



ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ ЖЕНЩИН ПОСТРЕПРОДУКТИВНОГО ПЕРИОДА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА И СОЦИАЛЬНОГО ПОЛОЖЕНИЯ

Э.Х. ЯНГИРОВА, О.А. ФРОЛОВА

*Казанская государственная медицинская академия – филиал ФГБОУ ДПО
«Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России,
ул. Бутлерова, д. 36, г. Казань, 420012, Россия*

Аннотация. Введение. Увеличение количества населения старшей возрастной группы требует подходов, направленных на снижение риска заболеваний, улучшения функциональных возможностей, продление трудоспособности и сохранения высокого качества жизни людей старшего возраста. **Цель исследования** – провести гигиеническую оценку пищевого поведения женщин после репродуктивного периода на уровне региона и научно обосновать необходимость профилактических мероприятий по снижению влияния факторов риска здоровью. **Материалы и методы исследования.** Предметом исследования являлось пищевое поведение женщин в возрасте от 49 до 79 лет, проживающих в Республике Татарстан. В исследовании приняло участие 390 человек. **Результаты и их обсуждение.** Распространенность большинства поведенческих факторов риска пищевого поведения зависит от возраста, семейного положения, уровня образования и статуса занятости. У женщин после репродуктивного возраста три и более факторов риска пищевого поведения наблюдается в 47,4% случаев, среди женщин старшего пенсионного возраста - у 68,8% респондентов. Доля женщин старшего возраста с несколькими факторами риска увеличивается с каждой последующей возрастной группой. **Заключение.** Пищевое поведение женщин в пострепродуктивном возрасте меняется с течением времени под влиянием социальных и экономических факторов, сложным образом взаимодействуя и формируя различные схемы питания. Снижение факторов риска неинфекционных заболеваний возможно за счет уменьшения нарушений в режиме и характере питания.

Ключевые слова: пищевое поведение, алиментарно-зависимые заболевания, образ жизни, факторы риска.

HYGIENIC ASSESSMENT OF EATING BEHAVIOR OF POST-REPRODUCTIVE WOMEN DEPENDING ON AGE AND SOCIAL STATUS

E.H. YANGIROVA, O.A. FROLOVA

Kazan State Medical Academy, 36 Butlerov Str., Kazan, 420012, Russia

Abstract. Introduction. The increase in the number of the population of the older age group requires approaches aimed at reducing the risk of diseases, improving functional capabilities, extending the working capacity and maintaining a high quality of life for older people. The purpose of the study: to conduct a hygienic assessment of the eating behavior of women after the reproductive period at the regional level and scientifically substantiate the need for preventive measures to reduce the impact of health risk factors. **Materials and methods.** The subject of the study was the eating behavior of women aged 49 to 79 living in the Republic of Tatarstan. The study involved 390 people. **Research results.** The prevalence of most behavioral eating risk factors depends on age, marital status, education level, and employment status. In women after reproductive age, three or more risk factors for eating behavior are observed in 47,4% of cases, among women of older retirement age - in 68,8% of respondents. The proportion of older women with multiple risk factors increases with each successive age group. **Conclusion.** The eating behavior of women in post-reproductive age changes over time under the influence of social and economic factors, interacting in a complex way and forming various dietary patterns. Reducing risk factors for non-communicable diseases is possible by reducing violations in the mode and nature of nutrition.

Keywords: eating behavior, alimentary-dependent diseases, lifestyle, risk factors.

Введение. Профилактика неинфекционных заболеваний (НИЗ) в последние годы относится к приоритетным задачам здравоохранения. Если рассматривать проблему контроля над НИЗ, связанными с современным образом жизни, то, в первую очередь, нужно обратить внимание на питание. Рациональное питание является важнейшим компонентом здорового образа жизни. Питание, построенное в соответствии с физиологическими требованиями, обеспечивает нормальное течение обмена веществ, поддерживает высо-

кий уровень функциональной способности важнейших систем организма, способствует укреплению здоровья, продлению жизни и увеличению активного ее периода. Нарушения пищевого поведения представляют собой актуальную проблему, которая часто недооценивается. Распространенность факторов риска НИЗ остается на высоком уровне и различается между гендерными группами, а также внутри групп и на уровне регионов. Мониторинг фактического питания и пищевого поведения с целью организации профилактических мероприятий является значимым научно-практическим направлением в условиях увеличения распространенности алиментарно-зависимых заболеваний (АЗЗ) [1, 3, 5, 6, 13, 14, 16].

Пищевое поведение зависит от семейных традиций, материальных возможностей, вкусовых предпочтений, национальных стереотипов, региональных особенностей, социального окружения и т.д. Оценка пищевого поведения необходима для определения комплекса мероприятий по профилактике АЗЗ [2, 7-9]. Формирование культуры пищевого поведения женщин, как средства улучшения качества жизни и здоровья, определило актуальность и цель нашего исследования.

Цель исследования – провести гигиеническую оценку пищевого поведения женщин после репродуктивного периода на уровне региона и научно обосновать необходимость профилактических мероприятий по снижению влияния факторов риска здоровью.

Материалы и методы исследования. Анализ показателей смертности и заболеваемости населения Республики Татарстан (РТ) проводился по официальным статистическим данным [4, 12]. Предметом исследования являлось пищевое поведение женщин в возрасте от 49 до 79 лет, проживающих в городах и районах РТ более 5 лет. Выборочная совокупность сформирована случайным стратифицированным по полу отбором. Расчёт необходимого объёма выборки произведен с помощью формулы, принимая во внимание значение генеральной совокупности: численность женщин после 49 лет в РТ. Всего в исследовании приняло участие 390 человек. Респонденты были разделены на три возрастные группы: I группа (42%) – после репродуктивного возраста и до пенсионного возраста от 49 до 59 лет; II группа (39%) – активный пенсионный возраст от 60 лет до 69 лет; III группа (19%) – старший пенсионный возраст от 70-79 лет. Распределение выборки респондентов по возрастным группам соответствовало возрастной численности постоянного населения РТ на начало 2019 г. (по данным). На основе добровольного информированного согласия было проведено анкетирование. Вопросник включал в себя медико-биологические показатели (возраст, наличие хронических заболеваний), антропометрические данные (рост и масса тела), сведения о профессиональной деятельности, физической активности, образе жизни, режиме питания, особенности потребления отдельных пищевых продуктов, уровень образования, семейный статус. Для изучения пищевых привычек использовали вопросник частоты приема основных групп пищевых продуктов, витаминно-минеральных комплексов или (и) БАДов. Оценка адекватности потребления и соответствие рациону здорового питания определяли согласно рекомендациям экспертов ВОЗ [14, 16]. Отклик на обследование составил 84%. Для определения энергетических затрат использовали хронометражно-табличный способ изучения бюджета времени в течение суток (Доценко В.А., 2006). Для оценки пищевого статуса нами рассчитывался индекс массы тела (ИМТ). Для расчета ИМТ использовалась общепринятая формула: $ИМТ = \text{масса тела (кг)} / (\text{рост (м)})^2$. Оценка полученных значений проводилась в соответствии с международной классификацией.

Статистическая обработка данных проводилась с помощью программного продукта *MS Office Excel*. Обработка результатов исследования включала применение методов параметрической и непараметрической статистики. Уровень статистической значимости принимался равным 0,05; доверительный интервал (ДИ) – 95%.

Результаты и их обсуждение. Наибольший вклад в смертность и ухудшение здоровья вносят заболевания, являющиеся следствием нездорового образа жизни, среди них ведущее место занимают АЗЗ. Количество смертей женщин от болезней эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ увеличилось почти в два раза с 2017 г., когда данный показатель был 54,8 на 100 тыс. нас. до 85,9 в 2021 г., прирост составил 56,75%, величина достоверности аппроксимации линии тренда $R^2=0,69$, $p \leq 0,05$. Увеличилась смертность в результате болезней органов пищеварения с 42,2 на 100 тыс. нас. в 2017 до 54,5 в 2021 г., темп прироста – 29,14%, $R^2=0,93$, $p \leq 0,001$. Среди женщин всех возрастных групп РТ наблюдается снижение смертности от болезней системы кровообращения с 2017 года – 586,3 на 100 тыс. чел., в 2021 г. – 537,5 на 100 тыс. чел. (темп убыли – 8,32%, $R^2=0,1$), но тенденция не является статистически значимой ($p > 0,05$) и от новообразований, темп убыли – 9,21%, $R^2=0,87$, $p \leq 0,001$. При этом наблюдается стабильный рост показателей смертностей среди женщин трудоспособного возраста, умерших от болезней кровообращения (2017 г. 39,6 на 100 тыс. нас., 2021 г. – 49,4 на 100 тыс. нас. трудоспособного возраста), темп прироста – 24,74%, $R^2=0,45$, $p \leq 0,05$).

В нашем исследовании мы изучили одни из ведущих факторов риска развития неинфекционных заболеваний – пищевые привычки женщин после 49 лет, среди которых: количество приемов пищи, регулярность потребления витаминно-минеральных комплексов с целью улучшения пищевого статуса, количество соли, фруктов и овощей в ежедневном рационе, потребление кондитерских изделий и полуфабрикатов в зависимости от возраста, физической активности, образования, статуса занятости, семейного

положения (табл. 1). Оценка характера питания, анализ отдельных пищевых привычек позволит получить дополнительное понимание отношений между здоровьем человека и рационом питания.

Таблица 1

Распространенность факторов риска пищевого поведения на формирование неинфекционных заболеваний у женщин

Факторы риска	Возрастная группа		
	I группа, %, n=164 (ДИ 95%)	II группа, %, n=152 (ДИ 95%)	III группа, %, n=74 (ДИ 95%)
количество приемов пищи <3 раз/ день	57,3 (42,7-71,9)	61,9 (52,1-71,7)	64,7 (58,3-71,1)
прием витаминно-минеральных комплексов курсом <2 раз/год	78,1 (72,3-83,9)	83,8 (80,1-87,5)	91,7 (88,2-95,2)
добавление соли во время приема пищи	26,3 (23,2-29,4)	27,8 (22,9-32,7)	31,1(27,4-34,8)
<4 порций овощей/фруктов/ день	60,2 (57,6-62,8)	74,6 (68,2-81,0)	80,4 (76,2-84,6)
ежедневное потребление кондитерских изделий	83,4 (77,6-89,2)	76,2 (71,3-81,1)	72,6 (68,2-77,0)
ежедневное использование полуфабрикатов	32,3 (29,6-35,0)	30,8 (27,5-34,1)	19,8 (15,7-23,9)
определение ИМТ <1 раза/месяц	38,6 (34,8-42,4)	56,0 (51,7-60,3)	79,1 (71,3-86,8)

По оценкам экспертов ВОЗ низкий уровень потребления фруктов и овощей входит в десятку ведущих факторов риска высокой смертности и является причиной смерти 31% случаев ишемической болезни сердца, 11% случаев инсульта, 19% случаев желудочно-кишечного рака в мире. Благодаря достаточному потреблению овощей и фруктов ежегодно сохраняется до 1,7 млн. жизней. Уровень потребления овощей и фруктов зависит от уровня доходов, а значит доступности для населения [2, 8, 14, 16].

Согласно полученным результатам большинство женщин после репродуктивного возраста имеют вредные пищевые привычки. С возрастом снижается количество приемов пищи. Если женщины до 60 лет в 42,7% случаях принимают пищу три и более раз в сутки, то после 70 лет таковых только 35,2% ($p \leq 0,05$). Прием витаминно-минеральных комплексов тоже снижается, при этом 21,9% женщин I группы используют для коррекции пищевого статуса витамины два раза в год, а в III группе 8,3% респондентов ($p \leq 0,001$). С возрастом растет потребление соли, снижается количество овощей и фруктов в ежедневном питании. Но наблюдается снижение потребления кондитерских изделий и полуфабрикатов у женщин старшего пенсионного возраста ($p \leq 0,05$).

Недостаток физической активности, по данным ВОЗ, является глобальным фактором риска по вкладу в заболеваемость ишемической болезни сердца – 30%, сахарным диабетом – 27%, раком молочной железы – 21% и т.д.) [11, 15]. Анализ хронометража бюджета времени показал, что физическая активность более 150 минут (рекомендуемая нагрузка) в неделю характерна для женщин первой возрастной группы. Снижение физической активности менее 100 минут в неделю наблюдается более чем у 50% женщин второй и третьей группы (табл. 2).

Таблица 2

Физическая активность женщин

Количество минут	Возрастная группа		
	I группа, % (ДИ 95%)	II группа, % (ДИ 95%)	III группа, % (ДИ 95%)
>150 мин/нед.	40,2 (37,6-42,8)	34,4 (30,1-38,7)	26,1 (22,3-29,9)
От 100-150 мин/нед.	25,1 (21,3-28,9)	12,5 (7,1-17,9)	17,5 (12,4-22,6)
<100 мин/нед.	34,7 (28,6-40,8)	53,1 (46,4-59,8)	56,4 (50,8-62,0)

Согласно оценке бюджета времени в течении дня, снижение физической активности связано с пассивностью во время досуга, сидячим образом жизни на работе и дома.

Питание является определяющим для обеспечения нормальной массы тела. При избыточном потреблении энергии и недостаточной физической активности масса тела взрослого человека будет увеличиваться, а жировые отложения откладываться в депо. Недостаточная физическая активность, совместно

с другими факторами пищевого поведения, постепенно приводят к росту числа женщин с избыточной массой тела и ожирением (табл. 3).

Таблица 3

Индекс массы тела у женщин

ИМТ	Возрастная группа		
	I группа, % (ДИ 95%)	II группа, % (ДИ 95%)	III группа, % (ДИ 95%)
Энергетическая недостаточность ИМТ \leq 18,5)	4,1 (3,8-4,4)	3,0 (2,1-3,9)	2,6 (2,2-3,0)
Нормальная масса тела (18,6-24,9 кг/м ²)	34,8 (31,2-38,4)	29,9 (24,7-35,1)	27,8 (23,9-31,7)
Избыточная масса тела (ИМТ \geq 25 кг/м ²)	47,7 (42,5-52,9)	48,4 (44,6-52,2)	47,5 (43,8-51,2)
Ожирение (ИМТ \geq 30 кг/м ²)	13,4 (11,7-15,1)	18,7 (14,3-23,1)	22,1 (18,2-26,0)

В соответствии с рекомендациями ВОЗ [12] наименьший риск проблем со здоровьем наблюдается при ИМТ от 18,5 до 24,9. Только 34,8% женщин имеют нормальный ИМТ после 49 лет, но этот показатель с возрастом ухудшается и лишь 27,8% женщин имеют минимальный риск для здоровья после 70 лет ($p\leq 0,001$). Избыточную массу тела и ожирение в третьей возрастной группе имеют 69,6% респондентов. Масса тела увеличилась с возрастом у 8,5% женщин.

На следующем этапе мы проанализировали, как влияет уровень образования, занятость на работе, семейное положение на пищевые привычки женщин старше 49 лет. Анализ данных по уровню образования позволил разделить респондентов на три группы. Первая группа имеет начальное и среднее образование, вторая группа – среднее специальное образование и третья группа – высшее образование. Распространенность факторов риска в зависимости от уровня образования сильно варьирует (табл. 4).

Таблица 4

Распространенность факторов риска у женщин по уровню образования

Факторы риска	Уровень образования		
	1 группа, %, n=174 (ДИ 95%)	2 группа, %, n=150 (ДИ 95%)	3 группа, %, n=66 (ДИ 95%)
количество приемов пищи <3 раз/ день	71,4 (68,1-74,7)	65,3 (60,0-70,6)	47,2 (41,2-53,2)
прием витаминно-минеральных комплексов курсом <2 раз/год	89,2 (87,1-91,3)	78,7 (72,7-84,2)	75,1 (69,1-81,1)
добавление соли во время приема пищи <4 порций овощей/фруктов/ день	32,4 (26,6-38,2)	33,2 (27,1-39,3)	19,6 (13,8-25,4)
ежедневное потребление кондитерских изделий	84,1 (78,4-89,8)	74,2 (70,3-78,1)	56,8 (50,2-63,4)
ежедневное потребление кондитерских изделий	77,8 (71,5-84,1)	73,2 (67,3-79,1)	81,2 (77,0-85,4)
ежедневное использование полуфабрикатов	20,5 (14,6-26,4)	28,2 (22,3-34,1)	34,1 (28,7-39,5)
определение ИМТ <1 раза/месяц	68,2 (62,8-73,6)	63,7 (57,9-69,5)	41,8 (35,9-47,7)
Нормальный ИМТ	25,1 (21,8-28,4)	34,6 (28,9-40,3)	32,7 (26,8-38,6)
физическая активность <150 мин/нед.	34,2 (28,9-39,5)	27,8 (23,6-32,0)	38,6 (33,4-43,8)

Женщины с высоким уровнем образования чаще используют в своем питании витаминно-минеральные комплексы для коррекции пищевого рациона, больше используют овощей и фруктов, меньше добавляют соли во время еды, чаще оценивают свою массу тела. Различия также, имеются по ежедневному использованию полуфабрикатов и кондитерских изделий: чем выше образование, тем использование чаще. В целом, распространенность факторов риска среди женщин в группе с высшим образованием ниже, чем в группах с начальным и средним специальным образованием.

На следующем этапе мы разделили респондентов по статусу занятости: работающие (включая самозанятых) и неработающие (домохозяйки, безработные, пенсионеры) (табл. 5).

Таблица 5

Распространенность факторов риска по статусу занятости

Факторы риска	Статус занятости	
	Работающие, %, n=261 (ДИ 95%)	Неработающие, %, n=129 (ДИ 95%)
количество приемов пищи <3 раз/ день	58,7 (52,8-64,6)	63,9 (59,4-68,3)
прием витаминно-минеральных комплексов курсом <2 раз/год	71,5 (68,1-74,9)	97,6 (95,8-99,4)
добавление соли во время приема пищи	27,2 (24,3-30,1)	29,6 (25,2-34,0)
<4 порций овощей/фруктов/ день	65,5 (61,2-69,8)	77,9 (73,4-82,4)
ежедневное потребление кондитерских изделий	78,9 (72,6-85,2)	75,9 (71,8-80,0)
ежедневное использование полуфабрикатов	31,8 (25,2-38,4)	23,4 (20,7-26,1)
определение ИМТ <1 раза/месяц	35,2 (30,6-39,8)	80,6 (74,9-86,3)
Нормальный ИМТ	32,1 (30,3-33,9)	29,6 (27,0-32,2)
физическая активность <150 мин/нед.	62,1 (51,8-72,4)	70,9 (62,1-79,7)

В результате социологического исследования образа жизни опрошенных выявлено, что более высокая физическая активность характерна для работающих женщин. Не подвергают себя дополнительным физическим нагрузкам (ходьба, фитнес, плавание, бег и др.) большинство домохозяек старшего пенсионного возраста. Женщины, занятые на работе, чаще определяют свою массу тела, используют витаминно-минеральные комплексы, количество приемов пищи у них достоверно больше.

Социальное и семейное положение может по-разному влиять на модели пищевого поведения. В нашем исследовании на основании анкетирования респонденты были разделены на две группы: «Одинокие» – проживают одни, не состоят в браке, разведены, овдовели и т.д. «Семейные» – имеют партнера, проживают с семьей, детьми, внуками и т.д. (табл. 6).

Таблица 6

Распространенность факторов риска по семейному положению

Факторы риска	Семейное положение	
	одинокие, %, n=176 (ДИ 95%)	семейные, %, n=214 (ДИ 95%)
количество приемов пищи <3 раз/ день	82,4 (78,1-86,7)	40,1 (36,4-43,8)
прием витаминно-минеральных комплексов курсом <2 раз/год	92,7 (89,4-96,0)	76,4 (74,8-78,0)
добавление соли во время приема пищи	27,7 (22,6-32,8)	29,1 (25,6-32,6)
<4 порций овощей/фруктов/ день	84,1 (80,7-87,5)	59,3 (54,8-63,8)
ежедневное потребление кондитерских изделий	76,4 (73,6-79,2)	78,4 (74,1-82,7)
ежедневное использование полуфабрикатов	30,8 (27,1-34,5)	24,4 (20,1-28,7)
определение ИМТ <1 раза/месяц	61,7 (56,8-66,6)	54,1 (50,7-57,5)
Нормальный ИМТ	32,7 (28,9-36,5)	26,8 (24,8-28,9)
физическая активность <150 мин/нед.	71,0 (64,8-77,2)	61,8 (55,1-68,5)

При разбивке по семейному положению женщин существенные отличия выявлены у семейных женщин по количеству приемов пищи, использованию витаминно-минеральных комплексов, овощей и фруктов в питании, выше физическая активность, чаще оценивают свою массу тела. Распространенность факторов риска пищевого поведения среди одиночных женщин значительно больше.

Под влиянием социальных и экономических факторов рацион питания с возрастом изменяется. Наличие нескольких факторов риска повышает риск развития заболеваний. Распространенность факторов риска с возрастом увеличивается (табл. 7).

Распространенность факторов риска среди женщин в различные возрастные периоды

Возрастная группа	Три и более факторов риска, % (ДИ 95%)	Отсутствие факторов риска, % (ДИ 95%)
I группа	47,4 (41,7-53,1)	4,7 (3,8-5,6)
II группа	59,2 (54,8-63,6)	8,3 (7,1-9,5)
III группа	68,8 (63,2-74,4)	5,4 (3,9-6,9)

Если у женщин после репродуктивного возраста (I группа) три и более факторов риска наблюдается в 47,4% случаев, то среди женщин старшего пенсионного возраста (III группа) уже 68,8%. Доля женщин старшего возраста с несколькими факторами риска увеличивается с каждой последующей возрастной группой, что подтверждается данными дисперсионного анализа ($p=0,00081$). Количество респондентов, не имеющих ни одного из изученных нами факторов риска, значительно отличается только у женщин второй группы ($p=0,029$), которые только вышли на пенсию и стараются поддерживать здоровый образ жизни и пищевые привычки.

Пищевое поведение – важнейший показатель образа жизни, оказывающий влияние на здоровье и продолжительность жизни. Нарушение структуры питания, пищевого статуса приводит к постоянно увеличивающемуся числу АЗЗ таких, как сердечно-сосудистые, онкологические, сахарный диабет, ожирение, подагра, остеопороз, заболевания желудочно-кишечного тракта и др., которые являются основной причиной смертности населения в РТ [1, 3, 6, 8, 13].

Пищевые привычки меняются с течением времени под влиянием многих социальных и экономических факторов сложным образом взаимодействуя, формируют индивидуальные схемы питания. Эти факторы включают индивидуальные предпочтения и убеждения, культурные и семейные традиции, уровень дохода, цены на продукты питания (которые влияют на доступность здоровой пищи). Анализ результатов исследования пищевого поведения среди женщин показал, что более чем у половины респондентов имеются факторы риска НИЗ. В старших возрастных группах распространенность факторов риска значительно выше. Снижение риска неинфекционных заболеваний возможно за счет уменьшения распространенности поведенческих и коррегируемых факторов риска и мотивации к ведению здорового образа жизни.

Заключение. При разработке профилактических мероприятий, следует выделять группы риска и проводить анализ, ориентированный на гендерные, возрастные аспекты и другие социально-демографические показатели, определяющие образ жизни и мотивацию на активное долголетие. Необходимо содействовать созданию здорового пищевого поведения, способствующего разнообразному, сбалансированному и здоровому питанию, повышать осведомленность потребителей о здоровом питании, проводить просветительскую работу не только среди детей, но и взрослого, пожилого населения. Приоритетными задачами организаций здравоохранения должны быть мотивация граждан к здоровому образу жизни, включая здоровое питание и гармонизацию рациона питания. Высокая информированность населения, проведение превентивной работы различного уровня: популяционной, индивидуальной, государственных программ и индивидуальное консультирование будут способствовать снижению распространенности модифицируемых факторов риска НИЗ, снижению смертности и увеличению продолжительности жизни.

Литература

1. Баланова Ю.А., Куценко В.А., Шальнова С.А. Взаимосвязь избыточного потребления соли, выявляемого по опросу, с уровнем натрия в моче и артериальным давлением (результаты исследования ЭССЕ) // Российский кардиологический журнал. 2020. Т. 25. №6. С. 3791. DOI: 10.15829/1560-4071-2020-3791.
2. Глобальный план действий ВОЗ по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними на 2013-2020. ВОЗ, Женева, 2014. 114 с.
3. Дедов И.И., Шестакова М.В., Галстян Г.Р. Распространенность сахарного диабета 2 типа у взрослого населения России (исследование NATION) // Сахарный диабет. 2016. Т. 19, №2. С. 104–112. DOI: 10.14341/DM2004116-17.
4. Демографический ежегодник Республики Татарстан. 2022: статистический сборник. Татарстанстат. Казань: Издательский центр Татарстанстата, 2022. 163 с.
5. Донцов В.И. Изменения смертности и скорости старения во второй половине XX столетия в России // Здравоохранение Российской Федерации. 2019. Т. 63, №1. С. 42–47.
6. Драпкина О.М., Карамнова Н.С., Концевая А.В., Горный Б.Э. Алиментарно-зависимые факторы риска хронических неинфекционных заболеваний и привычки питания: диетологическая

коррекция в рамках профилактического консультирования. Методические рекомендации // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2021. Т. 20, №5. С. 2952. DOI: 10.15829/1728-8800-2021-2952.

7. Дроздова Л.Ю., Иванова Е.С., Лищенко О.В. Современные подходы к мотивационному консультированию с целью коррекции факторов риска и повышения приверженности: обзор литературы // Профилактическая медицина. 2019. Т. 22, №2. С. 101–106. DOI: 10.17116/profmed201922021101.

8. Карамнова Н.С., Шальнова С.А., Деев А.Д. Характер питания взрослого населения по данным эпидемиологического исследования ЭССЕ-РФ // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2018. Т. 17, №4. С. 61–66. DOI: 10.15829/1728-8800-2018-4-61-66.

9. Лапшина Н.Е., Негашева М.А., Окушко Р.В. Влияние некоторых биосоциальных факторов на темпы старения и продолжительность жизни женщин (на примере изучения долгожителей г. Тирасполь) // Вестник Московского университета. Серия 16: Биология. 2014. №4. С. 20–24.

10. Новик И.И., Писарик, Craig B.J., Rakovac I. Распространенность факторов риска неинфекционных заболеваний: гендерный аспект // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. 2020. №4. С. 16–26.

11. Рекомендации ВОЗ по вопросам физической активности и малоподвижного образа жизни: краткий обзор. Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2020. 24 с.

12. Статистика здоровья населения и здравоохранения (по материалам Республики Татарстан 2017-2021): учебно-методическое пособие / М.Н. Садыков М.Н., В.Г. Шерпутовский, Г.Р. Хуснуллина и др. Казань, 2022. 269 с.

13. Фролова О.А., Тафеева Е.А., Фролов Д.Н., Бочаров Е.П. Алиментарно-зависимые заболевания населения и гигиеническая характеристика факторов риска их развития на территории Республики Татарстан // Гигиена и санитария. 2018. №5. С. 470–473. DOI: 10.18821/0016-9900-2018-97-5-470-473.

14. Diet, nutrition, and the prevention of chronic diseases. Report of a joint WHO/FAO expert consultation. WHO Technical Report Series, N 916. Geneva, 2003. 204 p.

15. The physical activity 2018. URL: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity> (19.09.2022).

16. World Health Organization. Healthy diet. Fact sheets. WHO. URL: <http://www.who.int/publications/m/item/healthy-diet-factsheet394>.

References

1. Balanova YUA, Kutsenko VA, Shal'nova SA. Vzaimosvyaz' izbytochnogopotrebleniya soli, vyavlyayemogopoprosu, s urovnemnatriya v mocheiarterial'nymdavleniyem (rezul'tatyissledovaniya ESSE) [Relationship between excessive salt intake, identified by a survey, urinary sodium levels and blood pressure (results of the ESSE study)]. Rossiyskiykardiologicheskizhurnal. 2020;25(6):3791. DOI: 10.15829/1560-4071-2020-3791. Russian.

2. Global'nyy plan deystviy VOZ poprofilaktikeneinfektsionnykhzabolevaniyibor'be s nimina 2013-2020[WHO Global Action Plan for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases 2013-2020] VOZ, Zheneva; 2014. Russian.

3. Dedov II, Shestakova MV, Galstyan GR. Rasprostranennost' sakharnogodiabeta 2 tipa u vzroslogonaseleniyaRossii (issledovaniye NATION). [The prevalence of type 2 diabetes mellitus in the adult population of Russia (NATION study). Diabetes]. Sakharnyydiabet. 2016;19(2):104-12. DOI: 10.14341/DM2004116-17. Russian.

4. Demograficheskiiy ezhegodnik Respubliki Tatarstan [Demographic Yearbook of the Republic of Tatarstan]. 2022statisticheskisbornik. Tatarstanstat – Kazan': Izdatel'skiytsentrTatarstanstata; 2022. Russian.

5. Dontsov VI. Izmeneniya smertnosti I skorosti stareniya vo vtoroy polovine XX stoletiya v Rossii [Changes in mortality and the rate of aging in the second half of the twentieth century in Russia]. ZdravookhraneniyeRossiyskoyFederatsii. 2019;63(1):42-7. Russian.

6. Drapkina OM, Karamnova NS, Kontsevaya AV, Gornyy BE. Alimentarno-zavisimye faktory riska khronicheskikh neinfektsionnykh zabolevaniy i privychki pitaniya: dietologicheskaya korrektsiya v ramkakh profilakticheskogo konsul'tirovaniya. Metodicheskie rekomendatsii [Alimentary-dependent risk factors for chronic non-communicable diseases and eating habits: dietary correction as part of preventive counseling. Guidelines]Kardiovaskulyarnayaterapiyai profilaktika. 2021;20(5):2952. DOI: 10.15829/1728-8800-2021-2952. Russian.

7. Drozdova LYU, Ivanova YeS, Lishchenko OV. Sovremennye podkhody k motivatsionnomu konsul'tirovaniyu s tsel'yu korrektsii faktorov riska i povysheniya priverzhennosti: obzor literatury [Modern approaches to motivational counseling to correct risk factors and increase adherence: a literature review]. Profilakticheskaya meditsina. 2019;22(2):101-6. DOI: 10.17116/profmed201922021101. Russian.

8. Karamnova NS, Shal'nova SA, Deyev AD. Kharakter pitaniya vzroslogo naseleniya po dannym epidemiologicheskogo issledovaniya ESSE-RF [Nutrition patterns of the adult population according to the ESSE-RF epidemiological study]. *Kardiovaskulyarnayaterapiyai profilaktika*. 2018;17(4):61-6. DOI: 10.15829/1728-8800-2018-4-61-66. Russian.

9. Lapshina NYe, Negasheva MA, Okushko RV. Vliyanie nekotorykh biosotsial'nykh faktorov na tempy stareniya i prodolzhitel'nost' zhizni zhenshchin (na primere izucheniya dolgozhiteley g. Tiraspol') [The influence of some biosocial factors on the aging rate and life expectancy of women (on the example of a study of centenarians in Tiraspol)]. *Vestnik Moskovskogo universiteta. Seriya 16: Biologiya*. 2014;4:20-4. Russian.

10. Novik II, Pisarik VM, Craig BJ, Rakovac I. Rasprostranennost' faktorov riska neinfektsionnykh zabolovaniy: gendernyy aspekt [The prevalence of risk factors for non-communicable diseases: a gender aspect]. *Voprosy organizatsii i informatizatsii zdavookhraneniya*. 2020;4:16-26. Russian.

11. Rekomendatsii VOZ po voprosam fizicheskoy aktivnosti i malopodvizhnogo obraza zhizni: kratkiy obzor [WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour: at a glance]. *Zheneva: Vsemirnaya organizatsiya zdavookhraneniya*; 2020. Russian.

12. Statistika zdorov'ya naseleniya i zdavookhraneniya (po materialam Respubliki Tatarstan 2017-2021): uchebno-metodicheskoe posobie [Statistics of population health and health care (based on the materials of the Republic of Tatarstan 2017-2021): teaching aid] M.N. Sadykov M.N., V.G. Sherputovskiy, G.R. Khusnullinai dr.- Kazan'; 2022. Russian.

13. Frolova OA, Tafeyeva YeA, Frolov DN, Bocharov YeP. Alimentarno-zavisimyye zabolovaniya naseleniya i gigienicheskaya kharakteristika faktorov riska ikh razvitiya na territorii Respubliki Tatarstan [Alimentary-dependent diseases of the population and the hygienic characteristic of the factors of the risk of their development in the territory of the Republic of Tatarstan. *Gigienai Sanitaria (Hygiene and Sanitation, Russian journal)*] *Gigiena i sanitariya*. 2018;5:470-3. DOI: 10.18821/0016-9900-2018-97-5-470-473. Russian.

14. Diet, nutrition, and the prevention of chronic diseases. Report of a joint WHO/FAO expert consultation. WHO Technical Report Series, N 916. Geneva; 2003.

15. The physical activity 2018. Available from: <https://www.who.int/ru/news-room/factsheets/detail/physical-activity> (cited 19.09.2022).

16. World Health Organization. Healthy diet. Fact sheets. WHO. Available from: <http://www.who.int/publications/m/item/healthy-diet-factsheet394>.

Библиографическая ссылка:

Янгирова Э.Х., Фролова О.А. Гигиеническая оценка пищевого поведения женщин пострепродуктивного периода в зависимости от возраста и социального положения // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2023. №1. Публикация 2-1. URL: <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2023-1/2-1.pdf> (дата обращения: 28.02.2023). DOI: 10.24412/2075-4094-2023-1-2-1. EDN IBZIAO*

Bibliographic reference:

Yangirova EH, Frolova OA. Gigienicheskaya otsenka pishchevogo povedeniya zhenshchin postreproduktivnogo perioda v zavisimosti ot vozrasta i sotsial'nogo polozheniya [Hygienic assessment of eating behavior of post-reproductive women depending on age and social status]. *Journal of New Medical Technologies, e-edition*. 2023 [cited 2023 Feb 28];1 [about 8 p.]. Russian. Available from: <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2023-1/2-1.pdf>. DOI: 10.24412/2075-4094-2023-1-2-1. EDN IBZIAO

* номера страниц смотреть после выхода полной версии журнала: URL: <http://medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2023-1/e2023-1.pdf>

**идентификатор для научных публикаций EDN (eLIBRARY Document Number) будет активен после загрузки полной версии журнала в eLIBRARY