

IPF a zalecenia żywniowe

mgr inż. Magdalena
Krzyżanowska
dietetyk kliniczny

Żywnienie osób po 60 roku życia



Instytut
Żywności
i Żywienia

PIRAMIDA ZDROWEGO ŻYWIENIA I AKTYWNOŚCI FIZYCZNEJ

CO TO JEST PIRAMIDA ZDROWEGO ŻYWIENIA I AKTYWNOŚCI FIZYCZNEJ?

Jest to jak najprostsze i jak najkrótsze ogólne przedstawienie kompleksowej idei żywienia, której realizacja daje szansę na zdrowe długie życie oraz zachowanie sprawności intelektualnej i fizycznej do późnych lat życia.

JAK ROZUMIEĆ / CZYTAĆ PIRAMIDĘ?

Piramida to graficzny opis odpowiednich proporcji różnych, niezbędnych w codziennej diecie, grup produktów spożywczych. Im wyższe piętro piramidy, tym mniejsza ilość i częstota spożywanych produktów z danej grupy żywności.



DO KOGO KIEROWANA JEST PIRAMIDA?

Piramida kierowana jest do osób zdrowych w celu zachowania dobrego stanu zdrowia.

Należy pamiętać, że w przypadku współistnienia chorób cywilizacyjnych (typu otyłość, cukrzyca, choroba niedokrwienna serca, nadciśnienie, osteoporoza) konieczna może być modyfikacja proponowanych zaleceń w porozumieniu z lekarzem i dietetykiem.

Brak nawyku lub uprzedzenia,
Czynnik ekonomiczny,
Trudności w trawieniu

Ograniczenia związane ze stanem zdrowia,
w tym obawa przed urazem
Brak nawyku

Zapotrzebowanie na energię

Spadek zapotrzebowania kalorycznego następuje stopniowo wraz z upływem lat.

Zakładając, że **w wieku 30 lat zapotrzebowanie kaloryczne wynosi 100%, to:**

- w wieku 40 lat wynosi 97%,
- 50 lat – 94%,
- 60 lat – 87%,
- 70 lat – 79%
- powyżej 70 lat – 69%.

Zapotrzebowanie energetyczne u osób starszych zależy od właściwości osobniczych.

W ustalaniu zasad żywienia ludzi starszych należy brać pod uwagę:

- wiek biologiczny,
- aktywność fizyczną,
- stopień samodzielności,
- możliwości finansowe,
- zmiany fizjologiczne organizmu w procesie starzenia,
- przewlekłe choroby współistniejące.

Zapotrzebowanie na energię (PPM)- ujęcie indywidualne

Tabela 1. Równania do obliczeń podstawowej przemiany materii (PPM) na podstawie masy ciała (W) stosowane przez ekspertów FAO/WHO/UNU w 1985 i 2004 r.

Wiek (lata)	PPM (MJ/d)	PPM (kcal/d)
Płeć męska		
< 3	$(0,249 \times W) - 0,127$	$(59,512 \times W) - 30,4$
3-10	$(0,095 \times W) + 2,110$	$(22,706 \times W) + 504,3$
10-18	$(0,074 \times W) + 2,754$	$(17,686 \times W) + 658,2$
18-30	$(0,063 \times W) + 2,896$	$(15,057 \times W) + 692,2$
30-60	$(0,048 \times W) + 3,653$	$(11,472 \times W) + 873,1$
≥ 60	$(0,049 \times W) + 2,459$	$(11,711 \times W) + 587,7$
Płeć żeńska		
< 3	$(0,244 \times W) - 0,130$	$(58,317 \times W) - 31,1$
3-10	$(0,085 \times W) + 2,033$	$(20,315 \times W) + 485,9$
10-18	$(0,056 \times W) + 2,898$	$(13,384 \times W) + 692,6$
18-30	$(0,062 \times W) + 2,036$	$(14,818 \times W) + 486,6$
30-60	$(0,034 \times W) + 3,538$	$(8,126 \times W) + 845,6$
≥ 60	$(0,038 \times W) + 2,755$	$(9,082 \times W) + 658,5$

Źródło: Jarosz M. „Normy Żywienia dla populacji polskiej – nowelizacja.”

Zapotrzebowanie na witaminy i składniki mineralne

Zaburzone wchłanianie jelitowe przyczynia się do utrudnień w zabezpieczeniu należytej ilości niektórych witamin i składników mineralnych.

- Zapotrzebowanie na **wapń**, **fosfor** i **magnez**, w przeliczeniu na 1000 kcal całodiennej racji pokarmowej, może być u osób starszych o 20% większe niż u młodzieży i u osób dorosłych pracujących umiarkowanie ciężko.
- U kobiet w okresie pomenopauzalnym, z powodu braku estrogenów, przyswajalność wapnia zmniejsza się o ok. 10%.
- Niedobory wapnia, fosforu i witaminy D3 u osób starszych są główną przyczyną wzrostu częstości występowania osteoporozy w tym wieku.
- Zapotrzebowanie na witaminę **C** i **A** rośnie nawet o 25%, w przypadku witamin z grupy **B** o 50%, a na witaminę **E** do 100%.
- W wieku podeszłym wzrasta zapotrzebowanie na witaminy (z wyjątkiem witaminy PP i B1).

Problem niedożywienia

Skala problemu:

Częstość występowania niedożywienia wśród starszych hospitalizowanych pacjentów według różnych danych może sięgać 30-65%, a wśród osób mieszkających w domach opieki 25-60%.

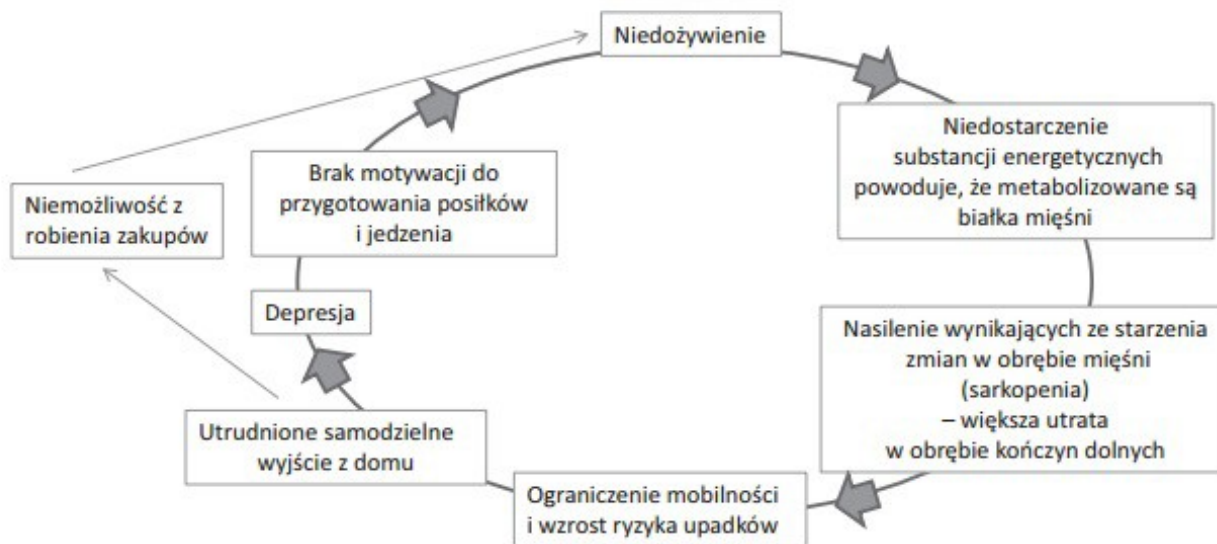
Najniższy odsetek niedożywienia obserwowano u seniorów mieszkających w domach rodzinnych, ok. 2-32%.

Niewykluczone, że skala problemu jest jeszcze większa.

Zaobserwowano, że u 70% chorych niedożywionych, którzy trafiają do szpitala stan odżywienia pogarsza się podczas pobytu w szpitalu.

Przyczyny niedożywienia

- Problemy anatomiczne, fizjologiczne (brak łaknienia, utrudnione gryzienie, zaburzone połykanie, utrata węchu i smaku)
- Stosowanie niektórych leków
- Problemy z przygotowaniem posiłku oraz spożyciem go
- Problemy finansowe



Rycina 1. Cykl objawowy obejmujący niedożywienie

Niedożywienie - wstępne rozpoznanie

Istotnym wskaźnikiem niedożywienia jest
utrata 10% masy ciała w ciągu 3
miesięcy poprzedzających wywiad.

Ryzyko nieodżywienia pojawia się, gdy

BMI < 23, MAC ≤ 22 cm, CC < 31 cm

BMI - indeks masy ciała (masa ciała[kg] / wzrost[m]²)

MAC - obwód ramienia

CC - obwód łydki

Terapia żywieniowa - niedożywienie

Zwiększenie podaży energii drogą doustną (niedożywienie łagodne)

- częste posiłki, wprowadzenie zdrowych przekąsek;
- wzmocnienie smaku potraw;
- dostarczenie ulubionych i jednocześnie zdrowych potraw;
- ewentualne wprowadzenie suplementów białkowo-kalorycznych tylko pomiędzy głównymi posiłkami
- zadbanie o czynniki środowiskowe (towarzystwo przy posiłkach, atrakcyjny wygląd

potraw, unikanie pokarmów źle tolerowanych, umiarkowana aktywność fizyczna, zadbanie o zdrowie jamy ustnej).

Niektórzy autorzy podkreślają, że starszym chorym należącym do grupy ryzyka niedożywienia powinno się dostarczyć większą ilość energii:

25-30 kcal/kg mc./dzień dla kobiet

30- 35 kcal/kg mc./dzień dla mężczyzn

Ogólne zalecenia żywieniowe

Podaż białka na poziomie 1-1,2g/kg/m.c/dz

- Niskotłuszczowy nabiał, drób bez skóry, cielęcina, chuda wołowina, schab, jaja, ryby, bardzo ostrożnie nasiona roślin strączkowych.
- Spożycie białka w każdym z głównym posiłków.
- Max porcja białka w posiłku 20-30g.

Podaż tłuszczu 20-35% energii (uwaga na tłuszcze nasycone i izomery trans)

Podaż węglowodanów 50-70% energii (w zależności od ogólnego stanu zdrowia)

- Przewaga spożycia węglowodanów złożonych (warzywa, zboża) nad węglowodanami prostymi (owoce, słodczyce)
- Podaż błonnika 20g/dz

Stosowanie produktów o wysokiej gęstości odżywczej

(wysoka zawartość składników odżywczych przy niewielkiej energetyczności) np. kapusta pekińska, liście buraka, botwinka, szpinak, cykorja, jarmuż, brokuł, pomidor

Ogólne zalecenia żywniowe cd.

- Jeść bez pośpiechu, w dobrze przewietrzonym pomieszczeniu
- Jeść częściej a mniejsze porcje tzn. co ok. 3h
- Przed posiłkiem nie pić kompotów, soków
- Konsystencję potrawy dostosować do stanu zdrowia
- Zadbać o odpowiedni wygląd i smak potrawy

Deficyty

- **Wit. D** - suplementacja wg wskazań lekarskich
- **Wit. A** - oleje, mleko, żółtko jaja
- **Wit. E** - oleje, awokado, orzechy, pestki dyni, słonecznika
- **Ca** - nabiał, sardynki, szprotki, suszone morele, figi, mak, sezam, komosa ryżowa
- **Fe** - mięso, żółtko jaja, zielone warzywa, buraki, suszone warzywa
- **B2** - jaja, nabiał, kasza jaglana
- **B6** - zielone warzywa liściaste, awokado, drożdże piekarskie, nabiał, jaja, mięso drobiowe
- **B12** - mięso, ryby, jaja, nabiał
- **Kwas foliowy** - ciemnozielone warzywa, produkty zbożowe z pełnego przemiału

Terapia żywieniowa cd.

problemy gastryczne WZDĘCIA

Przyczyny:

- połykanie powietrza w trakcie jedzenia – aerofagia,
- mało zbilansowana dieta, czyli słabo urozmaicona,
- objadanie się, nieregularne spożywanie posiłków,
- jedzenie przed snem,
- picie gazowanych napojów czy spożywanie alkoholu,
- objaw choroby jelit:
 - zespół jelita drażliwego
 - nietolerancje pokarmowe (np. nietolerancja laktozy);
 - choroba Leśniowskiego - Crohna;
 - wrzodziejące zapalenie jelita grubego.

Terapia żywieniowa cd.

problemy gastryczne WZDĘCIA

1. Jeść bez pośpiechu, regularnie i najpóźniej na 2-3h przed snem;
2. Wykluczyć:
 - ✓ ❑ nasiona roślin strączkowych (fasola, groch, soczewica, ciecierzycyca, soja);
 - ✓ ❑ razowe pieczywa/makaron, kasze gruboziarniste (kasza pęczak, kasza gryczana); pełnoziarniste mąki
 - ✓ ❑ kapusty, brokuła, kalafiora, brukselka, cebula
 - ✓ ❑ laktoza
 - ✓ ❑ pestki słonecznika, dyni, orzechy
 - ✓ ❑ smażone potrawy
 - ✓ ❑ tłuste mięsa, pełnotłusty nabiał

Terapia żywieniowa cd.

problemy gastryczne WZDĘCIA

4. Stosować dietę ubogoresztkową (10g błonnika/dz)
 - ✓ □ Chude mięsa, wędliny, nabiał
 - ✓ □ Jajka na miękko
 - ✓ □ Mąka pszenna, drobne kasze (manna, bulgur, perłowa)
 - ✓ □ Warzywa gotowane, marchew, szpinak, zielona sałata, pomidor
 - ✓ □ Morele, owoce jagodowe, jabłko, banan
5. Stosować przyprawy: kminek, majeranek, kolendrę, oregano, bazylię, tymianek, rozmaryn, koper, liście laurowe, gałkę muszkatołową
6. Dieta FODMAP ???

Terapia żywieniowa cd. problemy gastryczne - MDŁOŚCI

Jak zapobiegać:

- Lekkostrawne jedzenie i niewielkie porcje
- Imbir - można pić napar imbirowy, ssać cukierki imbirowe lub plasterki świeżego imbiru.
- Migdały
- Unikanie ostrych przypraw - drażnią one żołądek i powodują dodatkowe nudności
- Picie wody - picie zimnej wody małymi łyčzkami
- Położenie się z nogami wyżej niż głowa pozwoli oddalić uczucie mdłości
- Napar z ziół: melisa, mięta, szalwia, rumianek

Terapia żywieniowa cd.

problemy gastryczne - BIEGUNKI

Jak sobie z nimi radzić:

- Stosować dietę ubogoresztkową
- Wykluczyć kawę, mocną herbatę, soki owocowe i warzywne
- Jeść marchew, dynia, jabłko – musy, zupki
- Kleiki ryżowe do nawadniania
- Owoce – jagody, czarna porzeczka, aronia – rozpuszczalne frakcje błonnika
- Morele, banany – źródło potasu

Dlaczego warto zadbać o dietę?

1. Prawidłowe żywienie sprzyja zachowaniu dobrej kondycji zdrowotnej (zarówno w wymiarze fizycznym, psychicznym jak i społecznym).
2. Opóźnia procesy starzenia się organizmu.
3. Sprzyja profilaktyce wielu chorób.
4. Jest niezbędne w terapii chorób już występujących.

DZIĘKUJĘ ZA UWAGĘ