

© Чобанов Р. Э., Бабаева А. Д., Исламзаде И. Ф.

УДК 618.17-092:612.766.1

Чобанов Р. Э., Бабаева А. Д., Исламзаде И. Ф.

ОЦЕНКА ВОЗДЕЙСТВИЯ КОРРЕКЦИИ НИЗКОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ СРЕДИ ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА В ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ

Азербайджанский медицинский университет (г. Баку, Азербайджан)

nauchnayastatya@yandex.ru

Данная работа является фрагментом кандидатской диссертации: «Социально-гигиеническая оценка факторов риска формирования артериальной гипертензии (АГ) и подходы по снижению их активности среди женщин репродуктивного возраста в г. Баку».

Вступление. Международные оценки показывают, что около 70% взрослого населения мира страдает гиподинамией. Низкая физическая активность (ФА), является одним из ведущих факторов риска основных неинфекционных заболеваний, на долю которых приходится более 2/3 всех случаев преждевременной смерти. Причем за более чем 5 млн. из этих случаев ответственна низкая ФА [6,9,14]. В настоящее время с использованием международного опросника GPAQ изучается ФА населения и предпринимаются меры по ее повышению в более 130 странах мира [15]. Однако только в четырёх странах – Канаде, Финляндии, Бразилии и Колумбии накопился опыт повышения ФА населения на популяционном уровне [7].

Артериальная гипертензия (АГ) до настоящего времени наиболее распространенное и в медико-социальном отношении проблемное заболевание. Являясь социально зависимым заболеванием, в формировании АГ важную роль играют ряд поведенческих факторов риска, среди которых весомое место занимает низкая ФА [5,13]. Коррекция низкой ФА в сочетании с лечением АГ приводит к стойкому снижению артериального давления (АД) [3,8]. Особую значимость низкая ФА приобретает среди женщин репродуктивного возраста, учитывая ее роль в формировании неинфекционной заболеваемости, в том числе и АГ, и последующего воздействия на репродуктивный потенциал женщин [2,4]. При этом необходимо отметить, что низкая ФА обычно рассматривается вкупе с избыточной массой тела, высококалорийным питанием, холестеринемией или другими факторами риска АГ. В тоже время низкая ФА примерно у 25% пациентов с АГ встречается в изолированном виде [1], поэтому ее коррекция более доступна, нежели нескольких факторов риска

одновременно. К настоящему времени предложен ряд международных стандартизированных способов (методов) по повышению ФА населения на популяционном уровне [9,11]. Однако исследований по приемлемости и доступности этих способов для женщин и насколько способна коррекция низкой ФА повысить среди них эффективность лечения АГ проведено еще недостаточно.

Цель исследования – изучение приемлемости и доступности стандартизированных способов по повышению ФА для женщин и насколько способна коррекция низкой ФА повысить среди них эффективность лечения АГ.

Объект и методы исследования. Группы наблюдений формировали по результатам анкетирования женщин относительно их репродуктивного здоровья. Использовали международный опросник WHQ [12]. Раздали 3500 анкет, отклик составил 1866 полностью заполненных анкет (53,3±0,7%).

АГ выявили у 625 женщин (33,5±1,1%), из них 291 женщина находилась под врачебным контролем и получала антигипертензивные средства (АГС), у остальных 334 женщин АГ либо протекала в очень лёгкой форме, они редко совершали визиты в поликлинику и прерывали прием АГС, либо АГ была выявлена посредством анкетирования на основании разных, быстропроходящих клинических проявлений; всем женщинам было рекомендовано обратиться к врачам. Контрольную группу составила 1241 женщина без АГ. На дополнительный опросник GPAQ по определению физического состояния [9] откликнулись 528 женщин с АГ (84,5±1,6%) и 847 женщин без АГ (68,3±1,3%). Группы наблюдения составили согласно индексу Кетле с нормальной массой тела (<25,9кг/м) 326 женщин с АГ (61,7±2,1%) и 406 женщин без АГ (47,9±1,7%); в обеих группах общий холестерин в крови женщин не превышал 5-6 ммоль/л. Всем женщинам было рекомендовано повысить ФА. Наблюдение за женщинами осуществляли посредством контактов во время визитов в поликлинику и средствами мобильной связи проводили в течении 11-15 месяцев. Периодически

измеряли их АД, массу тела и общий холестерин. Работу проводили при активном участии врачей поликлиник.

Результаты исследования и их обсуждение. Интенсивная ФА (спорт, фитнес, ежедневная утренняя зарядка, пробежки и прочее) была присуща только 21 женщине с АГ (6,4±2,4%) и 39 женщинам без АГ (9,6±1,5%; $t=2,21$; $P>0,05$). ПерIODически интенсивной ФА занимались еще соответственно 36 (11,0±1,7) и 72 (17,7±1,9%) женщин ($t=2,63$; $P<0,01$). У остальных 269 (82,5±2,1) и 289 (71,2±2,3%; $t=3,63$; $P<0,001$); женщин ФА проявлялась лишь при ходьбе (на службу, в детские учреждения, рынок, магазины и прочее). Ходьба относится к умеренной ФА. По международным рекомендациям ходьба продолжительностью более 30 минут в день (3 км) позволяет сжигать 150 ккал, что покрывает потребность организма в ФА, естественно, чем больше продолжительность ходьбы, тем более она полезна для здоровья. Однако полезность этих рекомендаций относительно формирования АГ среди женщин требуют уточнений. Случаи АГ распределили в зависимости от продолжительности ходьбы женщин в течение дня и сопоставили их с контрольной группой (табл. 1).

Почти у половины женщин с АГ продолжительность ходьбы была в пределах 15-29 мин/день, еще у 27,9±2,5% женщин она была в пределах 30-44 мин/день ($t=3,99$; $P<0,001$). В целом для всей группы этот показатель составил в среднем 30,2±1,7 мин/день. Столь низкая ФА объясняется тем, что на место службы многие женщины добираются на личном или семейном автомобиле или от ближайших остановок автобусов и метро; дома и на службе пользуются лифтами, дети посещают школу самостоятельно, рынки и магазины расположены вблизи дома, причем посещают их всего 2-3 раза в неделю, в выходные дни обычно занимаются домашним хозяйством. Кроме того, 96 из 326 женщин были домохозяйками (29,4±2,5%).

В контрольной группе положение более благополучное, в частности у 32,3±2,3% продолжительность ходьбы была в пределах 45-59 мин/день, а у 20,7±2,0% женщин она превышала 60 мин/день

($t=3,80$; $P<0,001$). Средний показатель продолжительности их ходьбы составил 43,4±1,2 мин/день, что намного выше аналогичного показателя женщин с АГ ($t=6,35$; $P<0,001$). Скорее всего при ежедневной ходьбе в течении более 45 минут потребность организма женщин в физической нагрузке удовлетворяется и вместе с этим снижается риск формирования АГ.

Малоподвижным людям в результате усиленного питания свойственно обычно повышенный уровень общего холестерина в крови и избыточная масса тела. В наших наблюдениях их показатели среди женщин с АГ, как указывалось, были в пределах нормы. Объяснением подобного обстоятельства может служить то, что 67 из 326 женщин отметили наличие плохого аппетита (20,6±2,2%). Остальные же женщины отметили, что они не переедают и прекращают принимать пищу при появлении первых признаков сытости. Надо отметить, что 20 из 105 женщин без АГ, у которых продолжительность ходьбы не превышала 30 минут, также отметили наличие у себя плохого аппетита (26,7±4,3%). Возможно, низкая ФА ограничивает женщин в чрезмерном употреблении пищи и тем самым поддерживает их массу тела в норме. Однако данный факт требует отдельного изучения.

Для коррекции низкой ФА и определения ее роли в повышении эффективности лечения АГ провели следующую работу. Со всеми женщинами была проведена соответствующая разъяснительно-организационная работа. Составили памятку, содержащую элементы (способы) повышения ФА. Было рекомендовано максимально увеличить продолжительность ходьбы, в частности припарковать автомобиль несколько вдали от дома и работы, не пользоваться лифтами, стараться не доезжать на 1-2 остановки до работы и дома, посещать более отдаленные рынки и магазины. В памятке содержались и элементы интенсивной ФА. Для каждой женщины был составлен план визитов в поликлинику, предписано обязательное выполнение назначений врачей. Для самоконтроля АД и физических нагрузок было рекомендовано приобретение тонометров и шагомеров. С женщинами наладили контакты средствами мобильной связи. Наблюдения проводили в течение 11-15 месяцев.

Таблица 1.

Распределение случаев АГ в зависимости от продолжительности ходьбы женщин

Продолжительность ходьбы, мин/день	Частота продолжительности ходьбы				Достоверность различия	
	Женщины с АГ		Женщины без АГ			
	n=326		n=406			
	абс	%	абс	%	t	P
<15	44	13,5±1,9	33	8,1±1,4	2,28	<0,05
15-29	139	42,6±2,7	72	17,7±1,9	7,55	<0,001
30-44	91	27,9±2,5	86	21,2±2,0	2,09	<0,05
45-59	36	11,0±1,7	131	32,3±2,3	7,45	<0,001
>60	16	4,9±1,2	84	20,7±2,0	6,78	<0,001
e, мин/день	9849,0		17640,0		6,35	<0,001
M±m, мин/день	30,2±1,7		43,4±1,2			

Контрольные исследования показывают, что по объективным и субъективным причинам на финише работы выбыли 12 из 326 наблюдаемых женщин с АГ. Полностью выполняли все предписания 218 женщин (1-я группа), их ФА повысились до 46,7±2,2 мин/день умеренной ходьбы, остальные 96 женщины только первые 2-3 месяца придерживались предписаниям, в последующем существенно их снизили (2-я группа). Поэтому их ФА активность осталось практически на прежнем уровне, составляла в среднем 32,3±2,9 мин/день ($t=3,96$; $P<0,001$). В результате из-

Таблица 2.

Влияние выполняемости рекомендаций по лечению АГ и коррекции ФА на динамику контролируемых показателей в течение 11-15 месяцев

меряемые контрольные показатели в этих группах женщин через 11-15 месяцев заметно различались (табл. 2).

В результате сочетанного проведения лечения АГ и коррекции ФА на постоянной основе на финише работы клиническое течение АГ улучшилось у 49,1±3,4% женщин против 18,2±2,2% их показателя на старте (t=5,16; P<0,001), что позволило врачам снизить дозировку и кратность приема АГС женщинами. Одновременно с этим выздоровление наступило у 26,1±3,0% женщин. Существенно повысился самоконтроль АД — с 6,7±1,4 до 45,0±3,4% (t=10,41; P<0,001) и самоконтроль ФА — с 3,8±1,1 до 56,9±3,4% (t=14,87; P<0,001). Почти все женщины ежедневно фиксировали продолжительность ходьбы, а 62 из 218 женщин стали делать утреннюю зарядку (28,4±3,1%), еще 19 женщин — посещать фитнес клубы (8,7±1,9%). Особенно значимым является значительное снижение таких репродуктивных нарушений как нарушение менструального цикла, позднее наступление беременности, её отягощённое течение и угроза прерывания, преждевременные и тяжёлые роды, патология новорожденных и прочее — с 74,2±2,5 до 48,6±3,4% (t=6,07; P<0,001).

Позитивно оценили собственное здоровье через 11-15 месяцев 68,3±3,2%, тогда как в начале работы их число составило 16,6±2,1% (t=13,53; P<0,001).

Определенные позитивные изменения в контролируемых показателях произошли и во 2-й группе женщин, однако во многом их уровень за весь период наблюдений остался практически неизменным. Женщины не только несерьезно отнеслись к коррекции ФА, но и не совершали плановые визиты в поликлинику, не отличались достаточной приверженностью к лечению АГ. Как видно, коррекция самостоятельной низкой ФА играет важную роль в достижении лечебного эффекта АГ, о чем свидетельствуют показатели АД. Так, на старте работы показатель систолического АД (САД) среди женщин составил в среднем 149,3±4,7 мм. рт. ст, диасто-

лического АД (ДАД) — 106,31±3,6 мм рт. ст. На финише работы показатель САД в 1-й группе женщин снизился и составил в среднем 126,6±3,6 мм рт. ст (t=3,63; P<0,001), ДАД — 85,3±3,1 мм рт. ст (t=4,42; P<0,001). Во 2-й группе женщин значимых снижений показателей не произошло — САД составил в среднем 141,8±5,3 мм рт. ст (t=1,06; P>0,05), ДАД — 103,4±3,2 мм рт. ст (t=0,60; P>0,05).

Выводы. Таким образом, малоподвижный образ жизни, свойственный значительной части женщин, не только оказывает отягощающее воздействие на здоровье, но является ведущим фактором риска формирования среди них АГ. На фоне низкой ФА снижается эффективность лечения АГ. Современный ритм жизни ограничивает возможности женщин в осуществлении интенсивной ФА, но она компенсируется умеренной ходьбой продолжительностью 45 минут и более в день. При подобной ФА за относительно короткий срок (11-15 месяцев) повышается эффективность лечения АГ, выздоровление наступает у 26,1±3,0% женщин и достигается целевой уровень АД.

Перспективы дальнейших исследований. Планируется доступная на постоянной основе разъяснительная работа среди женщин, что найдет понимание в необходимости повышения ФА.

Контролируемые показатели	Динамика контролируемых показателей					
	Старт		Финиш			
	Общая группа женщин с АГ		1-я группа женщин с АГ		2-я группа женщин с АГ	
	n=314		n=218		n=96	
	абс	%	абс	%	абс	%
Течение АГ						
- ухудшение	116	36,9±2,7	12	5,5±1,5	29	30,2±4,7
- стабильное	141	44,9±2,8	42	19,3±2,7	41	42,7±5,1
- улучшение	57	18,2±2,2	107	49,1±3,4	23	24,0±4,4
- выздоровление	-	-	57	26,1±3,0	3	3,1±1,8
Самоконтроль АД (тонометром)	21	6,7±1,4	98	45,0±3,4	11	11,5±3,3
Самоконтроль ФА	12	3,8±1,1	124	56,9±3,4	13	13,5±3,5
Репродуктивные нарушения	233	74,2±2,5	106	48,6±3,4	62	64,6±4,9
Позитивная самооценка здоровья	52	16,6±2,1	149	68,3±3,2	28	29,2±4,7

Примечание: уровень статистической значимости различия показателей на финише по сравнению со стартом работы: 1 – P > 0,05, 2 – P < 0,05, 3 – P < 0,01, 4 – P < 0,001.

Литература

1. Агаев А.А. Оценка роли физической активности в заболеваемости населения гипертонической болезнью / А.А. Агаев // Азербайджанский мед. журнал. — 2011. — № 2. — С. 80-83.
2. Гамзаев М.А. Оценка состояния физической активности женщин и их репродуктивного здоровья / М.А. Гамзаев // Центр-Азиат. мед. ж. — 2012. — № 3. — С. 296-300.
3. Зыков К.А. Немедикаментозные методы лечения пациентов с артериальной гипертензией и бронхоструктурной патологией / К.А. Зыков, Л.Г. Ратова, О.Ю. Агапова, И.Е. Чазова // Системные гипертензии. — 2012. — № 3. — С. 54-59.
4. Логинов С.Н. Физическая активность женщин на урбанизированном сибирском Севере: влияние возраста и профессии / С.Н. Логинов, Т.В. Косолапова, М.Н. Мальков, Л.В. Гизатулина // Проф. забол. и укрепл. здоровья. — 2006. — № 6. — С. 27-31.

5. Потемкина Р.А. Врачебное консультирование по вопросам физической активности (рекомендации для врачей первичного здравоохранения) / Р.А. Потемкина // Профилактическая медицина. — М.: МЕДИА СФЕРА, 2010. — Т. 13, № 3. — С. 29-33.
6. Потемкина Р.А. Повышение физической активности населения России: современные подходы к разработке популяционных программ / Р.А. Потемкина // Профилактическая медицина. — 2014. — Т. 17. — 31. — С. 6-11.
7. Пратт М. Можно ли повысить уровни физической активности в популяции? Доказательства на основе мирового опыта / М. Пратт, Л. Перез, Ш. Гоенка [и др.] // Профилактическая медицина: научно-практический журнал. — 2015. — Том 18, № 2. — С. 18-37.
8. Фролова Е.В. Эффективность немедикаментозной коррекции артериальной гипертензии в общей врачебной практике / Е.В. Фролова, Г.Л. Плавинский, И.Е. Моисеева [и др.] // Кардиология. — 2004. — № 2. — С. 35-39.
9. Bull F.C. Global physical activity questionnaire (GPAQ): nine country reliability and validity study / F.C. Bull, T.S. Maslin, T. Armstrong // J Phys Act Health. — 2009. — Nov. — V. 6. — № 6. — P. 790-804.
10. Bull F. Tackling chronic disease through increased physical activity in the Arab World and the Middle East.-challenge and opportunity / F. Bull, J. Dvorak // Br J. Sports. Med. — 2013. — 47. — № 10. — P. 600-602.
11. Craig C.L. International Physical Activity Questionnaire: 12-Country Reliability and Validity / C.L. Craig, A.L. Marshall, M. Sjostrom // Med. Sci. Sports. Exerc. — 2003. — № 8. — P. 138-1385.
12. Hunter M.S. The Women's Health Questionnaire (WHQ): the development, standardization and application of a measure of women's emotional and physical health / M.S. Hunter // Quality of Life Res. — 2000. — № 9. — P. 733-738.
13. Kohl H.W. The pandemic of physical inactivity: global action for public health / H.W. Kohl, C.L. Craig, E.V. Lambert [et al.] // Lancet. — 2012. — Vol. 380, № 9838. — P. 294-305.
14. World Health Organization. Global Action Plan for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases 2013-2020. Geneva: World Health Organization 2013.
15. World Health Organization. Global Status Report on Non Communicable Disease 2010. World Health Organization (Geneva) 2011.

УДК: 618.17-092:612.766.1

ОЦІНКА ВПЛИВУ КОРЕКЦІЇ НИЗЬКОЇ ФІЗИЧНОЇ АКТИВНОСТІ НА ЕФЕКТИВНІСТЬ ЛІКУВАННЯ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ СЕРЕД ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ У ПОЛІКЛІНІЧНИХ УМОВАХ

Чобанов Р. Е., Бабаева А. Д., Исламзаде І. Ф.

Резюме. Роздали 3500 анкет, відгук склав 1866 повністю заповнених анкет (53,3 ± 0,7%). АГ виявили у 625 жінок (33,5 ± 1,1%), з них 291 жінка перебувала під наглядом лікаря і отримувала антигіпертензивні засоби (АГЗ), у решти 334 жінок АГ або протікала в дуже легкій формі, вони рідко здійснювали візити в поліклініку і переривали прийом АГЗ, або АГ була виявлена за допомогою анкетування на підставі різних, скороминучих клінічних проявів. Контрольну групу склали 1241 жінка без АГ. На додатковий опитувальник GPAQ за визначенням фізичного стану відгукнулися 528 жінок з АГ (84,5 ± 1,6%) і 847 жінок без АГ (68,3 ± 1,3%). Групи спостереження склали відповідно до індексу Кетле з нормальною масою тіла (<25,9 кг/м) 326 жінок з АГ (61,7 ± 2,1%) і 406 жінок без АГ (47,9 ± 1,7%); в обох групах загальний холестерин в крові жінок не перевищував 5-6 ммоль/л. Всім жінкам було рекомендовано підвищити ФА. Спостереження за жінками продовжували протягом 11-15 місяців. На старті роботи ФА (помірна ходьба) жінок з АГ становила в середньому 30,2 ± 1,7 хв/день, жінок без АГ — 43,4 ± 1,2 хв/день. На фініші роботи ФА жінок з АГ підвищилася до 46,7 ± 2,2 хв/день, в результаті якого 26,1 ± 3,0% жінок одужали, а у 49,1 ± 3,4% жінок покращився клінічний перебіг АГ. Частота репродуктивних порушень за цей період знизилася з 74,2 ± 2,5 до 48,6 ± 3,9%. Самоконтроль артеріального тиску стали здійснювати 45,0 ± 3,4% жінок, а самоконтроль ФА — 56,9 ± 3,4%. Позитивно оцінили власне здоров'я 68,3 ± 3,2% жінок проти 16,6 ± 2,1% на старті роботи. Досягнуто стійке зниження артеріального тиску — систолічного в середньому з 149,3 ± 4,7 до 126,6 ± 3,6 мм рт. ст., діастолічного — з 106,3 ± 3,6 до 85,3 ± 3,1 мм рт. ст.

Висновок. Корекція ФА в поєднанні з антигіпертензивною терапією підвищує ефективність лікування АГ. Помірна ходьба протягом 45 хв/день і більше компенсує потребу організму в ФА.

Ключові слова: жінки репродуктивного віку, артеріальна гіпертензія, фізична активність, корекція, здоров'я.

УДК: 618.17-092:612.766.1

ОЦЕНКА ВОЗДЕЙСТВИЯ КОРРЕКЦИИ НИЗКОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ СРЕДИ ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА В ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ

Чобанов Р. Э., Бабаева А. Д., Исламзаде И. Ф.

Резюме. Раздали 3500 анкет, отклик составил 1866 полностью заполненных анкет (53,3±0,7%). АГ выявили у 625 женщин (33,5±1,1%), из них 291 женщина находилась под врачебным контролем и получала антигипертензивные средства (АГС), у остальных 334 женщин АГ либо протекала в очень лёгкой форме, они редко совершали визиты в поликлинику и прерывали прием АГС, либо АГ была выявлена посредством анкетирования на основании разных, быстропротекающих клинических проявлений. Контрольную группу составила 1241 женщина без АГ. На дополнительный опросник GPAQ по определению физического состояния откликнулись 528 женщин с АГ (84,5±1,6%) и 847 женщин без АГ (68,3±1,3%). Группы наблюдения составили согласно индексу Кетле с нормальной массой тела (<25,9 кг/м) 326 женщин с АГ (61,7±2,1%) и 406 женщин без АГ (47,9±1,7%); в обеих группах общий холестерин в крови женщин не превышал 5-6 ммоль/л. Всем женщинам было рекомендовано повысить ФА. Наблюдение за женщинами продолжали в течении 11-15 месяцев. На старте работы ФА (умеренная ходьба) женщин с АГ составляла в среднем 30,2±1,7 мин/день,

женщин без АГ — 43,4±1,2 мин/день. На финише работы ФА женщин с АГ повысилась до 46,7±2,2 мин/день, в результате которого 26,1±3,0% женщин выздоровели, а у 49,1±3,4% женщин улучшилось клиническое течение АГ. Частота репродуктивных нарушений за этот период снизилась с 74,2±2,5 до 48,6±3,9%. Самоконтроль АД стали осуществлять 45,0±3,4% женщин, а самоконтроль ФА — 56,9±3,4%. Позитивно оценили собственное здоровье 68,3±3,2% женщин против 16,6±2,1% на старте работы. Достигнуто стойкое снижение АД — систолического в среднем с 149,3±4,7 до 126,6±3,6 мм рт. ст., диастолического — с 106,3±3,6 до 85,3±3,1 мм рт. ст.

Вывод. Коррекция ФА в сочетании с антигипертензивной терапией повышает эффективность лечения АГ. Умеренная ходьба в течение 45 мин/день и более компенсирует потребность организма в ФА.

Ключевые слова: женщины репродуктивного возраста, артериальная гипертензия, физическая активность, коррекция, здоровье.

UDC: 618.17-092:612.766.1

ASSESSMENT OF THE IMPACT OF CORRECTING OF LOW PHYSICAL ACTIVITY ON THE EFFECTIVENESS OF TREATMENT OF HYPERTENSION AMONG WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE IN OUTPATIENT CONDITIONS

Chobanov R. E., Babayeva A. D., Islamzade I. F.

Abstract. *Goal.* To study the acceptability and availability of standardized ways to increase physical activity (PA) for women and as capable of correction of low physical activity to promote among them the effectiveness of treatment of arterial hypertension (AH).

Methods. Distributed 3,500 questionnaires, the response rate was 1866 fully completed questionnaires (53,3±0,7%).

AG identified in 625 women (33,5±1,1%), of which 291 the woman was under medical supervision and were receiving antihypertensive agents (AGS), the remaining 334 women AG or proceeded in a very mild form, they rarely visited the clinic and interrupted reception of AGS or AG were identified by means of a questionnaire based on different rapid progressing clinical manifestations; all women were recommended to go to the doctors. The control group consisted of 1241 a woman without hypertension. For additional GPAQ questionnaire to determine the physical condition responded 528 women with hypertension (84,5±1,6%) and 847 women without hypertension (68,3±1,3%). The group's follow-up was according to the Quetelet index normal weight (<25.9 kg/m) 326 women with hypertension (61,7±2,1%) and 406 women without hypertension (47,9±1,7%); in both groups total cholesterol in the blood of women did not exceed 5-6 mmol/l. All women were encouraged to raise PA. Surveillance of women was carried out through contacts during visits to the clinic and mobile communication continued in the period of 11-15 months. Periodically measured their blood pressure, body weight and total cholesterol. The work was carried out with the active participation of doctors of polyclinics.

Results. At the start of work the PA (moderate walking) in women with AG amounted to an average of 30.2±1.7 min/day, women without AG — 43,4±1,2 min/day. At the finish of the work the PA in women with hypertension increased to 46.7±2,2 min/day, which is 26.1±3.0% of women recovered, and was 49.1±3.4% of women had improved clinical course of AG. The frequency of reproductive disorders in this period decreased from 74.2±2,5 to 48.6±3,9 percent. Self-control HELL began to implement 45,0±3,4% of women, and self-control FA — 56,9±3,4%. Positively assessed their own health to 68.3±3,2% of women vs 16,6±2,1% at the start of work. Achieved persistent reduction in blood pressure — systolic on average 149,3±4,7 to 126,6±3,6 mm Hg. St., diastolic with a 106,3±3,6 to 85,3±3,1 mm Hg. St.

Conclusion. Correction of FA in combination with antihypertensive therapy increases the effectiveness of treatment of hypertension. Moderate walking for 45 min/day and more than compensates for the body's need for FA.

Keywords: women of reproductive age, arterial hypertension, physical activity, correction, health.

Рецензент — проф. Катрушов О. В.

Стаття надійшла 09.10.2016 року