

исключением длины левого яичника, R2 от 0,647 до 0,902); в фазу овуляции – 13 (R2 от 0,661 до 0,902); в лютеиновую фазу – 13 (R2 от 0,535 до 0,902). Независимо от фазы менструального цикла наиболее часто в модели входят обхватные размеры (от 36,4 до 39,3 %) и диаметры тела (от 16,4 до 20,4 %) и, лишь в фолликулиновую фазу, продольные размеры (16,7 %), а в лютеиновую фазу – ширина дистальных эпифизов длинных трубчатых костей конечностей (18,2 %).

**Ключевые слова:** регрессионные модели, матка, яичники, сонографическое исследование, девушки, размеры тела.

R2 from 0.647 to 0.902); in the ovulation phase - 13 (R2 from 0.661 to 0.902); in the luteal phase - 13 (R2 from 0.535 to 0.902). Regardless of the menstrual cycle most often the models include encompassing dimensions (from 36.4 to 39.3%) and the diameter of the body (from 16.4 to 20.4%) and only in follicular phase longitudinal dimensions (16.7 %), and luteal phase - the width of the distal epiphysis of long bones of the extremities (18.2%).

**Key words:** regression models, uterus, ovaries, sonographic study, girls, body size.

Стаття надійшла 13. 10.2016 р.

Рецензент Гунас І.В.

УДК 616-089.5(477)

Р. М. Федосюк

Київська міська клінічна лікарня №3, м. Київ

## СТАНДАРТИЗАЦІЯ ПЕРИОПЕРАЦІЙНОЇ ДОПОМОГИ В АНЕСТЕЗІОЛОГІЇ: ОЦІНКА СИТУАЦІЇ В УКРАЇНІ ЗА РЕЗУЛЬТАТАМИ СОЦІОЛОГІЧНОГО ОПИТУВАННЯ ЛІКАРІВ

За останні 10 років ВООЗ та провідні міжнародні професійні організації анестезіологів та інтенсивістів запровадили низку важливих ініціатив з безпеки пацієнтів, спрямованих на вирішення проблеми у всесвітньому масштабі. Рівень реалізації зазначених ініціатив у вітчизняній службі анестезіології є невідомим.

Проведено соціологічне дослідження, в яке включено 282 лікаря-анестезіолога лікувальних закладів України. Шляхом анкетування аналізувався рівень запровадження в Україні періопераційних технологічних алгоритмів, клінічних протоколів та стандартів моніторингу. Більшість лікарів-анестезіологів (85,8% осіб) вказали на запровадження у їх закладах мінімальних стандартів періопераційного моніторингу пацієнтів та 77,3% лікарів позитивно відповіли на питання щодо наявності локального протоколу перевірки готовності робочого місця анестезіолога. Близько 70% респондентів вказали на наявність в їх закладах алгоритмів та протоколів надання медичної допомоги при ускладненнях під час анестезіологічного втручання. Лише 45,0% лікарів закладів II рівня та 55,7% лікарів закладів III-IV рівнів надання медичної допомоги вказали, що в їх закладах усі анестезіологічні втручання відбуваються під постійним моніторингом ЧСС, сатурації та артеріального тиску. На впровадження «Контрольного переліку заходів з безпеки хірургічного втручання ВООЗ» або його адаптованої версії у структурних підрозділах служби анестезіології вказало 8,5% респондентів. Рівень впровадження періопераційних технологічних алгоритмів, клінічних протоколів та стандартів моніторингу у структурних підрозділах служби анестезіології України є недостатнім.

**Ключові слова:** анестезіологія, періопераційний моніторинг, чек-лист, соціологічне дослідження.

*Робота є фрагментом НДР «Вивчення стану здоров'я дорослого населення України, діяльності та ресурсного забезпечення закладів охорони здоров'я в регіональному аспекті», № держ. реєстрації УДК:616-058-08:616.9:001.8; Термін виконання 2014-2016 р.р.*

Останні світові тенденції у розвитку національних систем охорони здоров'я, у першу чергу – акцент на безпеці пацієнтів, вимагають нових підходів до вирішення проблеми якості медичної допомоги. У найвищій мірі це стосується служби анестезіології та інтенсивної терапії як спеціальностей, що несуть особливу загрозу безпеці пацієнтів у зв'язку зі складністю та переважно інтервенційним характером більшості пов'язаних з ними лікувально-діагностичних процесів. Зазначена обставина стала причиною того, що міжнародна анестезіологічна спільнота, поряд з ВООЗ, стала загальноновизнаним лідером глобального руху за безпеку пацієнтів у медицині. За останні 10 років ВООЗ та провідні міжнародні професійні організації анестезіологів та інтенсивістів запровадили низку важливих ініціатив з безпеки пацієнтів, спрямованих на вирішення проблеми у всесвітньому масштабі. Основними з них є: Друга Глобальна Ініціатива ВООЗ з безпеки пацієнтів «Безпечна хірургія рятує життя» («SAFE SURGERY SAVES LIVES») (2008 р.), метою якої є підвищення рівня безпеки пацієнтів під час операцій та анестезій через запровадження технологічної карти «Контрольний перелік заходів з безпеки хірургічного втручання» («WHO SURGICAL SAFETY CHECKLIST») [5].

«Стартовий пакет з безпеки пацієнтів в анестезіології» Робочої групи з безпеки пацієнтів Європейського Товариства Анестезіологів (ESA) та Європейської Ради Анестезіології (ЕВА) (2013 р.). Розділ 5 («Checklists») включає кілька десятків чек-листів [3].

«Міжнародні стандарти безпечної анестезіологічної практики» Всесвітньої Федерації Товариств Анестезіологів (2010 р.) – вимоги до служби анестезіології та стандарти анестезіологічної допомоги, у т. ч. моніторингу, в періопераційному періоді [2]. «Настанови з якості та безпеки післянаркозної допомоги» Європейської Ради Анестезіології (2010 р.) [4].

Реалізація зазначених ініціатив у вітчизняній службі анестезіології сприяла б покращенню ситуації з безпекою пацієнтів на національному рівні.

**Метою** роботи було оцінка рівня забезпечення структурних підрозділів служби анестезіології України практичними протоколами стандартизації процесів як базовими організаційно-методичними інструментами підвищення рівня безпеки пацієнтів на прикладі періопераційних технологічних алгоритмів, клінічних протоколів та стандартів моніторингу.

**Матеріал та методи дослідження.** Для досягнення мети проведено соціологічне дослідження серед лікарів анестезіологів України шляхом їх анонімного анкетування. При розробці анкети враховувались вимоги, що висуваються до проведення соціологічних досліджень, зокрема, щодо забезпечення конфіденційності інформації про респондентів та можливості отримання максимального об'єму інформації при мінімальній кількості запитань. Опитування лікарів відбувалось під час проведення всеукраїнських анестезіологічних конференцій та під час проведення передатестаційних циклів лікарів-анестезіологів на базі кафедри анестезіології НМАПО імені П.Л.Шупика. У соціологічне дослідження було включено 282 спеціаліста, яких було розподілено на три групи відповідно до рівня закладу, в якому вони працюють. Зокрема, у I групу включено лікарів-анестезіологів закладів охорони здоров'я (ЗОЗ) II рівня (центральні районні та міські лікарні), у II групу – лікарів-анестезіологів ЗОЗ III рівня (обласні лікарні та науково-дослідні інститути) та у III групу – лікарів-анестезіологів інших закладів (акушерські стаціонари, онкологічні диспансери тощо). Вибірка лікарів, які прийняли участь у дослідженні, була репрезентативною. Зокрема, розподіл респондентів за стажем роботи був майже однаковим: 29,08 % (n=82) працюють у службі анестезіології та інтенсивної терапії від 0 до 5 років, 17,38% (n=49) – від 6 до 10 років, 32,27 (n=91) – від 11 до 20 років та решта – більше за 20 років. Подібні пропорції відмічено при оцінюванні лікарів за категорією. Так, не мали категорію 32,6% (n=92), другу – 11,7% (n=33), першу – 17,4 (n=49) та вищу 38,3% (n=108) лікарів.

Статистична обробка отриманих результатів проводилася за допомогою пакета прикладних програм EXCEL-2003® і STATA версії 11 для Windows (StataCorp, Техас, США). Порівняння відносних, або виражених у відсотках, величин здійснювалося за допомогою точного критерію Фішера.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Важливим питанням гарантування безпеки пацієнтів при наданні медичної допомоги є стандартизація лікувально-діагностичного процесу. На сьогодні в Україні розроблено та затверджено 8 національних протоколів, більшість яких стосуються надання медичної допомоги при термінових станах та ускладненнях. Тому ми вважали за доцільне вивчити точку зору респондентів з питань запровадження у їх закладах локальних протоколів з основних термінових станів в службі анестезіології та інтенсивної терапії.

На питання анкети «Чи запроваджені (розроблені, офіційно затверджені і використовуються) у Вашому закладі будь-які мінімальні стандарти періопераційного моніторингу пацієнтів?» 85,8±2,08% респондентів відповіли позитивно. Дані представлені на рис.1 засвідчують відсутність достовірних відмінностей між відповідями лікарів закладів різних рівнів надання медичної допомоги.

Дещо менша кількість пацієнтів зазначили про наявність в їх закладах локального протоколу (алгоритму) перевірки готовності робочого місця анестезіолога (наркозного апарату, обладнання, медикаментів, централізованих систем постачання) до операції? Зокрема, 77,3±2,49 % лікарів відповіли, що такі протоколи в їх закладах запроваджено. Проведеним аналізом доведено достовірні відмінності між частотою позитивних відповідей, які надали респонденти, які працюють у ЛПЗ II рівня, порівняно з респондентами, які працюють у ЛПЗ III-IV рівнів надання медичної допомоги (72,2±3,65% проти 85,2±3,79%, p=0,021) (рис.2).

У більшості закладів розвинених країн світу застосовується алгоритм диференційованого маркування шприців з різними медикаментами в анестезіології. У нашому дослідженні 72,3±2,66% респондентів відповіли позитивно щодо використання в їх відділеннях алгоритму диференційованого маркування шприців з різними медикаментами.

Проте, як і в попередньому питанні, лікарі закладів II рівня достовірно рідше відповідали позитивно на зазначене питання, ніж лікарі III рівня надання медичної допомоги (67,5±3,81% проти 80,7±4,21%, p=0,029).

Також було проаналізовано рівень запровадження алгоритмів та протоколів надання допомоги при ускладненнях під час анестезіологічного забезпечення. Так на питання «Чи запроваджений у Вашому закладі локальний протокол менеджменту пацієнта при складній або

невдалій інтубації трахеї?» позитивно відповіли 68,4% респондентів; на питання «Чи запроваджений у Вашому закладі локальний протокол менеджменту пацієнта при анафілаксії?» – 79,8 % респондентів; на питання «Чи запроваджений у Вашому закладі локальний протокол менеджменту пацієнта при токсичній реакції на місцевий анестетик?» – 67,7% респондентів; на питання «Чи запроваджений у Вашому закладі локальний протокол менеджменту пацієнта при масивній кровотечі?» – 78,0±2,47% респондентів; на питання «Чи запроваджений у Вашому закладі локальний протокол менеджменту пацієнта у ранньому післяопераційному періоді?» – 69,5±2,74% респондентів. Не виявлено достовірної різності в частоті позитивних відповідей, наданих лікарями закладів II та III-IV рівнів надання медичної допомоги (табл.1).

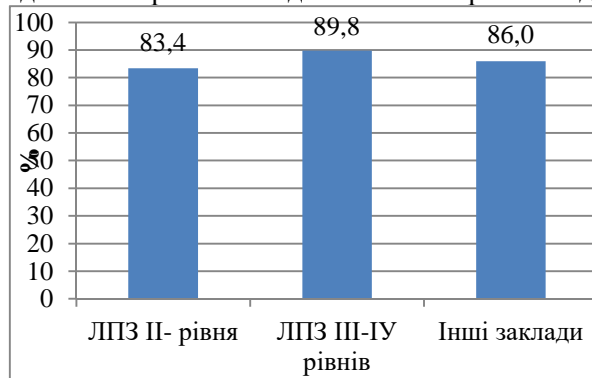


Рис.1. Частка респондентів, які позитивно відповіли на питання «Чи запроваджені у Вашому закладі будь-які мінімальні стандарти періопераційного моніторингу пацієнтів?».

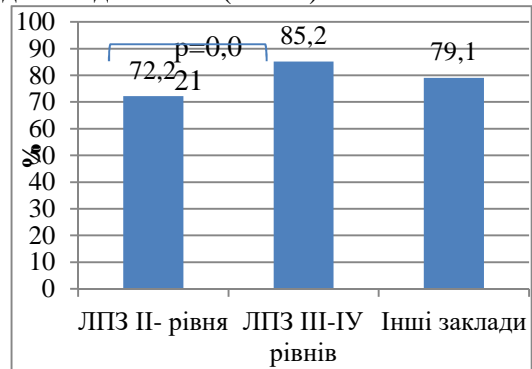


Рис.2. Частка респондентів, які позитивно відповіли на питання: «Чи запроваджений у Вашому закладі локальний протокол (алгоритм) перевірки готовності робочого місця анестезіолога до операції?».

Таблиця 1

**Розподіл варіантів відповідей лікарів-анестезіологів закладів різних рівнів щодо запровадження локальних протоколів менеджменту ускладнень анестезії**

Варіанти відповідей	Усього (n=282)		у т.ч. лікарі						P1-2 P1-3 P2-3
			ЛПЗ II рівня1 (n=151)		ЛПЗ III-IV рівнів2 (n=88)		Інші заклади3 (n=43)		
	так	ні	так	ні	так	ні	так	ні	
Чи запроваджений у Вашому закладі локальний протокол менеджменту пацієнта при складній або невдалій інтубації трахеї?	193 68,4±2,77	89 31,6±2,77	95 62,9±3,93	56 37,1±3,93	64 72,7±4,75	24 27,3±4,75	34 79,1±6,20	9 20,9±6,20	0,121 0,048 0,432
Чи запроваджений у Вашому закладі локальний протокол менеджменту пацієнта при анафілаксії?	225 79,8±2,39	57 20,3±2,39	118 78,1±3,37	33 21,9±3,37	73 83,0±4,00	15 17,0±4,00	34 79,1±6,20	9 20,9±6,20	0,371 0,897 0,589
Чи запроваджений у Вашому закладі локальний протокол менеджменту пацієнта при токсичній реакції на місцевий анестетик?	191 67,7±2,78	91 32,3±2,78	102 67,5±3,81	49 32,5±3,81	61 69,3±4,92	27 30,7±4,92	28 65,1±7,27	15 34,9±7,27	0,777 0,765 0,628
Чи запроваджений у Вашому закладі локальний протокол менеджменту пацієнта при масивній кровотечі?	220 78,0±2,47	62 22,0±2,47	111 73,5±3,59	40 26,5±3,59	73 83,0±4,00	15 17,0±4,00	36 83,7±5,63	7 16,3±5,63	0,094 0,168 0,912
Чи запроваджений у Вашому закладі локальний протокол менеджменту пацієнта у ранньому післяопераційному періоді?	196 69,5±2,74	86 30,5±2,74	96 63,6±3,92	55 36,4±3,92	69 78,4±4,39	19 21,6±4,39	31 72,1±6,84	12 27,9±6,84	0,017 0,300 0,424

Технологічна карта ВООЗ «Контрольний перелік заходів з безпеки хірургічного втручання» – документ щодо безпеки в периопераційному періоді, який дозволяє перевірити відповідність процесу, стандартизації коду несправності і запобігти розвитку несприятливих медичних подій, розроблений Всесвітньою організацією охорони здоров'я [5]. На питання «Чи запроваджена у Вашому закладі периопераційна технологічна карта ВООЗ «Контрольний перелік заходів з безпеки хірургічного втручання» або її адаптована версія» лише 8,5% респондентів відповіли стверджено на це питання, а майже третина з опитаних взагалі нічого не чули про цей документ. Слід відмітити, що майже однаковим був розподіл відповідей серед лікарів закладів різного рівня надання медичної допомоги (табл. 2).

Таблиця 2

**Розподіл варіантів відповідей лікарів-анестезіологів, які працюють в закладах різних рівнів системи ОЗ, на питання «Чи запроваджена у Вашому закладі периопераційна технологічна карта ВООЗ?»**

Варіанти відповідей	Усього (n=282)	у т.ч. лікарів			Р 1-2 Р 1-3 Р 2-3
		ЛПЗ II- рівня1 (n=151)	ЛПЗ III-IV рівнів2 (n=88)	Інші заклади3 (n=43)	
так, запроваджена карта ВООЗ	24 8,5±1,66	16 10,6±2,51	7 8,0±2,89	1 2,3±2,29	0,718 0,194 0,569
так, запроваджена її адаптована версія	51 18,1±2,29	25 16,6±3,03	16 18,2±4,11	10 23,3±6,45	
ні, нічого подібного не запроваджено	108 38,3±2,89	53 35,1±3,88	36 40,9±5,24	19 44,2±7,57	
нічого не знаю про цей документ	99 35,1±2,84	57 37,7±3,94	29 10,3±3,24	13 4,6±3,19	

Таблиця 3

**Розподіл варіантів відповідей респондентів, які працюють у закладах різних рівнів, на питання щодо запровадження в їх підрозділах локальних технологічних та комунікаційних протоколів**

Варіанти відповідей	Усього (n=282)	у т.ч. лікарів			Р1-2 Р1-3 Р2-3
		ЛПЗ II- рівня1 (n=151)	ЛПЗ III-IV рівнів2 (n=88)	Інші заклади3 (n=43)	
Чи запроваджені у Вашому закладі локальні технологічні протоколи (алгоритми) виконання окремих маніпуляцій та процедур?					
так, на усі основні маніпуляції	137 48,6±2,98	66 43,7±4,04	46 52,3±5,32	25 58,1±7,52	0,254
так, але не на усі маніпуляції	116 41,1±2,93	66 43,7±4,04	36 40,9±5,24	14 32,6±7,15	0,247
ні	29 10,3±1,81	19 12,6±2,79	6 6,8±2,68	4 9,3±4,43	0,624
Чи запроваджені у Вашому закладі локальні комунікаційні протоколи (алгоритми) передавання персоналом змін, пацієнтів, обов'язків, повноважень, тощо?					
так, на усі основні комунікаційні етапи	136 48,2±2,98	70 46,4±4,06	46 52,3±5,32	20 46,5±7,61	0,365 0,976
так, але лише на деякі	109 38,7±2,90	58 38,4±3,96	34 38,6±5,19	17 39,5±7,45	0,659
ні	37 13,1±2,01	23 15,2±2,92	8 9,1±3,07	6 2,1±2,19	

Згідно сучасних стандартів кожне анестезіологічне забезпечення хірургічного втручання обов'язково повинно відбуватись при постійному моніторингу ЧСС, сатурації та артеріального тиску у пацієнта. Проте лише 54,3% респондентів зазначили, що в їх закладах усі (100%) анестезії проводяться під контролем ЧСС та сатурації; 20,9% респондентів зазначили, що 75% усіх анестезій проводяться під зазначеним контролем, 15,6% респондентів вказали, що 50% усіх анестезій забезпечено відповідним моніторингом, і 9,2% респондентів вказали, що 25% анестезій

проводяться під зазначеним контролем ЧСС, сатурації та артеріального тиску. Як представлено на рис. 4 лише 45,0±4,05% лікарів закладів II рівня надання медичної допомоги та 55,7±5,30% лікарів III-IV рівнів надання медичної допомоги вказали, що в їх закладах усі анестезіологічні втручання відбуваються під відповідним моніторингом, проти 83,7±5,63% лікарів інших закладів (відповідно  $p < 0,001$  та  $p = 0,001$ ).

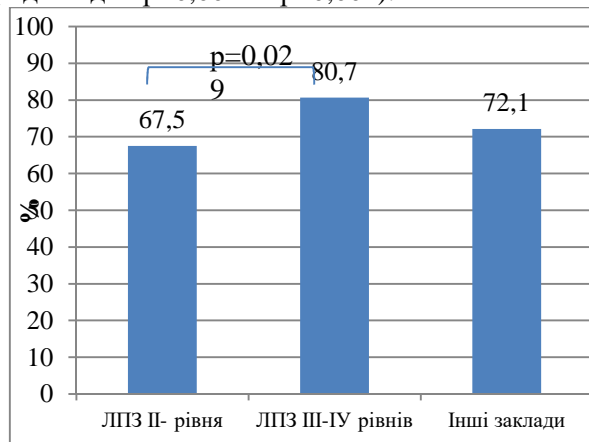


Рис. 3 Частка респондентів, які позитивно відповіли на питання: «Чи запроваджений у Вашому закладі алгоритм диференційованого маркування шприців з різними медикаментами в анестезіології?»

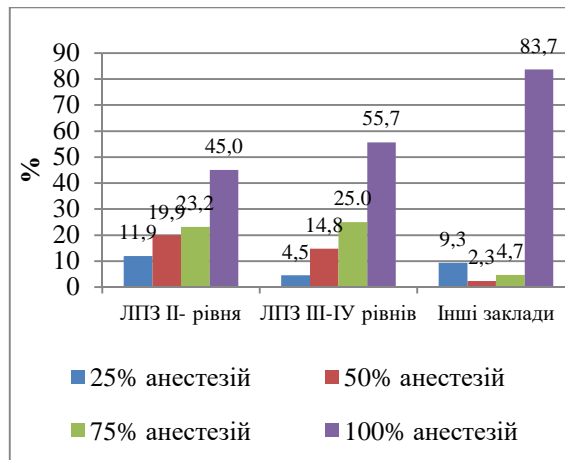


Рис.4 Розподіл відповідей респондентів на питання: «Який максимальний відсоток хірургічних пацієнтів, на Вашу думку, у Вашому закладі може бути забезпечений пульсоксиметричним моніторингом під час операцій з анестезіологічним забезпеченням?».

Стандартизація лікувально-діагностичного процесу, як один із шляхів забезпечення безпеки пацієнтів, передбачає наявність технологічних протоколів, тобто алгоритмів виконання усіх маніпуляцій і процедур. Більшість респондентів відповіли, що в їх закладах розроблені та запроваджені як технологічні, так і комунікаційні локальні протоколи (табл.2). Так, 48,6±2,98 респондентів вказали, що в їх закладах запроваджено локальні технологічні протоколи (алгоритми) виконання окремих маніпуляцій та процедур, та 46,9±3,20% респондентів вказали про запровадження локальних комунікаційних протоколів (алгоритмів) передавання персоналом змін, пацієнтів, обов'язків, повноважень, тощо.

Аналіз відповідей респондентів не виявив відмінностей у частоті позитивних відповідей на зазначене питання між лікарями, які працюють у закладах різних рівнів.

### Висновок

Служба анестезіології та інтенсивної терапії України в не в повному обсязі забезпечена технологічними та комунікаційними протоколами, а також алгоритмами надання медичної допомоги при ургентних станах, що унеможлиблює забезпечення безпеки пацієнтів під час анестезіологічних втручань.

*Перспективи подальших розробок у даному напрямку будуть полягати у розробленні та впровадженні технологічних та комунікаційних протоколів на національному і локальному рівнях, а також вивченні ефективності їх застосування.*

### Список літератури

1. Haynes A. A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population / A. Haynes, A. Gawande // New England Journal of Medicine. – 2009. – Vol. 360 (5). – P. 491–499.
2. Can J. International Standards for a Safe Practice of Anesthesia // J. Can // Anaesth. – 2010. – Vol. 57 (11). – P. 1027–1034.
3. Patient Safety in Anaesthesiology.
4. Safety and quality guidelines of postanaesthesia care // European Journal of Anaesthesiology. – 2009. - Vol 26, No 9. – P. 715-721.
5. WHO SURGICAL SAFETY CHECKLIST.

### Реферати

**СТАНДАРТИЗАЦІЯ ПЕРИОПЕРАЦІОННОЇ ПОМОЦІ В АНЕСТЕЗИОЛОГІЇ: ОЦЕНКА СИТУАЦІЇ В УКРАЇНІ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ СОЦІОЛОГІЧЕСЬКОГО ОПРОСА ВРАЧЕЙ**

**Федосюк Р. М.**

За последние 10 лет ВОЗ и ведущие международные профессиональные организации анестезиологов и

**STANDARDIZATION OF PERIOPERATIVE CARE IN ANAESTHESIOLOGY: ASSESSMENT OF THE SITUATION IN UKRAINE ACCORDING TO THE RESULTS OF SOCIOLOGICAL SURVEY AMONG DOCTORS**

**Fedosiuk R. M.**

Over the past 10 years, the WHO and the leading international professional organizations of

интенсивистов внедрили ряд важных инициатив по безопасности пациентов, направленных на решение проблемы во всемирном масштабе. Уровень реализации указанных инициатив в отечественной службе анестезиологии неизвестен. Проведено социологическое исследование, в которое включено 282 врача-анестезиолога учреждений системы здравоохранения. Путем анкетирования анализировался уровень внедрения в Украине периоперационных технологических алгоритмов, клинических протоколов и стандартов мониторинга. Результаты исследования. Большинство врачей-анестезиологов (85,8%) указали на введение в их больницах минимальных стандартов периоперационного мониторинга пациентов и 77,3% врачей положительно ответили на вопрос о наличии у них локального протокола проверки готовности рабочего места анестезиолога. Около 70% респондентов указали на наличие в их учреждении алгоритмов и протоколов оказания медицинской помощи при осложнениях во время анестезиологического вмешательства. Только 45,0% врачей учреждений II уровня и 55,7% врачей учреждений III-IV уровней оказания медицинской помощи указали, что в их заведениях все анестезиологические вмешательства происходят под постоянным мониторингом ЧСС, сатурации и артериального давления. На внедрение «Контрольного перечня мероприятий по безопасности хирургического вмешательства ВОЗ» или его адаптированной версии в структурных подразделениях службы анестезиологии указало 8,5% респондентов. В структурных подразделениях службы анестезиологии Украины уровень внедрения периоперационных технологических алгоритмов, клинических протоколов и стандартов мониторинга недостаточен.

**Ключевые слова:** анестезиология, периоперационный мониторинг, чек-лист, социологическое исследование.

Статья надійшла 27.09.2016 р.

anaesthesiologists and intensive care specialists have introduced a number of important initiatives on patient safety in order to address the problem on a global scale. The level of implementation of these initiatives in the domestic service of anaesthesiology remains unknown. The sociological study that included 282 anaesthesiologists from the hospitals of Ukraine has been conducted. The questionnaire was designed to analyze the level of implementation of perioperative technological algorithms, clinical protocols, and standards of monitoring in Ukraine. Most anaesthesiologists (85.8% of respondents) reported the introduction of minimum perioperative monitoring standards at their institutions, and 77.3% of physicians responded positively to questions about the availability of the local protocol for the control of anaesthesiologist's workplace readiness. About 70% of respondents reported the presence of algorithms and protocols of care in case of complications during anaesthesia at their institutions. Only 45.0% of physicians from medical institutions of the II level and 55.7% of physicians from institutions of the III-IV levels reported that all anaesthetic interventions at their establishments were conducted under constant monitoring of heart rate, blood pressure, and saturation. 8.5% of respondents reported the implementation of the «WHO Surgical Safety Checklist» or its adapted version at the structural units in the anaesthesiology service. The level of implementation of perioperative technological algorithms, clinical protocols, and standards for monitoring at the structural units in the anaesthesiology service of Ukraine is inadequate.

**Key words:** anaesthesiology, perioperative monitoring, check-lists, sociological study.

Рецензент Голованова І.А.

УДК 614.2:616-036.8

Р. Э. Чобанов, И. Ф. Исламзаде  
Азербайджанский Медицинский Университет г. Баку

## ФИЗИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ КАК ВЕДУЩИЙ ФАКТОР, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЙ СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ГОРОДСКИХ ЖИТЕЛЕЙ

Проведена оценка физической активности (ФА) в качестве ведущего фактора, определяющего состояние здоровья и качества жизни городских жителей в условиях гиперурбанизации. Методы. Работу провели на базах 3 поликлиник г. Баку и территориально сопряженных с ними в 3 средних школах, 5 детских садах и яслях. Обработали 1819 анкет, составленных на базах международных опросников SF-36, GРАQи Moreesky, заполненные пациентами поликлиник, родителями детских учреждений и работниками близлежащих торговых объектов и офисов. Анкеты отражали социально-гигиенические аспекты низкой ФА. Анализировали также амбулаторные карты анкетированных. Результаты. ФА в пределах < 30 мин/день наблюдалась у 52,6±1,2%, в пределах 30-60 мин/день у 28,6±1,1%, в пределах > 60 мин/день у 18,8±0,9% анкетированных. Низкая ФА способствует формированию общесоматической симптоматики - в среднем 5,03±0,29 симптомов на 1 анкетированного. Уровень хорошей самооценки здоровья не превышает 21,5±1,0%. Качество жизни анкетированных ниже удовлетворительного уровня и составляет в среднем 48,9±1,6 баллов. Достаточный уровень их информированности по проблемам ФА не превышает 31,5±2,5%. Выводы. Процессы гиперурбанизации и скудность информированности способствуют широкому распространению среди городских жителей низкой ФА, что оказывает отягощающее воздействие на их здоровье и качество жизни. Проведенная организационно-разъяснительная работа по информированности городских жителей относительно ФА способствовала их физической активизации.

**Ключевые слова:** гиперурбанизация, физическая активность, здоровье, качество жизни.

Недостаточная физическая активность (ФА) является четвертым по значимости фактором риска смерти в мире. Она приводит к 6% всех случаев смерти. По значимости ее превосходят только высокое кровяное давление (13%) и употребление табака (9%). Такой же уровень риска (6%) имеет и высокое содержание глюкозы в крови. Ежегодно из-за недостаточной ФА умирает примерно 3,2 миллиона человек. [2, 6]. ВОЗ рекомендует взрослым людям (18 лет и старше) 150 минут ФА умеренной интенсивности в неделю [12]. Однако даже такой минимум ФА многими игнорируется. Поэтому уровни недостаточной ФА возрастают во всем мире [4]. В 2008 году