

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, Н. 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 отягочающее 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

примерно 31% людей (28% мужчин и 34% женщин) в возрасте 15 лет и старше в мире были недостаточно активными. В странах с высоким уровнем дохода 41% мужчин и 48% женщин были недостаточно физически активными по сравнению с 18% мужчин и 21% женщин в странах с низким уровнем дохода. Низкие или снижающиеся уровни ФА часто соответствуют высокому или возрастающему валовому национальному продукту. Снижение уровней ФА отчасти связано с пассивностью во время досуга и сидячим образом жизни на работе и дома ФА [7]. Однако, несмотря на огромные усилия, прилагаемые в экономически развитых странах, по повышению ФА населения значимых позитивных результатов достигнуть еще не удалось [9]. Во многом это связано с тем, что в целом ряде регионов (стран) не определены тенденции снижения ФА, влияние их социально-экономических, климато-географических и национально-этнических особенностей, а также процессов гиперурбанизации на ФА населения. Большие группы населения недостаточно информированы о влиянии низкой ФА на здоровье и мерах по повышению ФА [3, 8]. В настоящее время подобные исследования проводятся в 130 странах мира [10].

**Целью** работы была оценка ФА в качестве ведущего фактора, определяющего состояние здоровья населения и качества жизни городских жителей в условиях гиперурбанизации.

**Материал и методы исследования.** Работу провели на базах территориальных 3 городских поликлиник, в сопряженных 3 средних школах, 5 детских садах и яслях. Разработали адаптированную к местным условиям анкету на основе международного стандартизированного опросника SF-36. Анкета состоит из 11 блоков, в каждом из которых содержится от 4 до 12 вопросов (всего 106 вопросов), отражающие социально-гигиенические аспекты ФА населения. К анкете был приложен опросник GPAQ [5] с дополнительными рекомендациями по оценке ФА [12] и опросник Reeder по оценке качества жизни [11]. В поликлиниках анализировали амбулаторные карты анкетированных и результаты анализов. Анкеты раздали пациентам поликлиник, родителям детских учреждений, работникам близлежащих торговых объектов и офисов. В раздаче и сборе анкет принимали участие коллективы отмеченных учреждений и студенты III и IV курсов АМУ. Всего было роздано 4000 анкет, отклик составил 1829 анкет (45,7±0,8%). Анкеты были кодированы, что облегчало их компьютерную обработку. Статистическую обработку полученных результатов проводили при помощи средней арифметической взвешенной, критерия Стьюдента и критерия Ван-дер-Вардена [1].

**Результаты исследования и их обсуждение.** Современный интенсивный ритм жизни взрослых в условиях гиперурбанизации (служба, семья и обеспечение ее развития, воспитание и учеба детей и многое другое) не оставляет времени не только для активных спортивных занятий, но и для нормального досуга и сна. Например, в наших наблюдениях специальными физическими занятиями занимались 176 из 1829 анкетированных (9,6±0,7%), причем 131 из них были моложе 35 лет. Единственной физической активностью остальных являются пешие передвижения - на службу, в детские учреждения, торговые объекты. Согласно международным рекомендациям [12], минимальная затрата энергии должна соответствовать 150 ккал/день, ее можно достигнуть путем умеренной ходьбы в течение более 30 мин/день (более 2-2,5 км), что доступно каждому человеку. Принято считать что при ФА менее 30 мин/день умеренной ходьбы организм не получает необходимой физической нагрузки, при ходьбе в пределах 30-60 мин/день подобная нагрузка минимальная, а при ходьбе более 60 мин/день она достаточная. Анкетированные в соответствии с этими градациями были сгруппированы (табл 1).

Таблица 1

**Показатели ФА анкетированных**

Умеренная ходьба, мин/день	Частота показателей умеренной ходьбы					
	Мужчины		Женщины		Всего	
	n=841		n=988		n=1829	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
<30	445	52,9±1,7	517	52,3±1,6	962	52,6±1,2
30-60	235	27,9±1,5	289	29,3±1,4	524	28,6±1,1
>60	161	19,1±1,4	182	18,4±1,2	343	18,8±0,9
В среднем, мин/день	37,9±1,6		37,4±1,5		37,7±1,3	

ФА даже в такой доступной форме, не требующей большого времени и усилий, как ежедневная умеренная ходьба у большинства анкетированных оказалась очень низкой. Так, у 52,6±1,2% анкетированных ее продолжительность не превышала 30 мин/день, у 28,6±1,1%, соответственно была в пределах 30-60 мин/день ( $t=14,72$ ;  $P<0,001$ ), а у 18,8±0,9% превышала 60 мин/день ( $t=6,90$ ;  $P<0,001$ ). Продолжительность умеренной ходьбы составила в среднем 37,7±1,3 мин/день в пересчете на 1 анкетированного. Разница в этом показателе среди мужчин и женщин

практически отсутствовала, составляя соответственно в среднем  $37,9 \pm 1,6$  и  $37,4 \pm 1,5$  мин/день ( $t=0,23$ ;  $P>0,05$ ). Последние исследования достоверно установили, что низкая ФА является наиболее значимым фактором риска формирования различной заболеваемости. Результаты анкетирования и анализ амбулаторных карт анкетированных в поликлиниках позволили выявить довольно высокий уровень заболеваемости, составляющей в среднем  $53,6 \pm 1,2\%$ , что свидетельствует о неблагоприятном состоянии здоровья городских жителей. Но при этом прослеживается четкая приуроченность заболеваемости к низкой ФА. Так, если среди анкетированных с ФА менее 30 мин/день показатель заболеваемости составляет  $62,6 \pm 1,4\%$ , то среди анкетированных с ФА в пределах 30-60 мин/день она снижается до  $48,5 \pm 2,2\%$  ( $t=5,40$ ;  $P<0,001$ ), а среди анкетированных с ФА более 60 мин/день – до  $37,3 \pm 2,6\%$  ( $t=3,15$ ;  $P<0,01$ ).

Несмотря на столь довольно высокой уровень заболеваемости, медицинскую обращаемость анкетированных следует признать низкой. В частности, каждый анкетированный в течение года совершил в среднем  $4,11 \pm 0,17$  визитов в поликлинику по поводу заболеваемости, но при этом  $4,98 \pm 0,19$  визитов приходится на анкетированных с ФА менее 30 мин/день,  $3,85 \pm 0,23$  визитов на анкетированных с ФА в пределах 30-60 мин/день ( $t=3,77$ ;  $P<0,001$ ) и  $2,06 \pm 0,27$  визитов на анкетированных с ФА более 60 мин/день ( $t=5,11$ ;  $P<0,001$ ). По поводу же ФА было совершено всего  $0,63 \pm 0,07$  визитов в течение года. В то же время большинство анкетированных оценили собственное здоровье негативно (табл. 2).

Таблица 2

### Самооценка здоровья анкетированными с разными режимами ФА

Самооценки здоровья	Частота самооценки здоровья при разных режимах ФА							
	< 30 мин/день		30-60 мин/день		>60 мин/день		Всего	
	n=962		n=524		n=343		n=1829	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Очень плохое	148	$15,4 \pm 1,2$	44	$8,4 \pm 1,2$	-	-	192	$10,5 \pm 0,7$
Плохое	224	$23,3 \pm 1,4$	82	$15,6 \pm 1,6$	26	$7,6 \pm 1,4$	332	$18,2 \pm 0,9$
Удовлетворительное	406	$42,2 \pm 1,6$	232	$44,3 \pm 2,2$	138	$40,2 \pm 2,7$	776	$42,4 \pm 1,2$
Хорошее	104	$10,8 \pm 1,0$	99	$18,9 \pm 1,7$	115	$33,5 \pm 2,6$	318	$17,4 \pm 0,9$
Очень хорошее	-	-	32	$6,1 \pm 1,0$	43	$12,5 \pm 1,8$	75	$4,1 \pm 0,5$
Трудноопределяемы	80	$8,3 \pm 0,9$	35	$6,7 \pm 1,1$	21	$6,1 \pm 1,3$	136	$7,4 \pm 0,6$

Суммарно очень плохим и плохим свое здоровье оценили  $38,7 \pm 1,6\%$  анкетированных с ФА менее 30 мин/день  $24,0 \pm 1,9\%$  анкетированных с ФА в пределах 30-60 мин/день ( $t=5,93$ ;  $P<0,001$ ), и  $7,6 \pm 1,4\%$  анкетированный с ФА более 60 мин/день ( $t=6,35$ ;  $P<0,001$ ). В тоже время при суммарной оценке хорошего и очень хорошего здоровья наблюдается обратная картина. Подобным образом его оценили  $10,8 \pm 1,0\%$  анкетированные первой группы,  $25,0 \pm 1,9\%$  анкетированные второй группы ( $t=6,60$ ;  $P<0,001$ ) и  $46,0 \pm 2,3\%$  анкетированные третьей группы ( $t=7,05$ ;  $P<0,001$ ). Очевидность влияния низкой ФА на негативные оценки анкетированных собственного здоровья не вызывает сомнений.

Трудноопределяемыми причинами столь негативного отношения к собственному здоровью анкетированные считают, помимо заболеваемости, часто наблюдаемые у них разные симптомы общесоматического характера. Они отличались разными сроками проявления, приносили анкетированным беспокойства и способствовали самостоятельному приему ими лечебных средств, часто следуя телевизионной рекламе. Обобщение и систематизация наблюдаемой у анкетированных общесоматической симптоматики приведена в табл. 3.

В общей сложности выявлено 14 разных общесоматических симптомов, их частота во всей группах анкетированных составила  $52,9 \pm 1,2\%$ . Наиболее часто перечисленная в таблице симптоматика встречается среди анкетированных с ФА менее 30 мин/день -  $58,9 \pm 1,6\%$  случаев. Несколько меньше ее частота среди анкетированных с ФА в пределах 30-60 мин/день -  $49,4 \pm 2,2\%$  случаев ( $t=3,49$ ;  $P<0,001$ ) и намного меньше среди анкетированных с ФА более 60 мин/день -  $41,4 \pm 2,7\%$  случаев ( $t=2,30$ ;  $P<0,05$ ). Частота выявляемости каждого симптома среди анкетированных первой группы выше, согласно достоверному значению критерия Ван-дер-Вардена ( $X=7,68$ ;  $P<0,01$ ), чем частота выявляемости аналогичных симптомов среди анкетированных второй группы и тем более анкетированных третьей группы.

В среднем на каждого анкетированного этих групп пришлось соответственно  $6,28 \pm 0,33$ ,  $4,47 \pm 0,41$  ( $t=0,53$ ;  $P<0,001$ ) и  $2,36 \pm 0,44$  ( $t=0,60$ ;  $P<0,001$ ) симптомов. Как видно, на фоне низкой ФА наблюдается повышенный уровень общесоматической симптоматики, которая может

принадлежать как различным нозоформам заболеваемости, так носить и самостоятельный характер.

Таблица 3

**Частота общесоматической симптоматики среди анкетированных с разными режимами ФА**

Перечень симптома-тики	Частота симптоматики при разных режимах ФА							
	< 30 мин/день		30-60 мин/день		>60 мин/день		Всего	
	n=962		n=524		n=343		n=1829	
	Абс.	%	Абс	%	Абс	%	Абс.	%
Головокружение	476	49,5±1,6	203	38,7±2,1	77	22,4±2,3	756	41,3±1,2
Головная боль	383	39,8±1,6	116	22,1±1,8	23	6,7±1,4	522	28,5±1,1
Шум в ушах	341	35,4±1,5	122	23,3±1,8	29	8,5±1,6	492	26,9±1,0
Тошнота, рвота	367	38,1±1,6	128	24,4±1,9	32	9,3±1,6	527	28,8±1,1
Боль в животе	487	50,6±1,6	242	46,2±2,2	94	27,4±2,4	823	45,0±1,2
Потливость	398	41,4±1,6	104	19,8±1,7	30	8,7±1,6	532	29,1±1,1
Одышка	473	49,2±1,6	217	41,4±2,2	83	24,2±2,3	773	42,3±1,2
Боли в суставах	497	51,7±1,6	198	37,8±2,1	102	29,7±2,5	797	43,6±1,2
Беспокойный сон	486	50,5±1,6	207	39,5±2,1	88	25,7±2,4	781	42,7±1,2
Невыспанность	405	42,1±1,6	96	18,3±1,7	34	2,9±1,6	535	29,3±1,1
Утомляемость	501	52,1±1,6	235	44,8±2,2	93	27,1±2,4	829	45,3±1,2
Раздражительность	372	38,7±1,6	128	24,4±1,9	28	8,2±1,6	528	28,9±1,1
Нарушения аппетита	377	39,2±1,6	116	22,1±1,8	19	5,5±1,2	512	28,0±1,1
Слабость	474	49,3±1,6	232	44,3±2,2	78	22,7±2,3	784	42,9±1,2
Всего	567	58,9±1,6	259	49,4±2,2	142	41,4±2,7	968	52,9±1,2
Сумма симптомов	6037		2344		810		9191	
Среднее число симптомов на 1 анкетированного	6,28±0,33		4,47±0,43		2,36±0,44		5,03±0,29	

Примечание: число симптомов больше числа анкетированных, так как на каждого из них приходилось 2 и более симптомов

Например, расспросы 276 анкетированных с эффективным лечением заболеваемости показало, что у 63 из них данная симптоматика сохранилась и в посттерапевтическом периоде, этиологию ее происхождения не смогли объяснить и врачи поликлиник.

По частоте выявляемости общесоматическую симптоматику можно разделить на 2 группы. В первую группу входят наиболее часто выявляемые симптомы, к которым относятся головокружение, боль в животе, одышка, боли в суставах, беспокойный сон, утомляемость, слабость, их частота варьирует в пределах от 41,3±1,2 до 45,3±1,2% ( $t=2,35$ ;  $P<0,05$ ). Во вторую группу входят симптомы с меньшей частотой выявляемости ( $t=7,36$ ;  $P<0,001$ ): головная боль шум в ушах, тошнота, рвота, потливость, невыспанность, раздражительность, нарушения аппетита, варьирующие в пределах от 26,9±1,0 до 29,3±1,1% ( $t=1,61$ ;  $P>0,05$ ). Вполне вероятно, что такие симптомы как одышка, боли в суставах и некоторые другие при отсутствии соответствующих нозоформ заболеваемости формируются непосредственно низкой ФА. Самостоятельно принимаемые лечебные средства только временно устраняют симптомы и их рецидивы носят продолжительный характер.

Здоровье человека определяется удовлетворительным качеством его жизни, что позволяет ему быть социально адаптированным, трудоспособным, обеспечивать благополучие семьи, поддерживать нормальные взаимоотношения в семье, на службе и с окружающими, создавать благоприятные условия для развития, воспитания и учебы детей, более внимательно относиться к здоровью. Однако процессы гиперурбанизации создают риски для качества жизни городских жителей. Одним из таких значимых в медико-социальном значении рисков является низкая ФА, о чем свидетельствуют данные табл. 4.

Таблица 4

**Показатели качество жизни анкетированных с разными режимами ФА**

ФА, мин/день	Число анкетированных	Частота показателей качество жизни						Средний балл качество жизни
		< 30 баллов		30-70 баллов		>70 баллов		
		абс	%	абс	%	абс	%	
<30	962	452	47,0±1,6	317	33,0±1,5	193	20,1±1,3	40,6±1,8
30-60	524	132	25,2±1,9	179	34,2±2,1	213	40,6±2,1	51,4±2,2
>60	343	68	19,8±2,2	84	24,5±2,3	191	55,7±2,7	62,3±2,4
Всего	1829	652	35,6±1,1	580	31,7±1,1	597	32,6±1,1	48,9±1,6

Качество жизни признается удовлетворительным при показателе >70 баллов, неудовлетворительным - при менее 30 баллов, показатель в пределах 30-70 баллов имеет промежуточное значение. Наиболее часто показатель удовлетворительного качества жизни был выявлен среди анкетированных с ФА более 60 мин/день - 55,7±2,7% случаев, среди анкетированных с ФА в пределах 30-60 мин/день данный показатель снижается до 40,6±2,1% случаев (t=4,42; P<0,001), а среди анкетированных с ФА менее 30 мин/день составляет всего 20,1±1,3% случаев (t=8,30; P<0,001). Ситуация с показателями неудовлетворительного качества жизни иная, их значения наиболее низкие среди третьих анкетированных-47,0±1,6 случаев, нежели вторых 25,2±1,9% случаев (t=8,79; P<0,001) и особенно первых - 19,8±2,2% (t=1,86; P>0,05). Средний показатель качества жизни в этих группах составил соответственно 40,6±1,8; 51,4±2,2 (t=3,80; P<0,001) и 62,3±2,4 (t=3,34; P<0,001) баллов. Как видно, даже в группе физически активных анкетированных (>60 мин/день) средний показатель качества жизни не достигает удовлетворительного уровня.

Наряду с процессами гиперурбанизации, в массовой распространенности низкой ФА важную роль играет недостаточная медицинская информированность городских жителей. По результатам анкетирования всего 31,5±3,5% анкетированных с ФА более 60 мин/день обладали достаточным уровнем информированности относительно ФА.

Еще меньше подобной информацией обладали анкетированные с ФА в пределах 30-60 мин/день -20,4±1,8% (t=3,60; P<0,001) и особенно анкетированные с ФА менее 30 мин/день - 11,3±1,0% (t=4,42; P<0,001). Подавляющее число анкетированных не знали, что умеренная ходьба в течение 60 мин/день покрывает потребность организма в ФА и выразили готовность при наличии соответствующей информации корректировать свою физическую нагрузку. С учетом их пожеланий нами на основании рекомендации ВОЗ и результатов настоящего исследования в краткой и доступной форме составлена памятка относительно значимости ФА для здоровья и мер по повышению ФА.

Памятка распространялась среди пациентов поликлиник, родителей в дошкольных учреждениях и работников близлежащих торговых объектов и офисов. Данная работа проводится на постоянной основе.

Таким образом, результаты настоящего исследования показывают ведущую роль процессов гиперурбанизации в широкой распространенности низкой ФА среди городских жителей. В свою очередь, низкая ФА способствует формированию различной общесоматической симптоматики, снижает уровень удовлетворительных самооценок здоровья и качества жизни городских жителей, что особенно неблагоприятно на фоне их недостаточной медицинской обращаемости. В немалой степени распространенности низкой ФА способствует скудная медицинская информированность их относительно данной проблемы. Поэтому организационно-разъяснительная работа на постоянной основе относительно значимости ФА для здоровья и доступным, удобным мерам физической активизации среди населения окажет позитивное влияние на решение данной проблемы.

#### Заключение

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.

*Перспективы дальнейших исследований.* Планируется улучшение организационно-разъяснительной работы на постоянной основе относительно значимости ФА для здоровья.

#### Список литературы

1. Glants S. Mediko-biologicheskaya statistika / S. Glants // -М., - 1999, 462 s.
2. Dyuran K. P. Fizicheskaya aktivnost, svyazannaya s peredvizheniem: opredelenie, sostoyanie i napravleniya issledovaniy / K. P. Dyuran, A. Oluyomi, I. N. Shener [i dr.] // Profilakticheskaya meditsina 2014, tom 17, No.1, S. 55-60
3. Matsudov K. R. Populyarizatsiya fizicheskoy aktivnosti i borba s sidyachim obrazom zhizni v realnom mire: rol programmy Azhita San-Paulu v ob'edinenie teorii i praktiki / K. R. Matsudov, S. Matsudo, T. Arayo [i dr.] // Profilakticheskaya meditsina, - 2014, tom 17, No.1, S. 43-48.
4. Pratt M. Mozhno li povyisit urovni fizicheskoy aktivnosti v populyatsii? Dokazatelstva na osnove mirovogo opyta / M. Pratt, L. Perez, Sh. Goenka [i dr.] // Profilakticheskaya meditsina - 2015, No.2, S. 18-37
5. Bull F. Global Physical Activity Questionnaire (GPAQ):(Nine Country Reliability and Validity Study L / F. Bull, T. Maslin, T. Armstrong, // J. Phys.Act. and Health, - 2009, № 6, P.790-804.

6. Heath G. W. Evidence-based intervention in physical activity: lessons from around the world. / G.W. Heath, O.L. Sarmiento [et al.] // Lancet - 2012, № 380, Vol.9838, P.272-281.
7. Lim S.S. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010: asystematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010./ S.S.Lim, T.Vos, A.D.Fluxman [et al.] // Lancet.- 2012; № 380, Vol. 9859, P.2224-2260.
8. Lee I. M. Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and lifeexpectancy. / I.M. Lee, E.J. Shiroma, F. Lobelo [et al.] // Lancet. -2012, № 380, Vol. 9838, P.219-229.
9. Pate R. R. A National Physical Activity Plan for the United States. / R. R. Pate //J Phys Act Health. -2009. № 6(Suppl 2), P.157-158.
10. Pratt M. The implications of megatrends in information and communication technology and transportation for changes in global physical activity./ M. Pratt, O. L. Sarmiento, F. Montes [et al.] // Lancet. -2012, № 380, Vol.9838, P. 282-293.
11. Reeder L. Socioenvironmental stress, tranquilizers and cardiovascular disease / L. Reeder, J. Champan, A. Coulson // Proceedings of the Excerpta Medica International Congress Series - 1968-Vol.182.-P. 226-238.
12. WHO Global Recommendations on Physical Activity for Health WHO (Geneva) 2010.

### Реферати

#### ФІЗИЧНА АКТИВНІСТЬ ЯК ПРОВІДНИЙ ЧИННИК, ВИЗНАЧАЄ СТАН ЗДОРОВ'Я ТА ЯКОСТІ ЖИТТЯ МІСЬКИХ ЖИТЕЛІВ

Чобанов Р. Е., Ісламзаде І. Ф.

Проведена оцінка фізичної активності (ФА) в якості провідного чинника, що визначає стан здоров'я та якості життя міських жителів в умовах гіперурбанізації. Методи. Роботу провели на базах 3 поліклінік м Баку і територіально пов'язаних з ними в 3 середніх школах, 5 дитячих садах і яслах. Обробили 1 819 анкет, складених на базах міжнародних опитувальників SF-36, GРАQи Moreesky, заповнені пацієнтами поліклінік, батьками дитячих установ і працівниками прилеглих торгових об'єктів і офісів. Анкети відображали соціально-гігієнічні аспекти низькою ФА. Аналізували також амбулаторні карти анкетованих. Результати. ФА в межах <30 хв / день спостерігалася у 52,6 ± 1,2%, в межах 30-60 хв / день у 28,6 ± 1,1%, в межах > 60 хв / день у 18,8 ± 0,9% анкетованих. Низька ФА сприяє формуванню общесоматическою симптоматики - в середньому 5,03 ± 0,29 симптомів на 1 анкетованих. Рівень хорошою самооцінки здоров'я не перевищує 21,5 ± 1,0%. Якість життя анкетованих нижче задовільного рівня і становить в середньому 48,9 ± 1,6 балів. Достатній рівень їх інформованості з проблем ФА не перевищує 31,5 ± 2,5%. Висновки. Процеси гіперурбанізації і убогість інформованості сприяють значному поширенню серед міських жителів низькою ФА, що надає обтяжлива вплив на їх здоров'я і якість життя. Проведена організаційно-роз'яснювальна робота по інформованості міських жителів щодо ФА сприяла їх фізичної активізації.

**Ключові слова:** гіперурбанізація, фізична активність, здоров'я, якість життя.

Стаття надійшла 3.10.2016 р.

#### PHYSICAL ACTIVITY AS A LEADING FACTOR, DETERMINING THE HEALTH STATUS AND QUALITY OF LIFE OF URBAN RESIDENTS

Chobanov R. E., Islamzade I. F.

Assessment of physical activity (PA) as the leading factor determining the health status and quality of life of urban residents in terms of hyperurbanization. Methods. The work carried out on the bases of 3 health centers in Baku and geographically associated in 3 high schools, 5 kindergartens and nurseries. Processed 1819 questionnaires, compiled on bases of the international questionnaires SF-36, GРАQи Moreesky filled with patients of the clinics, parents, children's agencies and employees of nearby commercial facilities and offices. The questionnaire reflected the socio-hygienic aspects of low PA. Also analysed the hospital records of respondents. Results. Modern intensive pace of life of adults in terms of hyperurbanization (the service, the family and ensuring its development, upbringing and education of children and much more) leaves no time not only for active sports but also for normal activities and sleep. In our study the special physical activity engaged in from 1829 176 respondents (9,6±0,7%), and 131 of them were younger than 35 years. F even in such an accessible form without requiring extensive time and effort, including daily moderate walking, the majority of respondents was very low. PA within < 30 min/day was observed in 52,6±1,2%, in the range of 30-60 min/day to 28.6±1.1% in the range of > 60 min/day at 18,8±0,9% of respondents. Low physical activity contributes to the formation of somatic symptoms - an average of 5.03±0.29 1 symptoms on the questionnaires. A good level of self-rated health does not exceed 21,5±1,0%. The quality of life of respondents below satisfactory level and is an average of 48.9±1.6 points. Sufficient awareness on the problems PA does not exceed 31,5±2,5%.

**Key words:** hyperurbanization, physical activity, health, quality of life.

Рецензент Шепітько В.І.