

Postępowanie żywieniowe u osób starszych w podstawowej opiece zdrowotnej

Nutritional management among older people

Monika Ziętarska, Sylwia Małgorzewicz

Zakład Żywności Klinicznej i Dietetyki, Katedra Żywności Klinicznej, Gdański Uniwersytet Medyczny

Adres do korespondencji:

prof. dr hab. n. med.
Sylwia Małgorzewicz
Zakład Żywności Klinicznej
i Dietetyki, Katedra Żywności
Klinicznej, Gdański
Uniwersytet Medyczny
ul. M. Skłodowskiej-Curie 3a,
20–210 Gdańsk
e-mail: sylwiam@gumed.edu.pl
Postępy Żywności Klinicznej
2024, tom 19, 20–25
DOI: 10.5603/pzk.98376
ISSN 1896–3706
e-ISSN 2956–9249
Copyright © 2024 Via Medica

STRESZCZENIE

Niedożywienie wśród osób starszych to istotny problem zdrowotny, który wpływa negatywnie na jakość życia i zwiększa ryzyko śmiertelności. Przyczyny niedożywienia w grupie pacjentów w podeszłym wieku są wielopłaszczyznowe, związane zarówno z procesem starzenia się organizmu, wielochorobowością, jak i stanem psychicznym. Istotnym aspektem wpływającym na ryzyko rozwoju niedożywienia jest współwystępujący stan zapalny, wynikający najczęściej z przewlekłej choroby, co zostało ujęte w kryteriach rozpoznania niedożywienia GLIM (ang. *Global Leadership Initiative on Malnutrition*). Badania naukowe potwierdzają liczne korzyści, jakie może odnieść pacjent w wieku podeszłym ze stosowania wsparcia żywieniowego, m.in.: poprawa apetytu, zwiększenie sprawności fizycznej, odporności oraz poprawa jakości życia. Pacjent niedożywiony wymaga skutecznej interwencji żywieniowej, której pierwszą formą powinno być poradnictwo dietetyczne uzupełnione o włączenie żywności specjalnego przeznaczenia medycznego. Wytyczne *European Society of Clinical Nutrition* (ESPEN) z 2022 roku wskazują na praktyczne zastosowanie suplementacji doustnej u pacjentów geriatrycznych z niedożywieniem lub zagrożonych niedożywieniem i chorobą przewlekłą, w sytuacji gdy poradnictwo dietetyczne jest niewystarczające.

Celem pracy jest przedstawienie zasad rozpoznawania niedożywienia osób starszych oraz prowadzenia interwencji żywieniowej, jak również pokazanie, że możliwe jest skuteczne planowanie interwencji żywieniowej w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej z uzyskaniem wymiernych korzyści w postaci poprawy stanu odżywienia i jednoczesnej akceptacji tej formy wsparcia przez pacjentów w wieku podeszłym.

Słowa kluczowe: niedożywienie, osoby starsze, żywność specjalnego przeznaczenia medycznego

ABSTRACT

Malnutrition among older people is a significant health problem, it negatively affects the quality of life and increases the risk of mortality. The causes of malnutrition in the group of elderly patients are multi-faceted, related to the aging process, multi-morbidities and the mental state of seniors. An important aspect influencing the risk of developing malnutrition is co-occurring inflammation, most often resulting from a chronic disease, which is included in the GLIM (Global Leadership Initiative on Malnutrition) criteria for diagnosing malnutrition. Scientific research confirms the numerous benefits that an elderly patient can derive from using nutritional support, including: improved appetite, increased physical fitness, immunity and improved quality of life. A malnourished patient requires effective nutritional intervention, the first form of which should be dietary counseling supplemented with the inclusion of food for special medical purposes. The 2022 European Society of Clinical Nutrition (ESPEN) guidelines indicate the practical use of oral supplementation in geriatric patients with malnutrition or at risk of malnutrition and chronic disease when dietary counseling is insufficient.

The aim of the study is to present the principles of diagnosis of malnutrition in the older people and conducting nutritional intervention, as well as showing that it is possible to effectively plan nutritional intervention in the field of primary health care with obtaining measurable benefits in the form of improved nutritional status and the simultaneous acceptance of this form of support by older patients.

Key words: malnutrition, older people, food for special medical purposes

NIEDOŻYWIENIE OSÓB STARSZYCH

Niedożywienie stanowi istotny problem zdrowotny u starszych pacjentów ze względu na częste współwystępowanie z innymi chorobami i jego związek z poważnymi skutkami, takimi jak obniżenie jakości życia, wydłużenie pobytu w szpitalu oraz zwiększona śmiertelność i zachorowalność [1, 2]. We wcześniejszych publikacjach wykazano, że częstość niedożywienia wśród starszych pacjentów może sięgać nawet 50% [3]. Należy jednak pamiętać, że skala ta podlega znacznym wahaniom w zależności od kilku czynników. Cechy demograficzne badanej populacji, jakość opieki zdrowotnej w regionie, w którym przeprowadzana jest analiza, specyficzne metody lub narzędzia stosowane do oceny niedożywienia – wszystko to przyczynia się do zróżnicowania wyników. Systematyczny przegląd i metaanaliza wykorzystująca 22 zatwierdzone metody przesiewowe stosowane w celu rozpoznania niedożywienia u osób ≥ 65 lat wskazały na większe ryzyko w grupie seniorów badanych w trakcie hospitalizacji [4].

Do rozwoju niedożywienia przyczyniają się różne mechanizmy, z których kluczowym czynnikiem jest dysproporcja między wydatkiem energetycznym a zapotrzebowaniem organizmu. Brak równowagi w postaci niedostatecznego poboru energii jest częstym zjawiskiem u osób starszych, wynikającym ze spowolnienia podstawowej przemiany materii i upośledzenia wchłaniania składników odżywczych. Powodami są związane z wiekiem zmiany w przewodzie pokarmowym i wahania poziomu hormonów oraz ostre lub przewlekłe choroby (np. infekcje, zabiegi chirurgiczne, choroby układu krążenia i cukrzyca) [2, 5–7]. Dodatkowe czynniki to zły stan uzębienia, trudności w żuciu i połykaniu, skutki uboczne leczenia farmakologicznego, upośledzenie funkcji poznawczych oraz czynniki społeczne, takie jak izolacja, samotność i depresja, które mogą negatywnie wpływać na apetyt, powodując zmniejszenie spożycia żywności wśród tej grupy pacjentów [2].

Ponieważ badania wskazują, że stan zapalny wiąże się ze znacznie zmniejszonym spożyciem pokarmu, został on włączony jako kryterium etiologiczne do rozpoznawania niedożywienia za pomocą kwestionariusza opracowanego przez GLIM (*Global Leadership Initiative on Malnutrition*) [8]. Ocena stanu odżywienia obejmuje między innymi trzy aspekty fenotypowe: niezamierzona utrata masy ciała, wskaźnik masy ciała poniżej normy i/lub spadek masy mięśniowej; a także dwa aspekty etiologiczne: nieprawidłowe przyjmowanie/trawienie pokarmu oraz obecność stanu zapalnego lub wielochorobowość. Aby doszło do rozpoznania niedożywienia musi występować co najmniej jedna

nieprawidłowość, zarówno w kryteriach fenotypowych, jak i etiologicznych [9].

ŻYWIENIE MEDYCZNE

Pacjent niedożywiony wymaga skutecznego leczenia żywieniowego. W warunkach hospitalizacji wymagana jest ocena stanu odżywienia przy przyjęciu do szpitala i powtórzenie jej po 7–14 dniach, w konsekwencji pacjenci z rozpoznaniem niedożywienia są kwalifikowani do odpowiedniej interwencji żywieniowej [10].

W polskim systemie podstawowej opieki zdrowotnej brakuje natomiast jednoznacznych wskazań, na którym etapie postępowania z pacjentem właściwym wyborem będzie włączenie doustnych suplementów pokarmowych (*Food for Special Medical Purpose*, FSMP). Doustne wsparcie żywieniowe powinno zostać włączone u pacjentów z niewystarczającą podażą pokarmu i płynów, z wyjątkiem pacjentów z dysfagią lub nieprawidłową funkcją przewodu pokarmowego lub gdy brak jest spodziewanych korzyści z włączenia doustnego wsparcia żywieniowego (np. opieka u schyłku życia) [11].

Jako szczegółowe wskazania do wystawienia recepty na FSMP w podstawowej opiece zdrowotnej w Wielkiej Brytanii wymienia się sytuację, gdy pacjent spełnia kryteria ACBS¹ (*Advisory Committee on Borderline Substances*), aby przepisać mu konkretny produkt FSMP (potwierdzona choroba/zaburzenie/stan chorobowy powodujący niedożywienie) oraz jedno z poniższych [12]:

1. Pacjent jest w grupie wysokiego ryzyka niedożywienia oraz dowody sugerują, że pacjent/opiekun nie jest w stanie przygotować domowych „FSMP” lub suplementów bez recepty.
2. Pacjent jest w grupie wysokiego ryzyka niedożywienia oraz nie osiąga celu/celów leczenia po 1 miesiącu leczenia opartego na żywności i suplementach domowej roboty lub preparatach bez recepty, oraz dowody sugerują, że pacjent jest bardziej skłonny do przyjęcia dawki terapeutycznej przepisanej FSMP w porównaniu z suplementami domowej roboty lub suplementami bez recepty.

LECZENIE ŻYWIENIOWE OSÓB STARSZYCH W PODSTAWOWEJ OPIECE MEDYCZNEJ

Prognozy demograficzne wskazują, że zwiększa się udział osób w wieku podeszłym w strukturach większości spo-

¹ Kryteria ACBS do zastosowania FSMP obejmują: zespół krótkiego jelita, zespół złego wchłaniania, przygotowanie przedoperacyjne pacjentów niedożywionych, choroby zapalne jelit, pacjenta po całkowitej gastrektomii, dysfagię, przetoki jelitowe, niedożywienie związane z chorobą.

łeczeństw świata. Podobny trend obserwuje się w Polsce, szacuje się, że 2050 roku blisko 30% ludności naszego kraju będą stanowiły osoby starsze (powyżej 65 r.ż.). Porady udzielane w ramach podstawowej opieki zdrowotnej w Polsce stanowią blisko 55% porad udzielanych ambulatoryjnie. W 2022 roku zaobserwowano wzrost o blisko 3% liczby konsultacji udzielanych w ramach podstawowej opieki zdrowotnej w porównaniu do roku poprzedniego. Wśród porad ambulatoryjnych w podstawowej opiece zdrowotnej w 2022 roku około 35% stanowiły wizyty i porady udzielane osobom w wieku 65 lat i więcej (wzrost o 1,9% w stosunku do 2021 r.) [13, 14].

Pacjenci w wieku podeszłym często borykają się z wielochorobowością, wymagają również leczenia specjalistycznego, na co wskazuje wzrost liczby porad udzielanych w ramach specjalistycznej opieki lekarskiej w tej grupie wiekowej (w 2022 r. wzrost o 7,4% w porównaniu do roku 2021 r.) [13].

U ponad 90% osób w wieku podeszłym występuje co najmniej jedna choroba przewlekła, a wielochorobowość dotyczy 62% osób w wieku 65–84 lata i 85% osób \geq 85 roku życia. W trakcie leczenia obserwuje się różne skutki uboczne, np. zaburzenia odczuwania smaku, suchość w jamie ustnej, zaburzenia czynności przewodu pokarmowego (wczesne uczucie sytości, biegunka, zaparcia), co może stanowić przyczynę zaburzeń apetytu i stanu odżywienia oraz rozwoju tak zwanych zespołów geriatrycznych: sarkopenii czy zespołu kruchości. Jako częste wśród osób po 65 r.ż. należy wymienić również: demencję, jadłowstręt wieku podeszłego, trudności związane z gryzieniem, dysfagię, odleżyny czy trudno gojące się rany (zwłaszcza u pacjentów leżących), chorobę nowotworową, konieczność leczenia chirurgicznego z różnych przyczyn i wiele innych przewlekłych jednostek chorobowych, które mogą stwarzać większe ryzyko niedoboru składników odżywczych i tym samym predysponować do niedożywienia [15].

Zgodnie z nowymi wytycznymi dotyczącymi żywienia i nawodnienia w geriatryi, opublikowanymi przez Europejskie Towarzystwo Żywienia Klinicznego i Metabolizmu ESPEN (European Society for Clinical Nutrition and Metabolism) w 2022 roku:

- osobom w wieku podeszłym z niedożywieniem lub zagrożonym niedożywieniem i chorobami przewlekłymi należy zaoferować FSMP, jeśli porady dietetyczne i wzbogacanie żywności nie są wystarczające do zwiększenia spożycia i osiągnięcia celów żywieniowych;
- hospitalizowanym osobom starszym z niedożywieniem lub zagrożonym niedożywieniem należy zaoferować FSMP w celu poprawy wielkości spożycia, masy ciała oraz zmniejszenia ryzyka powikłań i ponownej hospitalizacji;
- po wypisaniu ze szpitala osobom starszym i niedożywionym lub zagrożonym niedożywieniem należy proponować FSMP w celu poprawy spożycia pokarmu oraz obniżenia ryzyka pogorszenia funkcji życiowych.

ESPEN wskazuje również na praktyczne aspekty związane z włączeniem FSMP u osób wieku podeszłym z rozpoznaniem niedożywieniem lub ryzykiem niedożywienia [16]:

- FSMP powinny dostarczać co najmniej 400 kcal/dzień, w tym 30 g lub więcej białka dziennie,
- FSMP należy kontynuować przez co najmniej jeden miesiąc,
- należy dokonywać oceny skuteczności i oczekiwanych korzyści ze stosowania FSMP raz w miesiącu,
- należy dokonywać oceny spożycia i dobrać właściwy FSMP dla pacjenta (rodzaj, smak, konsystencja).

Sarkopenia

Niedożywienie i sarkopenia to stany, które są powszechne i często występują równocześnie u osób starszych. Sarkopenia — definiowana przez Europejską Grupę Roboczą ds. Sarkopenii Osób Starszych (*European Working Group on Sarcopenia in Older People*, EWGSOP) jako zmniejszenie masy mięśni szkieletowych ze współistniejącym upośledzeniem ich funkcji (obniżenie siły skurczu mięśni i/lub spadek sprawności fizycznej) — występująca u 8,4–27,6% osób starszych, wymaga odpowiedniego wsparcia żywieniowego. Postępowanie w sarkopenii powinno obejmować właściwą podaż różnych składników odżywczych, między innymi zwiększoną podaż białka (średnio 1,2 g/kg m.c./dobę, a w przypadku ciężkich chorób przewlekłych nawet 1,5–2,0 g/kg m.c./dobę), w tym aminokwasu leucyny, odpowiednią ilość witaminy D3, kwasów tłuszczowych omega-3 czy antyoksydantów. Integralną częścią procesu terapeutycznego powinna być aktywność fizyczna (szczególnie oporowa) [17].

Zwiększoną podaż białka u osób w wieku podeszłym można osiągnąć poprzez modyfikację konwencjonalnej diety, ale również jej wzbogacenie z wykorzystaniem FSMP. Cześć badań w aspekcie wpływu suplementacji białka u pacjentów z sarkopenią prezentuje brak pozytywnego efektu w zakresie wzrostu siły mięśniowej. Jednak w przeglądzie systematycznym oraz metaanalizie danych z 32 dużych randomizowanych kontrolowanych badań klinicznych wykazano, że suplementacja białkiem lub aminokwasami poprawia siłę chwytu dłoni. Podobne pozytywne efekty zauważono w badaniach suplementów kompletnych/wieloskładnikowych, wśród których większość zawierała również białko lub aminokwasy [18].

Inne randomizowane, podwójnie zaślepienie wieloośrodkowe badanie przeprowadzono w grupie 330 pacjentów \geq 65 roku życia, z rozpoznaniem niedożywieniem i sarkopenią. Grupa kontrolna otrzymywała suplementację w postaci 2 FSMP/dobę (2 \times 330 kcal, 2 \times 14 g białka, 2 \times 11 g tłuszczu, 2 \times 44 g węglowodanów, 2 \times 147 IU witaminy D3), grupa badawcza natomiast spożywała 2 FSMP/dobę o tej samej kaloryczności, lecz innym składzie niż grupa kontrolna (większa zawartość białka, witaminy D3 oraz dodany metabolit leucyny, tj. β hydroksy- β -metylomasłan wapnia: 2 \times 330 kcal, 2 \times 20 g białka, 2 \times 11 g tłuszczu, 2 \times 36 g węglowodanów,

2 × 499 IU witaminy D3, 1,5 g CaHMB). Pacjenci w obu grupach pozostawali na zwyczajowej diecie zawierającej minimum 0,8 g białka/kg m.c., FSMP spożywane były pomiędzy posiłkami. W obu grupach po 24 tygodniach suplementacji zaobserwowano istotny statystycznie wzrost siły nóg, jakości mięśni, siły chwytu i szybkości chodu w porównaniu do wartości wyjściowej — bez istotnych statystycznie różnic pomiędzy grupami kontrolną i badawczą na zakończenie badania. W przypadku osób z ciężką sarkopenią (44%) nie było istotnych różnic w poprawie siły po 24 tygodniach suplementacji w obu grupach. Uczestnicy z łagodną do umiarkowanej sarkopenii, z normalną siłą chwytu, doświadczyli różnic w poprawie siły w 12 tygodniu (EONS > CONS, $p = 0,032$). Podawane FSMP wpłynęły więc na zwiększenie siły nóg u niedożywionych osób starszych z łagodną i umiarkowaną sarkopenią; zależności tych nie zaobserwowano u pacjentów z ciężką sarkopenią, co może wskazywać na potrzebę właściwej interwencji żywieniowej w początkowych etapach sarkopenii [19].

Demencja

Kolejną dysfunkcją wieku podeszłego może być demencja, charakteryzująca się spadkiem funkcji poznawczych, prowadząca często do uzależnienia od pomocy innych w wykonywaniu codziennych czynności. Choroba ta sprzyja rozwojowi niedożywienia z powodu niskiego spożycia pokarmu wynikającego z kłopotów z pamięcią, gorszego planowania zakupów i trudności z przygotowaniem posiłku. W miarę postępu choroby mogą pojawiać się inne dolegliwości, takie jak dysfagia (13–57% pacjentów z demencją), zaburzenia sensoryczne, utrata apetytu i trudności w przyjmowaniu pokarmów, co również wpływa na pogorszenie stanu odżywienia [20].

W jednym z przeglądów 9 badań klinicznych przeprowadzonych w grupie 407 osób z demencją, z których 228 stosowało FSMP (długo- lub krótkoterminowo), w trzech badaniach zaobserwowano wzrost spożycia składników odżywczych (o 201–600 kcal/dzień) bez wpływu na spożycie energii ze zwykłych pokarmów [21].

W ośmiu analizowanych badaniach wykazano znaczną poprawę stanu odżywienia dzięki podaży FSMP u pacjentów z demencją. W grupach interwencyjnych zaobserwowano istotne statystycznie wzrosty masy ciała, zawartości masy mięśniowej i biochemicznych wskaźników stanu odżywienia w porównaniu z grupami kontrolnymi. Nie zaobserwowano wpływu na funkcje poznawcze ani sprawność fizyczną [22].

Uwzględniając powyższe wyniki, można przyjąć, że doustny preparat FSMP może być skutecznym narzędziem wykorzystywanym w celu poprawy stanu odżywienia u pacjentów z demencją. Należy podkreślić, że żywność specjalnego przeznaczenia medycznego jest łatwo dostępna i gotowa do bezpośredniego spożycia, co może być szczególnie istotne dla pacjentów z upośledzoną samodzielnością w zakresie wykonywania codziennych czynności.

Jadłowstręt wieku podeszłego

Jadłowstręt wieku podeszłego (*Anorexia of aging*) jest zaburzeniem polegającym na zmniejszeniu chęci przyjmowania pokarmów, prowadzącym do spadku spożycia energii oraz składników odżywczych, rozpoznawanym u 20–25% Europejczyków ≥ 65 r.ż. [22]. Wśród głównych czynników powodujących obniżenie apetytu wymienia się zmiany fizjologiczne zachodzące wraz z wiekiem, choroby towarzyszące, farmakoterapię oraz problemy natury psychologicznej i społecznej. Jadłowstręt wieku podeszłego niewątpliwie stanowi ryzyko rozwoju niedożywienia, sarkopenii i zespołu kruchości [23].

Wyniki metaanalizy randomizowanych badań wskazują, że podaż FSMP pacjentom z jadłowstrętem wieku podeszłego wpływa na [24]:

- poprawę ogólnego apetytu, MD = 0,18, 95% CI (0,03; 0,33), $p = 0,02$,
- wielkość spożycia, MD = 1,43, 95% CI (0,01; 2,86), $p = 0,05$,
- wzrost ogólnego spożycia energii, SMD = 0,46, 95% CI (0,29; 0,63), $p < 0,001$,
- wzrost spożycia białka, SMD = 0,59, 95% CI (0,16; 1,02), $p = 0,007$,
- wzrost spożycia tłuszczu MD = 3,47, 95% CI (1,98; 4,97), $p < 0,001$,
- wzrost masy ciała, SMD = 0,53, 95% CI (0,41; 0,65), $p < 0,001$,
- wzrost wskaźnika masy ciała (BMI), MD = 0,53, 95% CI (0,12; 0,95), $p = 0,01$.

Wykazano również znaczną poprawę jakości życia oraz zmniejszenie wskaźników całkowitych kosztów opieki zdrowotnej o 37%.

Trudno gojące się rany i odleżyny

Kolejną grupą pacjentów w wieku podeszłym, która może odnieść korzyść z podaży FSMP są pacjenci z trudno gojącymi się ranami czy odleżynami.

Rana przewlekła wiąże się z obecnością procesu zapalnego, który wywiera wpływ na metabolizm i stan odżywienia. W związku ze stale towarzyszącym bólem, niegojące się rany mogą ograniczać aktywność fizyczną pacjenta, co łącznie z zapaleniem sprzyja spadkowi masy mięśniowej, rozwojowi sarkopenii, otyłości sarkopenicznej lub kacheksji. W procesie gojenia się rany istotną rolę odgrywa prawidłowa podaż makro- i mikroelementów oraz substratów, które wpływają na poprawę funkcjonowania układu odpornościowego, takich jak arginina, cynk, witamina C [25]. Benati i wsp. potwierdzili w swoich badaniach skuteczność we wspomaganie procesu gojenia odleżyn suplementu bogatoenergetycznego i bogatobiałkowego, wzbogaconego dodatkowo o argininę, witaminę C i cynk [26]. Z przeglądu systematycznego 28 badań klinicznych wynika, że suplementacja argininą i kwasami omega-3 poprawia gojenie się ran u pacjentów z rakiem głowy i szyi, zmniejsza częstości powikłań pooperacyjnych oraz wiąże się ze skróceniem czasu pobytu w szpitalu.

Doustne suplementy pokarmowe wzbogacone o minerały, witaminy i przeciwutleniacze były bardziej korzystne w przyspieszaniu gojenia ran niż niewzbogacone suplementy białkowe w przypadku stopy cukrzycowej i odleżyn [27]. Cereda i wsp. w wieloośrodkowym, randomizowanym, podwójnie zaślepionym badaniu oceniali wpływ podaży dwóch różnych preparatów FSMP na proces gojenia odleżyn w II, III i IV stadium. Ośmiotygodniowa suplementacja preparatem wysokoenergetycznym i wysokobiałkowym wzbogaconym o argininę, cynk i przeciwutleniacze spowodowała większą redukcję powierzchni odleżyny — średnia redukcja 60,9% (95% CI, 54,3% do 67,5%) w porównaniu z 45,2% w przypadku zastosowania preparatu kontrolnego (FSMP izokaloryczny i normobiałkowy [CI, 38,4% do 52,0%, $p = 0,017$]) [28].

Uwzględniając wyniki licznych badań w powyższym zakresie, niewątpliwie dobór właściwej formuły FSMP jest kluczowy do osiągnięcia zamierzonego efektu w postaci przyspieszenia gojenia ran u pacjenta.

Podstawowa opieka zdrowotna

W literaturze brak jest dużych badań oceniających zastosowanie FSMP oraz poradnictwa dietetycznego w podstawowej opiece zdrowotnej. W jednym z randomizowanych badań przeprowadzonych w Wielkiej Brytanii oceniano wpływ 12-tygodniowej podaży FSMP (600 kcal, 16 g białka) i porady dietetycznej w porównaniu z samą poradą dietetyczną (*dietary advice*, DA) w ramach POZ na wielkość spożycia, masę ciała i jakość życia niedożywionych pacjentów w wieku podeszłym (średni wiek badanych: $71,5 \text{ lat} \pm 10,7$) [29].

Grupa otrzymująca FSMP + DA miała istotnie większe całkowite spożycie energii i białka ($+401 \text{ kcal/d.}$, $p < 0,001$; $+15 \text{ g/d.}$, $p < 0,001$) i przyrost masy ciała ($+0,8 \text{ kg}$; $p < 0,001$) w porównaniu z grupą otrzymującą tylko poradę dietetyka. Jakość życia poprawiła się w obu grupach w czasie badania, istotna statystycznie poprawa była obserwowana w grupie FSMP + porada dietetyczna ($p = 0,009$). Akceptowalność obu interwencji była wysoka (FSMP 96%, DA 95%), przy czym istotnie więcej uczestników było zadowolonych z FSMP + DA (89%) niż DA (73%) ($p = 0,009$). Co ważne, częstość korzystania z poradnictwa w ramach POZ zmniejszyła się w grupie otrzymującej FSMP + DA [29].

Jak pokazują doświadczenia Wielkiej Brytanii, możliwe jest więc skuteczne planowanie interwencji żywieniowej na etapie POZ z uzyskaniem wymiernych korzyści w postaci poprawy stanu odżywienia i jednoczesnej akceptacji tej formy wsparcia przez pacjentów.

PODSUMOWANIE

Niedożywienie wśród osób starszych jest poważnym problemem zdrowotnym, który może prowadzić do wielu powikłań i obniżenia jakości życia. Stosowanie poradnictwa oraz żywienia medycznego może efektywnie poprawić stan odżywienia pacjentów w wieku podeszłym. Badania wskazują na skuteczność interwencji żywieniowych

z wykorzystaniem FSMP u pacjentów z różnymi schorzeniami wieku podeszłego. Podstawowa opieka zdrowotna odgrywa kluczową rolę w opiece nad tą grupą chorych. Warto więc zwrócić uwagę na potrzebę zintegrowanej opieki medycznej i dietetycznej w ramach leczenia osób starszych, aby dostosować interwencje żywieniowe do indywidualnych potrzeb pacjentów.

Konflikt interesów: Nie zgłoszono.

Finansowanie: Brak.

PIŚMIENNICTWO

1. Pourhassan M, Cederholm T, Donini LM, et al. Severity of inflammation is associated with food intake in hospitalized geriatric patients—a merged data analysis. *Nutrients*. 2023; 15(14): 3079, doi: [10.3390/nu15143079](https://doi.org/10.3390/nu15143079), indexed in Pubmed: 37513497.
2. Sobotka L. Podstawy żywienia klinicznego. Wyd. IV. Wydawnictwo Scientifica, Kraków 2013.
3. Allison SP. Malnutrition, disease, and outcome. *Nutrition*. 2000; 16(7-8): 590–593, doi: [10.1016/s0899-9007\(00\)00368-3](https://doi.org/10.1016/s0899-9007(00)00368-3), indexed in Pubmed: 10906565.
4. Zmarzły A. Leczenie niedożywienia w opiece ambulatoryjnej – doustna żywność medyczna. *Lekarz POZ*. 2019; 5(2): 161–164.
5. Dent E, Wright ORL, Woo J, et al. Nutritional screening and dietitian consultation rates in a geriatric evaluation and management unit. *Nutr Diet*. 2018; 75(1): 11–16, doi: [10.1111/1747-0080.12391](https://doi.org/10.1111/1747-0080.12391), indexed in Pubmed: 29164776.
6. Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) Nr 609/2013 z dnia 12 czerwca 2013 r. w sprawie żywności przeznaczonej dla niemowląt i małych dzieci oraz żywności specjalnego przeznaczenia medycznego i środków spożywczych zastępujących całodzienną dietę, do kontroli masy ciała oraz uchylające dyrektywę Rady 92/52/EWG, dyrektywę Komisji 96/8/WE, 1999/21/WE, 2006/125/WE i 2006/141/WE, dyrektywę Parlamentu Europejskiego i Rady 2009/39/WE oraz rozporządzenia Komisji (WE) nr 41/2009 i (WE) nr 953/2009.
7. Rozporządzenie Delegowane Komisji (UE) 2016/128 z dnia 25 września 2015 r. uzupełniające rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 609/2013 w odniesieniu do szczegółowych wymogów dotyczących składu żywności specjalnego przeznaczenia medycznego oraz informacji na jej temat.
8. Studenski SA, Peters KW, Alley DE, et al. The FNIH sarcopenia project: rationale, study description, conference recommendations, and final estimates. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2014; 69(5): 547–558, doi: [10.1093/gerona/glu010](https://doi.org/10.1093/gerona/glu010), indexed in Pubmed: 24737557.
9. Cederholm T, Jensen GL, Correia MI, et al. GLIM criteria for the diagnosis of malnutrition: a consensus report from the global clinical nutrition community. *Clin Nutr*. 2019; 38(1): 1–9, doi: [10.1016/j.clnu.2018.08.002](https://doi.org/10.1016/j.clnu.2018.08.002), indexed in Pubmed: 30181091.
10. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz.U. z 2017 r., poz. 2295).
11. Nutrition support for adults: oral nutrition support, enteral tube feeding and parenteral nutrition. NICE: Guidelines. National Institute for Health and Care Excellence, London 2017.
12. Smith A., Prescribing Support Consultant Dietitian, Hertfordshire and West Essex ICB, Quick Guide: Oral nutritional supplement (ONS) prescribing in primary care. NHS 2022. <https://www.hweclinicalguidance.nhs.uk/all-clinical-areas-documents/download?cid=1094&checksum=41bfd20a38bb1b0bec75acf0845530a7> (26.02.2024).
13. Ambulatoryjna opieka zdrowotna w 2022 r. Informacja sygnałna GUS 19.06.2023.
14. Zdrowie i ochrona zdrowia w 2021 r. Analizy statystyczne GUS Warszawa–Kraków, 2022.
15. Dominguez LJ, Barbagallo M. The multidomain nature of malnutrition in older persons. *J Am Med Dir Assoc*. 2017; 18(11): 908–912, doi: [10.1016/j.jamda.2017.08.016](https://doi.org/10.1016/j.jamda.2017.08.016), indexed in Pubmed: 28974466.

16. Volkert D, Beck A, Cederholm T, et al. ESPEN practical guideline: Clinical nutrition and hydration in geriatrics. *Clin Nutr.* 2022; 41(4): 958–989, doi: [10.1016/j.clnu.2022.01.024](https://doi.org/10.1016/j.clnu.2022.01.024), indexed in Pubmed: 35306388.
17. Małgorzewicz S. Żywnienie kliniczne: praktyczne zagadnienia. Tom 1–2. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2020.
18. Veronese N, Stubbs B, Punzi L, et al. Effect of nutritional supplementations on physical performance and muscle strength parameters in older people: A systematic review and meta-analysis. *Ageing Res Rev.* 2019; 51: 48–54, doi: [10.1016/j.arr.2019.02.005](https://doi.org/10.1016/j.arr.2019.02.005), indexed in Pubmed: 30826500.
19. Cramer J, Cruz-Jentoft A, Landi F, et al. Impacts of high-protein oral nutritional supplements among malnourished men and women with sarcopenia: a multicenter, randomized, double-blinded, controlled trial. *Journal of the American Medical Directors Association.* 2016; 17(11): 1044–1055, doi: [10.1016/j.jamda.2016.08.009](https://doi.org/10.1016/j.jamda.2016.08.009), indexed in Pubmed: 27780567.
20. Kishino Y, Sugimoto T, Kimura Ai, et al. Epidemiological and clinical significance of cognitive frailty: A mini review. *Ageing Res Rev.* 2018; 44(6): 1–7, doi: [10.1016/j.arr.2018.03.002](https://doi.org/10.1016/j.arr.2018.03.002), indexed in Pubmed: 29544875.
21. Randi J, Tangvik RD, Frøydis K, et al. Effects of oral nutrition supplements in persons with dementia: A systematic review. *Geriatr Nurs.* 2021; 42(1): 117–123, doi: [10.1016/j.gerinurse.2020.12.005](https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2020.12.005), indexed in Pubmed: 33383439.
22. Pilgrim AL, Robinson SM, Sayer AA, et al. An overview of appetite decline in older people. *Nurs Older People.* 2015; 27(5): 29–35, doi: [10.7748/nop.27.5.29.e697](https://doi.org/10.7748/nop.27.5.29.e697), indexed in Pubmed: 26018489.
23. Wernio E, Dardzińska J, Małgorzewicz S. Anoreksja wieku podeszłego – epidemiologia, przyczyny, konsekwencje zdrowotne. *Geriatrics.* 2016; 10: 32–38.
24. Mengqi Li, Si Z, Shuang Wu, et al. Effectiveness of oral nutritional supplements on older people with anorexia: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Nutrients.* 2021; 13: 835, doi: [10.3390/nu13030835](https://doi.org/10.3390/nu13030835), indexed in Pubmed: 33802580.
25. Kłęk S. Rola leczenia żywieniowego w procesie gojenia ran. *Leczenie Ran.* 2013; 10(4): 95–99, doi: [dx.doi.org/10.15374/lr2013018](https://doi.org/10.15374/lr2013018).
26. Benati G, Delvecchio S, Cilla D, et al. Impact on pressure ulcer healing of an arginine-enriched nutritional solution in patients with severe cognitive impairment. *Arch Gerontol Geriatr Suppl.* 2001; 7: 43–47, doi: [10.1016/s0167-4943\(01\)00120-0](https://doi.org/10.1016/s0167-4943(01)00120-0), indexed in Pubmed: 11431045.
27. Daher GS, Choi KY, Wells JW, et al. A systematic review of oral nutritional supplement and wound healing. *Ann Otol Rhinol Laryngol.* 2022; 131(12): 1358–1368, doi: [10.1177/00034894211069437](https://doi.org/10.1177/00034894211069437), indexed in Pubmed: 35043693.
28. Cereda E, Klersy C, Seriola M, et al. A nutritional formula enriched with arginine, zinc, and antioxidants for the healing of pressure ulcers: a randomized trial. *Ann Intern Med.* 2015(3): 167–174, doi: [10.7326/M14-0696](https://doi.org/10.7326/M14-0696), indexed in Pubmed: 25643304.
29. Smith TR, Cawood AL, Walters ER. Ready-made oral nutritional supplements improve nutritional outcomes and reduce health care use — a randomised trial in older malnourished people in primary care. *Nutrients.* 2020; 12: 517, doi: [10.3390/nu12020517](https://doi.org/10.3390/nu12020517), indexed in Pubmed: 32085537.