна при улучшении пищевого статуса пациента.
- При ожирении у пожилого пациента нужна консультация врача-диетолога для оценки пищевого статуса, консультирования и при необходимости индивидуальной программы коррекции массы тела.

Частые вопросы

Какие шкалы использовать для скрининга мальнутриции у пожилых?

В тексте указаны MNA, MUST и NRS-2002. MNA применима во всех условиях гериатрической помощи, MUST — у проживающих дома, NRS-2002 — у госпитализированных пациентов.

Когда у пожилого пациента можно поставить диагноз недостаточности питания?

Нужны результаты валидированного скрининга, указывающие на риск или наличие мальнутриции, и сочетание 1 фенотипического и 1 этиологического критерия. К фенотипическим относятся потеря веса, низкий ИМТ или сниженная мышечная масса.

Сколько энергии и белка назначать пожилому пациенту с мальнутрицией?

Энергетический ориентир — 30 ккал/кг/сут с индивидуальной коррекцией. Белок — не менее 1 г/кг/сут; потребность повышают индивидуально с учетом заболевания, активности и коморбидности.

Когда переходить на зондовое питание?

ЗЭП показано, если пероральное питание невозможно в течение 3 дней или покрывает менее половины энергетической потребности более 1 недели, несмотря на меры поддержки приема пищи. При предполагаемой длительности ЗЭП менее 4 недель используют назогастральный зонд.

Как диагностировать обезвоживание у пожилого пациента с мальнутрицией?

Основной показатель — осмолярность/осмоляльность крови: >300 мосм/кг указывает на обезвоживание вследствие низкого потребления жидкости. Если прямое измерение недоступно, используют расчетную осмолярность; порог >295 ммоль/л.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/615-nedostatochnost-pitaniya-malnutriciya-u-pacientov-pozhilogo-i. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/615_3