

**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
УДК: 616 - 05.39: 612.39 (479.0)

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 медицинского института Федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования «Белгородский государственный национальный исследовательский университет», г. Белгород.

Научный руководитель:

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,
первый заместитель председателя Республиканского
общественного объединения «Белорусское
республиканское геронтологическое общественное
объединение»

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», отдел клинической геронтологии и гериатрии
(197110, Российская Федерация, Санкт-Петербург, пр. Динамо, 3)

Защита диссертации состоится 19 июня 2024 года в 13:00 часов на заседании
диссертационного совета Д 14.23.679 по защите диссертации на соискание ученой
степени доктора (кандидата) медицинских наук при Кыргызской государственной
медицинской академии им. И. К. Ахунбаева, соучредители Кыргызский
государственный медицинский институт переподготовки и повышения
квалификации им. С. Б. Даниярова и Ошский государственный университет 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 18 мая 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, хозяйствование и промыслы [Л. В. Андриченко, 2010]. В Российской Федерации 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 изменение, что может негативно сказываться на состоянии здоровья, продолжительности жизни и возрастной жизнеспособности. Возрастная жизнеспособность – 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]. Она также зависит от качества питания и медицинского обслуживания, физической активности, социализации, состояния окружающей среды и многих других [А. Н. Ильницкий и др., 2021].

В этом направлении особый научный интерес представляют адыги (Республика Адыгея) как типичный малый народ, но в настоящее время имеется недостаточно данных о современных особенностях питания и возрастной жизнеспособности. На ее территории проживают более 100 национальностей, основные – русские (61,5%) и адыги (24,3%) – коренные жители, а население старше трудоспособного возраста составляет 24,9% [Росстат, 2021]. У адыгов сложились свои уникальные традиции и культура питания, с традиционно уважительным отношением 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, 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 возрастной жизнеспособности. 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 диссертационной работы 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 включающее анализ клинико-анамнестических данных, лабораторных и инструментальных исследований, анкетирования, определяющих наиболее полное и достоверное представление о питании и его влияние на уровень возрастной жизнеспособности.
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 – возрастной жизнеспособности.

3. Впервые установлено, что у адыгов в результате неправильного паттерна питания на протяжении жизненного цикла формируется абдоминальное ожирение, а впоследствии – гериатрические синдромы.

4. С помощью разработанной оригинальной анкеты «Роль социальных сетей в продвижении здоровья» 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 и оценке уровня возрастной жизнеспособности с последующей целевой реабилитацией.

Практическая значимость полученных результатов:

1. Применение комплексных мер по улучшению качества питания и информированности представителей адыгов в вопросах питания и здорового долголетия, способствуют снижению нарушений в питании, повышению уровня информированности среди мужчин и женщин, что обуславливает медицинский и социальный эффекты, связанные с улучшением эффективности лечебных, 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 разработаны методические рекомендации «Питание и здоровое старение» (2022), которые внедрены в практическое здравоохранения [Акты внедрения: от 12.04.2022 г. в ГБУЗ РА «Адыгейская республиканская клиническая больница»; от 21.11.2023 г. в Автономную некоммерческую организацию «Научно-исследовательский медицинский центр «Геронтология»].

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 способствовали повышению уровня информированности адыгов в вопросах питания и здорового долголетия.

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 и недостаточного потребления растительной клетчатки достоверно ассоциировано с высокой распространенностью основных гериатрических синдромов.

2. Внедрение разработанных комплексных мер по улучшению качества питания адыгов способствовало снижению распространенности нарушений в питании, когнитивных нарушений, синдрома старческой астении, и повышению уровня возрастной жизнеспособности.

3. Применение обоснованной методологии «продвижения здоровья для каждого», создание интернет-сайта www.docalex120.com, аккаунтов в социальных сетях (YouTube, Instagram, TikTok) с активной аудиторией более 1 300 000 человек, с размещением в них публикаций о здоровом питании и долголетьи, повысили уровень информированности о правильном питании.

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%.

Апробации результатов диссертации. Результаты исследований доложены и обсуждены на: первой научно-практической конференции «Гериатрический подход в здравоохранении» (г. Майкоп, 18-19 мая 2021 года), заседании Совета молодых ученых и специалистов Республики Адыгея (г. Майкоп, 18-19 мая 2021 года), Европейском обществе гериатрической медицины (EuGMS), 18th INTERNATIONAL CONGRESS (г. Лондон, 28-30 сентября 2022 года), Всероссийском конкурсе молодежных проектов «Воплоти свою мечту» (г. Майкоп, 11-13 ноября 2022 года), Международной научно-практической конференции «Здоровый образ жизни» (г. Ташкент, 2-5 мая 2023 года), научно-практической конференции с международным участием «Актуальные аспекты медицины: диагностика, лечение, реабилитация, эффективное управление» (г. Ташкент, 10-12 мая 2023 года).

Полнота отражения результатов диссертации в публикациях. По материалам диссертационного исследования опубликовано 6 научных статей, индексируемых системой РИНЦ, 1 - в журнале, индексируемой системой Scopus. Все статьи с импакт фактором не ниже 0,1.

Структура и объем диссертации. Диссертационная работа состоит из: введения, главы 1. «Медико-социальные и геронтологические аспекты питания и возрастной жизнеспособности коренных малочисленных народов» (обзор литературы), главы 2. «Методология и методы исследования», главы 3 и 4. «Результатов собственных исследований», заключения, практических рекомендаций, списка использованных источников и приложений. Работа изложена на 132 страницах компьютерного текста, иллюстрирована 8 таблицами, 9 рисунками. Библиографический список состоит из 177 источников, русскоязычных и иностранных авторов, включает собственные статьи соискателя.

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» (обзор литературы). В обзоре литературы были изучены следующие разделы: данные о коренных малочисленных народах мира и Российской Федерации, их современное положение и общемировые подходы к решению медико-социальных проблем; описаны истории, традиции и современные аспекты питания и поддержания здоровья Адыги; организация профилактической гериатрической помощи; возрастная жизнеспособность у людей пожилого и старческого возраста - которые позволили обосновать актуальность изучаемой проблемы.

Глава 2. Методология и методы исследования

2.1 Методология исследования.

Объект исследования: 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; 308 чел. (пациенты – 98 чел., врачи – 39 чел., студенты – 171 чел. парни – 68 чел., девушки – 103 чел.) были опрошены для оценки степени информированности в вопросах питания и здорового старения в лечебных учреждениях и в университете. 135 человек пожилого и старческого возраста (исследуемая группа 72 и контрольная 63 чел.) составили проспективную часть исследования.

Предмет исследования: изучение питания и возрастной жизнеспособности коренного населения Республики Адыгея; определение степени информированности в вопросах питания и здорового старения; разработка и внедрение комплексных мер по улучшению качества питания адыгов и увеличению уровня возрастной жизнеспособности; оценка эффективности разработанных мер.

База и этапы 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».

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.

Исследование предусматривало последовательное выполнение трех этапов (таблица 2.2.1).

Таблица 2.2.1 – Характеристика этапов исследования

Этапы	Задача этапа	Характеристика пациентов	Контрольные точки
I этап	Изучение питания и возрастной жизнеспособности 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
II этап	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.
III этап	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, биоимпедансметрия, оценка функционального и когнитивного статусов, комплексная гериатрическая оценка

Методы исследования: В работе использовался анализ клинико-анамнестических данных, лабораторных и инструментальных исследований, анкетирование, динамометрия, биоимпедансметрия, оценка функционального и когнитивного статусов, а также комплексная гериатрическая оценка.

Критерий абдоминального ожирения для мужчин – увеличение окружности талии до 94 см и более, для женщин – до 80 см и более [С. И. Рябов, 2015]. Для установления соответствия массы тела к длине тела обследуемого рассчитывали Индекс Кетле (индекс массы тела (ИМТ)). Если ИМТ был равен или выше $30,00 \text{ кг/м}^2$, диагностировалось ожирение [В. Г. Николаев, 2007]. Одним из маркеров синдрома старческой слабости (ССА) (англ. frailty – «хрупкость, уязвимость») [J. E. Morley, 2013] является снижение мышечной силы (динапения), в связи с чем было выполнено измерение силы кисти с помощью динамометра МЕГЕОН-34090 (КНР).

Далее проводили анкетирование по опроснику «Возраст не помеха» [О. Н. Ткачева и др., 2017], направленный на оценку базовой мобильности [С. В. Булгакова и др., 2017]. Для оценки когнитивного статуса использовалась «Монреальская шкала» [S. T. Pendlebury, 2012; Т. С. Pinto, 2019]. Шкала представляет собой тест из 30 пунктов, где 26 баллов и менее указывает на умеренные когнитивные нарушения до болезни Альцгеймера [М. 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 нами оригинального опросника «FOODRISK». Для оценки возрастной жизнеспособности применялась шкала Resilience Scale for Adults (RSA), состоящая из 44 вопросов, разделенных на 6 блоков [О. Hjemdal et al., 2011]. 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 актуального в гериатрических исследованиях 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 коренного населения Республики Адыгея.

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 – $78,0 \pm 8,9$ и $86,0 \pm 9,7$ человек

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

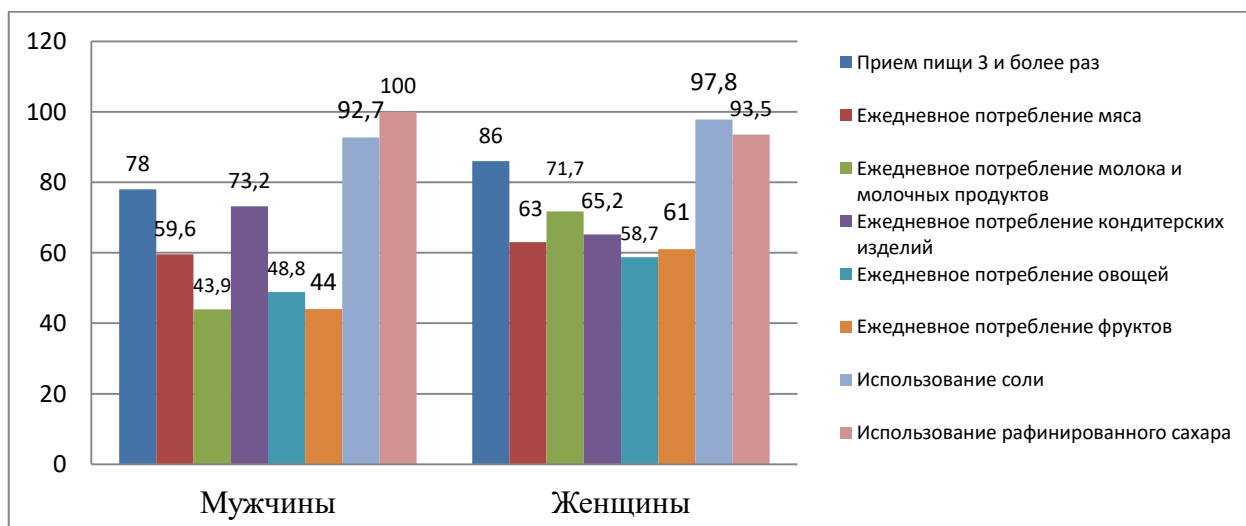


Рисунок 3.1.1 – Сравнительный анализ особенностей питания гендерных групп коренного населения Республики Адыгея (на 100 человек).

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

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).

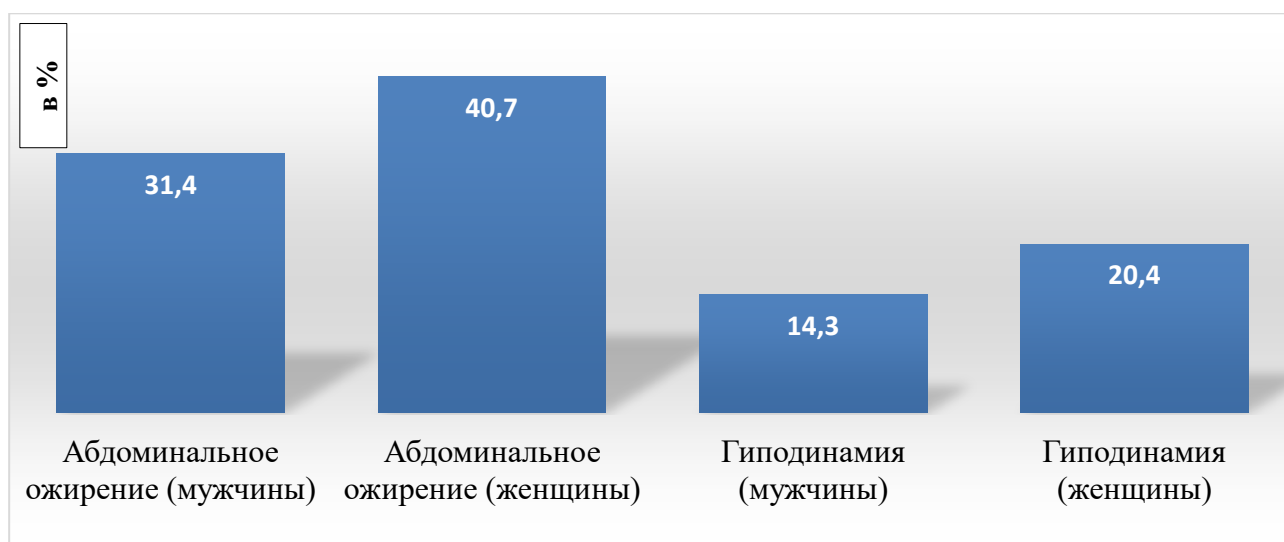


Рисунок 3.1.2 – Сравнительная характеристика распространенности абдоминального ожирения и гиподинамии в мужской и женской гендерных группах (на 100 человек).

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

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. 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%, $p < 0,05$).

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

Вопрос	М (n=84), в %	Ж (n=100), в %
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

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 МоСА составил $15,1 \pm 3,0$ у мужчин и $15,6 \pm 2,8$ – у женщин.

Таблица 3.2.2 – Среднее количество баллов по шкале МоСА 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

Данные указывают на статистически высокое проявление когнитивных нарушений.

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. (рисунок 3.2.2). Старше 85 лет лишь 5,1% ($n=3$) обследуемых уложились в референсный интервал, 1,6% из общей выборки, $p < 0,05$ Прослеживается возраст-зависимая связь снижения времени выполнения теста ($p < 0,05$).

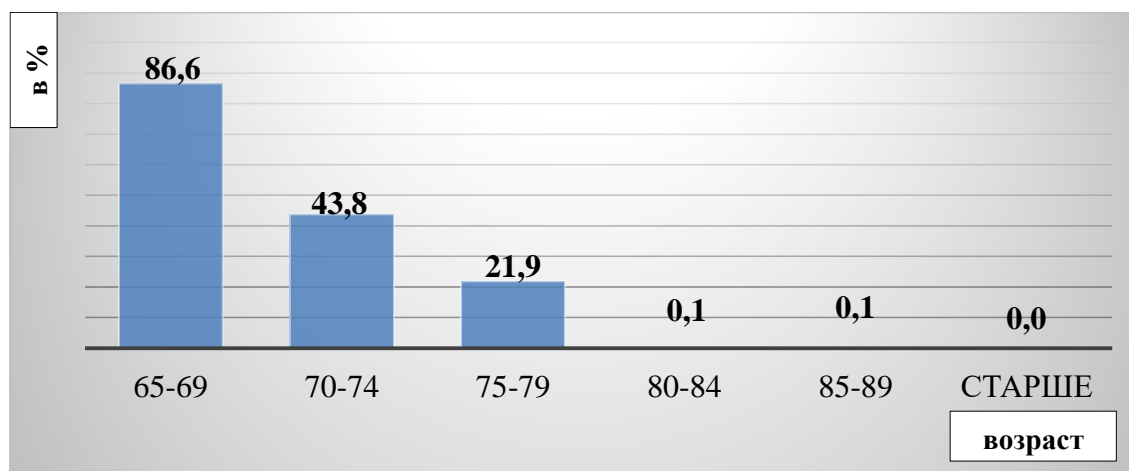


Рисунок 3.2.2 – Доля испытуемых, превысивших нормативные показатели времени теста «Встань и иди».

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

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 (4,4-4,8) у женщин с различными значениями ИМТ (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 оттуда 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).

Таблица 3.2.6 – Ответы опрошенных пациентов по гендерным группам (на 100 чел.)

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 процессах старения из социальных сетей?	Да	$8,0 \pm 5,3$	$11,0 \pm 5,3$	$9,5 \pm 5,5$
	Нет	$8,3 \pm 3,3$	$5,3 \pm 4,7$	$6,8 \pm 4,3$
Насколько важную роль, по Вашему мнению, играют социальные сети в продвижении здоровья?	Безусловно важную роль, за этим будущее	$2,3 \pm 2,6$	$3,7 \pm 0,9$	$3,0 \pm 2,1$
	Не более чем дополнительный источник информации	$13,3 \pm 1,2$	$12,7 \pm 1,9$	$13,0 \pm 1,6$
	Мешают продвижению здоровья	$0,7 \pm 0,9$	0	$0,3 \pm 0,7$
Какой(ие) источник(и) Вы предпочли бы для получения информации о питании и процессах старения?	Интернет	$8,0 \pm 5,3$	$10,3 \pm 4,9$	$9,2 \pm 5,3$
	Социальные сети	$0,7 \pm 0,9$	$3,0 \pm 0,8$	$1,8 \pm 1,4$
	Книги и журналы	$12,3 \pm 2,6$	$13,3 \pm 2,6$	$12,8 \pm 2,6$
	Лекции	$0,3 \pm 0,4$	$2,0 \pm 0,8$	$1,2 \pm 1,0$
	Личный опыт	$8,7 \pm 2,4$	$7,0 \pm 4,0$	$7,8 \pm 3,4$
	Другой	$3,3 \pm 2,8$	$1,7 \pm 0,4$	$2,5 \pm 2,2$

Активных пользователей социальными сетями среди женщин было несколько больше ($12,3 \pm 4,2\%$), чем среди мужчин ($10,0 \pm 5,9\%$). Доверия к информации из социальных сетей у женщин больше ($3,0 \pm 1,4\%$), чем у мужчин ($2,0 \pm 1,6\%$). Так же, как и получающих информацию о питании и процессах старения из социальных сетей $11,0 \pm 5,3\%$ против $8,0 \pm 5,3\%$. 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 – $16,0 \pm 4,2\%$; 45-65 лет – $12,1 \pm 2,9\%$; старше 65 лет – $2,1 \pm 2,3\%$, $p < 0,05$. В женской группе: до 44 лет – $18,1 \pm 5,7\%$; 45-65 лет – $11,0 \pm 4,5\%$; старше 65 лет – $8,0 \pm 3,1\%$, $p < 0,05$, среди женщин снижение было менее выражено. Получают информацию о питании и процессах старения из социальных сетей больше женщины. Мужчины до 44 лет – $14,1 \pm 3,8\%$; 45-65 лет – $9,0 \pm 5,2\%$; старше 65 лет – $1,5 \pm 0,7\%$. Женщины до 44 лет – $18,1 \pm 7,2\%$; 45-65 лет – $10,2 \pm 4,7\%$; старше 65 лет – $5,1 \pm 2,4\%$, $p < 0,05$.

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.

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

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.

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 таргетных 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.

Анализ эффективности предложенных комплексных мер по улучшению качества питания и информированности в вопросах питания и здорового долголетия в проспективном исследовании выявило, 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 характеризуются 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 адыги, уровень их 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 долголетию 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 возросла 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 его коррекции, рекомендуется анкетирование с помощью опросника «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 влиянии 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. – Волгоград, 2021. – № 2 (78). – С. 160-164; То же: [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://elibrary.ru/item.asp?id=46215113>

2. Статус питания и прогноз возрастной жизнеспособности в гендерном аспекте [Текст] / [А. В. Мартыненко, А. Н. Ильницкий, Е. В. Пузанова и др.] // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – Москва, 2021. – № 4. – С. 303-311; То же: [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://elibrary.ru/item.asp?id=48106635>

3. **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. – Москва, 2022. – № 1. – С. 116-127; То же: [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://elibrary.ru/item.asp?id=48416149>

4. Сила кисти как предиктор синдрома старческой астении [Текст] / [А. В. Мартыненко, А. Н. Ильницкий, Н. В. Севастьянова и др.] // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – Москва, 2022. – № 3. – С. 178-188; То же: [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://elibrary.ru/item.asp?id=49592557>

5. Эйджизм и его визуализация [Текст] / А. В. Мартыненко, М. Б. Гашева, А. Н. Ильницкий [и др.] // Врач. – Москва, 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. – Белгород, 2022. – Т. 8, № 4. – С. 503-515; То же: [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://elibrary.ru/item.asp?id=49796890>

Мартыненко Александр Владимирович «Адыгей Республикасынын түпкү калкынын тамактануу жана жаш курактык жашоо жөндөмдүүлүгүн комплекстүү баалоо» деген темадагы 14.01.30 – геронтология жана гериатрия адистиги боюнча медицина илимдеринин кандидаты окумуштуулук даражасын изденип алуу үчүн жазылган диссертациясынын

РЕЗЮМЕСИ

Негизги сөздөр: тамактанууну баалоо, жаш курактык жашоо жөндөмдүүлүк, түпкү калк, Адыгей.

Изилдөөнүн максаты: Адыгей Республикасынын (адыгейлер) 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: Адыгей Республикасынын түпкү калкынын тамактануусун жана жаш курагына байланыштуу тиричилигин изилдөө; адыгейлердин тамактануу сапатын жакшыртуу жана жаш курагына байланыштуу жашоо жөндөмдүүлүгүнүн деңгээлин жогорулатуу боюнча

комплексстүү чараларды иштеп чыгуу жана ишке ашыруу; иштелип чыккан чаралардын натыйжалуулугун баалоо.

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

Алынган натыйжалар жана алардын илимий жаңылыгы. Биринчи жолу, адыгейлердин тамактануусуна комплексстүү изилдөө жүргүзүлүп, тамактануу тууралуу эң толук жана ишенимдүү маалымат алынды жана анын курактык жашоо жөндөмдүүлүк деңгээлине тийгизген таасири аныкталды. Адыгейлердин тамактануу жүрүм-турумунун заманбап түзүмү жөнүндө маалыматтар алынды жана гериатриялык практикадагы жаңы көрүнүштүн контекстинде сергек картаюуга тийгизген таасири боюнча эң прогностикалык маанилүү өзгөчөлүктөр аныкталды. Биринчи жолу адыгейлердин өмүр бою туура эмес тамактануусунун натыйжасында абдоминалдык семирүү, андан соң гериатриялык синдромдор пайда болоору аныкталды. Адыгейлердин тамактануу адаттары алардын туура тамактануу жана анын карылык процессине тийгизген таасиринен улам калыптанган. Биринчи жолу адыгейлердин тамактануу сапатын жакшыртуу жана ден-соолукта узак өмүр сүрүү маселелери боюнча маалымдуулугун жогорулатуу боюнча комплексстүү 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, тамак-аш гигиенасы.

РЕЗЮМЕ

диссертации Мартыненко Александра 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: изучение питания и возрастной

жизнеспособности коренного населения Республики Адыгея; разработка и внедрение комплексных мер по улучшению качества питания адыгов и увеличению уровня возрастной жизнеспособности; оценка эффективности разработанных мер.

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

Полученные результаты и их новизна. Впервые выполнено комплексное исследование питания адыгов, определяющих наиболее полное и достоверное представление о питании и его влияние на уровень возрастной жизнеспособности. Выявлены прогностически наиболее важные особенности в отношении влияния на здоровое старение в контексте нового феномена в гериатрической практике – возрастной жизнеспособности. Впервые установлено, что у адыгов в результате неправильного паттерна питания на протяжении жизненного цикла формируется абдоминальное ожирение, а впоследствии – гериатрические синдромы. Особенности питания адыгов 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, гигиена питания.

ABSTRACT

of the dissertation of Alexandr Vladimirovich Martynenko on the topic: "Comprehensive assessment of nutrition and age viability in the indigenous population of the Republic of Adygea" for the degree of Candidate of Medical Sciences in the specialty 14.01.30 – gerontology and geriatrics

Keywords: nutrition assessment, age viability, indigenous population, Adygea.

The purpose of the study is to conduct a comprehensive assessment of the nutrition of the indigenous population of the Republic of Adygea (Adygs) throughout the life cycle and to identify its impact on age viability.

The object of the 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, and the effectiveness of measures was assessed in 135 people.

The subject of the research: study of nutrition and age viability of the indigenous population of the Republic of Adygea; development and implementation of comprehensive measures to improve the quality of nutrition of the Adygs and increase the level of age viability; evaluation of the effectiveness of the developed measures.

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

Results and novelty. For the first time, a comprehensive study of the nutrition of Adygs was performed, determining the most complete and reliable idea of nutrition and its effect on the level of age-related viability. The most important prognostic features regarding the effect on healthy aging in the context of a new phenomenon in geriatric practice – age-related viability have been identified. It was established for the first time that because of an incorrect nutrition pattern, abdominal obesity is formed throughout the life cycle, and subsequently geriatric syndromes. The peculiarities of the diet of the Adygs are formed due to their low awareness of healthy nutrition 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 Adygs as typical small people in matters of nutrition and healthy longevity.

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

Scope of application: geriatrics, internal medicine, family doctors, food hygiene.



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