

**КЫРГЫЗСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ
им. И. К. АХУНБАЕВА**

**КЫРГЫЗСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ПЕРЕПОДГОТОВКИ И ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ
им. С. Б. ДАНИЯРОВА**

ОШСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ

Диссертационный совет Д 14.23.679

На правах рукописи

Мартыненко Александр Владимирович

**КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА ПИТАНИЯ
И ВОЗРАСТНАЯ ЖИЗНЕСПОСОБНОСТЬ
У КОРЕННОГО НАСЕЛЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ АДЫГЕЯ**

14.01.30 – геронтология и гериатрия

Автореферат

диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Бишкек - 2024

Работа выполнена на кафедре организации здравоохранения и общественного здоровья ФГАОУ ВО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет», Медицинский институт.

Научные руководители: **Ильницкий Андрей Николаевич**
доктор медицинских наук, профессор,
профессор кафедры терапии, гериатрии и
антивозрастной медицины Академии постдипломного
образования ФГБУ ФНКЦ ФМБА Российской Федерации,
г. Москва

**Официальные
оппоненты:**

Прощаев Кирилл Иванович
доктор медицинских наук, профессор,
профессор кафедры терапии и патологии пожилого
возраста ФГБОУ ДПО «Институт повышения
квалификации Федерального медико-биологического
агентства России» (г. Москва)

Паникар Вера Игоревна
кандидат медицинских наук,
начальник Областного государственного казенного
учреждения здравоохранения «Госпиталь для
ветеранов войн», главный внештатный гериатр
министерства Здравоохранения Белгородской
области, г. Белгород

Ведущая организация: Автономная научная некоммерческая организация высшего образования Научно – исследовательский центр «Санкт – Петербургский институт биорегуляции и геронтологии» (197110, Россия, Санкт-Петербург, пр. Динамо, 3)

Защита диссертации состоится _____ 2024 года в 14:00 часов на заседании диссертационного совета по защите диссертации на соискание ученой степени доктора (кандидата) медицинских наук Д 14.23.679 при Кыргызской государственной медицинской академии им. И. К. Ахунбаева, *Кыргызском государственном медицинском институте переподготовки и повышения квалификации* им. С. Б. Даниярова и Ошском государственном университете по адресу: 720020, г. Бишкек, ул. Ахунбаева, 92, конференц-зал. Ссылка доступа к видеоконференции защиты диссертации: <https://vc.vak.kg/b/142-bjr-dou-ttk>

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеках Кыргызской государственной медицинской академии им. И. К. Ахунбаева (720020, г. Бишкек, ул. Ахунбаева, 92), *Кыргызского государственного медицинского института переподготовки и повышения квалификации* им. С. Б. Даниярова (720040, г. Бишкек, ул. Боконбаева, 144а), Ошского государственного университета (723500, г. Ош, ул. Ленина, 331) и на сайте: <https://vak.kg>

Автореферат разослан _____ 2024 года.

**Ученый секретарь
диссертационного совета,
кандидат медицинских наук**



М. А. Арстанбекова

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы диссертации. Современные демографические тенденции характеризуются быстрым ростом населения мира, причем как за счет беднейших регионов, так и в развитых странах, которые сталкиваются с проблемой демографического перехода. Особенного внимания в данной ситуации требует положение малых народов. Коренные малочисленные народы (малые народы) – это особые группы населения, проживающие на территориях традиционного расселения их предков, сохраняющие традиционные образ жизни, хозяйство и промыслы [Л. В. Андриченко, 2010]. В такой стране как Российская Федерация проживает более 160 малых народов со своими уникальными этническими и культурными особенностями, которые испытывают выраженные последствия демографического перехода и снижение численности на фоне активной глобализации и урбанизации [И. Синова, 2021].

Питание, традиционно важная культурная норма малых народов, также претерпело изменения, что может негативно сказываться на состоянии здоровья, продолжительности жизни и возрастной жизнеспособности (ВЖ). ВЖ – это био-психо-социальный феномен у людей старших возрастных групп, характеризующийся возможностью организма мобилизовать сохранившиеся ресурсы для поддержания должной функциональной способности при воздействии неблагоприятных факторов внутренней и/или внешней среды, состоящий из когнитивного, двигательного, психологического, сенсорного и телесного доменов [А. Н. Ильницкий и др., 2019; О. В. Давидян и др., 2020]. ВЖ зависит, в том числе, от таких факторов, как качество питания и медицинское обслуживание, физическая активность, социализация, состояние окружающей среды и многих других [А. Н. Ильницкий и др., 2021]. В этом плане особый научный интерес представляют адыги как типичный малый народ, но в настоящее время недостаточно имеется данных о современных особенностях питания и ВЖ коренного населения Республики Адыгея.

Республика Адыгея один из самых маленьких регионов России, с населением менее полумиллиона человек. На ее территории проживают более 100 национальностей, основные – русские (61,5%) и адыги (24,3%) – коренные жители Республики Адыгея. Адыгея относится к регионам с высокой демографической нагрузкой, население старше трудоспособного возраста составляет 24,9% [Росстат, 2021]. У адыгов сложились свои уникальные традиции и культура питания. Больше всего обращает на себя внимание традиционное уважительное отношение предков к пище и понимание ее роли в обеспечении нормальной жизнедеятельности [А. Д. Цикуниб и др., 1998].

Немногочисленные исследования свидетельствуют о том, что современная модификация традиционных пищевых привычек малых

кавказских народов, в том числе адыгов, характеризуется преобладанием животных жиров (преимущественно насыщенных), простых углеводов (сахарозы) и ненормированным потреблением пищи. Все это является факторами риска раннего, на протяжении жизненного цикла, формирования избыточного веса и ожирения, неблагоприятных сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), сахарного диабета 2 типа, инвалидизации и смерти [А. Д. Цикуниб, 2014, 2015]. Но единичные публикации не позволяют однозначно сформировать представление о рационе современных адыгов и оценить их с точки зрения влияния на состояние здоровья и ВЖ. Актуальность приобретает и необходимость разработки рекомендаций по изменению пищевых привычек, учитывая современные подходы в геронтологии и гериатрии, с сохранением традиционной основы питания адыгов как типичного малого народа.

Связь темы диссертации с приоритетными научными направлениями, крупными научными программами (проектами), основными научно-исследовательскими работами, проводимыми образовательными и научными учреждениями. Тема инициативная.

Цель исследования: Провести комплексную оценку питания коренного населения Республики Адыгея (адыгов) на протяжении жизненного цикла и выявить его влияние на возрастную жизнеспособность.

Задачи исследования:

1. Провести комплексную оценку питания адыгов как типичного малого народа.
2. Оценить уровень возрастной жизнеспособности адыгов во взаимосвязи с паттернами питания.
3. Определить степень информированности населения Республики Адыгея в вопросах взаимосвязи питания и здорового долголетия.
4. Разработать комплексные меры по улучшению качества питания и информированности адыгов как представителей малого народа в вопросах питания и здорового долголетия.
5. Оценить эффективность разработанных мер по улучшению качества питания и информированности адыгов в вопросах питания и здорового долголетия.

Научная новизна результатов исследования:

1. Выполнено комплексное исследование питания адыгов как типичного малого народа, включающее анализ клинико-анамнестических данных, лабораторных и инструментальных исследований, анкетирования, определяющих наиболее полное и достоверное представление о питании и его влияние на уровень ВЖ.
2. Впервые получены данные о современной структуре пищевого поведения адыгов, выявлены прогностически наиболее важные особенности в

отношении влияния на здоровое старение в контексте нового феномена в гериатрической практике – ВЖ.

3. Впервые установили, что у адыгов, как представителей малого народа, в результате неправильного паттерна питания на протяжении жизненного цикла формируется избыточная масса тела или абдоминальное ожирение, а впоследствии – гериатрические синдромы.

4. С помощью разработанной оригинальной анкеты «Роль социальных сетей в продвижении здоровья», нами впервые выявлено, что особенности питания адыгов формируются из-за их низкой осведомленности о здоровом питании и его влиянии на процессы старения.

5. Впервые разработаны комплексные меры по улучшению качества питания и информированности адыгов как типичного малого народа в вопросах питания и здорового долголетия.

6. Научно обоснована и внедрена практика комплексного выявления нарушений пищевого поведения, изучения антропометрических данных, комплексной гериатрической оценки (КГО) и оценке уровня ВЖ с последующей целевой реабилитацией.

Практическая значимость полученных результатов:

1. Практическая значимость результатов исследования заключается в том, что применение комплексных мер по улучшению качества питания и информированности представителей адыгов как типичного малого народа в вопросах питания и здорового долголетия, способствуют снижению нарушений в питании на 73,2% и повышению уровня информированности среди мужчин на 55,4%, среди женщин – на 52,6% ($p < 0,05$), что обуславливает медицинский и социальный эффекты, связанные с улучшением эффективности лечебных и профилактических мероприятий и качества жизни в целом.

2. При внедрении результатов диссертации наблюдался высокий экономический эффект, связанный со снижением затрат на лечение хронических инвалидизирующих заболеваний и социальное обеспечение.

3. По результатам проведенного исследования обоснована методология информированности малых народов о взаимосвязи питания и ВЖ, здорового старения, на этой основе впервые разработаны методические рекомендации «Питание и здоровое старение», которые внедрены в лечебно-профилактические учреждения и высшие учебные заведения Республики Адыгея.

4. Создан просветительский интернет-сайт www.docalex120.com, аккаунты в социальных сетях с размещенными в них публикациями о здоровом питании и долголетии. Активная аудитория в социальных сетях более 1 300 000 человек. Уровень информированности адыгов в вопросах питания и здорового долголетия среди мужчин вырос на 55,4%, среди женщин – на 52,6% ($p < 0,05$).

5. Основные результаты диссертации используются в клинической практике ГБУЗРА Адыгейской республиканской клинической больницы, в Многофункциональном медицинском центре, в научной и педагогической деятельности Автономной некоммерческой организации «Научно-исследовательский медицинский центр «ГЕРОНТОЛОГИЯ».

Основные положения диссертации, выносимые на защиту:

1. Нарушение питания адыгов в виде потребления большого количества животных, насыщенных и транс-жиров, простых углеводов, соли, жареной пищи, недостаточного потребления растительной клетчатки, приводит в краткосрочной перспективе к развитию функциональной патологии желудочно-кишечного тракта, в отдаленном периоде жизненного цикла к увеличению распространенности абдоминального ожирения, что достоверно ассоциировано с высокой распространенностью основных гериатрических синдромов.

2. Внедрение разработанных нами комплексных мер по улучшению качества питания адыгов способствовало снижению распространенности нарушений в питании на 73,2%, распространенность когнитивных нарушений на 25,9% ($p < 0,05$), синдром старческой астении на 26,3% ($p < 0,05$), повышению уровня возрастной жизнеспособности за счет ее физического (соматического и локомоторного) компонента как маркера достижения здорового старения.

3. Разработанные комплексные меры по улучшению качества питания и информированности адыгов как типичного малого народа в вопросах питания и здорового долголетия, применение обоснованной нами методологии «продвижения здоровья для каждого» с позиций психологического и физического аспектов возрастной жизнеспособности - создание интернет-сайт www.docalex120.com, аккаунты в социальных сетях (YouTube, Instagram, TikTok) с активной аудиторией более 1 300 000 человек, с размещением в них публикаций о здоровом питании и долголетии, повысили уровень информированности о правильном питании среди мужчин на 55,4%, среди женщин – на 52,6% ($p < 0,05$), что вносит вклад в формировании здорового старения на протяжении жизненного цикла.

Личный вклад соискателя. При проведении исследования автором, лично выполнен анализ отечественной и зарубежной литературы по теме диссертационного исследования, предложены цель и задачи, под его руководством применены клинические и инструментальные методы обследования пациентов, полученные результаты систематизированы и статистически обработаны. Личный вклад автора оценивается в 95%.

Апробация результатов диссертации. Результаты исследований доложены и обсуждены на следующих научных съездах, конференциях, симпозиумах, совещаниях: на Первой научно-практической конференции «Гериатрический подход здравоохранению» (Майкоп, 2021), на заседании Совета молодых ученых и специалистов Республики Адыгея (Майкоп, 2021), EuGMS

London 2022 18th INTERNATIONAL CONGRESS (Лондон, 2022), Всероссийский конкурс молодежных проектов «Воплоти свою мечту» (Майкоп, 2022), Международная научно-практическая конференция «Здоровый образ жизни» (Ташкент, 2023), Научно-практическая конференция с международным участием «Актуальные аспекты медицины: диагностика, лечение, реабилитация, эффективное управление» (Ташкент, 2023).

Публикации. По теме диссертации опубликовано 6 работ, в том числе статей в научных журналах из перечня ВАК Минобрнауки РФ – 5 и Scopus – 1.

Структура и объем диссертации. Диссертация состоит из оглавления, общей характеристики работы, основной части, состоящей из 4 главы, заключения, списка использованных источников, приложений. Работа представлена на 131 странице, содержит 8 таблиц, 9 рисунков, список используемой литературы, включающий 177 источников (в т.ч. 69 иностранных).

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

Во введении диссертации представлена актуальность исследования, обоснование необходимости его проведения, цель, задачи, научно-практическая значимость работы и основные положения диссертации, выносимые на защиту.

Глава 1. Медико-социальные и геронтологические аспекты питания и возрастной жизнеспособности коренных малочисленных народов. Представлены данные о коренных малочисленных народах мира и Российской Федерации, их современное положение и общемировые подходы к решению медико-социальных проблем. Подробно описаны истории, традиции и современные аспекты питания и поддержания здоровья Адыги, организация профилактической гериатрической помощи, а также возрастная жизнеспособность у людей пожилого и старческого возраста. В заключении дано обоснование проведения данного исследования.

Глава 2. Материал и методы исследования

2.1. База исследования

Настоящее исследование выполнено на следующих клинических базах: Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республики Адыгея (ГБУЗ РА) «Адыгейская межрайонная больница им. К.М.Батмена», ГБУЗ РА «Адыгейская республиканская клиническая больница», ГБУЗ РА «Майкопская городская клиническая больница», также на базе Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Майкопский государственный технологический университет».

2.2 Этапы исследования

В течение 2018-2022 гг. было проведено клиническое динамическое наблюдение за пациентами – адыгами – коренными жителями Республики Адыгея, участвовавшими в исследовании на протяжении всего жизненного цикла. Исследование предусматривало последовательное выполнение трех

этапов (таблица 2.2.1). Пациенты молодого и зрелого возраста (до 65 лет) в данный этап исследования не включались. Также пациенты, имеющие тяжелые соматические заболевания, включая острый инфаркт миокарда, нарушение сердечного ритма и проводимости, острое нарушение мозгового кровообращения, установленный кардиостимулятор, онкологические заболевания, нарушение психо-эмоционального статуса, с потерей зрения и/или слуха, в исследование включены не были из-за специфики их гериатрического статуса, а также затруднения прямого контакта.

Таблица 2.2.1 – Характеристика этапов исследования

Задача этапа	Характеристика пациентов	Контрольные точки
Изучение питания и ВЖ коренного населения Республики Адыгея	184 пациента в возрасте 65 – 93 лет (средний возраст $78,9 \pm 8,6$ лет), 84 мужчины и 100 женщин, проходившие стационарное лечение в терапевтическом и первичном сосудистом отделениях.	Пищевое поведение, антропометрические данные, динамометрия, биоимпедансметрия, оценка функционального и когнитивного статусов, комплексная гериатрическая оценка
Определение степени информированности в вопросах питания и здорового старения	308 человек. Пациенты – 98 человек (средний возраст $52,5 \pm 15,4$ лет), мужчин – 49 чел., женщин – 49 чел. Врачи – 39 чел. (средний возраст $41,1 \pm 13,9$ лет), мужчин – 17 чел., женщин – 22 чел. Студенты – 171 чел. (средний возраст $20,8 \pm 2,6$ лет), парни – 68 чел., девушки – 103 чел., опрошенные в лечебных учреждениях, университете.	Пользование современными информационными интернет-ресурсами, доверие информации к ним, получение информации о питании и процессах старения из соцсетей, роль соцсетей в продвижении здоровья, предпочтение в источниках информации и питании и процессах старения.
Разработка и внедрение комплексных мер по улучшению качества питания адыгов и увеличению уровня ВЖ. Оценка эффективности разработанных мер	135 человек пожилого и старческого возраста (исследуемая группа 72 чел. (средний возраст $79,0 \pm 1,5$ лет) и контрольная 63 чел. (средний возраст $79,2 \pm 1,4$)).	Пищевое поведение, антропометрические данные, динамометрия, биоимпедансометрия, оценка функционального и когнитивного статусов, комплексная гериатрическая оценка

Критерий абдоминального ожирения для мужчин – увеличение окружности талии до 94 см и более, для женщин – до 80 см и более [Рябов С.И., 2015]. Для установления соответствия массы тела к длине тела обследуемого

рассчитывали Индекс Кетле (индекс массы тела (ИМТ)). Если ИМТ был равен или выше 30,00 кг/м², диагностировалось ожирение [Николаев, В. Г., 2007]. Одним из маркеров ССА (англ. frailty – «хрупкость, уязвимость») [Morley J.E., 2013] является снижение мышечной силы (динапения), в связи с чем нами было выполнено измерение силы кисти, которое осуществлялось с помощью динамометра МЕГЕОН-34090 (КНР).

Далее было предложено ответить на 7 вопросов из опросника «Возраст не помеха» [Ткачева О.Н. и др., 2017]. Заключительным тестом данного раздела был «Встань и иди». Данный тест направлен на оценку базовой мобильности [Булгакова С.В. и др., 2017]. Для оценки когнитивного статуса использовалась «Монреальская шкала» [S. T. Pendlebury, 2012; T. C. Pinto, 2019]. Шкала представляет собой тест из 30 пунктов. Нормой считается 26 баллов из 30 возможных. Менее 26 баллов – от умеренных когнитивных нарушений, до болезни Альцгеймера [M. F. Folstein, 1975].

Биоимпедансный анализ – это неинвазивный метод измерения электрической проводимости биологических тканей, позволяющий оценить широкий спектр морфологических и физиологических параметров организма, который изучался с помощью аппарата InBody 570 [Д. В. Николаев, 2009].

Особенности питания коренного населения Республики Адыгея были изучены с помощью разработанного оригинального опросника «FOODRISK». Для оценки ВЖ нами применялась Шкала возрастной жизнеспособности Resilience Scale for Adults (RSA), состоящая из 44 вопросов, разделенных на 6 блоков. На каждый вопрос предлагалось ответить односложно: «ДА/НЕТ». Участники были также опрошены с помощью разработанной нами оригинальной анкетой «Роль социальных сетей в продвижении здоровья», состоящей из 5 вопросов с предложенными вариантами ответов.

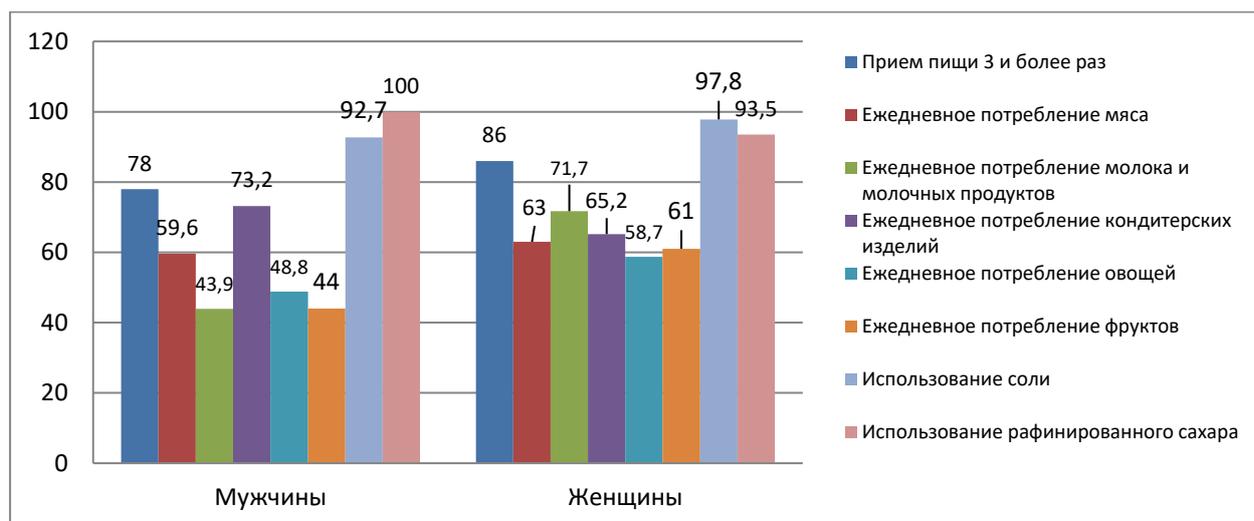
Эффективность разработанных комплексных мер в вопросах питания и здорового старения проанализирована в проспективном исследовании продолжительностью в один месяц, с участием основной и контрольной групп (135 человек (основная группа – 72 чел. и контрольная – 63 чел.)).

Полученные данные были проанализированы с помощью параметрических и непараметрических методов статистики. В диссертации при обработке данных исследования был проведен расчет средних абсолютных и относительных величин с расчетом средней ошибки, выполнена оценка значимости различий двух совокупностей с применением критерия t Стьюдента и корреляционного анализа (разность показателей считалась достоверной при $t \geq 2$, $p < 0,05$).

Глава 3. Комплексная оценка питания и возрастная жизнеспособность у адыгов как представителей малых народов

3.1 Питание и антропометрическая характеристика адыгов.

На первом этапе диссертационного исследования были изучены особенности пищевого поведения. Большинство респондентов, как в мужской, так и в женской группах употребляют пищу 3 и более раз в день – 78,0±8,9 и 86,0±9,7 человек соответственно (на 100 испытуемых). При этом, большая часть не обращает внимание на содержание белков, жиров и углеводов в продуктах (мужчины – 79,0±7,6 и женщины – 53,0±7,1). В рационе коренного населения Республики Адыгея преобладают животные жиры. Ежедневно употребляют мясо 59,6±6,9 мужчин и 63,0±8,3 женщин, 2-3 раза в неделю – 36,4±5,9 и 34,8±5,2 человек соответственно. Молоко и молочные продукты также достаточно популярны в местном рационе. На ежедневной основе их употребляют 43,9±6,4 мужчин и 71,7±10,1 женщин, 2-3 раза в неделю 31,7±5,8 и 21,7±5,3 соответственно. Тогда как рыбу ни в женской, ни в мужской группах респондентов ежедневно не едят, 2-3 раза в неделю – 22,0±5,9 мужчин и 28,3±6,3 женщин. Большее предпочтение отдается жареной пищи, как среди мужчин (68,3±8,6), так и женщин (58,7±7,4). Подавляющее большинство используют рафинированный сахар (мужчины – 100,0±0,0, женщины – 93,5±9,7) и соль (92,7±9,9 и 97,8±10,6). Что касается фруктов и овощей, то ежедневно они присутствуют в рационе не большого количества участников исследования. Овощи – 48,8±8,6 мужчин и 58,7±9,2 женщин, фрукты – 44,0±6,6 мужчин и 61,0±8,7 женщин. Кондитерские изделия присутствуют ежедневно в рационе 73,2±8,5 мужчин и 65,2±9,3 женщин. Большая доля респондентов отметили появление изжоги, тяжести, жжения в груди, отрыжки, горечь во рту после приема пищи (78,0±8,8 мужчин и 71,7±9,0 женщин) (рисунок 3.1.1). Следует отметить, что подобные паттерны питания способствуют достоверному развитию функциональных расстройств желудочно-кишечного тракта.

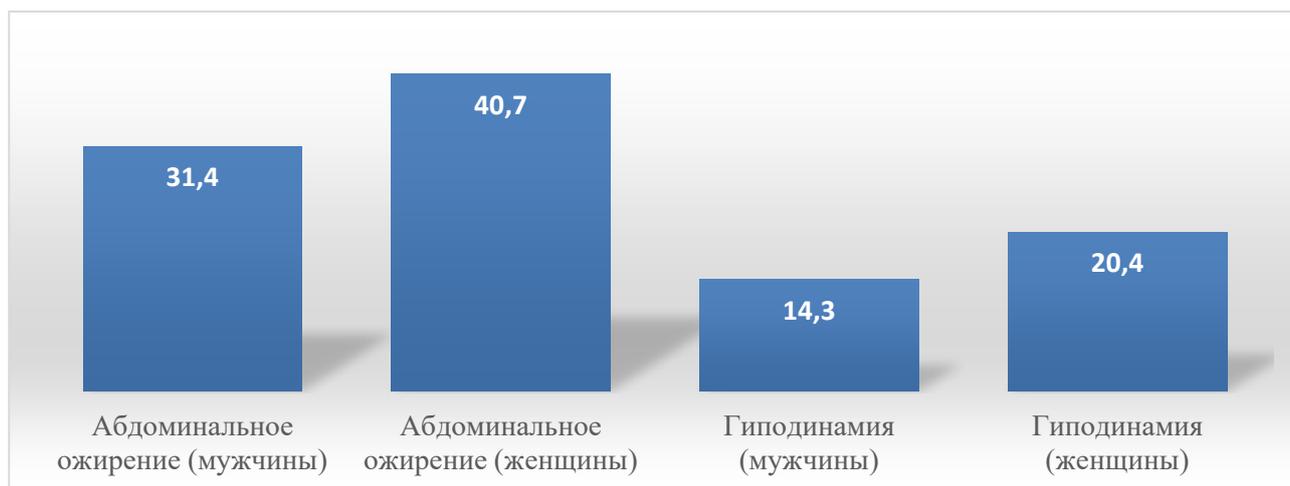


** $p < 0,05$ между показателями мужской и женской гендерных групп*

Рисунок 3.1.1 – Сравнительный анализ особенностей питания гендерных групп коренного населения Республики Адыгея (на 100 человек)

Помимо особенностей питания, были изучены такие антропометрические данные как рост, вес, окружность талии, рассчитан Индекс Кетле (ИМТ) всех 184 пациентов (из расчета на 100 чел.: мужчин – 45,7 человек, женщин – 54,3 человек). В женской группе у 40,7±10,5% пациентов выявлено абдоминальное ожирение (окружность талии больше 88 см). В мужской группе у 31,4±9,4% человека выявлено абдоминальное ожирение (окружность талии больше 94 см). Средний индекс Кетле в женской группе составил 32,8 кг/м², в мужской группе - 30,3 кг/м², что соответствует ожирению 1 степени и высокому риску ССЗ (Российское кардиологическое общество).

Дополнительно была выявлена распространенность гиподинамии, которая оценивалась по недельной активности (физические упражнения, ходьба не менее 3 часов в неделю). Гиподинамия отмечена у 20,4% обследованных женщин и 14,3% мужчин (рисунок 3.1.2).



** $p < 0,05$ между показателями мужской и женской гендерных групп*

Рисунок 3.1.2 – Сравнительная характеристика распространенности абдоминального ожирения и гиподинамии в мужской и женской гендерных группах (на 100 человек)

Таким образом, современное питание адыгов как типичного представителя семейства малых народов характеризуется нездоровыми паттернами, что достоверно ассоциировано с неблагоприятными антропометрическими показателями, которые можно расценивать как факторы риска развития кардиометаболических осложнений и неблагоприятного типа старения.

3.2 Комплексная гериатрическая оценка

Комплексная гериатрическая оценка проведена путем применения опросника «Возраст не помеха». По итогам обследования пациентов, средний балл больше 3, что соответствует наличию ССА, выявлен у 27,2% (n=50)

пациентов, преимущественно у лиц старше 75 лет. В женской группе у 29,0% (n=29), мужской – 25,0% (n=21). По структуре ответов на позиции опросника получены следующие результаты (таблица 3.2.1). Только 7,6% пациенты (n=14) дали отрицательные ответы на все 7 вопросов, в мужской группе 4,8% (n=4), в женской – 10,0% (n=10). Положительных ответов на все вопросы дал 1 респондент в мужской группе.

Таблица 3.2.1 – Структура ответов пациентов на опросник «Возраст не помеха»

Вопрос	М (n=84)	Ж (n=100)
Похудели ли Вы на 5 кг и более за последние 6 мес?	14,0%	16,1%
Испытываете ли Вы какие-либо ограничения в повседневной жизни из-за снижения зрения или слуха?	16,1%	16,9%
Были ли у Вас в течение последнего года травмы, связанные с падением?	12,9%	11,3%
Чувствуете ли Вы себя подавленным, грустным или встревоженным на протяжении последних недель?	16,1%	16,1%
Есть ли у Вас проблемы с памятью, пониманием, ориентацией или способностью планировать?	15,1%	12,1%
Страдаете ли Вы недержанием мочи?	9,7%	11,3%
Испытываете ли Вы трудности в перемещении по дому или на улице? (Ходьба до 100 метров или подъем на 1 лестничный пролет)	16,1%	16,1%

Чаще всего пациенты сталкиваются с ограничениями в повседневной жизни из-за снижения зрения или слуха – 16,8% (n=31). На втором месте – ощущения подавленности, грусти и тревоги, а также трудности в перемещении по дому или на улице – 16,3% (n=30), $p < 0,05$. Пациенты старше 90 лет, по сравнению с пациентами более молодого возраста, чаще получали травмы, связанные с падением (89,3% против 28,8%). И чаще травмы, связанные с падением, отмечались у женщин (41,3% против 22,6%, $p < 0,05$). Сниженное настроение чаще выявлялось у пациентов женского пола (63,7% против 32,8%), $p < 0,05$. Таким образом, большая доля опрошенных пациентов сталкиваются в пожилом и старческом возрасте со снижением функционального статуса (снижение слуха, зрения, настроения, частые падения), наблюдается также возраст-зависимое увеличение проявлений данных синдромов.

Оценка когнитивных функций (MoCA) показала, что 35,9% испытуемых (n=66) имели высшее образование, 47,3% (n=87) – среднее-специальное, 16,8% (n=31) – высшее. Когнитивные расстройства отсутствовали лишь у 15,8% (n=29), $p < 0,05$ (таблица 3.2.2). Результаты показали возраст-зависимое снижение среднего количества баллов, полученных пациентами при заполнении шкалы MoCA. В возрастной группе 65-69 лет средний балл в

мужской группе составил $23,1 \pm 4,1$, в женской $24,7 \pm 3,3$. При этом, менее 26 баллов получили 35,7% (n=5) мужчин и 25,0%(n=4) женщин. Тогда как у пациентов старше 90 лет в 100% случаев выявлены когнитивные расстройства, $p < 0,05$. Средний балл по шкале MoCA составил $15,1 \pm 3,0$ у мужчин и $15,6 \pm 2,8$ – у женщин. Данные указывают на статистически высокое проявление когнитивных нарушений.

Таблица 3.2.2 – Среднее количество баллов по шкале MoCA в возрастных подгруппах

Возрастная группа	Средний возраст	Пол	Количество испытуемых (n)	Среднее количество баллов
65-69 лет	$66,1 \pm 1,5$	М	14	$23,1 \pm 4,1$
	$66,2 \pm 1,5$	Ж	16	$24,7 \pm 3,3$
70-74 года	$72,2 \pm 1,4$	М	16	$22,3 \pm 3,1$
	$70,5 \pm 0,7$	Ж	16	$23,4 \pm 4,2$
75-79 лет	$77,5 \pm 0,9$	М	15	$21,1 \pm 3,7$
	$76,8 \pm 1,3$	Ж	17	$21,3 \pm 3,6$
80-84 года	$82,0 \pm 1,6$	М	13	$18,0 \pm 4,2$
	$82,5 \pm 1,0$	Ж	18	$18,2 \pm 4,5$
85-89 лет	$86,3 \pm 1,3$	М	14	$16,9 \pm 4,0$
	$86,3 \pm 1,2$	Ж	17	$17,1 \pm 3,9$
Старше 90 лет	$91,0 \pm 1,2$	М	12	$15,1 \pm 3,0$
	$91,4 \pm 1,5$	Ж	16	$15,6 \pm 2,8$

При проведении теста «Встань и иди» выявлено среднее время выполнения задания на уровне $14,79 \pm 0,3$ с. Только 26,0% (n=48) человек выполнили тест в пределах рекомендуемого времени, преимущественно пациенты моложе 85 лет. Старше 85 лет лишь 5,1% (n=3) обследуемых уложились в референсный интервал, 1,6% из общей выборки, $p < 0,05$ (рисунок 3.2.2). Прослеживается возраст-зависимая связь снижения времени выполнения теста ($p < 0,05$).

Данное исследование подтверждает сниженную функциональную активность и базовой мобильности, что видно по 74,0% испытуемых, несправившихся с поставленной задачей.

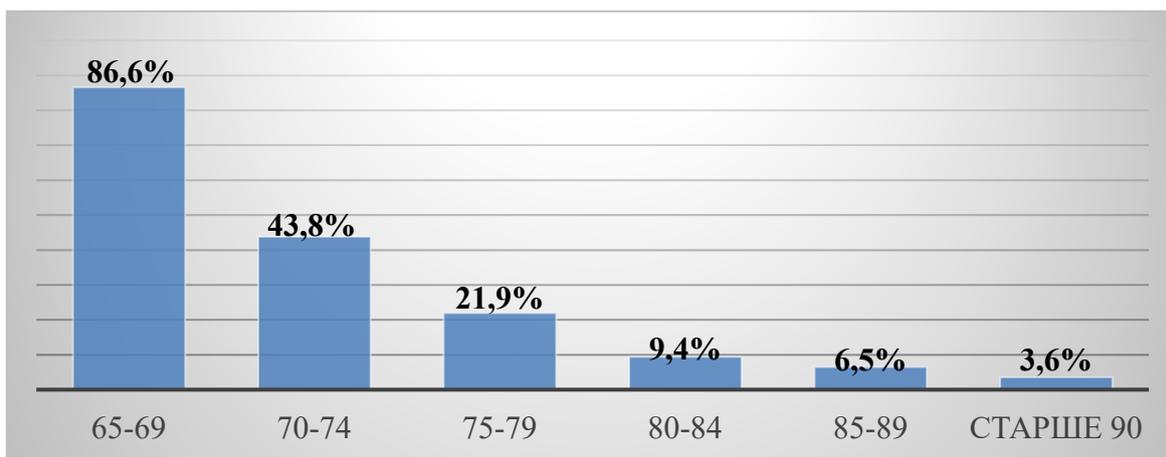


Рисунок 3.2.2 – Доля испытуемых, превысивших нормативные показатели времени теста «Встань и иди»

В обеих гендерных группах абсолютное содержание в организме жировой массы, тощей и ее компонентов (мышечной и костной масс) было наибольшим у пациентов с максимальным ИМТ, но относительное содержание мышечного и костного компонентов было наименьшим. У пациентов с нормальной массой тела относительное содержание мышечного и костного компонентов достигало максимальных значений. Основной обмен и абсолютное содержание общей жидкости были наибольшими у мужчин и женщин с максимальным ИМТ, пациенты с нормальной и избыточной массой тела не имели статистически достоверных отличий от нормы. Также не были выявлены достоверные различия значений фазового угла у женщин с различными значениями ИМТ [4,4-4,8] (таблица 3.2.4).

Таблица 3.2.4 – Средние показатели биоимпедансометрии в гендерных группах

Пол	ИМТ	Процентное содержание жира (%)	Соотношение ВКЖ/ОКЖ	Тощая масса (туловище), %	Фазовый угол
М	30,3±2,8	31,8±3,2	0,421±0,056	91,4±4,6	5,3±2,7
Ж	32,8±3,4	35,3±4,1	0,479±0,035	88,0±3,8	4,8±2,3

Таким образом, большинство участников исследования имеют превышение показателей ИМТ ($p < 0,05$), процентного содержания жира, соотношения ВКЖ/ОКЖ ($p < 0,05$), но дефицит (в женской группе) или норму (в мужской) тощей массы ($p < 0,05$). Фазовый угол в обеих гендерных группах понижен ($p < 0,05$), что свидетельствует о нестабильности клеточных мембран, слабую мышечную активность и детренированность организма в целом. Данные биоимпедансометрии подтверждают результаты тестовых исследований.

При измерении силы кисти была выявлена небольшая разница в трех измерениях, при этом, третье измерение в большинстве случаев было меньше первых двух (от 0,1 до 1,8 кг). У подавляющего большинства пациентов доминантной рукой была правая (98%), разница между доминантной и второй рукой составила в среднем 2,4 кг. у мужчин и 1,5 кг. у женщин, $p < 0,05$. Результаты средних значений трех попыток сжатия динамометра правой и левой рукой приведены в таблице 3.2.5. Проведенный анализ показал возрастзависимое снижение силы кисти в обеих гендерных группах. В каждой возрастной группе, по возрастающей, в доминантной руке происходило снижение силы кисти, в среднем, на 3,4 кг. у мужчин и 1,7 кг. у женщин. При этом, у мужчин более выраженная отрицательная динамика, чем у женщин. Разница силы кисти мужчин 65 лет и старше 90 составляет, в среднем, 13,9 кг., тогда как у женщин – 9,4 кг, $p < 0,05$.

Таким образом, результаты комплексной гериатрической оценки свидетельствуют в целом о неблагоприятном течении старения у представителей адыгов, высоком уровне снижения функциональной способности, что обуславливает необходимость комплексного вмешательства по коррекции ситуации на протяжении жизненного цикла.

На основе Шкалы возрастной жизнеспособности мы оценили особенности ВЖ адыгов и ее динамику с увеличением возраста. Средний балл у мужчин получился на уровне $33,7 \pm 8,3$, у женщин – $33,0 \pm 7,7$, что демонстрирует достаточно высокий уровень ВЖ ($p < 0,05$) (таблица 3.2.5).

Таблица 3.2.5 – Среднее количество баллов по Шкале RSA в гендерных группах

Возрастная группа	Средний возраст	Пол	Количество испытуемых (n)	Среднее количество баллов
65-69 лет	66,1 \pm 1,5	М	14	35,0 \pm 6,5
	66,2 \pm 1,5	Ж	16	35,0 \pm 7,2
70-74 года	72,2 \pm 1,4	М	16	31,0 \pm 4,9
	70,5 \pm 0,7	Ж	16	29,6 \pm 6,7
75-79 лет	77,5 \pm 0,9	М	15	33,0 \pm 6,6
	76,8 \pm 1,3	Ж	17	30,7 \pm 6,6
80-84 года	82,0 \pm 1,6	М	13	32,9 \pm 5,2
	82,5 \pm 1,0	Ж	18	30,4 \pm 6,5
85-89 лет	86,3 \pm 1,3	М	14	29,6 \pm 7,1
	86,3 \pm 1,2	Ж	17	29,3 \pm 7,3
Старше 90 лет	91,0 \pm 1,2	М	12	19,6 \pm 3,2
	91,4 \pm 1,5	Ж	16	18,2 \pm 2,5

Наиболее распространенными ответами в обеих гендерных группах были наличие крепкой семьи и близких друзей/членов семьи, которые заботятся о них (в мужской – 84,5% (n=71) и 87,0% (n=73), женской – 80,0% (n=80) и

92,0% (n=92), $p < 0,05$, что свидетельствует о высоком уровне социализации, низком уровне одиночества и традиционной инклюзии пожилых людей.

Таким образом, нами было отмечено снижение баллов по Шкале возрастной жизнеспособности прямо пропорциональное увеличению возраста в обеих гендерных группах. Но тем не менее, адыги имеют относительно высокие показатели ВЖ до глубокой старости, что обусловлено не гериатрическим статусом, который достоверно ухудшается, а высоким уровнем традиционной социальной инклюзии.

Задачей второго этапа исследования было определение степени информированности адыгов в вопросах питания и здорового долголетия. Первыми были опрошены врачи в количестве 39 пациентов (17 мужчин и 22 женщины). Полученные результаты свидетельствуют о широком распространении пользования социальными сетями среди врачей ($41,0 \pm 9,9$), при этом полностью доверяют получаемой отсюда информации всего $2,6 \pm 2,5$, подвергают информацию тщательному анализу $33,0 \pm 7,4$.

Среди 171 опрошенных студентов (их включение в исследование обусловлено современной доктриной ВОЗ о формировании здорового старения на протяжении всего жизненного цикла, включая молодой возраст) результаты следующие. Пользователей социальными сетями было $48,9 \pm 11,1\%$. Доверяют получаемой из них информации $2,6 \pm 0,2\%$, подвергают тщательному анализу $28,0 \pm 11,5\%$, получают информацию о питании и процессах старения из социальных сетей $31,8 \pm 13,5\%$, а $17,3 \pm 5,4\%$ считает, что за ними будущее в плане продвижения здоровья, $p < 0,05$. По структуре распределения предпочтений в источниках информации о питании и процессах старения, $31,3 \pm 8,9\%$ предпочитают Интернет, $14,3 \pm 4,3\%$ – социальные сети, $p < 0,05$.

В группе пациентов проведен более детальный анализ полученных результатов, распределенный по гендерным группам (таблица 3.2.6). Активных пользователей социальными сетями среди женщин было несколько больше ($12,3 \pm 4,2\%$), чем среди мужчин ($10,0 \pm 5,9\%$).

Таблица 3.2.6 – Структура ответов опрошенных пациентов по гендерным группам (% , на 100 человек)

Вопрос	Вариант ответа	М	Ж	Все пациенты
Пользуетесь ли Вы социальными сетями?	Да	$10,0 \pm 5,9$	$12,3 \pm 4,2$	$11,2 \pm 5,2$
	Нет	$6,3 \pm 3,7$	$4,0 \pm 3,5$	$5,2 \pm 3,8$
Насколько Вы доверяете информации из социальных сетей?	Полностью доверяю	$2,0 \pm 1,6$	$3,0 \pm 1,4$	$2,5 \pm 1,6$
	Подвергаю тщательному анализу	$8,3 \pm 3,7$	$9,6 \pm 3,3$	$9,0 \pm 3,6$
	Предпочитаю другие источники	$6,0 \pm 2,9$	$3,6 \pm 3,8$	$4,8 \pm 3,6$
Получаете ли Вы информацию о питании и	Да	$8,0 \pm 5,3$	$11,0 \pm 5,3$	$9,5 \pm 5,5$
	Нет	$8,3 \pm 3,3$	$5,3 \pm 4,7$	$6,8 \pm 4,3$

процессах старения из социальных сетей?				
Насколько важную роль, по Вашему мнению, играют социальные сети в продвижении здоровья?	Безусловно важную роль, за этим будущее	2,3±2,6	3,7±0,9	3,0±2,1
	Не более чем дополнительный источник информации	13,3±1,2	12,7±1,9	13,0±1,6
	Мешают продвижению здоровья	0,7±0,9	0	0,3±0,7
Какой(ие) источник(и) Вы предпочли бы для получения информации о питании и процессах старения?	Интернет	8,0±5,3	10,3±4,9	9,2±5,3
	Социальные сети	0,7±0,9	3,0±0,8	1,8±1,4
	Книги и журналы	12,3±2,6	13,3±2,6	12,8±2,6
	Лекции	0,3±0,4	2,0±0,8	1,2±1,0
	Личный опыт	8,7±2,4	7,0±4,0	7,8±3,4
	Другой	3,3±2,8	1,7±0,4	2,5±2,2

Доверия к информации из социальных сетей у женщин больше (3,0±1,4%), чем у мужчин (2,0±1,6%). Так же, как и получающих информацию о питании и процессах старения из социальных сетей 11,0±5,3% против 8,0±5,3%. В возрастном разрезе отмечена отрицательная возраст-ассоциированная связь использования социальных сетей и получения через них информации о питании и процессах старения. Активных пользователей социальными сетями в мужской группе на 100 человек: до 44 лет – 16,0±4,2%; 45-65 лет – 12,1±2,9%; старше 65 лет – 2,1±2,3%, $p < 0,05$. В женской группе: до 44 лет – 18,1±5,7%; 45-65 лет – 11,0±4,5%; старше 65 лет – 8,0±3,1%, $p < 0,05$, среди женщин снижение было менее выражено. Получают информацию о питании и процессах старения из социальных сетей больше женщины. Мужчины до 44 лет – 14,1±3,8%; 45-65 лет – 9,0±5,2%; старше 65 лет – 1,5±0,7%. Женщины до 44 лет – 18,1±7,2%; 45-65 лет – 10,0±4,7%; старше 65 лет – 5,1±2,4%, $p < 0,05$.

Таким образом, нами показана необходимость научного обоснования методологии «продвижения здоровья для каждого» в плане правильного питания на протяжении жизненного цикла, что позволит повысить качество здорового старения и повысить уровень ВЖ в физическом ее аспекте.

На третьем этапе нами были разработаны и апробированы комплексные меры по улучшению качества питания и информированности в вопросах питания и здорового долголетия. В проспективное исследование было включено 135 человек пожилого и старческого возраста (исследуемая группа 72 чел. и контрольная 63 чел). По итогам работы были сделаны выводы и практические рекомендации.

Глава 4. Разработка комплексных мер по улучшению качества питания и информированности адыгов в вопросах питания и здорового долголетия, оценка их эффективности

Предлагаемая нами программа, заключалась в реализации следующего алгоритма работы с пациентами, направленного на коррекцию питания и улучшение осведомленности о здоровом питании.

Алгоритм состоит из пяти этапов:

1. Первый этап: оценка питания с помощью разработанного нами оригинального опросника «FOODRISK» и сбор антропометрических данных.
 - 1.1. Все пациенты, поступающие в стационар или проходящие амбулаторное лечение, обследуются лечащим врачом.
 - 1.2. После проведения оценки, пациенты делятся на две группы – имеющие нарушения в пищевом поведении и антропометрических показателях здоровья и пациенты без нарушений.
2. Второй этап: проведение КГО и оценка ВЖ.
 - 2.1. Пациенты, имеющие отклонения в оценке питания и антропометрических данных, проходят КГО и оценку ВЖ.
 - 2.2. После КГО все пациенты делятся на две группы – с ССА и без ССА.
 - 2.3. Пациенты с ССА подлежат проведению целевых реабилитационных мероприятий:
 - 2.3.1. Коррекция полипрагмазии. Подбор терапии основного заболевания с минимизацией количества получаемых препаратов и сохранением эффективности. Целесообразно использовать валидированные STOPP/START критерии. Замена, при возможности, на немедикаментозное лечение и профилактику фоновых и прогнозируемых заболеваний.
 - 2.3.2. Коррекция когнитивных расстройств (физическая активность – резилиенс-гимнастика, когнитивный тренинг, оптимальная диета, прием витамина В₁₂, витамина Д, омега-3 полиненасыщенных жирных кислот. По возможности, отказ от лекарственных препаратов группы холинолитиков, нейролептиков, бензодиазепинов, дигоксина).
 - 2.3.3. Устранение сенсорной депривации (коррекция нарушений зрения и слуха).
 - 2.3.4. Коррекция двигательных расстройств и мышечной слабости с помощью резилиенс-гимнастики.
 - 2.3.5. Пациенты без ССА переходят сразу к четвертому этапу.
3. Третий этап: выполнение биоимпедансометрии пациентам с ССА.
4. Четвертый этап: повышение уровня знаний в области здорового питания.
 - 4.1. Проведение лекций и индивидуальных бесед, выпуск информационных видео-роликов и публикаций в социальных сетях на тему здорового питания.
5. Пятый этап: проведение повторной КГО, оценки питания и ВЖ.

Мы проанализировали эффективность предложенных комплексных мер по улучшению качества питания и информированности в вопросах питания и здорового долголетия в проспективном исследовании. После подведения итогов, было выявлено, что у пациентов контрольной группы нарушения в питании выявлены в 96,8% случаев, а в исследуемой группе – 23,6%, $p < 0,05$.

Распространенность когнитивных нарушений после выполнения алгоритма коррекции снизилась с 84,2% (контрольная группа) до 58,3% (исследуемая группа) ($p < 0,05$). Средний балл в мужской подгруппе 65-69 лет вырос с $23,5 \pm 4,7$ до $28,1 \pm 3,9$, в женской подгруппе – с $24,3 \pm 3,8$ до $28,6 \pm 4,2$ ($p < 0,05$). В гендерных подгруппах 90 лет и старше также отмечена положительная динамика – с $15,4 \pm 3,4$ до $20,1 \pm 4,2$ (мужская подгруппа), с $15,6 \pm 3,6$ до $20,5 \pm 3,7$ баллов ($p < 0,05$). Также положительная динамика была получена в коррекции ССА. ССА имели 63,8% пациентов контрольной группы, в исследуемой группе – 37,5% ($p < 0,05$). Значимые результаты достигнуты в улучшении скорости ходьбы. Тест «Встань и иди» выполнили в пределах нормативных значений 61,1% участников исследуемой группы, против 28,6% контрольной ($p < 0,05$). Сила кисти возросла в среднем на 11,7% по сравнению с контрольной группой ($p < 0,05$).

Таким образом, распространенность нарушений в питании коренного населения Республики Адыгея снизилась на 73,2%, когнитивных нарушений на 25,9%, а ССА на 26,3%. Уровень информированности адыгов в вопросах питания и здорового долголетия в мужской группе увеличился на 55,4% (с 8,1% до 63,5%), в женской – на 52,6% (с 28,6% до 81,2%) ($p < 0,05$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Современные паттерны питания малого народа адыги характеризуется потреблением большого количества животных жиров, насыщенных транс-жиров, простых углеводов, в том числе рафинированного сахара, соли, а также недостатком клетчатки и рыбы. Такой рацион способствует развитию избыточной массы тела и ожирения, что в совокупности с гиподинамией в краткосрочной перспективе приводит к функциональным заболеваниям желудочно-кишечного тракта, к снижению когнитивных функций (84,2%) и двигательной активности (74%), и развитию синдрома старческой астении у 67,1% пожилых людей.

2. Несмотря на выраженные нарушения питания и снижение функционального статуса подавляющего большинства испытуемых, уровень возрастной жизнеспособности остается высоким – средний балл $33,4 \pm 8,0$. Этому способствует высокий уровень социализации: наличие крепкой семьи и близких друзей/членов семьи, что приводит к снижению одиночества и социальной инклюзии.

3. Особенности питания малого народа адыги формируются в условиях недостаточной осведомленности о здоровом питании. Лишь небольшая доля (всего 11,2 на 100 испытуемых) пожилого и старческого возраста пользуются современными ресурсами о здоровье и долголетия сети Интернет, что затрудняет их доступ к современным данным о здоровом питании.

4. Благодаря внедрению разработанных нами комплексных мер по улучшению качества питания произошло снижение распространенности нарушений в питании на 73,2%, когнитивных нарушений на 25,9% ($p < 0,05$), синдрома старческой астении на 26,3% ($p < 0,05$). Значимые результаты достигнуты в улучшении скорости ходьбы – на 33,3%, сила кисти возрасла в среднем на 11,7% ($p < 0,05$).

5. После внедрения современных образовательных программ в области питания, возрастной жизнеспособности и здорового старения, уровень информированности в вопросах питания и здорового долголетия в мужской группе увеличился на 55,4% (с 8,1% до 63,5%), в женской – на 52,6% (с 28,6% до 81,2%) ($p < 0,05$), что потенциально повышает вероятность формирования здорового профиля старения, поддержания высокого уровня возрастной жизнеспособности за счет физического (соматического и локомоторного) компонента.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Всем пациентам, проходящим амбулаторное или стационарное лечение целесообразно предлагать заполнить опросник оценки питания для выявления нарушений пищевого поведения «FOODRISK» с последующей коррекцией.

2. Необходимо рекомендовать резилиенс-гимнастику: заниматься физической активностью средней интенсивности не менее 150 минут в неделю или выполнять аэробные упражнения высокой интенсивности не менее 75 минут в неделю, выполнять не менее 10 минут в 3 подхода, можно увеличить до 300 минут, анаэробные – до 150 минут в неделю. Силовые упражнения – не менее двух раз в неделю. Дополнительно необходимо назначать упражнения на равновесие и предотвращение падений (йога, китайская гимнастика, цигун).

3. Для оценки уровня осведомленности о здоровом питании и последующей коррекции его, можно проводить анкетирование с помощью анкеты «Роль социальных сетей в продвижении здоровья».

4. Целесообразно рекомендовать разработанные источники информации о здоровом питании: YouTube, Instagram, TikTok – docalex_life, Интернет-сайт www.docalex120.com. С целью улучшения качества знаний пациентов в области питания и его влияния на возрастную жизнеспособность, необходимо развивать активность медицинского персонала в социальных сетях и сети Интернет в целом.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ:

1. **Мартыненко, А. В.** Критерии отбора пациентов с острым кардиологическим событием для коррекции стрессоустойчивости и социальной адаптации в комплексной реабилитации в период пандемии COVID-19 [Текст] / А. К. Арутюнов, А. В. Мартыненко // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. – 2021. – № 2 (78). – С. 160-164; То же: [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://elibrary.ru/item.asp?id=46215113>
2. **Мартыненко, А. В.** Роль социальных сетей в продвижении знаний о питании и долголетию [Текст] / А. В. Мартыненко, А. Н. Ильницкий, Т. В. Степанова // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики (раздел «Геронтология и гериатрия»). – 2022. – № 1. – С. 116-127; То же: [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://elibrary.ru/item.asp?id=48416149>
3. Сила кисти как предиктор синдрома старческой астении [Текст] / А. В. Мартыненко, А. Н. Ильницкий, Н. В. Севастьянова, А. С. Рукавишников // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики (раздел «Геронтология и гериатрия»). – 2022. – № 3. – С. 178-188; То же: [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://elibrary.ru/item.asp?id=49592557>
4. Статус питания и прогноз возрастной жизнеспособности в гендерном аспекте [Текст] / А. В. Мартыненко, А. Н. Ильницкий, Е. В. Пузанова, Е. А. Васильева // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики (раздел «Геронтология и гериатрия»). – 2021. – № 4. – С. 303-311; То же: [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://elibrary.ru/item.asp?id=48106635>
5. Эйджизм и его визуализация [Текст] / А. В. Мартыненко, М. Б. Гашева, А. Н. Ильницкий [и др.] // Врач (Выпуск «Геронтология и гериатрия»). – 2022. – Т. 33, № 6. – С. 42-45; То же: [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://elibrary.ru/item.asp?id=48723584>
6. **Мартыненко, А. В.** Резилиенс-диета в «голубых зонах» (обзор) [Текст] / А. В. Мартыненко, Н. П. Сибелли, А. Н. Ильницкий // Научные результаты биомедицинских исследований. – 2022. – Т. 8, № 4. – С. 503-515; То же: [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://elibrary.ru/item.asp?id=49796890>
7. **Martynenko, A.** Educational programs for healthy nutrition for the aging adygs population [Text] / A. Martynenko, A. Initski // European Geriatric Medicine. – 2022. – Vol. 13, suppl. 1. – P. 220; То же: [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://link.springer.com/article/10.1007/s41999-022-00711-8>

8. **Martynenko, A.** Nutrition and functional decline in aging adygs population / A. Martynenko, A. Ilitski // European Geriatric Medicine. – 2022. – Vol. 13, suppl. 1. – P. 378-379; То же: [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://link.springer.com/article/10.1007/s41999-022-00711-8>

Учебное пособие

1. Питание и здоровое старение : метод. рекомендации : для студентов мед. вузов/сузов и врачей всех специальностей [Текст] / А. В. Мартыненко, А. Н. Ильницкий, С. К. Мусиенко, Н. А. Османова. – Москва : Изд-во ФГБУ ФНКЦ ФМБА, 2022. – 19 с.

Мартыненко Александр Владимировичтин “Адыгей Республикасынын түпкү калкынын тамактануусуна жана жаш курагына байланыштуу жашоо жөндөмдүүлүгүнө комплекстүү баа берүү” аттуу темадагы 14.01.30 – геронтология жана гериатрия адистиги боюнча медицина илимдеринин кандидаты илимий даражасын алуу үчүн жазылган диссертациясынын РЕЗЮМЕСИ

Негизги сөздөр: тамактанууну баалоо, жаш курактык жашоо, жергиликтүү калк, Адыгея.

Изилдөөнүн максаты: Адыгея Республикасынын (Адыгдар) түпкү калкынын тамактануусуна комплекстүү баа берүү жана анын жаш куракка байланыштуу тиричиликке тийгизген таасирин аныктоо.

Изилдөө объектиси: 65 жаштан 93 жашка чейинки 184 бейтапта тамактануу жана жаш куракка байланыштуу жашоо жөндөмдүүлүгүн изилдөө жүргүзүлдү, маалымдуулук даражасы 308 адамда аныкталды, 135 адамда чаралардын натыйжалуулугу бааланды.

Изилдөөнүн предмети: клиникалык, лабораториялык, аспаптык изилдөө ыкмаларынын жана анкеталардын натыйжалары.

Изилдөө ыкмалары: келечектүү, жалпы клиникалык, аспаптык жана статистикалык методдор.

Алынган натыйжалар жана алардын илимий жаңылыгы: биринчи жолу

черкестердин типтүү кичинекей эл катары тамактануусун комплекстүү изилдөө, анын ичинде клиникалык жана анамнестикалык маалыматтарды, лабораториялык жана инструменталдык изилдөөлөрдү, анкеталарды анализдөө жана эң толук жана ишенимдүү идеяны аныктоочу анкета жүргүзүлдү. тамактануу жана анын курактык күчүнүн деңгээлине тийгизген таасири. Бүткүл жашоо циклинде туура эмес тамактануунун натыйжасында ашыкча салмак же курсактагы семирүү, андан кийин гериатриялык синдромдор пайда болот. Бул тамактануу адаттары алардын дени сак тамактануу жана анын карылык процессине тийгизген таасиринен улам калыптанган. Биринчи жолу черкестердин тамактануу сапатын жакшыртуу жана черкестердин тамактануу жана ден-соолукта узак өмүр сүрүү маселелери боюнча маалымдуулугун жогорулатуу боюнча комплекстүү чаралар иштелип чыкты.

Колдонуу даражасы же пайдалануу боюнча сунуштар. Иштин жүрүшүндө алынган негизги корутундулар жана сунуштар күнүмдүк клиникалык гериатриялык практикада, ошондой эле окуу процессинде жана илимий изилдөөдө колдонулушу мүмкүн.

Колдонуу чөйрөсү: гериатрия, ички оорулар, үй-бүлөлүк дарыгерлер

РЕЗЮМЕ

диссертации Мартыненко Александр Владимировича на тему: «Комплексная оценка питания и возрастная жизнеспособность у коренного населения Республики Адыгея» на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.30 – геронтология и гериатрия

Ключевые слова: оценка питания, возрастная жизнеспособность, коренное население, Адыгея.

Цель исследования: провести комплексную оценку питания коренного населения Республики Адыгея (адыгов) на протяжении жизненного цикла и выявить его влияние на возрастную жизнеспособность.

Объект исследования: изучение питания и возрастной жизнеспособности проведено у 184 пациентов в возрасте от 65 до 93 лет, определение степени информированности – у 308 чел., оценка эффективности мер – у 135 чел.

Предмет исследования: результаты клинических, лабораторных, инструментальных методов исследования и анкетирования.

Методы исследования: проспективные, общеклинические, инструментальные и статистические методы.

Полученные результаты и их новизна. Впервые выполнено комплексное исследование питания адыгов как типичного малого народа,

включающее анализ клинико-anamнестических данных, лабораторных и инструментальных исследований, анкетирования, определяющих наиболее полное и достоверное представление о питании и его влияние на уровень возрастной жизнеспособности. В результате неправильного паттерна питания на протяжении жизненного цикла формируется избыточная масса тела или абдоминальное ожирение, а впоследствии – гериатрические синдромы. Эти особенности питания формируются из-за их низкой осведомленности о здоровом питании и его влиянии на процессы старения. Впервые разработаны комплексные меры по улучшению качества питания и информированности адыгов как типичного малого народа в вопросах питания и здорового долголетия.

Степень использования или рекомендации по использованию. Основные выводы и рекомендации, полученные в процессе работы, могут быть использованы в повседневной клинической гериатрической практике, а также в учебном процессе и научных исследованиях.

Область применения: гериатрия, терапия, семейные врачи

SUMMARY

of the dissertation by Alexander Vladimirovich Martynenko on the topic: “Comprehensive assessment of nutrition and age-related vitality in the indigenous population of the Republic of Adygea” for the academic degree of Candidate of Medical Sciences in specialty 14.01.30 - gerontology and geriatrics

Key words: nutrition assessment, age-related vitality, indigenous population, Adygea.

Purpose of the study: to conduct a comprehensive assessment of the nutrition of the indigenous population of the Republic of Adygea (Adygs) throughout the life cycle and identify its impact on age-related vitality.

Object of study: the study of nutrition and age-related vitality was carried out in 184 patients aged 65 to 93 years, the degree of awareness was determined in 308 people, the effectiveness of measures was assessed in 135 people.

Subject of research: results of clinical, laboratory, instrumental research methods and questionnaires.

Research methods: prospective, general clinical, instrumental and statistical methods.

Research finding and their novelty. For the first time, a comprehensive study of the nutrition of the Circassians as a typical small people has been carried out, including an analysis of clinical and anamnestic data, laboratory and instrumental studies, and questionnaires that determine the most complete and reliable idea of nutrition and its impact on the level of age-related vitality. As a result of improper nutritional patterns throughout the life cycle, overweight or abdominal obesity is formed, and subsequently geriatric syndromes. These eating habits are formed due to their low awareness of healthy eating and its impact on the aging process. For the first time, comprehensive measures have been developed to improve the quality of nutrition and awareness of the Circassians, as a typical small people, in matters of nutrition and healthy longevity.

Extent of use or recommendations for use. The main conclusions and recommendations obtained during the work can be used in everyday clinical geriatric practice, as well as in the educational process and scientific research.

Area of application: geriatrics, internal medicine, family doctors



Формат бумаги 60 x 90/16. Объем 1,5 п. л.
Бумага офсетная. Тираж 50 экз.
Отпечатано в ОсОО «Соф Басмасы»
720020, г. Бишкек, ул. Ахунбаева, 92