

Лечебное питание пожилых людей при психических болезнях

Андрей Юрьевич Барановский

Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург, Россия

Автор для корреспонденции: Андрей Юрьевич Барановский, baranovsky46@mail.ru

Резюме

Обоснование: лечебное питание является одним из важных компонентов комплексного лечения психиатрических больных, индивидуализация которого у лиц старших возрастов требует особых знаний геронтодиетологии. Научно обоснованные представления об особенностях питания при психических расстройствах у лиц пожилого и старческого возраста разработаны недостаточно. **Цель:** обосновать необходимость дифференцированного подхода к лечебному питанию в гериатрической психиатрии. **Обсуждение:** обобщение патогенетических концепций геронтопсихиатрических заболеваний в аспекте нутрициологии позднего возраста имеет научную и практическую значимость. Дегенеративный (инволюционный) и сосудистый генез, а также сочетанный (сосудисто-дегенеративный) патогенез формируют различные по тяжести и скорости прогрессирования органические поражения головного мозга. Именно поэтому особенности течения психических заболеваний влияют на многие метаболические процессы в организме лиц старших возрастов. Исследования показали, что у 25–90% пациентов старших возрастов, госпитализируемых в психиатрические стационары, отмечается развитие мышечной гипотрофии, около 50% страдают белково-энергетической недостаточностью, гиповитаминозами, чаще всего по причине недоедания. Лечебное питание психиатрических больных как в государственных, так и в частных медицинских учреждениях России обеспечивается согласно приказам Минздрава с использованием унифицированной номенклатуры диет (система стандартных диет). Непосредственная задача ухода за пожилыми пациентами состоит в том, чтобы осуществить подбор пищевого рациона, компенсирующего своим питательным составом метаболические дефициты и инволюционные обменные нарушения в позднем возрасте, а также пищевые расстройства, связанные с влиянием психотропной фармакотерапии. **Заключение:** составление видов рациона при разной патологии и в каждом конкретном клиническом случае зависит от особенностей течения заболевания, его стадии и патогенеза, состояния метаболических процессов организма и пищевых расстройств, связанных с влиянием психотропной фармакотерапии. Методология разработки дифференцированной диеты при разной психической патологии позднего возраста требует дальнейшего рассмотрения в соотношении с достижениями геронтологии и геронтопсихиатрии в понимании этиопатогенеза, проблем коморбидности и лекарственного взаимодействия.

Ключевые слова: геронтодиетология, геронтопсихиатрия, лечебное питание пожилых

Для цитирования: Барановский А.Ю., 2025 Лечебное питание пожилых людей при психических болезнях. *Психиатрия*. 2026;24(1):129–139. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2026-24-1-129-139>

FOR THE PRACTICING PHYSICIAN

UDC 616-08-039.73

<https://doi.org/10.30629/2618-6667-2026-24-1-129-139>

Therapeutic Nutrition for the Elderly with Mental Disorders

Andrey Yu. Baranovski

St. Petersburg State University, St. Petersburg, Russia

Corresponding author: Andrey Yu. Baranovsky, baranovsky46@mail.ru

Summary

Background: therapeutic nutrition is an important component of the complex treatment of psychiatric patients, the individualization of which in the elderly requires special knowledge of gerontodietology. Scientifically based ideas about the nutrition specificities in mental disorders in elderly and senile people have not been sufficiently developed. **The aim** was to substantiate the need for differentiated approach to therapeutic nutrition in geriatric psychiatry. **Discussion:** generalization of gerontopsychiatric diseases pathogenetic concepts in the aspect of nutrition of old age people has scientific and practical significance. Degenerative (involutional) and vascular geneses, as well as combined (vascular-degenerative) pathogenesis, form organic brain lesions of varying severity and rate of progression. This is why the specificities of the course of mental disorders affect many metabolic processes in the body of the elderly. Studies have shown that 25–90% of elderly patients hospitalized

in psychiatric hospitals experience the development of muscle wasting, about 50% suffer from protein-energy deficiency, hypovitaminosis, most often due to malnutrition. Therapeutic nutrition of psychiatric patients in both state and private medical institutions in Russia is provided in accordance with orders of the Ministry of Health using a unified nomenclature of diets (system of standard diets) to select a diet that compensates for metabolic deficiencies and involuntal metabolic disorders, as well as eating disorders, associated with the influence of psychotropic pharmacotherapy, with its nutritional composition. **Conclusion:** the composition of diet types for different pathologies and in each specific clinical case depends on the characteristics of the course of the disease, its stage and pathogenesis, the state of the body's metabolic processes and eating disorders, associated with the influence of psychopharmacotherapy. The methodology for modifying differentiated diet needs considering last advances in understanding the problems of gerontology, geriatric psychiatry, comorbidity and pharmacological interactions.

Keywords: gerontodietology, gerontopsychiatry, therapeutic nutrition for the elderly

For citation: Baranovski A.Yu. Therapeutic Nutrition for the Elderly with Mental Disorders. *Psychiatry (Moscow) (Psikhiatriya)*. 2026;24(1):129–139. (In Russ.). <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2026-24-1-129-139>

Психические заболевания в пожилом и особенно в старческом возрасте относятся к весьма распространенному виду патологии. Организация и проведение лечения этих расстройств представляют большую проблему в современной гериатрии, не отличаются сколько-нибудь заметными успехами, вместе с уходом за больными требуют огромных материальных затрат, сопровождаются значительными бытовыми трудностями. Эти совокупные проблемы являются источником тяжелого стресса для родственников пациентов и ухаживающих лиц, вынужденных обслуживать и повседневно общаться с пожилыми пациентами, страдающими психическими расстройствами.

Геронтопсихиатрические заболевания имеют, как правило, дегенеративный (инволюционный), сосудистый, а также сочетанный (сосудисто-дегенеративный) патогенез, формирующий различные по своей тяжести и скорости прогрессирования органические поражения головного мозга. Механизмы развития заболеваний психической сферы, равно как и сопутствующая соматическая патология, определяют суть лечебных мероприятий, приоритетными среди которых рассматриваются фармакотерапевтические методы. Вместе с тем лечебное питание дополняет и усиливает лечебное действие лекарственных средств, дифференцированно потенцируя, прежде всего, метаболические, антиоксидантные, антигипоксантные, saniрующие, многие другие эффекты фармакологического лечения [1–5].

Лечебное питание психиатрических больных как в государственных, так и в частных медицинских учреждениях России обеспечивается согласно приказу Минздрава России от 5 августа 2003 г. № 330 «О мерах по совершенствованию лечебного питания в лечебно-профилактических учреждениях Российской Федерации» и приказу Минздрава России от 19 февраля 2024 г. № 70н «О внесении изменений в Инструкцию по организации лечебного питания в лечебно-профилактических учреждениях, утвержденную приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 5 августа 2003 г. № 330, и нормы лечебного питания, утвержденные приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21 июня 2013 г. №395н», в соответствии с которыми введена унифицированная номенклатура диет (система стандартных диет), объединившая или включившая ранее

применявшиеся диеты номерной системы. При этом в каждом конкретном клиническом случае в зависимости от особенностей течения заболевания, его стадии и патогенеза, с учетом состояния метаболических процессов организма формируется индивидуальная программа изменения стандартной диеты, методология которой будет рассмотрена в настоящей лекции.

Для индивидуализации программы питания важно оценить метаболический статус пациента, получить характеристику его антропометрических параметров, осуществить подбор пищевого рациона, компенсирующего питательным составом метаболические дефициты и инволюционные обменные нарушения, а также пищевые расстройства, связанные с влиянием на них психотропной фармакотерапии.

Одним из основных факторов, заставляющих особо выделить проблему питания в геронтопсихиатрии, является, прежде всего, длительность течения большинства психических заболеваний. Неоднократные госпитализации психически больных и особенности режима психиатрических больниц надолго изолируют многих пациентов от привычного уклада жизни и изменяют привычный стереотип их питания. Это накладывает на медицинский персонал психиатрических лечебниц особую ответственность за восстановление не только нормального психического здоровья, но адекватного статуса питания пожилых больных.

По данным зарубежных авторов, у 25–90% пациентов молодого и среднего возраста, госпитализированных в психиатрические стационары, отмечается развитие мышечной гипотрофии, а около 50% страдают белково-энергетической недостаточностью [6, 7]. По данным отечественных исследователей, у пожилых и особенно у больных старческого возраста эти показатели существенно выше [4]. Это подтверждают материалы исследований зарубежных авторов. Т. Prell и соавт. [8] обнаружили, что пожилые пациенты с психическими расстройствами, направленные на стационарное лечение, обнаруживают признаки недоедания. Согласно индексу Кетле, у четверти мужчин обнаружен низкий вес. У половины мужчин и трети женщин выявлен дефицит витамина В₁ (тиамина), у половины всех пациентов обоего пола обнаружен дефицит фолиевой кислоты. Кроме того, у половины мужчин и 10% женщин была диагностирована анемия. Вдовы и, в меньшей степени, пациенты с органическими

заболеваниями головного мозга или психотическими расстройствами подвержены большему риску недоедания по сравнению с другими пациентами. Сходные сведения приводят Q. Хи и соавт. [9]. Аналогичные данные представлены в Клинических рекомендациях «Недостаточность питания у лиц пожилого и старческого возраста», утвержденных Минздравом России в 2020 г. [10].

Кроме длительного пребывания в психиатрических больницах и продолжительного лечения в домашних условиях, патогенетически важным в смысле нарушения питания нередко является и само психическое заболевание с его специфическими проявлениями. При большинстве психических заболеваний пищевое поведение пожилого человека меняется. Потеря аппетита и уменьшение массы тела настолько часто сопровождают депрессию и синдромы деменции, что считаются одними из облигатных признаков заболевания и включаются в качестве критериев диагностики депрессии и деменции во все известные опросники. При тревожных расстройствах, депрессии и ипохондрии потребность в приеме пищи обычно ослаблена, аппетит снижен, больные худеют. Отказ от пищи наблюдается при фобиях (чаще из-за страха поперхнуться). Такие больные едят лишь жидкую пищу или нарезанную мелкими кусочками. Обследование больных деменцией, депрессивными синдромами различной этиологии, проведенное отечественными врачами в условиях стационара, выявило у подавляющего большинства этих пациентов значительные диетические нарушения в виде отказа или резкого ограничения в приеме пищи, изменения суточного режима питания и патологической избирательности в выборе продуктов и блюд. В случаях острых эндогенных психозов и экзогенных делириозных состояний, когда возможность приема больным пищи внутрь ограничена или исключена, гиперкатаболические особенности обмена веществ у больных пожилого и старческого возраста крайне быстро приводят к развитию белково-энергетической недостаточности [11].

Наиболее рельефно выражена связь психопатологических феноменов с нарушениями пищевого поведения при особых расстройствах — нервной анорексии, нервной булимии, компульсивном переедании [12]. Для объяснения патогенеза этих расстройств предложены несколько нейрхимических механизмов, но ни один из них не доказан. Возникающие расстройства, видимо, следует рассматривать как отдельные психопатологические состояния, обусловленные различными причинами (сосудистые, генетические факторы, предрасположенность к депрессии). Эти виды психической патологии влекут за собой множество клинических последствий, включая метаболические, сердечно-сосудистые, гастроинтестинальные, эндокринные и др., отягощающие соматическую патологию пожилого человека.

Основной терапией в геронтопсихиатрии является применение психотропных средств. Хронический

характер психических заболеваний у пожилого человека ведет к частым и длительным госпитализациям, длительному приему медикаментов. Это объясняется как недостаточной эффективностью психофармакотерапии, так и значительным количеством побочных действий психотропных препаратов. В последние десятилетия развиваются подходы к лечению, позволяющие как уменьшить побочные эффекты психофармакотерапии, так и повысить ее эффективность.

Нежелательные эффекты психофармакотерапии на состояние питания недостаточно учитывают в практической лечебной работе с пожилыми больными. Механизмы регуляции пищевого поведения многочисленны, зависят от многих факторов, среди которых значительную роль играют психотропные препараты. Подавляющее число используемых сегодня нейролептиков и антидепрессантов оказывает выраженное побочное действие на процессы пищеварения — нарушается слюноотделение (вызывая сухость во рту), развивается атония кишечника (вплоть до хронических запоров), уменьшается масса тела, либо, наоборот, она нефизиологически повышается. Так, фенотиазины вызывают прибавку в массе тела — частое и неприятное осложнение терапии у больных психиатрического профиля, которым фенотиазиновые нейролептики иногда требуются на протяжении многих лет. Резкую прибавку в массе тела могут вызвать трициклические антидепрессанты за счет увеличения аппетита. В то же время при имеющихся расстройствах пищевого поведения эти средства часто уменьшают аппетит.

Бензодиазепины, увеличивая аппетит, могут повышать потребление пищи, иногда приводя к ожирению. Большинство транквилизаторов (производные бензодиазепина) и нейролептик сульпирид (эглонил) уменьшают желудочную секрецию и снижают содержание в желудочном соке пепсина и соляной кислоты. Амфетамины, используемые при синдроме нарушения внимания с гиперреактивностью, уменьшают аппетит путем усиления выброса серотонина. Например, даже такой современный, считающийся малотоксичным препарат, как флуоксетин, при достаточно длительном приеме приводит к уменьшению аппетита с последующим возможным снижением массы тела [13]. Это свойство препарата пытались использовать для лечения ожирения. Новые психотропные препараты (оланзапин, зипрекса и другие антипсихотики второго поколения) способствуют прибавке массы тела.

Современная психофармакология ищет пути снижения побочных эффектов, но результаты еще далеки от достижения успеха.

При лечении отдельных нозологических форм в геронтопсихиатрии накоплен определенный нутрициологический опыт. В частности, отработано лечебное питание при анорексии пожилого человека [14.].

Лечение анорексии обычно условно подразделяется на два этапа: неспецифический (2–3 недели) и специфический [15, 16]. Экстренная помощь сводится к коррекции водно-электролитного баланса. В ходе первого

этапа лечения основной задачей является борьба с кахексией, для чего используют специальные диетические режимы с включением в необходимых случаях искусственного (парентерального и энтерального) питания, витаминных и психотропных препаратов.

На втором, более длительном этапе, проводят лечебные мероприятия, направленные на устранение симптомов основного психического заболевания, вызвавшего нарушения в статусе питания. Попытки убедить больного в необходимости лечения, как правило, безрезультатны. Пациенты часто недооценивают опасность состояния. Если снижение массы тела еще незначительно, почти всегда показана госпитализация в специализированную клинику.

На ранней стадии лечения возможна задержка жидкости, поэтому в первые 7–10 суток необходим учет поступления жидкости, а калорийность рациона в это время не должна превышать 2000 ккал. Назначается дробное 6–7-разовое питание небольшими порциями под присмотром персонала. Больного ежедневно взвешивают, регистрируют массу принятых питательных веществ и вес испражнений, измеряют потребление и выделение жидкости, исследуют водно-электролитный баланс.

Депрессия является частой причиной проблем питания в пожилом возрасте. Одним из девяти специфических симптомов, определяющих серьезное депрессивное расстройство, является значимое снижение или увеличение массы тела (> 5%) или изменение аппетита [17]. Таким образом, выявление нарушений статуса питания должно входить в программу обследования пациентов с депрессией. При этом депрессия входит в дифференциальный диагноз причин недостаточности питания, особенно у пожилых людей, и включена в комплексную гериатрическую оценку. Доказано наличие связи между депрессивным настроением и недостаточностью питания [18].

Особое внимание на всех этапах должно уделяться сбалансированности диеты путем применения энтеральных питательных смесей промышленного производства, включающих в себя полный набор питательных компонентов (белки, жиры, углеводы, макро- и микроэлементы, витамины), а также модульных смесей. Медикаментозное лечение, зондовое питание при анорексии пожилого человека применяют редко. Использование парентерального питания у таких больных проблемно, поскольку оно менее физиологично, сопряжено с длительной катетеризацией вен и последующим возможным развитием осложнений различного характера. После выписки из стационара необходимо длительное амбулаторное лечение. У большей части больных через 5–7 месяцев наступает первый рецидив депрессии с анорексией, поэтому необходима повторная госпитализация.

Отличительной чертой анорексии при психических заболеваниях является сочетание психических расстройств с соматоэндокринными, поэтому особый упор должен делаться на комплексности проводимых

лечебно-реабилитационных мероприятий на всех этапах лечения. Так как лечение таких пациентов длительное (занимает месяцы, порой даже годы) и требует применения как психиатрических, так и нутриционных методов терапии, многие специалисты считают, что к процессу лечения наряду с психиатрами следует привлекать и специалистов-диетологов.

Значительное внимание уделяют разработке специальных диет для лечения шизофрении [19]. Еще в 70-х годах XX в. исследователями было выдвинуто предположение о патогенетической роли глютена (растительного белка, входящего в состав многих злаков) и казеина (белка, составляющего основу молока) в развитии шизофрении. Потребление этих белков приводит к чрезмерному накоплению экзорфинов в ликворе, что клинически может проявляться симптомами шизофрении, аутизма. Однако пока предположение о патологическом влиянии экзорфинов на человека не является полностью доказанным или опровергнутым, и исследования в этом направлении продолжают [20]. В ходе разработок и практического применения специальных «антишизофренических» (свободных от глютена и казеина) диет клиницистами в разное время были получены слишком противоречивые данные, которые хотя и не позволяют к настоящему моменту достоверно свидетельствовать о терапевтической эффективности этого метода, но, тем не менее, подчеркивают важность дальнейших исследований.

Вопрос о роли казеина в патогенезе шизофрении встает в работах последних лет, посвященных вопросам питания лиц старших возрастов. Результаты исследований на сегодняшний день пока не дают однозначного ответа на вопрос о патогенетических закономерностях участия казеина в развитии шизофрении. Выяснение обоснованности этой концепции, по всей видимости, дело ближайшего будущего. Рост производства и потребления молочных продуктов населением всех стран заставляет исследователей более углубленно подойти к изучению химического состава молока и процессов, связанных с его метаболизмом. Известно, что в результате неполного расщепления молочного белка в организме при наличии лактазной недостаточности образуется целый ряд промежуточных биоактивных соединений, способных, как предполагается, при проникновении во внутреннюю среду вызывать различные изменения не только в физиологических процессах, но и психологических функций.

В целом, область науки, занимающаяся изучением взаимовлияния питания и психики, еще довольно молода, и на нее в будущем возлагаются большие надежды. В частности, изучаются возможные влияния отдельных компонентов пищи на настроение, поведение и когнитивные функции, а также на физическую активность. Однако, поскольку большинство исследований проведено на больных, получавших одновременно психотропные препараты, то доказательный уровень этих работ часто ограничен за счет методологической проблемы. Вставал вопрос о том, как провести четкую

линию между нутритивным влиянием и действием лекарственных препаратов. В частности, потребление большого количества углеводов усиливает поступление в мозг триптофана и тем самым повышает уровень серотонина, а потребление пищи, богатой белками, наоборот, приводит к его снижению (вследствие взаимной конкуренции аминокислот при их прохождении через гематоэнцефалический барьер). Это должно было бы сказаться на состоянии больных депрессией. Однако это вызывает сомнения исследователей, поскольку в реальной жизни значительное влияние потребления богатой углеводами пищи на настроение не отмечено [21].

Из других химических компонентов пищи исследовали, например, влияние холестерина на состояние психики. Данные о воздействии низкого уровня холестерина в плазме на симптомы депрессии слишком противоречивы: от полного отсутствия эффекта до прямой зависимости. В качестве одной из гипотез, способной объединить различные результаты исследований, высказано предположение о ведущей роли в генезе депрессивной симптоматики нарушения соотношения эссенциальных жирных кислот [22].

Изучали действие не только химических пищевых компонентов, но и воздействие отдельных электролитов на нейрхимические процессы. Существенную роль в метаболических процессах центральной нервной системы играет магний, обладая в том числе нейроседативными и нейропротекторными свойствами. Дефицит магния в ряде случаев ведет к снижению памяти, внимания, нарушению сознания, судорожным припадкам, может проявляться нарушениями координаторной сферы в виде атаксии, тремора, нистагма. Возможно повышение сухожильных рефлексов, развитие парестезий. У пожилых пациентов с выраженной сердечно-сосудистой патологией, сопровождающейся тяжелой гипоксией, возникает транзиторная гипомagneзemia, которая проявляется повышенной возбудимостью и судорогами, синдромом нарушения мышечного тонуса вплоть до остановки дыхания [23]. Этому сопутствуют генерализованные отеки, нарушения моторики желудочно-кишечного тракта. Длительная гипомagneзemia повышает риск развития нервных периферических расстройств, вплоть до паралича.

При гипермагнезмии у пожилых больных с сердечно-сосудистой патологией развиваются преходящие нарушения функций головного мозга, нередко трансформирующиеся в необратимые поражения головного мозга в виде геморрагий. Дефицит магния встречается гораздо чаще, чем избыток, этот недостаток нарастает с возрастом, достигая уровня тотального дефицита у людей в возрасте старше 70 лет. Это обычное явление для людей, страдающих депрессией, в 80% встречается у пациентов с цереброваскулярными заболеваниями. Известно, что низкий уровень магния в организме лиц любого возраста способствует формированию наркологической, алкогольной и табакoзависимости. Включение магния и пиридоксина в комплекс лечения

больных с наличием в клинической картине эмоционально-волевых нарушений (тревожность, сниженное настроение, чувство безысходности) позволяет добиваться стабильных положительных поведенческих реакций [24].

Примером может послужить вопрос о влиянии шоколада на настроение. Хотя феномен воздействия шоколада на депрессию установлен в ряде научных работ, механизм этого явления до конца не ясен. Предполагается, что он обусловлен лекарственноподобным воздействием компонентов шоколада, таких как анандамиды, кофеин, фенилэтиламин и магний. Кроме того, показано, что всякая вкусная пища стимулирует выброс эндорфинов в мозге; видимо, этот механизм и является наиболее общим.

Обсуждаются и механизмы возможного обратного влияния состояния психического здоровья на питание. Так, при симптомах острого делирия в пожилом возрасте отмечается уменьшение слюноотделения, тесно связанное со снижением и аппетита у этих пациентов.

Известно, что психоэмоциональный стресс приводит к потере массы тела вследствие снижения аппетита и уменьшения потребления пищи, а также к увеличению содержания в крови общего холестерина, липопротеидов высокой и низкой плотности.

В отдельных работах было показано, что обострение параноидной шизофрении сопровождается возрастанием интенсивности процессов перекисного окисления липидов и снижением антиоксидантной защиты. При этом параллельно обнаруживали нарушения в структуре мембран эритроцитов, усиление метаболизма фосфолипидов, вследствие чего возникло предположение о возможности определенного лечебного эффекта линоленовой кислоты при использовании ее в качестве пищевой добавки к нейролептической терапии. Актуальным в данных клинических ситуациях является насыщение рациона питания пожилых пациентов продуктами с высоким антиоксидантным индексом, богатых полиненасыщенными жирными кислотами.

У многих исследователей растет интерес к лекарственно-пищевым взаимодействиям в психиатрии. Одним из наиболее изученных эффектов этого рода является участие тирамина (вещества, приводящего к образованию гистамина) в патогенезе гипертензивного (серотонинового) криза, специфического осложнения от применения антидепрессантов — ингибиторов моноаминоксидазы (ИМАО). Опасность такого серьезного осложнения ограничивает применение этих эффективных препаратов в психиатрии, а в случае их назначения необходимы строгие диетические предосторожности. На фоне приема ИМАО запрещены продукты с высоким содержанием ароматических аминокислот (тирозина, фенилаланина, триптофана и гистидина). Копчености, сыры, колбасы, кефир, сметана, кофе, шоколад, дрожжи, бобовые, пиво, красное вино, бананы, авокадо, говяжья и куриная печень могут (даже при их хорошем качестве, а особенно при длительном хранении, контаминации или порче)

накапливать тирамин и гистамин и поэтому категорически противопоказаны при лечении ИМАО.

Натрий и кофеин увеличивают экскрецию лития с мочой. Отмечались случаи интоксикации литием у пациентов, соблюдавших бессолевую диету, а также при резком прекращении потребления ими кофе, что обосновывает необходимость диетологической настороженности у пациентов, длительно получающих литий.

В связи с частотой алкоголизма у лиц пожилого возраста весьма актуальны и вопросы его терапии. Адекватное лечение этого заболевания неразрывно связано со специфической диетотерапией, поскольку алкоголизм в большинстве случаев сопровождается различными нарушениями пищеварительной системы, полигиповитаминозом. Если раньше специфически дефицитным при алкоголизме считался витамин В₁, то в последние годы среди лиц с алкогольной зависимостью быстро возрастает и доля пациентов с дефицитом никотиновой кислоты (витамина РР), обуславливая появление большого числа тяжелых форм алкогольной пеллагры. Появились также данные, что этанол, вызывая в организме недостаточность витамина А, в то же время является серьезным препятствием на пути попыток ее компенсации, придавая гепатотоксический эффект как дополнительно вводимому ретинолу, так и его предшественнику (β-каротину) вследствие конкурентных взаимодействий в системе цитохрома Р-450.

Нутритивная поддержка пожилых людей с делирием или риском развития делирия является очень важным разделом в комплексе лечебных мероприятий [25]. Делирий часто развивается у пожилых людей, особенно у тех пациентов, которые поступают в больницу для неотложного терапевтического или хирургического лечения. Обезвоживание является важным фактором, который ускоряет развитие делирия, а недостаточность питания способствует его развитию. Госпитализированные пациенты пожилого возраста с делирием должны проходить скрининг на обезвоживание и недостаточность питания, которые могут являться как причиной, так и следствием делирия. Обезвоживание и недостаточное питание, выявленные в процессе скрининга, являются важнейшими показаниями для организации соответствующей нутритивной помощи, без выполнения которой невозможно получить положительный эффект от проводимой терапии [26, 27].

С годами, несмотря на развитие гериатрической психофармакологии, не уменьшается роль лечебно-профилактического питания в лечении больных с патологией психореаниматологического профиля [28]. Присущие этим заболеваниям гиперкатаболические особенности обмена веществ крайне быстро приводят к истощению и способствуют летальному исходу. Такой же настороженности требуют пациенты с постреанимационной энцефалопатией, пережившие гипоксическую агрессию в отношении ЦНС и нуждающиеся в длительном реабилитационном периоде, включающем, помимо прочего, искусственное питание.

В лечении этой группы больных особое значение приобретают вопросы искусственного питания.

Нутриционное обеспечение пациентов с прогрессирующими формами деменции относится к одной из важных проблем их лечения и патронажа. Все больше пожилых людей с болезнью Альцгеймера или другими видами деменции доживают до более поздних стадий заболевания. Поздняя стадия деменции сопровождается прогрессирующими нарушениями когнитивных способностей больных и, соответственно, расстройствами многих процессов приема пищи. Употребление еды становится затруднительным процессом, что существенно ограничивает реальный рацион питания, возникает нутриционный дефицит необходимых для организма питательных веществ. Метаболический голод больных деменцией формируется не только нарушениями употребления пищи, но и инволюционными проблемами механизма употребления пищи, т.е. затруднением жевания, глотания, а также атрофическими заболеваниями верхних отделов желудочно-кишечного тракта и метаболическими нарушениями. В этой связи перед врачами и ухаживающими за больными лицами встают крайне сложные по своей реализации задачи, заключающиеся не только в том, что требуется рассчитать необходимый конкретному больному пищевой рацион и обеспечить соответствующую диету, но и реализовать все необходимые больному виды помощи во время еды. Поэтому рядом с больным деменцией постоянно должен присутствовать тот, кто может следить за количеством съеденного, контролировать самочувствие подопечного. Рядом авторов было высказано предположение, основанное на небольшом клиническом массиве и лабораторных данных, что недоедание является фактором этиологии и одним из патогенетических механизмов прогрессирования деменции и других психических и когнитивных расстройств [29]. Научные исследования для доказательства обозначенной концепции продолжаются [30].

При организации питания больных с деменцией следует учитывать, что каждому такому больному требуется индивидуализировать организационные мероприятия помощи в приеме пищи. Известно, что лекарственная терапия, особенно прием психотропных препаратов, снижают аппетит вплоть до его исчезновения, а клинические проявления психических расстройств могут приводить к постепенной утрате обоняния и чувствительности вкусовых рецепторов. Именно поэтому повышенную требовательность больных деменцией к различным пищевым продуктам, видам их кулинарной обработки, температуре пищи и многим другим особенностям рациона, вплоть до негативного отношения к еде, следует рассматривать не как капризы больных, а как естественную реакцию больного на неудобоваримую для них еду. А это значит, что обсуждать с больным содержание его завтрака, обеда и ужина следует заблаговременно, заготавливая альтернативные продукты и блюда с расчетом отказа больного перед самой едой от им же заявленных продуктов.

Нарушение жевательной и глотательной функций, наблюдающееся у большинства больных деменцией, предъявляет повышенные требования к индивидуализации технологических видов подготовки пищи в рационе их питания. В большинстве клинических случаев опыт диетологов психоневрологических медицинских и социальных учреждений свидетельствует, что полужидкая и даже жидкая пища рассматривается в приоритете в рационе питания, особенно при тяжелых формах больных деменцией.

Питание должно быть дробным. Организовать диету нужно так, чтобы пожилой человек ел 5–6 раз в день. Порции должны быть небольшими, исключающими нагрузку на пищеварительную систему. Ужин подавать желательно за 3 часа до отхода ко сну.

График кормлений обязателен. Человек с деменцией привыкнет к определенной периодичности приема пищи и будет меньше тревожиться. Контролировать объемы съедаемого станет проще.

Приглашая больного с деменцией за стол, следует показывать каждый прибор и называть его: это чашка, это тарелка и так далее. Полезно подсказывать, как есть: откуси бутерброд, зачерпни суп, выпей молока. Человеку на поздней стадии Альцгеймера приходится даже помогать подносить ложку ко рту, напоминать о необходимости жевать и глотать.

Организация питания пациентов с прогрессирующей деменцией требует обеспечение комфорта в процессе приема пищи больным, помощи в использовании посуды, столовых приборов, салфеток, следить за количеством съеденного, контролировать самочувствие подопечного, обеспечивать гигиену приема пищи.

По мере прогрессирования деменции нарастают расстройства координации движений и мелкой моторики, что приводит к неспособности использовать посуду и столовые принадлежности, пользоваться салфетками. При самостоятельной еде такие больные могут пачкать едой свою одежду, скатерть на столе, ронять на пол и на свою одежду кусочки пищи, еда сопровождается громкими звуками. Это не должно раздражать участников совместного питания, не следует делать старикам замечания по этому поводу. Их обидчивость может усугублять весь процесс приема пищи больными, создавать негативные стереотипы на последующие случаи еды в кругу близких людей.

К особенностям индивидуального ухода за больными деменцией с тяжелым течением следует отнести контроль за их поведением во избежание употребления в пищу такими больными несъедобных предметов, например, как показывает опыт психиатров, моющих средств, бумажных салфеток, комнатных растений и цветов, различной бижутерии и многого другого.

Инволюционные атрофические процессы в органах пищеварения, особенно пищевода и гастродуоденальной системы, при деменции существенно более выражены, чем у пожилых больных без психоневрологической симптоматики. А это значит, что требования к диете таких пациентов должны быть особыми. Эти

больные должны иметь возможность более частого приема пищи, чем принято в стандартной диететике, но более малыми порциями. Максимально медленная еда является для них важным условием лечебного питания. Следует остерегаться перекармливания больных, тем более не заставлять их есть через силу, что при нарушении многих видов чувствительности и регуляции деятельности пищеварительного тракта может привести к переполнению желудка, застойным явлениям в нем, развитию бродильных и даже гнилостных процессов, возникновению дисфагии, отрыжки, тошноты и даже рвоты. При старческих изменениях желудка и пищевода больным старших возрастов противопоказаны продукты с острым, горьким и другими раздражающими вкусами, опасна горячая и очень холодная пища, в том числе напитки.

Выше уже было отмечено, что нарушение многих видов метаболизма и регуляторных процессов у больных деменцией может прогрессировать по мере клинического ухудшения психиатрического статуса. Разработка индивидуальной программы диетотерапии должна быть направлена на компенсацию обменных расстройств, стабилизацию отрицательной динамики потери пластически и энергетически емких питательных диетических блоков, восстановлению тканевых дефицитов. Именно для этого первый шаг врача, обеспечивающего разработку индивидуальной концепции и тактики питания больного деменцией, должен включать комплексную оценку нутриционного статуса пациента.

Наиболее значимым клиническим тестом оценки нутриционного статуса больных деменцией следует считать степень потери веса пациента, тяжелые формы которых наблюдаются у 36,6% пациентов с синдромом деменции, депрессией в сочетании с сердечно-сосудистыми заболеваниями [31]. Именно у этой категории больных, по мнению авторов, существует большая вероятность появления галлюцинаций, апатии, аберрантного и ночного двигательного поведения по шкалам нейропсихиатрического опросника NPI (The Neuropsychiatric Inventory). S. Spaccavento и соавт. (2009) [32], используя тест MNA (так называемый мини-анализатор питания: *Mini-Nutrition Analysis Assessment*, MNA) для изучения роли статуса питания, соотнеся его с когнитивными, функциональными и нервно-психическими нарушениями у пациентов с болезнью Альцгеймера, обнаружили, что пациенты, подверженные риску недоедания, демонстрируют более выраженные нарушения как в простых повседневных действиях, так и в повседневной жизни и большую вероятность появления галлюцинаций, апатии, аберрантного и ночного двигательного поведения по шкалам NPI.

Потеря веса оказывает негативное влияние на прогноз болезни Альцгеймера, так как чем значительнее нарушение питания, тем быстрее развиваются болезнь, клиническое прогрессирование, приводящее к смерти пациентов [33, 34]. Исследования показали, что существуют две формы снижения веса у больных

деменцией: медленная и прогрессирующая, которые в соответствии с их тяжестью могут определять клинические особенности течения основного заболевания. Значительная и быстрая потеря веса определяла прогноз развития деменции, сопровождалась большим числом госпитализаций, клиническими проявлениями и помещением в специализированные учреждения, что привело исследователей к выводу, что этим пациентам требуется прежде всего базисная терапия в виде диетологических лечебных вмешательств. G.A. Pivi и соавт. [35], ссылаясь на свой большой клинический опыт, поддерживают обозначенную стратегию лечения рассматриваемого контингента больных.

Существует основанная на морфологии теория, объясняющая потерю веса у пациентов с болезнью Альцгеймера, которая связана с поражениями головного мозга, вызванными этим заболеванием, поскольку была обнаружена значительная связь между низкой массой тела и атрофией в области гипоталамуса головного мозга, взаимодействие между латеральным и вентромедиальным ядрами которого ответственно за пищевое поведение [36, 37].

Разработка индивидуализированной программы диетотерапии больных деменцией должна основываться на оценке состояния питания этих пациентов, результаты которой будут иметь решающее значение для определения композиционных параметров диетических программ в каждом конкретном случае. Оценка состояния питания этих пациентов должна проводиться с использованием ряда традиционных методов на основе объективных оценок, таких как антропометрия, оценка клинических признаков, указывающих на недостаточное питание, количественной характеристике параметров потребления пищи до госпитализации. В повседневной психиатрической практике многих западных стран с целью оценки характера и степени выраженности нутриционных дефицитов у пожилых людей и выявления тех, кому может помочь раннее диетическое вмешательство, используется отмеченный уже выше тест MNA) (цит. по: G.A. Pivi и соавт. [35]). Этот анализатор, разработанный авторами из Швейцарии [38], состоит из 18 пунктов, включая антропометрию, оценку питания, общую клиническую оценку и краткие вопросы по общей оценке здоровья. Тест-вопросник, доступный для использования любому квалифицированному медицинскому работнику, позволяет быстро оценить состояние питания у пожилых пациентов в амбулаторных медицинских учреждениях, клиниках, больницах и домах престарелых. Большинство авторов, не исключая тест MNA, считают использование антропометрических измерений золотым стандартом для оценки питания, но только в комплексе с лабораторными показателями общего количества лимфоцитов, альбумина, холестерина в крови, гемоглобина и трансферрина [39].

Питательный состав рациона питания больных прогрессирующей деменцией должен соответствовать особенностям метаболизма и быть направленным

на коррекцию пищевых нарушений, обнаруженных в процессе диагностики состава тела больного, и пищевого статуса. По мере развития деменции сложность поддержания веса этих пациентов на прежнем уровне с помощью обычного питания возрастает, и в этих случаях рекомендуется использовать высококалорийные продукты, с достаточным содержанием пищевого белка. Наш клинический опыт показывает, что ежедневные добавки 450–500 ккал к энергосодержанию стандартного варианта высокобелковой диеты по приказу Минздрава России №330 от 05.08.2003 г. способны обеспечить достаточно заметную положительную динамику веса и улучшение показателей белкового обмена у больных деменцией с нарушениями питания. Однако обеспечить это дополнительным назначением высококалорийных продуктов не представляется возможным, так как существенное увеличение общего объема пищевого рациона для больных деменцией, особенно быстро прогрессирующего, тяжелого течения, представляет собой слишком обременительную, нереальную пищевую нагрузку. В этой связи благоприятным в своей реализации может быть дополнительное к стандартному варианту высокобелковой диеты назначение сухих белковых композитных смесей (СБКС), рекомендованных приказом Минздрава России №330 от 05.08.2003 г. Согласно законодательству СБКС производятся по ГОСТ 33933-2016 «Продукты диетического лечебного и диетического профилактического питания. Смеси белковые композитные сухие». СБКС — это специализированные пищевые продукты с содержанием белка от 40 до 75%, состоящие из белков молока (казеина и/или белков сыворотки молока), или изолята соевого белка, или смеси белков молока (казеина и/или белков сыворотки молока) и изолята соевого белка и представляющие собой порошкообразные смеси, состоящие из единичных и/или агломерированных частиц. Дифференцированный выбор вида СБКС и его количества должен быть связан со степенью белкового дефицита больного деменцией, наличием или отсутствием лактазной недостаточности, что у пожилых и старых больных наблюдается достаточно часто [40].

Важно обратить внимание на технологические особенности приготовления пищи больным с любыми формами деменции. Еда больным должна быть мягкой, приготовленной в вареном или тушеном виде с последующем перетиранием, если ее тяжело разжевывать. Подойдут каши, супы-пюре, пудинги, муссы, смузи.

Очень важный акцент в диете больных деменцией следует сделать на витаминно-минеральную обеспеченность их рациона питания. Опыт показывает, что у подавляющего числа этой категории больных наблюдаются гиповитаминоз и полиминеральная недостаточность, что является тяжелым обременительным фактором влияния практически на все блоки метаболизма, существенно ухудшая клиническое течение заболевания [41]. Именно поэтому на всех этапах диетотерапии больным показаны витаминно-минеральные комплексы, содержащие до 13–15 основных витаминов

и 9–17 макро- и микроэлементов. Пожилым людям могут быть назначены наиболее благоприятно переносимые Витрум, Мультимакс, Компливит, Алфавит, Центрум, Супрадин, Дуовит и некоторые другие.

С важной проблемой нередко сталкиваются психиатры как в стационарах, так и при амбулаторном ведении больных деменцией. Эта проблема — гиповолемия. Как правило, пожилые люди употребляют недостаточное количество жидкости, что формирует патофизиологический феномен обезвоживания [42]. Пациенты с деменцией, особенно с болезнью Альцгеймера, часто не ощущают жажды. Несколько исследований показали, что у пациентов с деменцией риск обезвоживания выше и что низкое потребление жидкости, обычно менее 1500 мл в день, коррелирует с когнитивными нарушениями и снижением способности выполнять повседневную жизнедеятельность [43]. Приходится рассчитывать оптимальное количество жидкости. Формула простая: 30 мл на 1 кг тела. Указанная суточная норма включает не только воду, но и другие напитки. Можно использовать коктейльную соломинку, если больному тяжело пить из чашки.

Еще раз следует отметить, что организация и обеспечение питания пожилых больных с деменцией очень важный, трудный и ответственный вид комплексного лечения пациентов, от эффективности которого может зависеть течение заболевания. Лица, составляющие диетический рацион этим больным, обеспечивающие кулинарную оптимальность продуктов их питания, помогающие больным в процессе еды, должны в динамике заболевания регулярно получать консультации у компетентного диетолога, имеющего достаточные знания и практический опыт в гериатрической диетологии. Это касается медицинского персонала лечебно-профилактических учреждений, патронажных и соцработников, родственников и других лиц, осуществляющих помощь пожилым больным с деменцией [25, 28, 44].

Таким образом, привлечение специалистов-диетологов к лечению пациентов пожилого и старческого возрастов психиатрического профиля необходимо при любом характере патологии центральной нервной системы в связи с неоспоримостью взаимодействия этих дисциплин.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ/REFERENCES

1. Диетология. Под ред. А.Ю. Барановского. 5-е изд. СПб.: Питер, 2017:1104. ил. ISBN 978-5-496-02276-7.
Dietologiya. Pod red. A.Yu. Baranovskogo. 5-e izd. SPb.: Piter, 2017:1104. (In Russ.). ISBN 978-5-496-02276-7.
2. Диетология. Под ред. А.Ю. Барановского 4-е изд. Санкт-Петербург: Питер, 2012:1024. ISBN 978-5-459-01570-6.
Dietologiya. Pod red. A.Yu. Baranovskogo 4-e izd. Sankt-Peterburg: Piter, 2012:1024. (In Russ.). ISBN 978-5-459-01570-6.
3. Линич ЕП, Сафонова ЭЭ. Гигиенические основы специализированного питания. 2017:220. ISBN 978-5-8114-2577-8.
Linich EP, Safonova EE. Gigienicheskie osnovy specializirovannogo pitaniya. 2017:220. (In Russ.). ISBN 978-5-8114-2577-8.
4. Хорошилов ИЕ, Хорошилова АИ. Старческая саркопения. *Университетский терапевтический вестник*. 2022;(4):124. <https://ojs3.gpmu.org/index.php/Un-ther-journal/article/view/4793>
Horoshilov IE., Horoshilova AI. Senile sarcopenia. *University Therapeutic Journal*. 2022;(4):124. (In Russ.). <https://ojs3.gpmu.org/index.php/Un-ther-journal/article/view/4793>
5. Firth J, Stubbs B, Teasdale SB, Ward PB, Veronese N, Shivappa N, Hebert JR, Berk M, Yung AR, Sarris J. Diet as a hot topic in psychiatry: a population-scale study of nutritional intake and inflammatory potential in severe mental illness. *World Psychiatry*. 2018;17(3):365–367. doi: 10.1002/wps.20571 PMID: 30192082; PMCID: PMC6127755.
6. Volkert D, Beck AM, Cederholm T, Cruz-Jentoft A, Goisser S, Hooper L, Kiesswetter E, Maggio M, Raynaud-Simon A, Sieber CC, Sobotka L, van Asselt D, Wirth R, Bischoff SC. ESPEN guideline on clinical nutrition and hydration in geriatrics. *Clin Nutr*. 2019;38(1):10–47. doi: 10.1016/j.clnu.2018.05.024 Epub 2018 Jun 18. PMID: 30005900;
7. Ni Lochlainn M, Cox NJ, Wilson T, Hayhoe RPG, Ramsay SE, Granic A, Isanejad M, Roberts HC, Wilson D, Welch C, Hurst C, Atkins JL, Mendonça N, Horner K, Tuttiett ER, Morgan Y, Heslop P, Williams EA, Steves CJ, Greig C, Draper J, Corish CA, Welch A, Witham MD, Sayer AA, Robinson S. Nutrition and Frailty: Opportunities for Prevention and Treatment. *Nutrients*. 2021;13(7):2349. doi: 10.3390/nu13072349 PMID: 34371858; PMCID: PMC8308545
8. Prell T, Perner C. Disease Specific Aspects of Malnutrition in Neurogeriatric Patients. *Front Aging Neurosci*. 2018;10:80. doi: 10.3389/fnagi.2018.00080 PMID: 29628887; PMCID: PMC5876291
9. Xu Q, Lu SR, Shi ZH, Yang Y, Yu J, Wang Z, Zhang BS, Hong K. Nutritional status of elderly hypertensive patients and its relation to the occurrence of cognitive impairment. *World J Psychiatry*. 2025;15(4):103092. doi: 10.5498/wjp.v15.i4.103092 PMID: 40309587; PMCID: PMC12038662.
10. Недостаточность питания (мальнутриция) у лиц пожилого и старческого возраста; Клинические рекомендации. Министерство здравоохранения Российской Федерации. 2020. ID: KP615
Malnutrition in elderly. Clinical guideline. Ministry of Healthcare of Russian Federation; 2020. ID: KP615. (In Russ.).
11. Mulchandani M, Shetty N, Conrad A, Muir P, Mah B. Treatment of eating disorders in older people: a systematic review. *Syst Rev*. 2021;10(1):275.

- doi: 10.1186/s13643-021-01823-1 PMID: 34696804; PMID: PMC8543781.
12. Castellini G, Cassioli E, Rossi E, Mancini M, Ricca V, Stanghellini G. Bridging cognitive, phenomenological and psychodynamic approaches to eating disorders. *Eat Weight Disord.* 2022;27(7):2273–2289. doi: 10.1007/s40519-022-01379-6 Epub 2022 Feb 18. PMID: 35179727; PMID: PMC9556383
 13. Serralde-Zúñiga AE, Gonzalez Garay AG, Rodríguez-Carmona Y, Melendez G. Fluoxetine for adults who are overweight or obese. *Cochrane Database Syst Rev.* 2019;10(10):CD011688. doi: 10.1002/14651858.CD011688.pub2 PMID: 31613390; PMID: PMC6792438
 14. Li M, Zhao S, Wu S, Yang X, Feng H. Effectiveness of Oral Nutritional Supplements on Older People with Anorexia: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Nutrients.* 2021;13(3):835. doi: 10.3390/nu13030835 PMID: 33802580; PMID: PMC8001033
 15. Брюхин АЕ, Онегина ЕЮ. Аффективные нарушения у пациентов с нервной анорексией и нервной булимией. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова.* 2011;111(1):21–26. Briukhin AE, Onegina EIu. Affective disorders in patients with anorexia nervosa and bulimia nervosa. *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry.* 2011;111(1):21–26. (In Russ.).
 16. Брюхин АЕ, Ушкалова АВ, Макоев РИ. Злоупотребление диуретиками у больных с нарушением пищевого поведения. *Врач.* 2012;6:16–19. Briukhin AE, Ushkalova AV, Makoveev RI. Diuretic abuse in patients with eating disorders. *Vrach.* 2012;6:16–19. (In Russ.).
 17. Konttinen H, van Strien T, Männistö S, Jousilahti P, Haukkala A. Depression, emotional eating and long-term weight changes: a population-based prospective study. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2019;16(1):28. doi: 10.1186/s12966-019-0791-8 PMID: 30894189; PMID: PMC6427874.
 18. Ekinci GN, Sanlier N. The relationship between nutrition and depression in the life process: A mini-review. *Exp Gerontol.* 2023;172:112072. doi: 10.1016/j.exger.2022.112072
 19. Aucoin M, LaChance L, Clouthier SN, Cooley K. Dietary modification in the treatment of schizophrenia spectrum disorders: A systematic review. *World J Psychiatry.* 2020;10(8):187–201. doi: 10.5498/wjp.v10.i8.187 PMID: 32874956; PMID: PMC7439299.
 20. Marushko YuV, Dmytryshyn OA, Bovkun OA, Iovitsa TV. Topical issues of etiology, consequences, and treatment of secondary lactase deficiency in children: literature review and results of our research. *Child's Health.* 2024;19(6):388–396 doi: 10.22141/2224-0551.19.6.2024.1744
 21. Rajalingham K. Creating the optimal diet: Diet can reduce the symptoms of schizophrenia. *Psiquiatria Biológica.* 2022;29(2):100364. doi: 10.1016/j.psiq.2022.100364
 22. Sikka P, Behl T, Sharma S, Sehgal A, Bhatia S, Al-Harraqi A, Singh S, Sharma N, Aleya L. Exploring the therapeutic potential of omega-3 fatty acids in depression. *Environ Sci Pollut Res Int.* 2021;28(32):43021–43034. doi: 10.1007/s11356-021-14884-5 Epub 2021 Jun 14. PMID: 34121162
 23. Sartori SB, Whittle N, Hetzenauer A, Singewald N. Magnesium deficiency induces anxiety and HPA axis dysregulation: modulation by therapeutic drug treatment. *Neuropharmacology.* 2012;62(1):304–312. doi: 10.1016/j.neuropharm.2011.07.027
 24. Nechifor M. Magnesium involvement in social behavior and in the treatment of some psychological disorders. A review. *Journal of Trace Elements and Minerals (JTEMIN).* 2024;10(Pt 2):100194. DOI:10.1016/j.jtemin.2024.100194
 25. Mudge A, Young A, Cahill M, Treleaven E, Spirgiēnė L. Nutrition and Delirium. In: Geirsdóttir, Ó.G., Bell, J.J. (eds) *Interdisciplinary Nutritional Management and Care for Older Adults. Perspectives in Nursing Management and Care for Older Adults.* 2021. Springer, Cham. 237–248 doi: 10.1007/978-3-030-63892-4_19
 26. Hotzy F, Risch L, Mötteli S. Nutritional Needs in Mental Healthcare: Study Protocol of a Prospective Analytic Observational Study Assessing Nutritional Status, Eating Behavior and Barriers to Healthy Eating in Psychiatric Inpatients and Outpatients Compared to Healthy Adults. *Front Psychiatry.* 2022;13:906234. doi: 10.3389/fpsy.2022.906234 PMID: 35774087; PMID: PMC9237248;
 27. Geirsdóttir Ó, Bell JJ. *Interdisciplinary Nutritional Management and Care for Older Adults An Evidence-Based Practical Guide for Nurses 2021* Springer Open Access. Editors ISBN 978-3-030-63891-7 ISBN 978-3-030-63892-4 (eBook) doi: 10.1007/978-3-030-63892-4
 28. Abe K, Yamashita R, Kondo K, Takayama K, Yokota O, Sato Y, Kawai M, Ishizu H, Nakashima T, Hayashi H, Nakata K, Asaba H, Kadota K, Tanaka K, Morisada Y, Oshima E, Terada S. Long-Term Survival of Patients Receiving Artificial Nutrition in Japanese Psychiatric Hospitals. *Dement Geriatr Cogn Dis Extra.* 2016;6(3):477–485. doi: 10.1159/000448242 PMID: 27843445; PMID: PMC5091231
 29. Reyes-Ortega G, Guyonnet S, Ousset PJ, Nourhashemi F, Vellas B, Albarède JL, De Glizezinski I, Riviere D, Fitten LJ. Weight loss in Alzheimer's disease and resting energy expenditure (REE), a preliminary report. *J Am Geriatr Soc.* 1997;45(11):1414–5. doi: 10.1111/j.1532-5415.1997.tb02953.x PMID: 9361678.
 30. Poehlman ET, Dvorak RV. Energy expenditure, energy intake, and weight loss in Alzheimer disease. *Am J Clin Nutr.* 2000;71(2):650S–655S. doi: 10.1093/ajcn/71.2.650s PMID: 10681274.
 31. Franx BAA, Arnoldussen IAC, Kiliaan AJ, Gustafson DR. Weight Loss in Patients with Dementia: Considering the Potential Impact of Pharmacotherapy. *Drugs*

- Aging*. 2017;34(6):425–436. doi: 10.1007/s40266-017-0462-x PMID: 28478593; PMCID: PMC6779159.
32. Spaccavento S, Del Prete M, Craca A, Fiore P. Influence of nutritional status on cognitive, functional and neuropsychiatric deficits in Alzheimer's disease. *Arch Gerontol Geriatr*. 2009;48(3):356–60. doi: 10.1016/j.archger.2008.03.002 Epub 2008 Apr 29. PMID: 18448178.
 33. Fostinelli S, De Amicis R, Leone A, Giustizieri V, Binetti G, Bertoli S, Battezzati A, Cappa SF. Eating Behavior in Aging and Dementia: The Need for a Comprehensive Assessment. *Front Nutr*. 2020;7:604488. doi: 10.3389/fnut.2020.604488 PMID: 33392240; PMCID: PMC7772186.
 34. Guérin O, Andrieu S, Schneider SM, Milano M, Boulahssass R, Brocker P, Vellas B. Different modes of weight loss in Alzheimer disease: a prospective study of 395 patients. *Am J Clin Nutr*. 2005;82(2):435–41. doi: 10.1093/ajcn.82.2.435 PMID: 16087990.
 35. Pivi GA, Bertolucci PH, Schultz RR. Nutrition in severe dementia. *Curr Gerontol Geriatr Res*. 2012;2012:983056. doi: 10.1155/2012/983056 Epub 2012 May 8. PMID: 22645608; PMCID: PMC3356862.
 36. Chang J, Shaw TB, Holdom CJ, McCombe PA, Henderson RD, Fripp J, Barth M, Guo CC, Ngo ST, Steyn FJ; Alzheimer's Disease Neuroimaging Initiative. Lower hypothalamic volume with lower body mass index is associated with shorter survival in patients with amyotrophic lateral sclerosis. *Eur J Neurol*. 2023;30(1):57–68. doi: 10.1111/ene.15589 Epub 2022 Nov 8. PMID: 36214080; PMCID: PMC10099625.
 37. Laurell AA, Shah SN, Rahmati M, O'Brien JT, Underwood BR. Hypothalamic imaging in Alzheimer's disease and Lewy body dementia: A systematic review and meta-analysis. *Neurobiol Aging*. 2025;155:87–99. doi: 10.1016/j.neurobiolaging.2025.07.011 Epub 2025 Jul 18. PMID: 40737816.
 38. Vellas B, Guigoz Y, Garry PJ, Nourhashemi F, Bannahum D, Lauque S, Albaredo JL. The Mini Nutritional Assessment (MNA) and its use in grading the nutritional state of elderly patients. *Nutrition*. 1999;15(2):116–22. doi: 10.1016/s0899-9007(98)00171-3 PMID: 9990575.
 39. Abd Aziz NAS, Teng NIME, Abdul Hamid MR, Ismail NH. Assessing the nutritional status of hospitalized elderly. *Clin Interv Aging*. 2017;12:1615–1625. doi: 10.2147/CIA.S140859 PMID: 29042762; PMCID: PMC5634387.
 40. Барановский АЮ. Геронтодиетология. Монография. Том 2, 2012. Издательство «LAMBERT Academic Publishing GmbH & Co. KG», Germany, 530 с Baranovskij AYU. Gerontodietologiya. Monografiya. Tom 2, 2012. Izdatel'stvo "LAMBERT Academic Publishing GmbH & Co. KG". Germany, 530 s.
 41. Baranovsky A., Protopopova O., Khurcilava O. Gerontodietology. *Advances in Gerontology*. 2013;3(1):7–17. doi: 10.1134/S2079057013010037
 42. Filippatos TD, Makri A, Elisaf MS, Liamis G. Hyponatremia in the elderly: challenges and solutions. *Clin Interv Aging*. 2017;12:1957–1965. doi: 10.2147/CIA.S138535 PMID: 29180859; PMCID: PMC5694198.
 43. Lacava R, Castagna A, Mazzei F, Pontieri MT, Cotroneo AM, Aversa A, Gareri P. The role of the marine plasma in the elderly with dementia and hypovolemia *Alzheimer's & Dementia*. 2014;10(4):P2-056. doi: 10.1016/j.jalz.2014.05.730 Conference: Alzheimer's & Dementia
 44. Hafiz R Alajlani L, Ali A, Algarni GA, Aljurf H, Alammam OAM, Ashqan MY, Alkhashan A. The Latest Advances in the Diagnosis and Treatment of Dementia. *Cureus*. 2023;15(12):e50522. doi: 10.7759/cureus.50522

Сведения об авторе

Андрей Юрьевич Барановский, доктор медицинских наук, профессор, руководитель научно-клинического и образовательного центра гастроэнтерологии и диетологии, Медицинский институт, Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург, Россия
baranovsky46@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0001-9134-931X>

Information about the author

Andrey Yu. Baranovski, Dr. Sci. (Med.), Professor, Head of Research Clinical and Educational Center of Gastroenterology and Dietology, Medical Institute, St. Petersburg State University, St. Petersburg, Russia
baranovsky46@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0001-9134-931X>

Конфликт интересов/Conflict of interests

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.
The author declares no conflicts of interests.

Дата поступления 01.08.2025
Received 01.08.2025

Дата рецензирования 14.10.2025
Revised 14.10.2025

Дата принятия к публикации 26.11.2025
Accepted for publication 26.11.2025