ISSN 3034-4123 (Print)
ISSN 3034-4565 (Online)

Первичная медико-санитарная помощь

Primary Health Care (Russian Federation)



НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ РЕЦЕНЗИРУЕМЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

№ 2(4) 2025

РОССИЙСКОЕ ОБЩЕСТВО ПРОФИЛАКТИКИ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ЦЕНТР ТЕРАПИИ И ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ МИНЗДРАВА РОССИИ

Научный рецензируемый медицинский журнал

Зарегистрирован Министерством цифрового развития связи и массовых коммуникаций РФ 05.02.2024 (ПИ № ФС77-86700)

Периодичность: 4 номера в год
Установочный тираж — 1 000 экз.

Полнотекстовые версии всех номеров размещены на сайте Научной Электронной Библиотеки: *www.elibrary.ru*

Сайт журнала: *https://prmed.elpub.ru/jour*

Информация о подписке: *https://prmed.elpub.ru/jour*

Открытый доступ к архивам и текущим номерам

Индексируется в НЭБ (РИНЦ), КиберЛенинка, "Белый список"

Издательство:
ООО "Силицея-Полиграф",
e-mail: cardio.nauka@yandex.ru,
Тел.: +7 (985) 768 43 18, www.roscardio.ru

Отдел рекламы и распространения
Гусева А. Е.
e-mail: guseva.silicea@yandex.ru

Ответственный переводчик
Клещеногов А. С.

Дизайн, верстка
Добрынина Е. Ю.
Звездкина В. Ю.
Старцев Д. С.

Отпечатано:
типография "OneBook",
ООО "Сам Полиграфист",
129090, Москва, Протопоповский пер., 6.
www.onebook.ru

© Первичная медико-санитарная помощь, оформление макета, 2025

Лицензия на шрифты № 180397 от 21.03.2018

Подписано в печать: 30.12.2025
Цена свободная

ПЕРВИЧНАЯ МЕДИКО-САНИТАРНАЯ ПОМОЩЬ

Том 2, № 4’ 2025

Главный редактор

Драпкина Оксана Михайловна (Москва, Россия) — д.м.н., профессор, академик РАН, ORCID: 0000-0002-4453-8430

Заместитель главного редактора

Шепель Руслан Николаевич (Москва, Россия) — к.м.н., доцент, ORCID: 0000-0002-8984-9056

Редакционная коллегия

Авдеев С. Н. (Москва, Россия) — д.м.н., профессор, академик РАН, ORCID: 0000-0002-5999-2150
Баланова Ю. А. (Москва, Россия) — д.м.н., доцент, ORCID: 0000-0001-8011-2798
Белоусова О. Н. (Белгород, Россия) — д.м.н., профессор, ORCID: 0000-0001-6862-0829
Бернс С. А. (Москва, Россия) — д.м.н., ORCID: 0000-0003-1002-1895
Блинов А. Г. (Саратов, Россия) — д.ю.н., профессор, ORCID: 0000-0003-2332-7789
Герасимов А. М. (Саратов, Россия) — д.ю.н., профессор, ORCID: 0000-0002-9535-6733
Горелик С. Г. (Москва, Россия) — д.м.н., профессор, ORCID: 0000-0001-5288-9874
Горенков Р. В. (Москва, Россия) — д.м.н., ORCID: 0000-0003-3483-7928
Гостева Е. В. (Воронеж, Россия) — д.м.н., профессор, ORCID: 0000-0002-8771-2558
Джиоева О. Н. (Москва, Россия) — д.м.н., ORCID: 0000-0002-5384-3795
Дроздова Л. Ю. (Москва, Россия) — к.м.н., доцент, ORCID: 0000-0002-4529-3308
Зимина Э. В. (Москва, Россия) — д.м.н., профессор, ORCID: 0000-0002-3590-753X
Иванова Е. С. (Москва, Россия) — к.м.н., ORCID: 0000-0001-5379-7170
Имаева А. Э. (Москва, Россия) — д.м.н., доцент, ORCID: 0000-0002-9332-0622
Ипатов П. В. (Москва, Россия) — д.м.н., профессор, ORCID: 0000-0001-7724-6429
Кадыров Ф. Н. (Москва, Россия) — д.э.н., ORCID: 0000-0003-4327-4418
Калинина А. М. (Москва, Россия) — д.м.н., профессор, ORCID: 0000-0003-2458-3629
Каракулина Е. В. (Москва, Россия) — к.м.н., ORCID: 0000-0001-5222-1620
Концевая А. В. (Москва, Россия) — д.м.н., доцент, ORCID: 0000-0002-4453-8430
Купеева И. А. (Москва, Россия) — д.м.н., профессор, ORCID: 0000-0003-2422-6306
Ливзан М. А. (Москва, Россия) — д.м.н., профессор, ORCID: 0000-0002-6581-7017
Меньшикова Л. И. (Москва, Россия) — д.м.н., профессор, ORCID: 0000-0002-3034-9014
Рейхтман Т. В. (Москва, Россия) — д.фарм.н.
Самородская И. В. (Москва, Россия) — д.м.н., профессор, ORCID: 0000-0001-9320-1503
Сон И. М. (Москва, Россия) — д.м.н., профессор, ORCID: 0000-0001-9309-2853
Шальнова С. А. (Москва, Россия) — д.м.н., профессор, ORCID: 0000-0003-2087-6483
Шишкин С. В. (Москва, Россия) — д.э.н., профессор, ORCID: 0000-0002-0807-3277

Научный редактор

Метельская В. А. (Москва, Россия) — д.б.н., профессор, ORCID: 0000-0001-8665-9129

Рабочая группа

Астанина С. Ю. (Москва, Россия) — к.п.н., доцент, ORCID: 0000-0003-1570-1814
Вошев Д. В. (Москва, Россия) — к.м.н., ORCID: 0000-0001-9216-6873
Наумов П. Ю. (Балашиха, Россия) — к.п.н., ORCID: 0000-0002-2875-2322
Орлов С. А. (Москва, Россия) — к.м.н., ORCID: 0000-0002-8749-8504
Савченко Е. Д. (Москва, Россия) — к.м.н., ORCID: 0000-0003-0473-5007
Сененко А. Ш. (Москва, Россия) — к.м.н., ORCID: 0000-0001-7460-418X

Редакция журнала

Заведующий редакцией

Демко В. В. (Москва, Россия)

Выпускающий редактор

Родионова Ю. В. (Москва, Россия)

Адрес редакции

101990, Москва, Петроверигский пер., д. 10, стр. 3,
e-mail: pmsp2024@yandex.ru,
Тел.: +7 (499) 553 67 78

PRIMARY HEALTH CARE (RUSSIAN FEDERATION)

Vol. 2 № 4’ 2025

Editor-In-Chief

Oxana M. Drapkina (Moscow, Russian Federation) ORCID: 0000-0002-4453-8430

Deputy Chief Editor

Ruslan N. Shepel (Moscow, Russian Federation) ORCID: 0000-0002-8984-9056

Editorial Board

Sergey N. Avdeev (Moscow, Russian Federation) ORCID: 0000-0002-5999-2150
Yulia A. Balanova (Moscow, Russian Federation) ORCID: 0000-0001-8011-2798
Oxana N. Belousova (Belgorod, Russian Federation) ORCID: 0000-0001-6862-0829
Svetlana A. Berns (Moscow, Russian Federation) ORCID: 0000-0003-1002-1895
Aleksandr G. Blinov (Saratov, Russian Federation) ORCID: 0000-0003-2332-7789
Aleksey M. Gerasimov (Saratov, Russian Federation) ORCID: 0000-0002-9535-6733
Svetlana G. Gorelik (Belgorod, Russian Federation) ORCID: 0000-0001-5288-9874
Roman V. Gorenkov (Moscow, Russian Federation) ORCID: 0000-0003-3483-7928
Elena V. Gosteva (Voronezh, Russian Federation) ORCID: 0000-0002-8771-2558
Olga N. Dzhioeva (Moscow, Russian Federation) ORCID: 0000-0002-5384-3795
Lyubov Yu. Drozdova (Moscow, Russian Federation) ORCID: 0000-0002-4529-3308
Elvira V. Zimina (Moscow, Russian Federation) ORCID: 0000-0002-3590-753X
Ekaterina S. Ivanova (Moscow, Russian Federation) ORCID: 0000-0001-5379-7170
Asiya E. Imaeva (Moscow, Russian Federation) ORCID: 0000-0002-9332-0622
Petr V. Ipatov (Moscow, Russian Federation) ORCID: 0000-0001-7724-6429
Farit N. Kadyrov (Moscow, Russian Federation) ORCID: 0000-0003-4327-4418
Anna M. Kalinina (Moscow, Russian Federation) ORCID: 0000-0003-2458-3629
Ekaterina V. Karakulina (Moscow, Russian Federation) ORCID: 0000-0001-5222-1620
Anna V. Kontsevaya (Moscow, Russian Federation) ORCID: 0000-0002-4453-8430
Irina A. Kupeeva (Moscow, Russian Federation) ORCID: 0000-0003-2422-6306
Maria A. Livzan (Omsk, Russian Federation) ORCID: 0000-0002-6581-7017
Larisa I. Menshikova (Moscow, Russian Federation) ORCID: 0000-0002-3034-9014
Tatiana V. Reihtman (Moscow, Russian Federation)
Irina V. Samorodskaya (Moscow, Russian Federation) ORCID: 0000-0001-9320-1503
Irina M. Son (Moscow, Russian Federation) ORCID: 0000-0001-9309-2853
Svetlana A. Shalnova (Moscow, Russian Federation) ORCID: 0000-0003-2087-6483
Sergey V. Shishkin (Moscow, Russian Federation) ORCID: 0000-0002-0807-3277

Senior editor

Victoria A. Metelskaya (Moscow, Russian Federation) ORCID: 0000-0001-8665-9129

Content editors

Svetlana Yu. Astanina (Moscow, Russian Federation) ORCID: 0000-0003-1570-1814
Dmitry V. Voshev (Moscow, Russian Federation) ORCID: 0000-0001-9216-6873
Petr Yu. Naumov (Balashiha, Russian Federation) ORCID: 0000-0002-2875-2322
Sergey A. Orlov (Moscow, Russian Federation) ORCID: 0000-0002-8749-8504
Ekaterina D. Savchenko (Moscow, Russian Federation) ORCID: 0000-0003-0473-5007
Alya Sh. Senenko (Moscow, Russian Federation) ORCID: 0000-0001-7460-418X

Editorial office

Editorial Assistant

Vladislav V. Demko (Moscow, Russian Federation)

Managing editor

Yulia V. Rodionova (Moscow, Russian Federation)

Editorial Address

Petroverigsky per., 10, str. 3; Moscow 101990, Russia,
e-mail: pmsp2024@yandex.ru,
Tel.: +7 (499) 553 67 78

RUSSIAN SOCIETY FOR PREVENTION OF NONCOMMUNICABLE DISEASES

NATIONAL MEDICAL RESEARCH CENTER FOR THERAPY AND PREVENTIVE MEDICINE

Scientific peer-reviewed medical journal

Mass media registration certificate 05.02.2024 (ПИ № ФС77-86700)

Periodicity — 4 issues per year
Circulation — 1 000 copies

Complete versions
of all issues are available:
www.elibrary.ru

Instructions for authors, Submit a manuscript
https://prmed.elpub.ru/jour

Subscription
https://prmed.elpub.ru/jour

Open Access

Indexed: e-library, CyberLeninka, "White list"

Publisher
Silicea-Poligraf,
e-mail: cardio.nauka@yandex.ru,
Tel.: +7 (985) 768 43 18,
www.roscardio.ru

Advertising and Distribution department
Guseva Anna
e-mail: guseva.silicea@yandex.ru

Translator
Kleschenogov A. S.

Design, desktop publishing
Dobrynina E. Yu.
Zvezdkina V. Yu.
Startsev D. S.

Printed
OneBook, Sam Poligraphist, Ltd.
Protopopovsky per., 6; Moscow, 129090,
www.onebook.ru

© Primary Health Care (Russian Federation), layout, 2025

Font’s license № 180397 от 21.03.2018

doi: 10.15829/3034-4123-2025-4

СОДЕРЖАНИЕ

РАЗВИТИЕ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

Шавкута Г. В., Яковлева Н. В., Коваленко В. Н., Шнюкова Т. В.
Инсульт у молодых пациентов. Вопросы профилактики и ранней диагностики — **8**

Сафроненко В. А., Чесникова А. И., Скаржинская Н. С., Гридасова Р. А.
Старческая астения у пациентов с артериальной гипертензией и сердечной недостаточностью: клинико-анамнестические особенности — **17**

Турушева А. В., Андреева Е. А., Похазникова М. А., Зеленуха Д. Н., Кузнецова О. Ю.
Влияние нарушения функции внешнего дыхания на гериатрический статус и риск смерти у лиц пожилого и старческого возраста: результаты проспективного когортного исследования "Хрусталь" — **28**

СОВЕТ ЭКСПЕРТОВ

Драпкина О. М., Лила А. М., Загородний Н. В., Абдулганиева Д. И., Зонова Е. В., Наумов А. В., Путилина М. В.
Рекомендации по ведению пациентов с остеоартритом врачом-терапевтом в первичном звене здравоохранения. Резолюция Совета экспертов — **39**

Организационные и прикладные вопросы ведения пациентов с избыточной массой тела и ожирением без хронических неинфекционных заболеваний в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь. Протокол Совета экспертов Российского общества профилактики неинфекционных заболеваний — **47**

КАДРОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ

Драпкина О. М., Шепель Р. Н., Кузнецова О. Ю., Короткова А. В., Бримкулов Н. Н.З, Савченко Е. Д., Ажымамбетова Г. К., Азизова Ф. Л., Ахмедов Х. С., Ботбаева Э. И., Демушкан О. Ю., Долонбаева З. А., Курманова Г. М., Абдугулова Г. З., Кушимбаева К. Ш., Моисеева И. Е., Мурат А., Мухсинзода Г. М., Маннонов О., Матчанова М. С., Наумова Я. С., Патеюк И. В., Сачек М. М., Сафиева З. А., Тажиева А. Е., Туракулов Р. И., Турушева А. В., Уразалиева И. Р., Усубалиев М. Б., Халметова Ф. И., Хасенова А. Ж., Щавелева М. В.
Исследование подготовки врачей общей практики (семейных врачей) в государствах — участниках Содружества Независимых Государств — **50**

Драпкина О. М., Шепель Р. Н., Сененко А. Ш., Савченко Е. Д., Ажымамбетова Г. К., Бримкулов Н. Н., Ботбаева Э. И., Долонбаева З. А., Короткова А. В., Кулкаева Г. У., Наумова Я. С., Недень Л. Ч., Сачек М. М., Сыдыкова С. Ж., Тенизбаева А. Т., Щавелева М. В., Юрченко О. В.
Результаты интервью главных врачей: меры мотивации персонала в первичном звене здравоохранения в странах Содружества Независимых Государств — **69**

ОРГАНИЗАЦИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ И ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ С ДРУГИМИ ВИДАМИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Шинкарева Н. В., Горенков Р. В., Морозова Е. Н.
Эффективность работы мобильных медицинских комплексов в системе первичной медико-санитарной помощи (на примере Московской области) — **78**

ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ ОКАЗАНИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ

Драпкина О. М., Наумов П. Ю., Холиков И. В., Шепель Р. Н.
Эпистемологические (методологические) инструменты концептуализации определения понятия "госпитализация" в современной научной рациональности — **87**

Савченко Д. О., Сон И. М., Неверова Е. Б.
В фокусе правовых изменений: трансформация организационно-правовых основ организации первичной медико-санитарной помощи (IV квартал 2025 г.) — **95**

doi: 10.15829/3034-4123-2025-4

СОДЕРЖАНИЕ

ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ РАЗЛИЧНЫМ ГРУППАМ НАСЕЛЕНИЯ

Жернакова Н. И., Лебедев Д. Т., Лебедев Т. Ю., Косов М. А.
Влияние одиночества на показатели психического и клинического статуса пациентов пожилого возраста, страдающих заболеваниями сердца и сосудов **105**

Джиоева О. Н., Рогожкина Е. А., Иванова А. А., Веденикин Т. Ю., Драпкина О. М.
Ультразвук-ассистированная диагностика декомпенсации сердечной недостаточности в практике врача-терапевта. Методические рекомендации **112**

Драпкина О. М., Мокрышева Н. Г., Грицаева Е. А., Бернс С. А., Васюкова О. В., Горбачева А. М., Дроздова Л. Ю., Елиашевич С. О., Ершова Е. В., Зятенкова Е. В., Казакова М. П., Кононенко И. В., Мельниченко Г. А., Сухарева О. Ю., Трошина Е. А., Шестакова М. В., Шепель Р. Н.
Ведение пациентов с ожирением и хроническими неинфекционными заболеваниями врачом-терапевтом в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь. Методические рекомендации **138**

Крякова М. Ю., Введенский Г. Г., Сон И. М., Меньшикова Л. И., Шепель Р. Н., Ипатов П. В., Каракулина Е. В., Щеголев П. Е., Драпкина О. М.
Форма медицинской документации "Прием пациента медицинской сестрой/медицинским братом". Методическая инструкция **165**

Драпкина О. М., Дроздова Л. Ю., Егоров В. А., Иванова Е. С., Калинина А. М., Раковская Ю. С., Концевая А. В., Бунова А. С.
Стандартная операционная процедура (СОП) по ведению пациентов с риском пагубного потребления алкоголя в центрах здоровья **181**

Драпкина О. М., Дроздова Л. Ю., Егоров В. А., Иванова Е. С., Калинина А. М., Раковская Ю. С., Концевая А. В., Гамбарян М. Г.
Стандартная операционная процедура (СОП) по ведению пациентов с фактором риска — потребление табака и иной никотин-содержащей продукции в центрах здоровья **206**

Драпкина О. М., Дроздова Л. Ю., Егоров В. А., Иванова Е. С., Калинина А. М., Раковская Ю. С., Концевая А. В., Елиашевич С. О.
Стандартная операционная процедура (СОП) по ведению пациентов с факторами риска — избыточная масса тела, ожирение 1-2 степени в центрах здоровья **231**

Драпкина О. М., Дроздова Л. Ю., Егоров В. А., Иванова Е. С., Калинина А. М., Раковская Ю. С., Концевая А. В., Елиашевич С. О., Лищенко О. В.
Стандартная операционная процедура (СОП) по ведению пациентов с комбинацией факторов риска — низкая физическая активность и нерациональное питание в центрах здоровья **260**

ИНФОРМАЦИЯ

Перечень материалов, опубликованных в журнале "Первичная медико-санитарная помощь" в 2025 году **282**

текст доступен в электронной версии

doi: 10.15829/3034-4123-2025-4

CONTENTS

DEVELOPMENT OF DIAGNOSTIC AND TREATMENT METHODS

Shavkuta G. V., Yakovleva N. V., Kovalenko V. N., Shnyukova T. V.
Stroke in young patients: prevention and early diagnosis **8**

Safronenko V. A., Chesnikova A. I., Skarzhinskaya N. S., Gridasova R. A.
Frailty in patients with hypertension and heart failure: clinical and anamnestic features **17**

Turusheva A. V., Andreeva E. A., Pokhaznikova M. A., Zelenukha D. N., Kuznetsova O. Yu.
Impact of respiratory impairment on geriatric status and mortality risk in elderly and older adults: results of the "Crystal" prospective cohort study **28**

EXPERT CONSENSUS

Drapkina O. M., Lila A. M., Zagorodniy N. V., Abdulganiyeva D. I., Zonova E. V., Naumov A. V., Putilina M. V.
Guidelines for the management of patients with osteoarthritis by primary care physician. Expert council resolution **39**

Organizational and applied issues of management of overweight and obese patients without chronic non-communicable diseases in medical organizations providing primary health care. Protocol of the Council of Experts of the Russian Society for the Prevention of Noncommunicable Diseases **47**

STAFFING FOR PRIMARY HEALTH CARE

Drapkina O. M., Shepel R. N., Kuznetsova O. Yu., Korotkova A. V., Brimkulov N. N., Savchenko E. D., Azhimambetova G. K., Azizova F. L., Akhmedov H. S., Botbaeva E. I., Demushkan O. Yu., Dolonbaeva Z. A., Kurmanova G. M., Abdugulova G. Z., Kushimbayeva K. Sh., Moiseeva I. E., Murat A., Mukhsinzoda G. M., Mannonov O., Matchanova M. S., Naumova Ya. S., Pateyuk I. V., Sachek M. M., Safieva Z. A., Tazhiyeva A. Ye., Turakulov R. I., Turusheva A. B., Urazalie I. R., Usubaliev M. B., Khalmetova F. I., Khassenova A. J., Schaveleva M. V.
Study of general practitioner (family physician) training in the Commonwealth of Independent States **50**

Drapkina O. M., Shepel R. N., Senenko A. Sh., Savchenko E. D., Azhimambetova G. K., Brimkulov N. N., Botbayeva E. I., Dolonbayeva Z. A., Korotkova A. V., Kulkaeva G. U., Naumova Ya. S., Neden L. Ch., Sachek M. M., Sydykova S. Zh., Tenizbayeva A. T., Shchaveleva M. V., Yurchenko O. V.
Results of interviews with chief medical officers: measures of staff motivation in primary health care in the Commonwealth of Independent States **69**

ORGANIZATION OF PRIMARY HEALTH CARE AND INTERACTION WITH OTHER TYPES OF MEDICAL CARE

Shinkareva N. V., Gorenkov R. V., Morozova E. N.
Effectiveness of mobile health units in the primary health care system (example of the Moscow Oblast) **78**

LEGAL ASPECTS OF PRIMARY HEALTH CARE

Drapkina O. M., Naumov P. Yu., Kholikov I. V., Shepel R. N.
Epistemological (methodological) tools for conceptualizing the definition of "hospitalization" in modern scientific rationality **87**

Savchenko D. O., Son I. M., Neverova E. B.
Focus of legal changes: transformation of the organizational and legal framework for primary health care (Q4 2025) **95**

doi: 10.15829/3034-4123-2025-4

CONTENTS

PROVIDING MEDICAL CARE TO VARIOUS GROUPS OF THE POPULATION

Zhernakova N. I., Lebedev D. T., Lebedev T. Yu., Kosov M. A.
Impact of loneliness on mental and clinical status in elderly patients with cardiovascular disease **105**

Dzhioeva O. N., Rogozhkina E. A., Ivanova A. A., Vedenikin T. Yu., Drapkina O. M.
Ultrasound-assisted diagnosis of decompensated heart failure in general practice. Guideline **112**

Drapkina O. M., Mokrisheva N. G., Gritsaeva E. A., Berns S. A., Vasyukova O. V., Gorbacheva A. M., Drozdova L. Yu., Eliashevich S. O., Ershova E. V., Zyatenkova E. V., Kazakova M. P., Kononenko I. V., Melnichenko G. A., Sukhareva O. U., Troshina E. A., Shestakova M. V., Shepel R. N.
Management of patients with obesity and noncommunicable diseases by primary health care physicians. Guidelines **138**

Kryakova M. Yu., Vvedensky G. G., Son I. M., Menshikova L. I., Shepel R. N., Ipatov P. V., Karakulina E. V., Shchegolev P. E., Drapkina O. M.
Healthcare record form "Patient Admission by a Nurse". Guideline **165**

Drapkina O. M., Drozdova L. Yu., Egorov V. A., Ivanova E. S., Kalinina A. M., Rakovskaya Yu. S., Kontsevaya A. V., Bunova A. S.
Standard operating procedure (SOP) for the management of patients at risk for harmful alcohol use in health centers **181**

Drapkina O. M., Drozdova L. Yu., Egorov V. A., Ivanova E. S., Kalinina A. M., Rakovskaya Yu. S., Kontsevaya A. V., Gambarian M. G.
Standard operating procedure (SOP) for the management of patients with risk factor of nicotine and tobacco product use in health centers **206**

Drapkina O. M., Drozdova L. Yu., Egorov V. A., Ivanova E. S., Kalinina A. M., Rakovskaya Yu. S., Kontsevaya A. V., Eliashevich S. O.
Standard operating procedure (SOP) for the management of patients with risk factors of overweight and class 1-2 obesity in health centers **231**

Drapkina O. M., Drozdova L. Yu., Egorov V. A., Ivanova E. S., Kalinina A. M., Rakovskaya Yu. S., Kontsevaya A. V., Eliashevich S. O., Lischenko O. V.
Standard operating procedure (SOP) for the management of patients with a combination of risk factors of low physical activity and unhealthy diet in health centers **260**

INFORMATION

Primary Health Care (Russian Federation) contents for 2025 **282**

text is available in electronic version

Уважаемые коллеги!



Мы рады представить Вам новый выпуск журнала "Первичная медико-санитарная помощь", завершающий редакционный цикл 2025 года. В предыдущих номерах мы последовательно поднимали вопросы повышения качества и эффективности первичной медико-санитарной помощи (ПМСП), развития кадрового потенциала, укрепления методологической и научной базы системы здравоохранения, обозревали нормативно-правовые изменения в оказании ПМСП. Данный выпуск является логичным продолжением нашей работы.

Значительная часть выпуска посвящена оказанию медицинской помощи различным группам населения. Представлены стандартные операционные процедуры для ведения пациентов с поведенческими факторами риска. Логично дополняет этот блок оригинальная статья о влиянии одиночества на психическое и клиническое состояние пожилых пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями, подчёркивающая значимость социально-психологических детерминант здоровья. Представлены методические рекомендации ведения пациентов с ожирением и неинфекционными заболеваниями в амбулаторной практике, внедрению УЗ-ассистированных методов диагностики декомпенсации сердечной недостаточности и использованию обновлённых инструментов медицинской документации для медицинских сестёр, создавая связанное поле: от выявления факторов риска до сопровождения пациента в его лечении.

В разделе "Развитие методов диагностики и лечения" рассматривается непрерывность профилактики и терапии в разных возрастных группах. В фокусе внимания: инсульт у молодых пациентов, вопросы старческой астении при сердечно-сосудистых заболеваниях, а также влияние нарушений функции внешнего дыхания на гериатрический статус и риск смерти.

Раздел "Совет экспертов" традиционно является практико-ориентированным и направленным на поддержку врача первичного звена. В выпуске представлены экспертные позиции по ведению пациентов с остеоартритом и подходам к организации помощи лицам с избыточной массой тела и ожирением без сопутствующих неинфекционных заболеваний.

В разделе "Кадровое обеспечение первичной медико-санитарной помощи" представлен международный опыт государств — участников СНГ. Исследования, посвящённые подготовке врачей общей практики и мерам мотивации медицинского персонала, позволяют погрузиться в наиболее эффективные и результативные управленческие, образовательные и организационные решения для устойчивого развития ПМСП и укрепления кадрового потенциала, как в России, так и на пространстве СНГ.

Особое внимание в выпуске уделено вопросам организации ПМСП и её взаимодействию с другими уровнями здравоохранения, а также правовым основам функционирования системы. Важным практическим вкладом является исследование эффективности работы мобильных медицинских комплексов, демонстрирующее возможности расширения доступности помощи, особенно для населения труднодоступных территорий. В правовом блоке представлены материалы, затрагивающие методологическое осмысление понятия госпитализации в современной медицинской практике, а также обзор ключевых правовых изменений, влияющих на организацию ПМСП.

Надеемся, что представленные в номере материалы помогут в принятии управленческих решений и будут способствовать укреплению организационной, методологической и правовой устойчивости первичного звена. Именно благодаря вашей ежедневной работе эти знания и практические решения обретают реальное значение. В канун Нового года мы благодарим вас за труд, вклад в здоровье населения и развитие системы здравоохранения. Пусть 2026 год принесёт новые возможности, профессиональные победы, устойчивые решения для первичного звена и, главное, здоровье тем, ради кого мы работаем.

С уважением,
главный редактор
О. М. Драпкина

Первичная медико-санитарная помощь. 2025;2(4):8-16.
doi: 10.15829/ 3034-4123-2025-62
ISSN 3034-4123 (Print)
ISSN 3034-4565 (Online)

Первичная медико-санитарная помощь
Primary Health Care (Russian Federation)

Инсульт у молодых пациентов. Вопросы профилактики и ранней диагностики

Шавкута Г. В.,
Яковлева Н. В.,
Коваленко В. Н.*,
Шнюкова Т. В.

ФГБОУ ВО "Ростовский государственный медицинский университет" Минздрава России, Ростов-на-Дону, Российская Федерация

*Corresponding author
(Автор, ответственный за переписку):
kovalenko_v00@inbox.ru

Поступила: 23.07.2025
Рецензия получена: 14.10.2025
Принята: 14.11.2025

CC BY 4.0

На основе аналитического обзора информационных источников о статусе и развитии различных аспектов первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) в мире и в выбранных странах, а также международных научно-обоснованных рекомендаций в обзорной статье оценить частоту обнаружения инсульта и особенности его профилактики и ранней диагностики у молодых пациентов.

Для составления обзора использовалась база данных научных публикаций, нормативных правовых документов и Интернет-ресурсов на основе отобранных ключевых слов и понятий, связанных с организационным аспектом ПМСП и его характеристиками. Приоритет в поиске был отдан материалам последнего десятилетия, касающимся инсульта у молодых пациентов.

Увеличивающаяся доля инсультов у молодых пациентов вызывает тревогу как проблема общественного здравоохранения. Средний возраст инсультов у молодых понижается (с 18 лет), что требует эффективных методов профилактики, выявления и лечения данного заболевания.

Устойчивый рост показателей ишемического инсульта, DALY (Disability-Adjusted Life Year), годы жизни с поправкой на инвалидность) и распространённости заболевания требует разработки адресных профилактических программ. Это позволит снизить медико-социальное бремя, уменьшить нагрузку на систему здравоохранения и улучшить показатели общественного здоровья.

Ключевые слова: первичная медико-санитарная помощь, инсульт, молодые пациенты, сердечно-сосудистые заболевания, факторы риска.

Отношения и деятельность: нет.

Для цитирования: Шавкута Г. В., Яковлева Н. В., Коваленко В. Н., Шнюкова Т. В. Инсульт у молодых пациентов. Вопросы профилактики и ранней диагностики. *Первичная медико-санитарная помощь.* 2025;2(4):8-16. doi: 10.15829/3034-4123-2025-62. EDN: WQUHMI

Primary Health Care (Russian Federation). 2025;2(4):8-16.
doi: 10.15829/ 3034-4123-2025-62
ISSN 3034-4123 (Print)
ISSN 3034-4565 (Online)

Development of diagnostic and treatment methods

Review

Stroke in young patients: prevention and early diagnosis

Shavkuta G. V.,
Yakovleva N. V.,
Kovalenko V. N.*,
Shnyukova T. V.

Rostov State Medical University;
Rostov-on-Don, Russian Federation

*Corresponding author:
kovalenko_v00@inbox.ru

Received: 23.07.2025
Revision received: 14.10.2025
Accepted: 14.11.2025

This review is based on analysis of information sources on the status and development of primary health care (PHC) globally and in selected countries, as well as international evidence-based guidelines. The paper assesses the incidence of stroke, as well as its prevention and early diagnosis in young patients.

A database of publications, regulatory documents, and online resources was used, using selected keywords and concepts related to PHC management. Priority was given to materials from the last decade related to stroke in young patients.

The increasing incidence of stroke in young patients is a concerning public health issue. The mean age of stroke in young people is decreasing (from 18 years), necessitating effective methods for the prevention, detection, and treatment of this disease.

The steady increase in ischemic stroke rates, disability-adjusted life years (DALYs), and disease prevalence requires targeted prevention programs. This will reduce the medical and social burden, reduce the pressure on the healthcare system and improve public health outcomes.

Keywords: primary care, stroke, young patients, cardiovascular diseases, risk factors.

Relationships and Activities: none.

For citation: Shavkuta G. V., Yakovleva N. V., Kovalenko V. N., Shnyukova T. V. Stroke in young patients: prevention and early diagnosis. *Primary Health Care (Russian Federation).* 2025;2(4):8-16. doi: 10.15829/3034-4123-2025-62. EDN: WQUHMI

АГ — артериальная гипертензия, ИИ — ишемический инсульт, ОК — оральные контрацептивы, ООО — открытое овальное окно, ССЗ — сердечно-сосудистые заболевания, ТИА — транзиторная ишемическая атака, ФР — факторы риска CI — confidence interval, OR — odds ratio.

doi: 10.15829/ 3034-4123-2025-62

Ключевые моменты

Что известно о предмете исследования?

- Число случаев инсульта среди лиц молодого возраста ежегодно увеличивается.
- Частично это объясняется ростом распространенности традиционных факторов риска, включая артериальную гипертонию, гиперхолестеринемию, ожирение, сахарный диабет, курение и болезни сердца.
- К основным причинам инсульта у молодых относят кардиоэмболические явления, васкулиты и васкулопатии, заболевания соединительной ткани, открытое овальное окно и церебральный венозный тромбоз. Существуют и другие факторы, такие как мигрень, беременность и послеродовой период, употребление наркотиков, оральных контрацептивов, состояние гиперкоагуляции, которые повышают риск развития инсультов в молодом возрасте.

Что добавляют результаты исследования?

- Анализ распространённости, причин и особенностей течения инсультов у пациентов молодого возраста показал определенную и различающуюся степень готовности первичной медико-санитарной помощи к непрерывному и постоянному оказанию медицинской помощи прикрепленным жителям в управлении своим здоровьем на протяжении всей жизни.

Key messages

What is already known about the subject?

- The incidence of stroke among young people is increasing annually.
- This is partly due to the increasing prevalence of traditional risk factors, including hypertension, hypercholesterolemia, obesity, diabetes, smoking, and heart disease.
- The main causes of stroke in young people include cardioembolic events, vasculitis and vasculopathies, connective tissue diseases, patent *foramen ovale*, and cerebral venous thrombosis. Other factors, such as migraine, pregnancy and the postpartum period, drug use, oral contraceptives, and hypercoagulability states, also increase the stroke risk in young adults.

What might this study add?

- An analysis of the prevalence, causes, and course of stroke in young patients revealed varying readiness in primary care to provide continuous and ongoing health care to contractual residents.

Введение

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) традиционно лидируют среди причин смерти во всем мире и существенно ухудшают качество жизни. Инсульт занимает второе место в мире по частоте летальных исходов и чаще всего приводит к инвалидности, вызывая двигательные и когнитивные расстройства у взрослых пациентов [1-3].

Методология исследования

За последнее десятилетие наблюдаются значительные изменения в подходах к выявлению и лечению инсультов у молодых пациентов: в охране здоровья населения и в статусе систем здравоохранения и подсистемы первичной медико-санитарной помощи — в особенности; поэтому основными временными рамками для подбора источников были выбраны публикации, изданные в последнем десятилетии, как содержащие наиболее актуальную, соответствующую происходящим переменам, информацию.

Поиск литературы был выполнен в мировых базах данных, таких как, Cochrane Collaboration, PubMed, Medscape, Scopus, в т.ч. и российских eLIBRARY.RU, КиберЛенинка. Проанализированы исследования за период с 2015 по 2025 гг. Ключевые слова поиска: инсульт, молодые пациенты, сердечно-сосудистые заболевания, факторы риска (stroke, young patients, cardiovascular diseases, risk factors).

Результаты

Растущее число инсультов у молодых вызывает тревогу как проблема общественного здравоохранения. На долю инсультов у молодых людей 18-45 лет приходится около 10% всех инсультов [4, 5]. По данным ряда исследований, частота ишемического инсульта (ИИ) у молодых составляет от 15 до 18% от общего числа ИИ или от 7 до >100/100 000 человеко-лет в зависимости от страны [6, 7].

Средний возраст пациентов с инсультом снижается, а частота и количество госпитализаций среди молодых людей растут. Кроме того, молодые по-

стинсультные пациенты сталкиваются с психосоциальными последствиями, поскольку значительная часть страдает от необратимых когнитивных нарушений, эпилепсии и синдрома хронической усталости. С учетом более продолжительного периода жизни молодых пациентов с постинсультной инвалидностью негативное влияние на их качество жизни оказывается более значительным по сравнению с пациентами пожилого возраста. В связи с этим вопросы профилактики инсульта в молодом возрасте приобретают особую значимость для медицинского сообщества в мировом масштабе [4].

Эпидемиология инсульта у молодых людей

Каждый год во всем мире происходит 12,2 млн новых инсультов, и 101 млн человек живут с последствиями инсульта. По данным исследования "Глобальное бремя болезней" (Global Burden of Disease, GBD) за период с 1990 по 2021 гг., инсульт остаётся одной из ведущих причин смерти и инвалидности во всём мире, наблюдается рост как ишемических, так и геморрагических инсультов, увеличивается частота госпитализаций по поводу инсульта среди молодого населения (18-34 года) [8].

В 2015 г. был отмечен рост заболеваемости инсультом среди молодых людей в возрасте от 20 до 44 лет — от 17 до 28 случаев/100 000 человеко-лет, при этом у мужчин заболеваемость была выше, чем у женщин (31 и 26 случаев/100 000 человеко-лет, соответственно [9]. Однако в ходе ретроспективного когортного исследования, в период с 2001 по 2014 гг., было установлено, что у женщин в возрасте от 25 до 44 лет частота инсультов выше, чем у мужчин, что, вероятно, указывает на специфические факторы риска (ФР) у женщин [9]. Таким образом, противоречивые данные о гендерной дифференциации инсультов в молодом возрасте остаются предметом научных дискуссий.

Каждый четвертый человек в течение жизни переживает инсульт, и это число увеличилось на 50% за последние 17 лет (до 2025 г.). Рост числа инсультов у молодых людей был отмечен в нескольких исследованиях [4, 8, 9]. Однако эпидемиологические показатели инсульта в данной возрастной категории варьируются в различных регионах мира, с наиболее заметной разницей в странах развивающегося типа. Это можно объяснить особенностями каждой популяции, такими как различия в доступе к медицинским услугам, выявлении и своевременном устранении ФР.

Факторы риска инсульта у молодых пациентов

Предполагается, что причины ИИ у молодых людей отличаются от таковых у людей старшего возраста. На сегодняшний день во многих исследованиях изучались клинические данные пациентов молодого возраста, перенёсших инсульт. Однако возрастной порог для молодых людей в этих исследованиях варьировался от 40 до 60 лет, а результаты исследований сильно различались в отношении ФР, подтипов инсульта и причин ИИ у молодых людей. Стоит отметить, что несмотря на то, что приоритетом первичной профилактики является коррекция артериальной гипертензии (АГ) и дислипидемии, важное значение уделяется влиянию на поведенческие и биологические ФР. Модификация диеты, физические упражнения, отказ от табакокурения, избавление от наркотической зависимости — это конкретные мероприятия, которые позволят успешно снизить риск ССЗ как на индивидуальном, так и на популяционном уровне [2].

Однако существуют дополнительные факторы, характерные для молодого возраста и ещё больше повышающие риск инсульта, например: приём оральных контрацептивов, беременность и послеродовой период; пороки развития — открытое овальное окно (ООО), врожденные аномалии строения сосудов; заболевания — мигрень, васкулит, болезни соединительной ткани, повышенная или пониженная свертываемость крови. Кроме того, в структуре риска развития инсульта у молодых всё бóльшую роль играют поведенческие паттерны: рекреационное употребление наркотических веществ, алкогольная зависимость и несбалансированное питание с избытком вредных нутриентов. Ниже будут рассмотрены работы, посвященные анализу дополнительных ФР инсульта у молодых.

Мигрень

Исследования показывают, что мигрень повышает риск ИИ у молодёжи вдвое — отношение шансов (odds ratio, OR) =1,73; 95% доверительный интервал (confidence interval, CI) 1,31-2,29), особенно при наличии ауры (OR=2,16; 95%, CI 1,53-3,03). Риск наиболее высок у женщин (OR=2,08; 95% CI 1,13-3,84), усиливается с возрастом, курением и использованием оральных контрацептивов (ОК) [10].

Беременность и послеродовой период

Беременность и послеродовой период связаны с повышенным риском ИИ и кровоизлияния в мозг. Риск инсульта у беременных и недавно родивших женщин > в 3 раза, чем у небеременных женщин того же возраста. У преэклампсии и инсульта много общих ФР, в т.ч. метаболический синдром, ожирение, гиперкоагуляция, эндотелиальная дисфункция и усиленная воспалительная реакция [11, 12].

Употребление наркотических веществ

Современные исследования отмечают рост употребления наркотических веществ в рекреационных целях среди молодёжи. У потребителей за-

doi: 10.15829/ 3034-4123-2025-62

прещённых веществ повышен риск как геморрагического, так и ИИ. По данным исследования, в котором приняли участие 428 пациентов в возрасте от 18 до 44 лет, перенесших первый инсульт, употребление наркотиков было пятым по распространенности ФР ИИ (9,4% от общего числа участников исследования). Церебральный вазоспазм является важным механизмом развития инсульта, вызванного употреблением кокаина. Наиболее частым механизмом развития инсульта у героиновых наркоманов является кардиоэмболия, вызванная инфекционным эндокардитом [12].

Оральные контрацептивы

Роль ОК в развитии инсульта у молодых людей неоднозначна. Самый ранний метаанализ 16 исследований, проведённых с 1960 по 1999 гг., выявил повышенный риск инсульта у молодых женщин, принимавших ОК с высоким содержанием эстрогена (OR=2,75, 95% CI 2,24-3,38), в то время как ОК, содержащие только прогестин, не повышали риск инсульта. Крупнейшее датское когортное исследование, охватившее значительную выборку, состоящую из 1626 158 представительниц женского пола, продемонстрировало чёткую взаимосвязь между применением гормональных контрацептивных препаратов и повышенным риском тромбообразования. Несмотря на относительно низкий уровень абсолютного риска венозного тромбоза, было установлено, что прием ОК, содержащих этинилэстрадиол в концентрации 20 мкг, увеличивает вероятность тромботических осложнений ~ в 0,9-1,7 раз по сравнению с базовым уровнем. Дополнительно выявлено, что препараты, содержащие высокие дозы этинилэстрадиола (30-40 мкг), повышают указанный риск в диапазоне от 1,3 до 2,3 раза, подчеркивая необходимость дифференцированного подхода к назначению различных форм эстроген-гестагенных комбинированных контрацептивов. ОК связаны с повышением уровня прокоагулянтных факторов, в т.ч. фибриногена, протромбина и факторов VII и VIII, а также со снижением уровня антитромбина и ингибитора пути тканевого фактора. Кроме того, ОК могут повышать риск геморрагического инсульта за счёт развития гипертонии [13].

Гиперкоагуляционные состояния

Гиперкоагуляционные состояния часто встречаются у молодых пациентов с ИИ. Антифосфолипидный синдром — аутоиммунное заболевание, которое в 5 раз чаще встречается у молодых женщин, — присутствует у 10% пациентов с инсультом в возрасте до 50 лет. В крупном многоцентровом популяционном исследовании "случай-контроль" было обнаружено значительное повышение риска ИИ в связи с этим заболеванием у женщин в возрасте до 50 лет (OR=43,1, 95% CI 12.2-152.0) [13].

Антифосфолипидный синдром часто встречается у людей с системной красной волчанкой. Риск инсульта у таких пациентов ~ в 2 раза выше, особенно в молодом возрасте [13].

Серповидноклеточная анемия — ещё одно состояние, связанное с гиперкоагуляцией. Примерно у четверти пациентов с серповидноклеточной анемией к 45 годам случается инсульт. Кроме того, дефицит протеинов C и S (6%), мутация фактора V Лейдена (6%), дефицит антитромбина III (7%) и мутация протромбина (4%) являются другими распространёнными протромботическими состояниями, повышающими риск инсульта [13].

Ишемический инсульт

ИИ в молодом возрасте может быть вызван различными причинами. Несмотря на улучшения в его диагностике и лечении, основная причина ИИ у молодых людей часто остаётся невыясненной (45%) [14].

ООО, а также болезнь мелких сосудов являются распространенными причинами ИИ в возрасте 35-40 лет. Важно отметить, что увеличение количества упомянутых ФР риска у молодых людей приводит к росту числа случаев ИИ, вызванного атеросклерозом, по сравнению с другими причинами [15].

Одной из важных причин ИИ у молодых людей является кардиоэмболический инсульт, который обычно вызван ООО, дилатационной кардиомиопатией и фибрилляцией предсердий. Для диагностики этой причины необходимо провести электрокардиографию или мониторинг электрокардиограммы, чтобы выявить наличие пароксизмальной фибрилляции предсердий у молодых людей. Следует отметить, что ООО обнаруживается у 45% молодых пациентов с криптогенным инсультом. ИИ, связанный с ООО объясняется тремя механизмами: парадоксальной эмболией, тромбозом *in situ* в ООО и аритмиями, связанными с ООО. Кроме того, пациенты в возрасте до 45 лет без ФР имеют более высокий риск развития кардиоэмболического инсульта при наличии ООО. Менее распространенными причинами являются инфекционный эндокардит, врожденный порок сердца, механический клапан аорты, тромб левого желудочка, гипокинетический сегмент левого желудочка, акинетический сегмент левого желудочка [15].

Геморрагический инсульт

На геморрагический инсульт приходится от 10 до 27% всех инсультов. Этот тип инсульта делится на две группы: субарахноидальное кровоизлияние и внутримозговое кровоизлияние. Хотя эти два состояния чаще встречаются у молодого населения

(40-50%) по сравнению с населением в целом (15-20%), геморрагический инсульт встречается реже, чем ишемический [16].

Основными причинами геморрагического инсульта являются церебральные аневризмы, цереброваскулярные мальформации, которые в основном поражают людей в возрасте 20-29 лет, а также АГ, поскольку с возрастом это заболевание приводит к гипертонической микроангиопатии [16].

Криптогенный инсульт

Этот тип инсульта считается наиболее частой этиологической причиной инсульта у молодых людей. Однако его распространённость значительно варьируется (25-70%). Термин "криптогенный" (или "неопределённый") инсульт появился в 2014 г., когда была создана клиническая концепция эмболического инсульта неустановленного происхождения (Embolic Stroke of Undetermined Source, ESUS), чтобы выявить пациентов без лакунарного криптогенного инсульта, у которых эмболия была вероятным механизмом развития инсульта. Критерии для установления криптогенного инсульта как причины церебральной ишемии: установление ИИ, который не является лакунарным, с помощью компьютерной томографии или магнитно-резонансной томографии; исключение наличия экстра- или интракраниального атеросклероза, вызывающего стеноз не < чем в 50% просвета артерий, питающих ишемизированную область; маловероятность кардиоэмболической причины; отсутствие другой конкретной причины инсульта (например, артериита, расслоения аорты, мигрени/вазоспазма и злоупотребления наркотиками). Хотя происхождение эмболии не установлено, многие исследования выявили наличие открытого артериального протока в 58-69% случаев. В свою очередь, были выявлены такие распространённые факторы, как мигрень (50%) и аневризма межпредсердной перегородки, причём последняя связана с более высоким риском инсульта и рецидивов. Диагноз "транспозиция магистральных сосудов" в основном ставится на основании катетеризации правых отделов сердца с визуализацией проводника, пересекающего межпредсердную перегородку. Однако чреспищеводная эхокардиография с исследованием пузырьков является наиболее широко используемым и признанным неинвазивным стандартным методом диагностики открытого аортального канала. Кроме того, она позволяет выявить особенности открытого аортального канала, такие как размер шунта, анатомические характеристики и отличия открытого аортального канала от дефекта межпредсердной перегородки или лёгочного шунта [17].

Другие причины

Наследственная и приобретённая тромбофилия могут быть причинами криптогенного инсульта у молодых людей. К распространённым причинам относятся дефицит антитромбина III, мутация генов протромбина и фактора V Лейдена, дефицит протеинов C и S, синдром антифосфолипидных антител, мутация гена метилентетрагидрофолатредуктазы (*MTHFR*), гипергомоцистеинемия. Другой причиной может быть воспалительная и невоспалительная васкулопатия, при которой мы наблюдаем васкулит, вызванный вирусом иммунодефицита человека, вирусом ветряной оспы, сифилисом, а также такие воспалительные васкулопатии, как синдром Когана, синдром Сусака, синдром Снеддона или болезнь Илеса. Другими заболеваниями, которые могут быть включены в список, являются изолированный первичный васкулит центральной нервной системы и васкулопатии, такие как синдром или болезнь моямоя, а также синдром обратимой церебральной вазоконстрикции. Важную роль в патогенезе инсульта играют инфекции из-за поражения паренхимы головного мозга и мозговых оболочек, а также из-за системного воспаления, которое приводит к нарушениям свёртываемости крови и эндотелиальной дисфункции. Наконец, в патогенезе инсульта у молодых людей участвуют генетические причины, употребление запрещённых веществ и рак. Среди генетических причин возможными этиологическими факторами являются редкие заболевания, такие как церебральная аутосомно-доминантная артериопатия с субкортикальным инфарктом и лейкоэнцефалопатией (CADASIL), церебральная аутосомно-рецессивная артериопатия с субкортикальным инфарктом и лейкоэнцефалопатией (CARASIL), болезнь Фабри, синдром Марфана, MELAS (митохондриальная энцефалопатия, лактоацидоз и инсультоподобные эпизоды), серповидноклеточная анемия и сосудистый синдром Элерса-Данлоса [17].

Необходимо отметить, что связь между раком и инсультом становится все более очевидной. Это было продемонстрировано в ходе когортного исследования развития цереброваскулярных заболеваний у людей, переживших рак, в возрасте от 12 до 39 лет. Исследование показало, что у людей, переживших рак, риск развития любого цереброваскулярного заболевания > на 40%. Эта взаимосвязь может быть обусловлена вторичной гиперкоагуляцией, прямым воздействием опухоли на кровеносные сосуды или другими факторами [17, 18].

Диссекция церебральных артерий — ведущая причина ИИ у молодых пациентов. Диагностика стала возможной благодаря внедрению магнитно-резонансной ангиографии, позволяющей визуализировать характерные признаки заболевания.

doi: 10.15829/ 3034-4123-2025-62

Патогенез включает проникновение крови в стенку сосуда через дефект интимы, приводящее к образованию интрамуральной гематомы, уменьшению просвета и возможному тромбозу. Основные механизмы поражения включают сосудистую недостаточность и артерио-артериальную эмболию. Причины повреждения интимы связаны с диспластическими изменениями стенки сосудов, преимущественно фиброзно-мышечной дисплазией. Генетическая предрасположенность проявляется полногеномными ассоциативными исследованиями, выделяя роль варианта A гена *PHACTR1*, кодирующего белок phosphatase and actin regulator 1. Заболеваемость высока среди лиц молодого возраста, часто проявляясь у ранее здоровых пациентов без классических сердечно-сосудистых рисков. Предрасполагающие факторы включают травмы шеи, физическую нагрузку, манипуляции с шеей и прием медикаментов. Прогноз благоприятен при своевременной диагностике и лечении, рецидивы редки, смертность низкая [18-20].

Клинические проявления

В отличие от пожилых пациентов, молодые люди обращаются за медицинской помощью позже. В ряде случаев описано, что они могут обратиться в отделение неотложной помощи спустя некоторое время после начала инсульта из-за того, что их симптомы настолько разнообразны и слабо выражены с точки зрения неврологического дефицита или даже крайне тяжелы, что изначально вызывает сомнения в диагнозе, помимо их возраста.

Существуют ситуации, которые могут имитировать инсульт, или так называемые "синдромы, имитирующие инсульт", такие как судорожные припадки, острый вестибулярный синдром, мигрень, инфекции, опухоли головного мозга, токсико-метаболическая энцефалопатия (например, гипогликемия), гипертоническая энцефалопатия, синдром спутанности сознания и даже состояния изменённого сознания. По этой причине важно сохранять высокую степень настороженности, когда речь идёт о молодом человеке [18].

При окклюзии передней мозговой артерии, средней мозговой артерии и внутренней сонной артерии симптомы могут проявляться в виде контралатерального гемипареза, контралатеральной гемианестезии, нарушений речи и афазии (при поражении доминантного полушария) [18].

В то же время, синдромы, связанные с задним мозговым кровообращением, проявляются по-разному: от нарушения остроты зрения до головной боли, боли в шее или челюсти, тошноты и неукротимой рвоты, атаксии, нарушений со стороны черепно-мозговых нервов и состояния сознания из-за поражения ствола головного мозга. Атипичные проявления инсульта у молодых людей встречаются часто, что затрудняет постановку этиологического диагноза на основании их семиотики. Нейропсихиатрические симптомы, острая спутанность сознания и снижение бдительности могут быть уникальными признаками течения инсульта. Наконец, связь между мигренью и инсультом была описана в основном у женщин >45 лет, курящих или пользующихся гормональными контрацептивами. У пациентов с мигренью могут наблюдаться длительные очаговые симптомы, главным образом нарушения зрения и речи, что может привести к спутанности сознания и затруднению диагностики инсульта у этих пациентов. У молодых пациентов с геморрагическим инсультом, в основном с внутримозговым кровоизлиянием, клиническая картина обычно отражает основную причину, локализацию и даже объём кровоизлияния, которые могут быть прямо пропорциональны неврологическому поражению, как и при ИИ. Однако, чем моложе пациент, тем менее выражены неврологические симптомы. Это может быть связано с тем, что большинство причин являются структурными, что обеспечивает бóльшую жизнеспособность цереброваскулярных компенсаторных механизмов у молодых людей [18].

Другие симптомы: головная боль, головокружение, тошнота и рвота, нарушение походки, потеря сознания, ухудшение ориентации в пространстве и времени, кома, выпадение зрительных полей, снижение слуха, слепота. Выраженность симптоматики определяется тяжестью поражения головного мозга и локализацией очагов некроза в головном мозге [21].

Этиологический подход к лечению таких пациентов должен основываться на учете и анализе ФР и на клинических проявлениях, например, как острая или подострая головная боль высокой интенсивности, соответствующая критериям мигрени с аурой и двигательными симптомами, локализованными в анатомической области, где произошло кровоизлияние [21].

Осложнения

Нейроны не могут существовать без регулярного притока кислорода. Даже кратковременная гипоксия сопровождается нарушением клеточной биохимии и неблагоприятными метаболическими перестройками. Если кровоток своевременно не восстанавливается, участки мозговой ткани необратимо разрушаются. Страдают функции центральной нервной системы, связанные с погибшими нейронами[1].

Типичные негативные последствия инсульта в молодом возрасте: паралич, парез, снижение

[1] Клинические рекомендации. Ишемический инсульт и транзиторная ишемическая атака. Москва, 2024. URL: https://rehabrus.ru/Docs/2024/klinic-rec-ishem-2024.pdf.

остроты зрения, ослабление слуха, нарушение когнитивных функций, психоэмоциональные расстройства, мышечная слабость[1].

Инвалидизация — распространенное осложнение патологии. Двигательные и когнитивные нарушения лишают пострадавшего возможности работать и выполнять простые действия. В тяжелых случаях пациенту требуется постоянный уход из-за невозможности самообслуживания[1].

Прогноз

Прогноз при инсульте у молодых людей не такой благоприятный, как считалось ранее, как с точки зрения риска смерти, так и с точки зрения физических/психосоциальных последствий. Хотя общая смертность от инсульта в последние годы снизилась, у молодых людей это снижение было более медленным по сравнению с пожилыми людьми. Это было продемонстрировано в популяционном исследовании, в котором оценивалась кумулятивная смертность от всех причин у пациентов, переживших инсульт в течение 30 дней, в конце периода наблюдения. Данные были стратифицированы по возрасту, полу и подтипу инсульта и сравнивались с кумулятивной смертностью от всех причин среди населения в целом. В исследовании приняли участие 15257 молодых людей. В конце периода наблюдения в общей сложности 3540 пациентов (23,2%) умерли, а у выживших через 30 дней суммарная смертность после любого инсульта увеличилась с 3,1% через 1 год до 7,0% через 5 лет, 11,5% — через 10 лет и 17,0% — через 15 лет. Что касается ежегодного риска смерти после ИИ в зависимости от пола и подтипа инсульта, то для мужчин он составил 2,0%, а для женщин — 1,6%. В то же время при внутричерепном кровоизлиянии годовой риск смерти составил 4,8% для мужчин и 3,9% для женщин. Наконец, долгосрочная смертность среди людей, переживших инсульт в течение 30 дней, по сравнению с общей смертностью составила 5,6%. Наблюдаемый уровень смертности составил 13,3/1000 человеко-лет по сравнению с ожидаемым уровнем 2,4/1000 человеко-лет [7, 21].

Профилактика

Во всем мире 90% случаев инсульта у молодых людей вызваны модифицируемыми ФР. По этой причине было предложено контролировать модифицируемые ФР и улучшать образ жизни в молодости, чтобы предотвратить около трех четвертей случаев инсульта в мире. К таким стратегиям относятся изменение образа жизни в сторону здорового, например, отказ от курения, контроль массы тела, регулярная физическая активность и здоровое питание, которые снижают заболеваемость и смертность от инсульта за счет уменьшения влияния ключевых ФР, таких как АГ, дислипидемия и ожирение [22].

Рекомендуется раннее (не позднее 48 ч после развития острого нарушения мозгового кровообращения) начало вторичной профилактики у пациентов с ИИ/транзиторной ишемической атакой (ТИА) с целью улучшения функционального исхода и снижения риска повторных сосудистых событий у молодых пациентов, т.к. им особенно необходимо дальнейшее возвращение к здоровой жизни, трудоспособности.

Физическая активность. Рекомендуется аэробная физическая нагрузка средней интенсивности, по крайней мере, в течение минимум 10 мин 4 раза/нед., или аэробная физическая нагрузка высокой интенсивности в течение минимум 20 мин два раза/нед. для снижения риска повторного инсульта, смерти от повторного инсульта, инфаркта или других сосудистых причин, прерывать нахождение в сидячем положении стоянием или легкими нагрузками длительностью 3 мин каждые 30 мин. Возможно возвращение к привычному режиму тренировок и занятий спортом у пациента молодого возраста[1] [22].

Правильное питание. Рекомендуется пациентам с ИИ/ТИА, страдающим избыточным весом или ожирением, снижение веса и изменение образа жизни для улучшения профиля ФР ССЗ и снижения риска повторного инсульта, рассчитывать индекс массы тела. Согласно российским клиническим рекомендациям, пациентам с ИИ/ТИА необходимо придерживаться диеты средиземноморского типа с акцентом на мононенасыщенные жиры, растительную пищу и потребление рыбы, либо с добавлением высококачественного оливкового масла первого отжима или орехов, что предпочтительнее просто соблюдения диеты с низким содержанием жира для снижения риска повторного инсульта, не ограничивать в повседневной жизни потребление натрия с пищей, уменьшение потребления соли (натрия хлорида) по крайней мере на 2,5 г/сут. (на 1 г/сут. натрия) для снижения риска ССЗ, включая инсульт [23].

Необходимо отметить, что для пациентов, перенесших ИИ, также важна когнитивная и физическая реабилитация для восстановления утраченных функций или приобретения новых. Для достижения наилучшего результата необходима мультидисциплинарная команда специалистов, в т.ч. неврологов, реабилитологов, инструкторов по поведенческой терапии и лечебной физкультуре [23].

Заключение

Глобальная статистика свидетельствует о тревожном росте заболеваемости инсультом среди молодого населения. Наряду с традиционными модифицируемыми ФР (АГ, сахарный диабет, ожирение, дислипидемия), существенную роль играют и другие причины, в частности, пороки развития и воспалительные заболевания сосудистой системы, бере-

менность и послеродовый период, а также поведенческие стратегии, распространенные в молодежной популяции и потенциально опасные для здоровья.

Несмотря на важность ранней диагностики и неотложного лечения, первостепенное значение приобретает комплексная профилактика — как первичная, так и вторичная, включающая фармакологические и немедикаментозные подходы.

Устойчивый рост показателей ИИ, DALY (Disability-Adjusted Life Year), годы жизни с поправкой на инвалидность) и распространённости заболевания требует разработки адресных профилактических программ. Это позволит снизить медико-социальное бремя, уменьшить нагрузку на систему здравоохранения и улучшить показатели общественного здоровья.

Отношения и деятельность: все авторы заявляют об отсутствии потенциального конфликта интересов, требующего раскрытия в данной статье.

Литература/References

1. Johnson CO, Nguyen M, Roth GA, et al. Global, regional, and national burden of stroke, 1990–2016: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. Lancet Neurol. 2019;18:439-58. doi:10.1016/S1474-4422(18)30454-5.
2. Chulkov VS, Gavrilova ES, Chulkov VS, et al. Primary prevention of cardiovascular diseases: emphasis on correction of behavioral risk factors. Russian Journal of Cardiology. 2021;26(3S):4278. (In Russ.) Чулков В.С., Гаврилова Е.С., Чулков В.С., и др. Первичная профилактика сердечно-сосудистых заболеваний: акцент на коррекцию поведенческих факторов риска. Российский кардиологический журнал. 2021;26(3S):4278. doi:10.15829/1560-4071-2021-4278.
3. Virani SS, Alonso A, Benjamin EJ, et al. Heart disease and stroke statistics — 2020 update: A report from the American Heart Association. Circulation. 2020;141: e139-e596. doi:10.1161/CIR.0000000000000757.
4. Bukhari S, Yaghi S, Bashir Z.Stroke in Young Adults. J Clin Med. 2023;12:4999. doi:10.3390/jcm12154999.
5. Firsov KV, Kotov AS, Bunak MS. Genetic causes of stroke in young patients. S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry. 2019;119(1):102-9. (In Russ.) Фирсов К.В., Котов А.С., Бунак М.С. Генетически детерминированные причины инсульта у молодых пациентов. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2019;119(1):102-9. doi:10.17116/jnevro2019119011102.
6. Pisova NV. Ischemic stroke and age. POLYCLINIC. 2023;3(2):49-52. (In Russ.) Пизова Н.В. Ишемический инсульт и возраст. Поликлиника. 2023;3(2):49-52.
7. Van Alebeek ME, Arntz RM, Ekker MS, et al. Risk factors and mechanisms of stroke in young adults: The FUTURE study. J Cereb Blood Flow Metab. 2018;38(9):1631-42. doi:10.1177/0271678X17707138.
8. Pérez Calvo C, Tiller Pacheco GJ, Torres Vélez CN, et al. Stroke in Young Patients: Epidemiology, Manifestations, Diagnosis and Treatment. Am J Biomed Sci & Res. 2021;15(1):002076. doi:10.34297/AJBSR.2021.15.002076.
9. Leppert MH, Ho PM, Burke J, et al. Young women had more strokes than young men in a large, United States claims sample. Stroke. 2020;51(11):3352-55. doi:10. 1161/ STROKEAHA.120.030803.
10. Yemets EV, Shumilina MV. Headache and cardiovascular diseases. Clinical physiology of blood circulation. 2021;1(18):16-23. (In Russ.) Емец Е.В., Шумилина М.В. Головная боль и сердечно-сосудистые заболевания. Клиническая физиология кровообращения. 2021;1(18):16-23. doi:10.24022/1814-6910-2021-18-1-16-23.
11. Elgendy IY, Bukhari S, Barakat AF, et al. Maternal Stroke: A Call for Action. Circulation. 2021;143:727-38. doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.120.051171.
12. Bukhari S, Fatima S, Barakat AF, et al. Venous thromboembolism during pregnancy and postpartum period. Eur J Intern Med. 2022;97:8-17. doi:10.1016/j.ejim. 2022.01.005.
13. Divišová P, Šaňák D, Král M, et al. Young cryptogenic ischemic stroke: A descriptive analysis of clinical and laboratory characteristics, outcomes and stroke recurrence. J Stroke Cerebrovasc Dis. 2020;29(9):105046. doi:10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2020. 105046.
14. Shaban A, Molian V, Garg A, et al. Secular Trends for Etiologies of Acute Ischemic Stroke in Young Adults. J Stroke Cerebrovasc Dis. 2020;29(12):105270. doi:10. 1016/j. jstrokecerebrovasdis.2020.105270.
15. Favilla CG, Messé SR. Patent foramen ovale and stroke: current evidence and treatment options. Curr Opin Neurol. 2020;33(1):10-6. doi:10.1097/WCO. 0000000000000782.
16. Kulesh AA, Nurieva YU, Syromyatnikova LI. Causes of ischemic stroke in patients under 45 years of age: analysis of data from the regional vascular center. Neurology, neuropsychiatry, psychosomatics. 2021;13(1):24-30. (In Russ.) Кулеш А.А., Нуриева Ю.А., Сыромятникова Л.И. Причины ишемического инсульта у пациентов моложе 45 лет: анализ данных регионального сосудистого центра. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2021;13(1):24-30. doi:10.14412/2074-2711-2021-1-24-30.
17. Klijn CJ, Paciaroni M, Berge E, et al. Antithrombotic treatment for secondary prevention of stroke and other thromboembolic events in patients with stroke or transient ischemic attack and non-valvular atrial fibrillation: A European Stroke Organisation guideline. Eur Stroke J. 2019;4(3):198-223. doi:10.1177/2396987319841187.
18. Xia Y, Liu H, Zhu R. Risk factors for stroke recurrence in young patients with first-ever ischemic stroke: A meta-analysis. World J Clin Cases. 2023;11(26):6122-131. doi:10. 12998/wjcc.v11.i26.6122.
19. Yahya T, Jilani MH, Khan SU, et al. Stroke in young adults: Current trends, opportunities for prevention and pathways forward. Am J Prev Cardiol. 2020;3:100085. doi:10.1016/j.ajpc.2020.100085.
20. Pisova NV, Pisov AV. Ischemic stroke in women. Neurology, neuropsychiatry, psychosomatics. 2025;17(3):127-34. (In Russ.) Пизова Н.В., Пизов А.В. Ишемический инсульт у женщин. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2025;17(3):127-34. doi:10.14412/2074-2711-2025-3-127-134.
21. Shahid J, Kashif A, Shahid MK. A Comprehensive Review of Physical Therapy Interventions for Stroke Rehabilitation: Impairment-Based Approaches and Functional Goals. Brain Sci. 2023;13(5):717. doi:10.3390/brainsci13050717.
22. Gusev VV, Medvedeva DA, Lvova OA, et al. The role of smoking as a risk factor for strokes at a young age. The Clinician. 2022;16(1):K653. (In Russ.) Гусев В.В., Медведева Д.А., Львова О.А. и др. Роль курения как фактора риска инсультов в молодом возрасте. Клиницист. 2022;16(1):23-31. doi:10.17650/1818-8338-2022-16-1-K653.
23. Nazarova NR, Hidoyatova DN. Transient ischemic attack is a harbinger of stroke. EJMNS. 2025;5:1-10. (In Russ.) Назарова Н.Р., Хидоятова Д.Н. Транзиторная ишемическая атака — предвестник развития инсульта. EJMNS. 2025;(5):1-10.

Шавкута Галина Владимировна (Galina V. Shavkuta) — д.м.н., профессор, кафедра общей врачебной практики (семейной медицины) (с курсами гериатрии и физиотерапии), зав. кафедрой, ORCID: 0000-0003-4160-8154;

Яковлева Наталья Владимировна (Natalia V. Yakovleva) — к.м.н., доцент кафедры общей врачебной практики (семейной медицины) (с курсами гериатрии и физиотерапии) ORCID: 0000-0002-0647-0084;

Коваленко Василиса Николаевна (Vasilisa N. Kovalenko) — кафедра общей врачебной практики (семейной медицины) (с курсами гериатрии и физиотерапии), ординатор, ORCID: 0000-0002-8795-336X;

Шнюкова Татьяна Викторовна (Tatiana V. Shnyukova) — к.м.н., доцент кафедры общей врачебной практики (семейной медицины) (с курсами гериатрии и физиотерапии), ORCID: 0000-0003-3932-868X.

Адреса организаций авторов: ФГБОУ ВО "Ростовский государственный медицинский университет" Минздрава России, переулок Нахичеванский, д. 29, Ростов-на-Дону, 344022, Россия.
Addresses of the authors' institutions: Rostov State Medical University, Nakhichevansky Lane, 29, Rostov-on-Don, 344022, Russia.

Первичная медико-санитарная помощь. 2025;2(4):17-27.
doi: 10.15829/ 3034-4123-2025-70
ISSN 3034-4123 (Print)
ISSN 3034-4565 (Online)

Первичная медико-санитарная помощь
Primary Health Care (Russian Federation)

Развитие методов диагностики и лечения ***Оригинальная статья***

Старческая астения у пациентов с артериальной гипертензией и сердечной недостаточностью: клинико-анамнестические особенности

Сафроненко В. А.,
Чесникова А. И.,
Скаржинская Н. С.*,
Гридасова Р. А.

ФГБОУ ВО "Ростовский государственный медицинский университет" Минздрава России, Ростов-на-Дону, Российская Федерация

*Corresponding author
(Автор, ответственный за переписку):
tasha84@list.ru

Поступила: 31.08.2025
Рецензия получена: 03.09.2025
Принята: 20.11.2025

CC BY 4.0

Цель. Оценить особенности факторов риска (ФР), структуры коморбидной патологии и клинической картины у пациентов в возрасте ≥80 лет с артериальной гипертензией (АГ) и хронической сердечной недостаточностью (ХСН) при наличии синдрома старческой астении (ССА).

Материал и методы. Для проведения исследования пациенты с АГ и ХСН (n=161) были разделены на две группы в зависимости от наличия ССА: 1 группа — 84 пациента с АГ, ХСН и ССА, 2 группа — 77 пациентов с АГ, ХСН без ССА. Всем участникам проводилась оценка ФР, сопутствующей патологии, клинической симптоматики, когнитивного статуса по шкале MMSE, а также определение наличия ССА с помощью опросника "Возраст не помеха" и суточное мониторирование артериального давления (АД).

Результаты. В 1 группе значимо чаще встречались хроническая болезнь почек (p<0,001), фибрилляция предсердий (p<0,001), более низкий индекс массы тела (p=0,029), деменция легкой (p=0,031) и умеренной (p<0,001) степени тяжести; более низкие значения систолического АД в ночное время (p=0,026) и диастолического АД за день и ночь (p <0,001 и p <0,001, соответственно), более высокие значения вариабельности систолического АД за сутки и ночь (p=0,004 и p <0,001, соответственно) по сравнению со 2 группой.

Заключение. Выявление ССА на амбулаторном этапе — это ключевой элемент профилактической медицины и залог сохранения качества жизни пожилого человека.

Ключевые слова: синдром старческой астении, возраст ≥80 лет, артериальная гипертензия, хроническая сердечная недостаточность.

Отношения и деятельность: нет.

Для цитирования: Сафроненко В. А., Чесникова А. И., Скаржинская Н. С., Гридасова Р. А. Старческая астения у пациентов с артериальной гипертензией и сердечной недостаточностью: клинико-анамнестические особенности. *Первичная медико-санитарная помощь.* 2025;2(4):17-27. doi: 10.15829/3034-4123-2025-70. EDN: XDMEKA

Primary Health Care (Russian Federation). 2025;2(4):17-27.
doi: 10.15829/ 3034-4123-2025-70
ISSN 3034-4123 (Print)
ISSN 3034-4565 (Online)

Первичная медико-санитарная помощь
Primary Health Care (Russian Federation)

Development of diagnostic and treatment methods

Original article

Frailty in patients with hypertension and heart failure: clinical and anamnestic features

Safronenko V. A.,
Chesnikova A. I.,
Skarzhinskaya N. S.*,
Gridasova R. A.

Rostov State Medical University;
Rostov-on-Don, Russian Federation

*Corresponding author:
tasha84@list.ru

Received: 31.08.2025
Revision received: 03.09.2025
Accepted: 20.11.2025

Aim. To evaluate the characteristics of risk factors (RFs), the structure of comorbidities, and the clinical performance in patients aged ≥80 years with hypertension (HTN) and heart failure (HF) associated with frailty syndrome.
Material and methods. Patients with HTN and HF (n=161) were divided into two following groups based on frailty syndrome: group 1 — 84 patients with HTN, HF, and frailty; group 2 — 77 patients with HTN and HF without frailty. All participants underwent assessment of risk factors, comorbidities, symptoms, and cognitive status using the mini-mental state examination (MMSE). All participants were assessed for frailty syndrome using the Age Is Not a Barrier questionnaire and 24-hour blood pressure (BP) monitoring.
Results. In group 1, there was a significantly higher incidence of chronic kidney disease (p<0,001), atrial fibrillation (p<0,001), lower body mass index (p=0,029), mild (p=0,031) and moderate (p<0,001) dementia, as well as lower night-time systolic blood pressure (BP) (p=0,026) and daytime and nighttime diastolic BP (p<0,001 and p<0,001, respectively), higher 24-hour and nighttime systolic BP variability (p=0,004 and p<0,001, respectively) compared to group 2.
Conclusion. Outpatient diagnosis of frailty is a main element of preventive medicine and the key to maintaining the quality of life of the elderly.

Keywords: frailty syndrome, age ≥80 years, hypertension, heart failure.

Relationships and Activities: none.

For citation: Safronenko V. A., Chesnikova A. I., Skarzhinskaya N. S., Gridasova R. A. Frailty in patients with hypertension and heart failure: clinical and anamnestic features. *Primary Health Care (Russian Federation).* 2025;2(4):17-27. doi: 10.15829/3034-4123-2025-70. EDN: XDMEKA

АГ — артериальная гипертензия, АД — артериальное давление, ДАД — диастолическое артериальное давление, ИМТ — индекс массы тела, ПАД — пульсовое артериальное давление, САД — систолическое артериальное давление, ССА — синдром старческой астении, ССЗ — сердечно-сосудистые заболевания, ТШХ — тест с 6-минутной ходьбой, ФП — фибрилляция предсердий, ФР — фактор(ы) риска, ХБП — хроническая болезнь почек, ХСН — хроническая сердечная недостаточность.

Ключевые моменты

- Коморбидность артериальной гипертензии и синдрома старческой астении отягощает течение хронической сердечной недостаточности, усиливая ее клинические проявления.
- Взаимосвязь двух гериатрических синдромов — старческой астении и когнитивных нарушений — способствует существенному снижению качества жизни и ухудшению клинического прогноза пациентов пожилого возраста.
- Изменения суточного профиля артериального давления на фоне старческой астении увеличивают вероятность неблагоприятных сердечно-сосудистых исходов у пациентов с артериальной гипертензией и хронической сердечной недостаточностью.

Key messages

- The comorbidity of hypertension and frailty aggravates the heart failure course, exacerbating clinical manifestations.
- The interrelationship between two geriatric syndromes (frailty and cognitive impairment) contributes to a significant reduction in quality of life and a worsening clinical prognosis in elderly patients.
- Changes in the circadian blood pressure profile associated with frailty increase the likelihood of adverse cardiovascular outcomes in patients with hypertension and heart failure.

Введение

Один из наиболее важных демографических процессов современного мира — старение населения. Наряду с ростом продолжительности жизни отмечается увеличение числа хронических заболеваний и возраст-ассоциированных патологических состояний. Проблема синдрома старческой астении (ССА) становится все более актуальной в условиях старения населения, поскольку он негативно сказывается на пациентах и требует больших ресурсов от здравоохранения. Более того, зафиксирован рост численности населения россиян в возрасте ≥80 лет за 6-летний период (2015-2021 гг.) на 30%[1].

Согласно данным зарубежных исследований, в среднем 10,7% людей в возрасте ≥65 лет, проживающих дома, страдают от ССА, в то время как распространенность преастении составляет 41,6% [1]. Частота встречаемости ССА коррелирует с возрастом, достигая пиковых значений — 26,1% среди лиц ≥85 лет [2].

ССА (или синдром "хрупкости") — маркер биологической уязвимости и снижения резервов организма, который позволяет выявить пациентов, находящихся в группе высокого риска развития неблагоприятных исходов даже при незначительных стрессовых воздействиях.

Вместе с тем, ССА оказывает неблагоприятное воздействие на течение других заболеваний. У пациентов с ССА регистрируется высокая частота коморбидных состояний, что находит отражение в результатах различных исследований [3, 4]. Старческая астения часто протекает совместно с целым комплексом заболеваний, включая поражения дыхательной, опорно-двигательной и сердечно-сосудистой систем, а также онкологические патологии. При этом сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) занимают ведущее место в структуре сопутствующей патологии, что дает основание предполагать у них общие патофизиологические механизмы и факторы риска (ФР) с ССА. Согласно данным Veronese N, et al. (2017), "хрупкие" и "прехрупкие" пациенты имеют более высокий риск развития ССЗ, чем лица без "хрупкости" [4]. Анализ результатов позволил авторам заключить, что старческая астения представляет собой независимый предиктор сердечно-сосудистой патологии у лиц пожилого возраста.

Согласно исследованию Ricci NA, et al. (2014), среди 761 участника распределение по категориям хрупкости было следующим: 9,7% были отнесены к категории "хрупких", 48% — "прехрупких", тогда как 42,3% признаков хрупкости не демонстрировали [5]. Артериальная гипертензия (АГ) оказалась ведущим ФР ССЗ в исследовании (84,4%). При этом "хрупкость" и "прехрупкость" значимо чаще встречались среди пациентов с наибольшим количеством ФР (p=0,005).

На сегодняшний день прогностическая роль ССА у пожилых пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) изучена в ряде клинических исследований. Согласно одному систематическому обзору, объединившему 10 исследований (n=3033), было убедительно доказано, что наличие ССА достоверно повышает риск смерти от всех причин в этой когорте больных [6].

С учетом взаимосвязанного отягощения прогноза при ХСН и ССА скрининг на старческую асте-

[1] Федеральная служба государственной статистики. Демография. https://rosstat.gov.ru/folder/12781.

doi: 10.15829/ 3034-4123-2025-70

нию должен быть обязательным элементом ведения каждого пожилого пациента с ХСН. Проведение скрининга на ССА врачами-терапевтами, врачами общей практики в амбулаторных условиях входит в число самых результативных и экономически обоснованных шагов здорового старения населения.

Согласно клиническим рекомендациям "Старческая астения" (2020), скрининг ССА должен проводиться у всех пациентов ≥60 лет при обращении к врачу-терапевту/врачу общей практики с использованием шкалы "Возраст не помеха" [7]. Кроме того, скрининг ССА проводится при анкетировании в рамках ежегодной диспансеризации/профилактического осмотра граждан ≥65 лет. Выявление ССА врачом-терапевтом или врачом общей практики на раннем этапе в амбулаторных условиях позволяет предотвратить негативные последствия, связанные с астенией, снизить количество госпитализаций и риск смерти пациентов с коморбидной патологией.

Выявление ССА врачами первичного звена здравоохранения на амбулаторном этапе — это не просто "еще один тест", это фундаментальный сдвиг парадигмы в работе с пожилыми пациентами.

Вместе с тем, из-за высокого уровня сопутствующих заболеваний, когнитивных нарушений и утраты автономности очень пожилые пациенты (≥80 лет) со старческой астенией не включались в рандомизированные клинические исследования, так как это могло затруднить проведение исследований и интерпретацию данных [8]. В то же время, обзор доступной литературы показывает, что вопросы, связанные с особенностями течения АГ и ХСН у пациентов со старческой астенией, изучены недостаточно полно.

Целью настоящего исследования была оценка особенностей ФР, структуры коморбидной патологии и клинической картины у пациентов в возрасте 80 лет и старше с АГ и ХСН при наличии ССА.

Материал и методы

В наблюдательном исследовании приняли участие 161 пациент с АГ и ХСН в возрасте ≥80 лет (50,9% женщин и 49,1% мужчин). Набор пациентов осуществлялся в условиях амбулаторного приема в городских поликлиниках г. Ростова-на-Дону. В зависимости от наличия ССА все больные были распределены в две группы: 1 группа — пациенты с АГ, ХСН и ССА (n=84), 2 группа — пациенты с АГ, ХСН без ССА (n=77).

Критерии включения в исследование: возраст пациентов ≥80 лет; наличие АГ, ХСН IIА-IIБ стадии и II-IV функционального класса. Критерии невключения: наличие острого нарушения мозгового кровообращения или транзиторной ишемической атаки в течение последних 6 мес., ишемической болезни сердца в анамнезе, гемодинамически значимых пороков сердца, имплантированного электрокардиостимулятора, тяжелой патологии печени или почек, злокачественных новообразований.

Наличие АГ определяли, учитывая анамнез заболевания пациента, данные амбулаторных карт, а также результаты офисного измерения артериального давления (АД) методом С.Н. Короткова.

Диагностика ХСН проводилась в соответствии с национальными клиническими рекомендациями по диагностике и лечению ХСН [9] и базировалась на оценке симптомов и клинических признаков, определении концентрации N-концевого промозгового натрийуретического пептида и результатах эхокардиографического исследования. Уровень пептида <125 пг/мл у пациентов, не получавших ранее терапию, практически исключает наличие ХСН [9]. Степень выраженности клинических проявлений ХСН оценивали с использованием шкалы оценки клинического состояния (ШОКС), модифицированной В.Ю. Мареевым в 2000г [10]. Для оценки толерантности к физической нагрузке применяли тест с 6-минутной ходьбой (ТШХ).

Верификация ССА осуществлялась по 2-этапному протоколу. На скрининговом этапе применялся опросник "Возраст не помеха". Пациенты, продемонстрировавшие результат ≥3 баллов, направлялись на углубленное обследование, в рамках которого проводилась оценка физического статуса (с использованием краткой батареи тестов и динамометрии) и когнитивных функций (тест Мини-Ког), что способствовало уточнению гериатрического статуса. При результате ≥5 баллов диагноз ССА считался высоковероятным. На втором этапе комплексная гериатрическая оценка определяла тяжесть ССА и служила основой для разработки персонализированного плана терапии [7].

В рамках комплексной гериатрической оценки всем пациентам проводилось исследование когнитивных функций с использованием краткой шкалы MMSE (Mini Mental State Examination) [7]. Тестирование было направлено на выявление когнитивных нарушений, оценку риска развития старческой астении и определение дальнейшей тактики ведения. Шкала MMSE предполагает суммирование баллов по всем пунктам опросника с максимальным результатом 30 баллов. Снижение итогового показателя коррелирует с выраженностью когнитивного дефицита.

Методика суточного мониторирования АД была реализована на аппаратном комплексе BPLab (ООО "Петр Телегин", Россия).

В качестве инструмента для оценки приверженности лечению был применен опросник Мориски–Грина (8 item Morisky Medication Adherence Scale — MMAS 8).

Таблица 1

Клиническая характеристика пациентов, включенных в исследование

Группа/ Показатель	АГ+ХСН+ССА (группа 1; n=84)	АГ+ХСН без ССА (группа 2; n=77)	p
Возраст, M±SD	84,9±4,8	85,7±5,9	0,839
Пол (ж/м), n (%)	44/40 (52,4/47,6)	38/39 (49,4/50,6)	0, 639
Курение, n (%)	6 (7,1)	8 (10,4)	0, 579
ИМТ, кг/м^2 (M±SD)	23,4±2,1	32,1±2,0	0,029
Ожирение, n (%)	8 (9,9)	15 (19,5)	0,114
Дислипидемия, n (%)	54 (64,3)	46 (59,7)	0,614
СД 2 типа, n (%)	26 (31)	19 (24,7)	0,386
ФП, n (%)	42 (50)	19 (24,7)	<0,001
ХБП, n (%)	56 (66,67)	31 (40,26)	<0,001
ОНМК, n (%)	6 (7,1)	5 (6,5)	0,199
Анемия, n (%)	20 (23,8)	12 (15,6)	0,237

Примечание: p — различия между пациентами 1 и 2 групп; различия статистически значимы при p <0,05. M±SD — среднее±стандартное отклонение.
Сокращения: АГ — артериальная гипертензия, ИМТ — индекс массы тела, ОНМК — острое нарушение мозгового кровообращения, СД — сахарный диабет, ССА — синдром старческой астении, ФП — фибрилляция предсердий, ХБП — хроническая болезнь почек, ХСН — хроническая сердечная недостаточность.

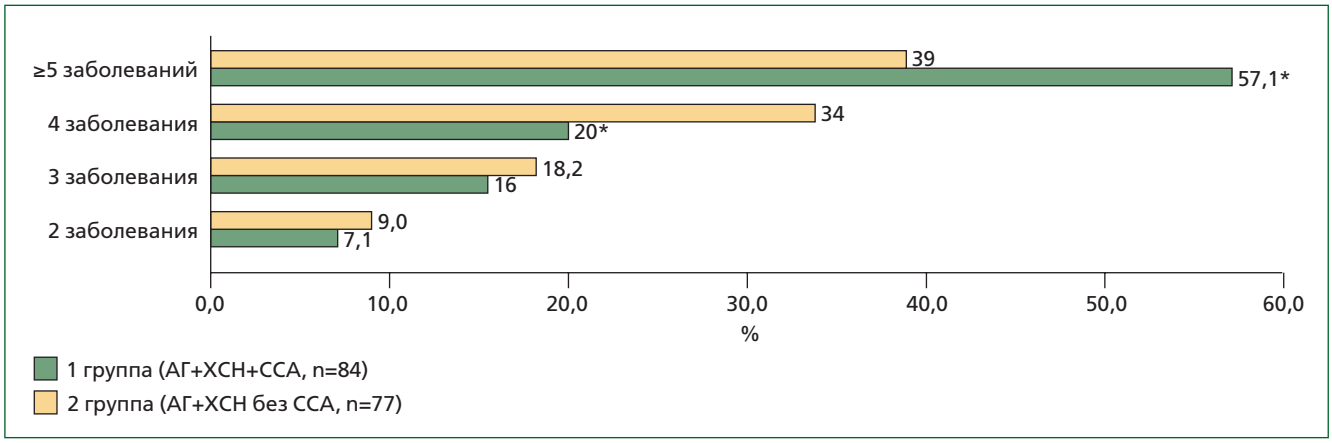


Рис. 1. Частота встречаемости сопутствующей патологии у пациентов с АГ в зависимости от наличия ССА.
Примечание: * — различия между пациентами 1 и 2 групп (p <0,001).
Сокращения: АГ — артериальная гипертензия, ССА — синдром старческой астении, ХСН — хроническая сердечная недостаточность.

Сбор данных осуществлялся с помощью стандартизированной анкеты, куда вносили информацию о ФР и сопутствующей патологии, получаемой медикаментозной терапии, данных общеклинического обследования, результатах лабораторных и инструментальных исследований, показателях оценочных шкал и опросников.

Исследование проводилось в соответствии с принципами Хельсинкской декларации. Протокол исследования был одобрен Этическим комитетом ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России (протокол № 13/19 от 05.09.2019). Все участники были включены в исследование только после получения подписанного информированного добровольного согласия.

Статистическая обработка данных выполнена с использованием пакетов STATISTICA 12.0 (StatSoft Inc., США), SPSS 21.0 и MedCalc 9.3.5.0. Нормальность распределения количественных переменных оценивали с помощью критериев Колмогорова–Смирнова и Шапиро–Уилка. Для сравнения групп в случае нормального распределения применяли t-критерий Стьюдента; при отклонении от нормального распределения количественные показатели сравнивали с использованием U-критерия Манна–Уитни, а качественные — с применением критерия χ^2 с поправкой Йетса. Статистически значимыми считали различия при p <0,05.

Результаты

Ключевые характеристики исследуемых групп представлены в таблице 1. Проведенный сравнительный анализ продемонстрировал статистиче-

doi: 10.15829/ 3034-4123-2025-70

ски значимые различия между группами пациентов. Наличие ССА в дополнение к АГ и ХСН ассоциировалось со значительно более высокой частотой выявления хронической болезни почек (ХБП) — на 26,4% и фибрилляции предсердий (ФП) — на 25,3%

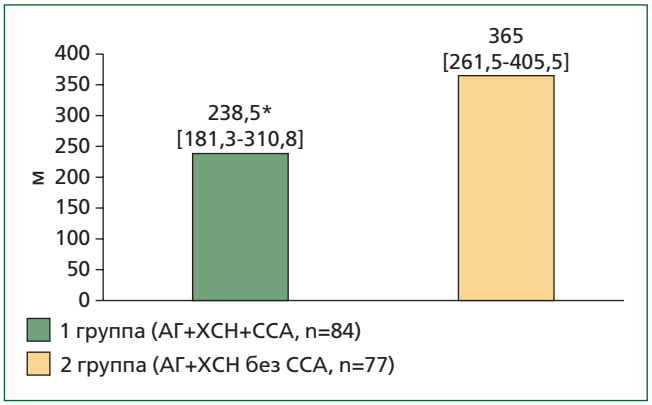


Рис. 2. Результаты ТШХ у больных ХСН с учетом наличия ССА.
Примечание: * — различия между пациентами 1 и 2 групп (p <0,001). Отмечены значения медианы и интерквартильный размах.
Сокращения: АГ — артериальная гипертензия, ССА — синдром старческой астении, ТШХ — тест 6-минутной ходьбы, ХСН — хроническая сердечная недостаточность.

(p<0,001 для обоих показателей) по сравнению с группой пациентов с АГ и ХСН без ССА. Кроме того, у пациентов со старческой астенией зарегистрирован достоверно более низкий индекс массы тела (ИМТ) (p=0,029), что может свидетельствовать о наличии нутритивной недостаточности в данной категории.

Важно отметить, что все участники исследования имели коморбидную патологию, а наличие старческой астении у пациентов с АГ и ХСН ассоциировалось со значительным увеличением доли лиц с полиморбидностью (≥5 заболеваний) до 57,1%, по сравнению с группой пациентов с АГ и ХСН без ССА (p<0,001) (рисунок 1).

Во всех анализируемых группах больных длительность течения АГ была сопоставимой (22,1± 2,2 года) при отсутствии статистически значимых межгрупповых различий (p>0,05). Все участники исследования характеризовались очень высоким уровнем сердечно-сосудистого риска.

Хотя по длительности течения ХСН, которая составляла, в среднем 8,4±3,6 года (p >0,05), группы между собой не различалась, тяжесть её клинических проявлений была неодинаковой. Так, оценка по ШОКС оказалась значимо выше среди пациентов с ССА (7 [6, 7, 9]) по сравнению с лицами без астении (5 [4-7]; p <0,001), свидетельствуя о более

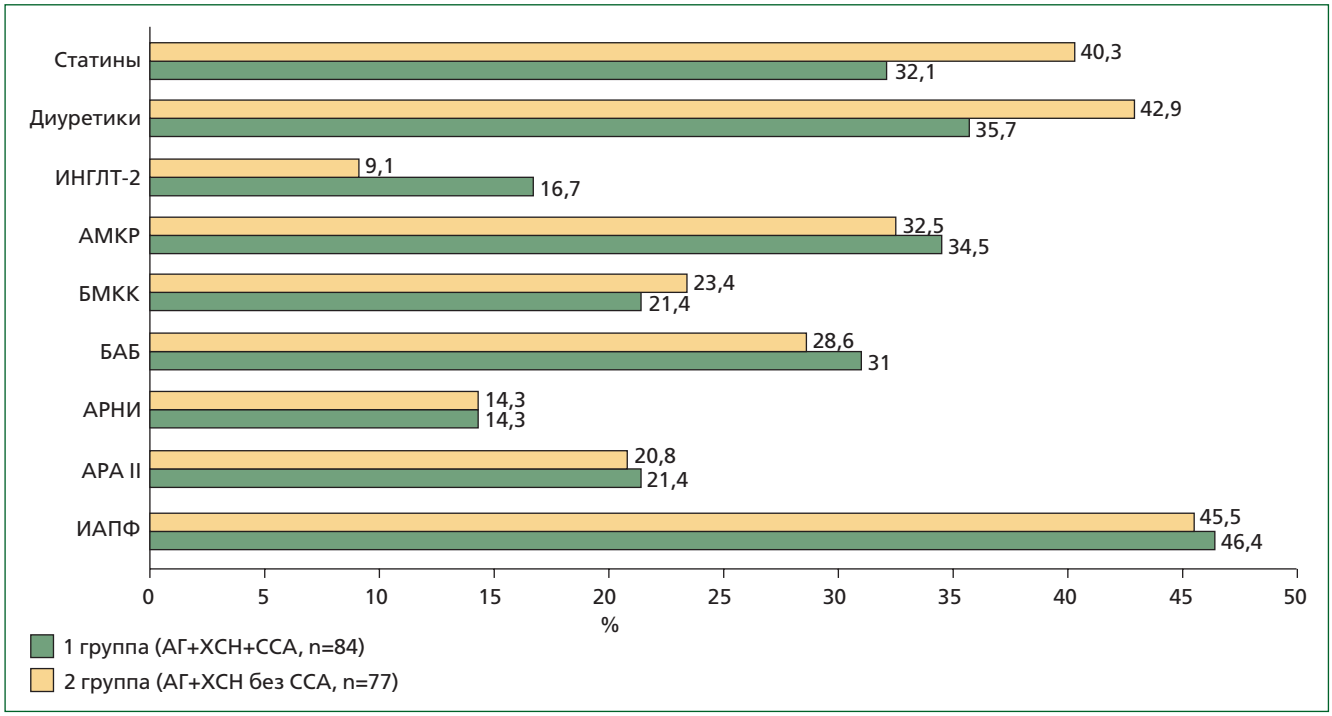


Рис. 3. Частота назначения препаратов различных классов в сравниваемых группах.
Сокращения: АГ — артериальная гипертензия, АМКР — антагонисты минералокортикоидных рецепторов, АРАII — антагонисты рецепторов ангиотензина II типа, АРНИ — ангиотензиновых рецепторов и неприлизина ингибитор, БАБ — β-блокаторы, БМКК — блокаторы медленных кальциевых каналов, ИАПФ — ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, ИНГЛТ-2 — ингибиторы натрий-глюкозного котранспортера 2 типа, ССА — синдром старческой астении, ХСН — хроническая сердечная недостаточность.

тяжёлом течении ХСН в этой группе. Проведенный детальный анализ результатов по шкале ШОКС показал наличие статистически значимых различий в частоте жалоб на одышку при физической нагрузке: в группе пациентов со старческой астенией данный симптом регистрировался значимо чаще (86,9 vs 66,2%; p=0,021) и характеризовался большей субъективной выраженностью. При сравнении других симптомов и признаков ХСН различий не выявлено (p >0,05).

Оценка толерантности к физической нагрузке с помощью ТШХ выявила статистически значимое снижение переносимости нагрузок у пациентов со старческой астенией. Критерием этого снижения послужило сокращение пройденной дистанции на 34,7% в группе с ССА (p <0,001) (рисунок 2).

Все пациенты получали стандартную терапию АГ и ХСН согласно актуальным клиническим рекомендациям [9, 11] (рисунок 3). Статистически значимых различий в структуре назначаемой лекарственной терапии между группами выявлено не было (p >0,05).

Оценка по опроснику MMAS 8 показала средний уровень приверженности лечению в обеих группах (6,4±1,2 балла и 6,4±1,1 балла, соответственно) без статистически значимых межгрупповых различий (p=0,591).

Лабораторное обследование показало, что у пациентов группы 1 отмечалась более неблагоприятная картина: статистически значимое снижение гемоглобина (p=0,034) и скорости клубочковой фильтрации (p=0,041) при более высоком уровне креатинина (p=0,037) относительно показателей группы 2 (таблица 2).

Нейрокогнитивное тестирование (MMSE) выявило у пациентов с ХСН и ССА более тяжелые когнитивные нарушения: реже выявлялись додементные нарушения (на 24,1%, p=0,039), чаще диагностировалась деменция: легкой степени (в 2,8 раза,

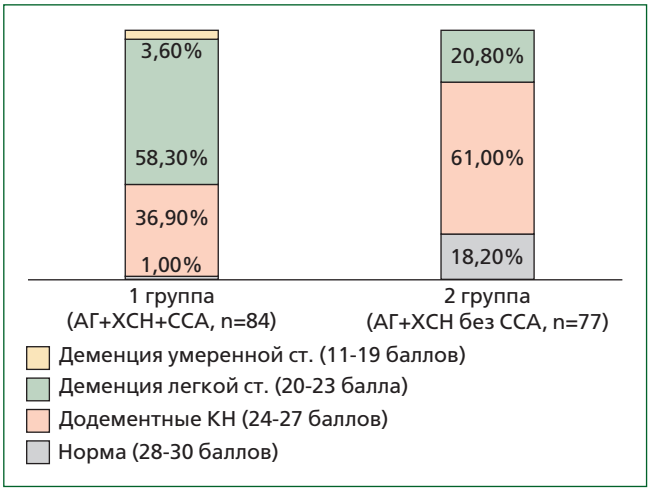


Рис. 4. Распределение пациентов, включенных в исследование (n=161), по результатам оценки когнитивного статуса с помощью опросника MMSE.
Примечание: * — различия между пациентами 1 и 2 групп; различия статистически значимы при p <0,05.
Сокращения: АГ — артериальная гипертензия, КН — когнитивные нарушения, ССА — синдром старческой астении, ХСН — хроническая сердечная недостаточность.

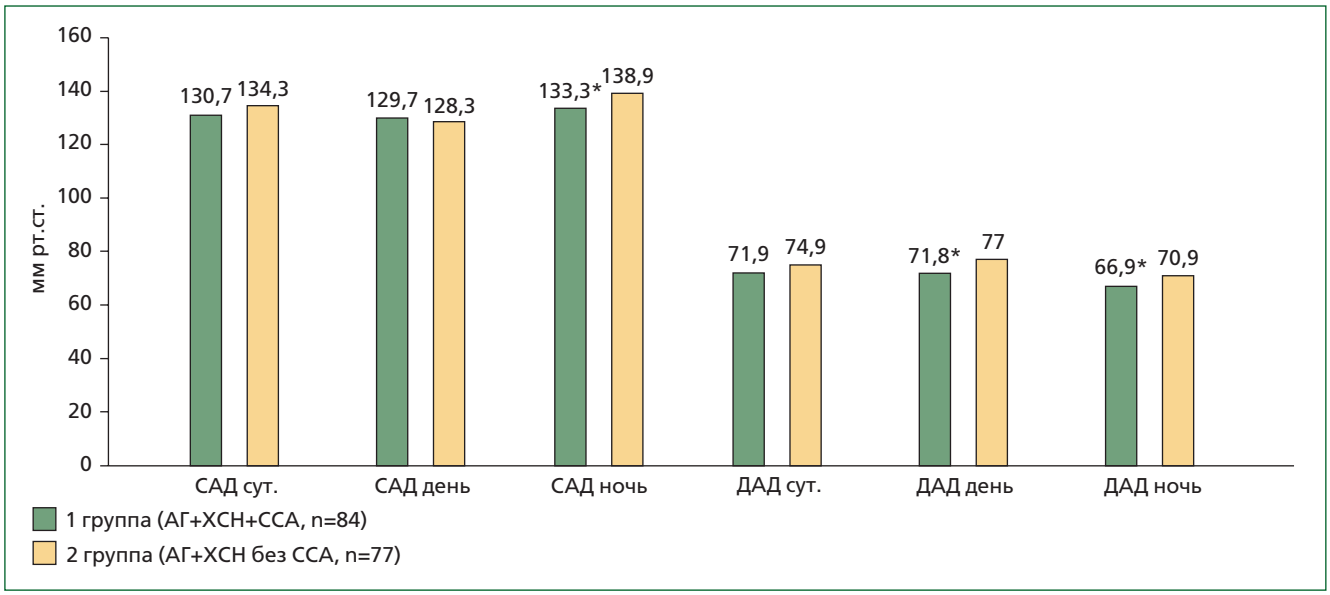


Рис. 5. Сравнительный анализ среднесуточных, дневных и ночных показателей САД и ДАД у пациентов, включенных в исследование.
Примечание: * — различия между пациентами 1 и 2 групп (p <0,05).
Сокращения: АГ — артериальная гипертензия, ДАД — диастолическое артериальное давление, САД — систолическое артериальное давление, ССА — синдром старческой астении, ХСН — хроническая сердечная недостаточность.

doi: 10.15829/ 3034-4123-2025-70

Таблица 2

Анализ биохимических показателей сыворотки крови в обследуемых группах, M±SD

Группа/ Показатель	АГ+ХСН+ССА (группа 1; n=84)	АГ+ХСН без ССА (группа 2; n=77)	p
Гемоглобин, г/л	110±14	122±9	0,034
Креатинин, мкмоль/л	126±0,79	104±0,94	0,037
СКФ, мл/мин/1,73 м^2	54,4±2,13	75,7±2,08	0,041

Примечание: p — различия между пациентами 1 и 2 групп (p <0,05).
Сокращения: СКФ — скорость клубочковой фильтрации, M±SD — среднее±стандартное отклонение.

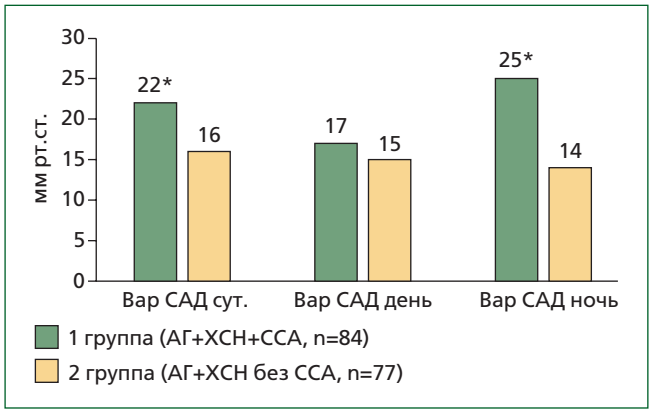


Рис. 6. Сравнительный анализ среднесуточных, дневных и ночных показателей вариабельности (Вар) САД у пациентов, включенных в исследование.
Примечание: * — различия между пациентами 1 и 2 групп (p <0,05).
Сокращения: АГ — артериальная гипертензия, САД — систолическое артериальное давление, ССА — синдром старческой астении, ХСН — хроническая сердечная недостаточность.

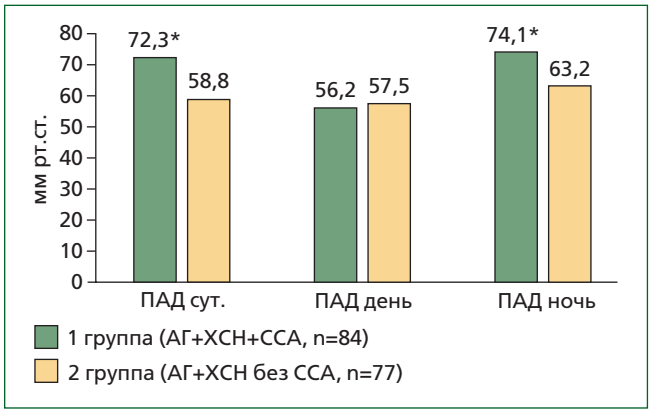
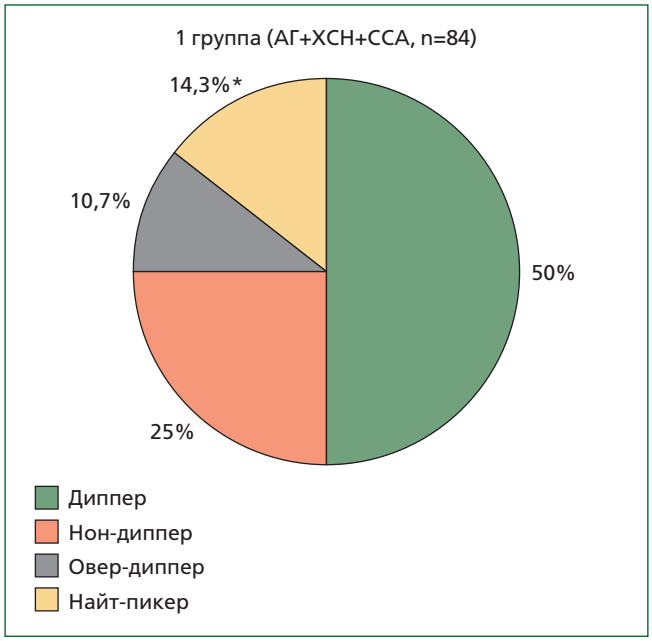


Рис. 7. Сравнительный анализ среднесуточных, дневных и ночных показателей ПАД у пациентов, включенных в исследование.
Примечание: * — различия между пациентами 1 и 2 групп (p <0,05).
Сокращения: АГ — артериальная гипертензия, ПАД — пульсовое артериальное давление, ССА — синдром старческой астении, ХСН — хроническая сердечная недостаточность.



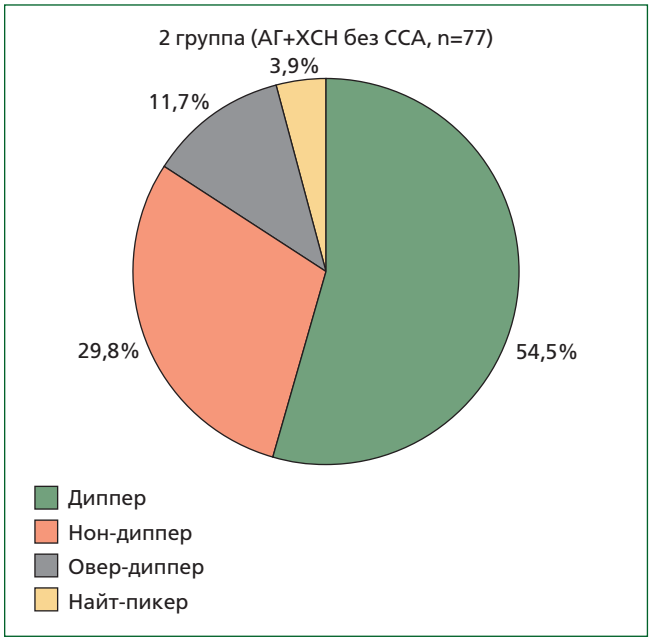


Рис. 8. Сравнительный анализ суточного индекса САД у пациентов, включенных в исследование.
Примечание: * — различия между пациентами 1 и 2 групп (p <0,05).
Сокращения: АГ — артериальная гипертензия, САД — систолическое артериальное давление, ССА — синдром старческой астении, ХСН — хроническая сердечная недостаточность.

p=0,031) и умеренной степени (на 3,6%, p<0,001) (рисунок 4).

Проведенный анализ данных суточного мониторирования АД позволил установить значимые различия в суточном профиле АД между группами. Для пациентов с АГ, ХСН и ССА была характерна менее благоприятная картина: статистически значимое снижение ночного систолического АД (САД) и дневного/ночного диастолического АД (ДАД) на повышенной вариабельности суточного и ночного САД по сравнению с пациентами без старческой астении (p <0,05) (рисунки 5, 6).

Пульсовое артериальное давление (ПАД) является интегральным показателем, отражающим влияние АД на сердечно-сосудистый риск и коррелирующим с жесткостью артериальной стенки [12]. Согласно полученным данным, у пациентов с АГ и ХСН в сочетании со старческой астенией регистрировались статистически значимо более высокие показатели ПАД в течение суток (p<0,001) и в ночной период (p=0,029) по сравнению с пациентами без ССА (рисунок 7). Выявленное значительное повышение жесткости артериальной стенки увеличивает риск сердечно-сосудистых событий у пациентов ≥ 80 лет с коморбидной патологией.

У пациентов с АГ и ХСН в контексте старческой астении статистически значимо чаще выявлялся паттерн "найт-пикер" в сравнении с группой без астении (p=0,048). В то же время остальные параметры суточного индекса САД не демонстрировали статистически значимых межгрупповых различий (рисунок 8).

Обсуждение

В результате проведенного исследования выявлены и структурированы различия в профиле ФР, коморбидности и клинических проявлениях у больных АГ и ХСН при наличии ССА по сравнению с его отсутствием.

Развитие полиморбидности и гериатрических синдромов — закономерный спутник старения. Подтверждением этому служат данные анализа 22 630 пациентов с ХСН >65 лет: у 96% из них было диагностировано как минимум одно некардиальное заболевание, у 70% — ≥3, а у 40% — ≥5 сопутствующих заболеваний [13]. При этом риск госпитализации напрямую зависел от количества коморбидной патологии, а высокая распространенность сопутствующих заболеваний среди "хрупких" пожилых пациентов (до 82%) должна вызывать высокую озабоченность [13]. Результаты настоящего исследования полностью согласуются с данными литературы: у пациентов с АГ и ХСН на фоне старческой астении ≥5 сопутствующих заболеваний встречаются достоверно чаще [14]. В структуре коморбидности в данной группе преобладали ФП и ХБП, а также регистрировался более низкий показатель ИМТ.

Высокая частота нарушений ритма сердца, в частности ФП, выступает одним из ключевых факторов, связывающих ССА с ССЗ. Согласно работе Pulignano G, et al., у пациентов с ХСН ФП была независимо ассоциирована с ССА даже с поправкой на возраст, анемию, депрессию и низкую фракцию выброса левого желудочка (p<0,001) [15]. Более того, в ряде крупных исследований изучается прогностическая значимость ССА у пациентов с ФП >65 лет, где синдром рассматривается как независимый предиктор неблагоприятных исходов наряду с традиционными шкалами CHA_2DS_2-VASc (риск инсульта) и HAS-BLED (риск кровотечения) [16, 17]. Согласно данным систематического обзора 20 исследований (2013-2017 гг.), сочетание ФП и ССА ассоциировано с повышенным риском инсульта, смерти от всех причин, более тяжелым клиническим статусом и увеличением длительности госпитализации [18]. В исследовании Bo M, et al. (2017) было установлено, что наличие "хрупкости" у пациентов с ФП напрямую связано с повышенным риском смерти по сравнению с пациентами без данного синдрома [19].

ССА и ХБП представляют собой взаимно отягощающие состояния, часто встречающиеся у пациентов пожилого возраста. Это сочетание характеризуется усугублением прогноза, снижением качества жизни и повышением риска смерти, что требует особого внимания со стороны медицинских специалистов [20]. Формирование синдрома "хрупкости" у пациентов с ХБП представляет собой сложный многофакторный процесс. Ключевые элементы — саркопения, снижение метаболизма и энергетического обмена, а также нутритивная недостаточность — вступают в синергическое взаимодействие, формируя, тем самым, порочный круг, усугубляющий состояние [21].

Следует отметить, что согласно полученным данным, пациенты с ССА имели меньший ИМТ, чем больные без старческой астении. Непреднамеренная потеря веса у пациентов старшего возраста представляет серьезную угрозу, поскольку способствует развитию и прогрессированию саркопении, нутритивной недостаточности, остеопороза и повышает риск смерти от всех причин. Вместе с тем, установлено, что у пожилых пациентов с избыточным весом и ожирением отмечается более низкий риск смерти от всех причин и смерти в результате ухудшения течения ХСН [22].

Анализ лабораторных показателей выявил, что у пациентов с ССА достоверно снижены уровень гемоглобина и скорость клубочковой фильтрации, а также повышен уровень креатинина. Вероятной

причиной этого служит коморбидная патология в сочетании с влиянием самого синдрома, для которого характерно уменьшение мышечной массы и снижение интенсивности метаболизма [23].

Результаты исследования показали, комбинация АГ, ХСН и старческой астенией ассоциирована с клинически значимым усугублением симптомов ХСН и ограничением функциональных возможностей пациентов. Полученные результаты могут быть объяснены комплексным воздействием старческой астении на клиническое течение ХСН в сочетании с влиянием синдрома мальнутриции, который приводит к прогрессирующему уменьшению физиологических резервов организма. Важно отметить, что развитие ССА существенно ускоряет этот процесс. Снижение метаболической и уменьшение физической активности являются неотъемлемыми компонентами синдромов мальнутриции и саркопении, создавая таким образом замкнутый патогенетический круг прогрессирования старческой астении. Данный механизм позволяет интерпретировать выявленное в исследовании снижение показателей ТШХ у пациентов с ССА [7].

Старческая астения и когнитивные нарушения представляют собой взаимосвязанные гериатрические синдромы, значительно ухудшающие качество жизни пожилых людей и прогноз заболевания. Современные исследования демонстрируют сложный характер этой взаимосвязи, требующий интегративного подхода к диагностике и лечению. Развитие когнитивных нарушений в пожилом возрасте ассоциировано с рядом коморбидных состояний, таких как АГ, ХСН, сахарный диабет, гиперхолестеринемия и поражение церебральных артерий, причем сочетание нескольких заболеваний потенцирует их негативное влияние. Отдельную роль в этом процессе играет ССА: вызываемое им замедление метаболизма и снижение физической активности сами по себе способствуют прогрессированию когнитивного дефицита [7].

Результаты проведенного исследования свидетельствуют о более выраженных когнитивных нарушениях у пациентов ≥80 лет с АГ и ХСН на фоне старческой астении, что подтверждает негативное влияние ССА на когнитивную сферу в данной возрастной группе.

Как известно, снижение АД у лиц пожилого возраста является предвестником смерти от ССЗ [24, 25]. В настоящем исследовании пациенты ≥80 лет с АГ, ХСН и ССА продемонстрировали значимые различия в суточном профиле АД по сравнению с пациентами без ССА, а именно: более низкие показатели ночного САД и дневного/ночного ДАД, более высокие показатели ПАД и вариабельности САД в течение суток и ночи, а также бóльшую частоту случаев ночной гипертензии. Результаты настоящего исследования, свидетельствующие о дисрегуляции циркадного профиля АД при сочетании АГ и ССА, коррелируют с данными, приведенными в научной литературе. В качестве релевантного примера можно привести работу Gijon-Conde T, et al. (2017): анализ выборки из 1047 пациентов со средним возрастом 71,7 год продемонстрировал, что наличие старческой астении было ассоциировано со статистически значимыми изменениями показателей САД, в частности, с более низкими значениями в дневное время (на 3,5 мм рт.ст.; p=0,001) и более высокими в ночное (на 3,6 мм рт.ст.; p=0,016) [26]. Таким образом, можно заключить, что индуцируемые ССА нарушения в виде повышенной вариабельности САД и ночной гипертензии являются значимым компонентом в патогенезе повышенного сердечно-сосудистого риска у этих пациентов.

Заключение

Наличие старческой астении у пациентов с АГ и ХСН в возрасте ≥80 лет определяет особый клинический профиль, характеризующийся высокой коморбидной нагрузкой с преобладанием ФП, ХБП и деменции, сниженным ИМТ, а также более тяжелыми проявлениями ХСН и ограничением функциональных возможностей. У пациентов с АГ, ХСН и ССА в возрасте ≥80 лет установлены особенности суточного профиля АД: снижение среднего САД и ДАД, рост ПАД и вариабельности САД, а также учащение случаев ночной гипертензии. Наличие данных изменений диктует необходимость особого подхода к назначению антигипертензивной терапии в данной группе больных.

Как показали наши данные, оценка ССА имеете важное прогностическое и терапевтическое значение у пациентов с ХСН. Своевременное выявление ССА, тщательный подбор оптимального лечения коморбидной патологии с учетом наличия старческой астении позволит улучшить прогноз и качество жизни пациентов. Выявление ССА на амбулаторном этапе — это ключевой элемент профилактической медицины и залог сохранения качества жизни пожилого человека.

Отношения и деятельность: все авторы заявляют об отсутствии потенциального конфликта интересов, требующего раскрытия в данной статье.

Литература/References

1. Collard RM. Prevalence of frailty in community dwelling older persons: a systematic review. J Am Geriatr Soc. 2012;60(8):1487-92. doi:10.1111/j.1532-5415.2012.04054.x.
2. Kojima G. Prevalence of frailty in nursing homes: A systematic review and metaanalysis. J Am Med Dir Assoc. 2015;16:940-5. doi:10.1016/j.jamda.2015.06.025.

3. Villacampa-Fernandez P, Navarro-Pardo E, Tarin JJ, et al. Frailty and multimorbidity: Two related yet different concepts. Maturitas. 2017;95:31-5. doi:10.1016/j.maturitas.2016.10.008.
4. Veronese N, Cereda E, Stubbs B, et al. Risk of cardiovascular disease morbidity and mortality in frail and prefrail older adults: Results from a meta-analysis and exploratory meta- regression analysis. Ageing Res Rev. 2017;35:63-73. doi:10.1016/j.arr.2017.01.003.
5. Ricci NA, Pessoa GS, Ferriolli E, et al. Frailty and cardiovascular risk in community-dwelling elderly: a population-based study. Clin Interv Aging. 2014;9:1677-85. doi:10.2147/CIA.S68642.
6. Wang X, Zhou C, Li Y, et al. Prognostic Value of Frailty for Older Patients with Heart Failure: A Systematic Review and Meta-Analysis of Prospective Studies. Biomed Res Int. 2018; 2018:8739058. doi:10.1155/2018/8739058.
7. Tkacheva ON, Kotovskaya YV, Runikhina NK, et al. Clinical guidelines on frailty. Russian Journal of Geriatric Medicine. 2020;(1):11-46. (In Russ.) Ткачева О.Н., Котовская Ю.В., Рунихина Н.К. и др. Клинические рекомендации "Старческая астения". Российский журнал гериатрической медицины. 2020;(1):11-46. doi:10.37586/2686-8636-1-2020-11-46.
8. Tkacheva ON, Kotovskaya YuV, Runikhina NK, et al. Arterial hypertension and antihypertensive therapy in older patients. The agreed opinion of experts from the Russian Association of Gerontologists and Geriatricians, the Antihypertensive League, the National Society for Preventive Cardiology. Rational Pharmacotherapy in Cardiology 2021;17(4):642-61. (In Russ.) Ткачева О.Н., Котовская Ю.В., Рунихина Н.К. и др. Артериальная гипертония и антигипертензивная терапия у пациентов старших возрастных групп. Согласованное мнение экспертов Российской ассоциации геронтологов и гериатров, Антигипертензивной Лиги, Национального общества профилактической кардиологии. Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии 2021;17(4):642-61. doi:10.20996/ 1819- 6446-2021-07-01.
9. Tereshchenko SN, Galyavich AS, Uskach TM, et al. Clinical practice guidelines for Chronic heart failure 2020. Russian Journal of Cardiology. 2020;25(11):4083 (In Russ.) Терещенко С.Н., Галявич А.С., Ускач Т.М. и др. Хроническая сердечная недостаточность. Клинические рекомендации. 2020. Российский кардиологический журнал. 2020;25(11):4083. doi:10.15829/29/1560-4071-2020-4083.
10. Mareev VYu, Fomin IV, Ageev FT, et al. Clinical guidelines. Chronic heart failure (CHF). Russian Heart Failure Journal. 2017;18 (1):3-40. (In Russ.) Мареев В.Ю., Фомин И.В., Агеев Ф.Т. и др. Клинические рекомендации. Хроническая сердечная недостаточность (ХСН). Журнал Сердечная Недостаточность. 2017;18 (1):3-40. doi:10.18087/RHFJ.2017.1.2346.
11. Kobalava ZhD, Konradi AO, Nedogoda SV, et al. Clinical practice guidelines for Hypertension in adults. Russian Journal of Cardiology. 2024;29(9):6117. (In Russ.) Кобалава Ж.Д., Конради А.О., Недогода С.В., и др. Артериальная гипертензия у взрослых. Клинические рекомендации 2024. Российский кардиологический журнал. 2024;29(9):6117. doi:10.15829/1560-4071-2024-6117.
12. Gapon LI. Hypertension and arterial wall stiffness in clinical practice: literature review. Russian Journal of Cardiology. 2024;29(5):5924. (In Russ.) Гапон Л.И. Артериальная гипертония и жесткость артериальной стенки в клинической практике: обзор литературы. Российский кардиологический журнал. 2024;29(5):5924. doi:10.15829/1560-4071-2024-5924. EDN VPKVJT.
13. Aleksandrova EB, Shindina TS, Maksimov ML. Chronic heart failure in patients with arterial hypertension and ischemic heart disease: age and gender specifics. Vrach skoroj pomoschi. 2020;6:63-70. (In Russ.) Александрова Е.Б., Шиндина Т.С., Максимов М.Л. Хроническая сердечная недостаточность у больных гипертонической и ишемической болезнью сердца: возрастные и гендерные особенности. Врач скорой помощи. 2020;6:63-70. doi:10.33920/med-02-2006-07.
14. Komarov AL. The Choice of Treatment Tactics for Thromboembolism of the Pulmonary Artery of Medium-High Risk and Chronic Kidney Disease. Kardiologiia. 2019;59(2):88-96. (In Russ.) Комаров А.Л. Выбор лечебной тактики при тромбоэмболии легочной артерии средневысокого риска и хронической болезни почек. Кардиология. 2019;59(2):88-96. doi:10.18087/cardio.2019.2.10232.
15. Pulignano G, Del Sindaco D, Tinti MD, et al. IMAGE-HF Study Investigators. Atrial fibrillation, cognitive impairment, frailty and disability in older heart failure patients. J Cardiovasc Med (Hagerstown). 2016;17(8):616-23. doi:10.2459/ JCM.0000000000000366.
16. Sun-Wook K, Sol-Ji Y, Jung-Yeon C, et al. Os 27-05 Frailty Assessment in Older Atrial Fibrillation Patients. J Hypertens. 2016;34:250. doi:10.1097/01.hjh.0000500565.02543.4e.
17. Kim S, Yoon S, Choi J, et al. Clinical implication of frailty assessment in older patients with atrial fibrillation. Arch Gerontol Geriatr. 2017;70:1-7. doi:10.1016/j.archger.2016.12.001.
18. Wilkinson C, Todd O, Clegg A, et al. Management of atrial fibrillation for older people with frailty: a systematic review and meta-analysis. Age Ageing. 2019;48(2):196-203. doi:10.1093/ageing/afy180.
19. Bo M, Li Puma F, Badinella Martini M, et al. Effects of oral anticoagulant therapy in older medical in-patients with atrial fibrillation: a prospective cohort observational study. Aging Clin Exp Res. 2017;29(3):491-7. doi:10.1007/s40520-016-0569-7.
20. Rudenko TE, Bobkova IN, Kamyshova ES, et al. Senile asthenia and chronic kidney disease are a real problem of modern nephrology. Therapeutic archive. 2023;95(6):516-20. (In Russ.) Руденко Т.Е., Бобкова И.Н., Камышова Е.С. и др. Старческая астения и хроническая болезнь почек — реальная проблема современной нефрологии. Терапевтический архив. 2023;95(6):516-20. doi:10.26442/00403660.2023.06.202270.
21. Gandolfini I, Regolisti G, Bazzocchi A, et al. Frailty and Sarcopenia in Older Patients Receiving Kidney Transplantation. Front Nutr. 2019;6:169. doi:10.3389/fnut.2019.00169.
22. Drapkina OM, Shepel RN. Chronic heart failure and the "obesity paradox". Journal of Heart Failure. 2016;17(6):398-404. (In Russ.) Драпкина О.М., Шепель Р.Н. Хроническая сердечная недостаточность и "парадокс ожирения". Журнал Сердечная Недостаточность. 2016;17(6):398-404. doi:10.18087/rhfj.2016.6.2263.
23. Safronenko VA, Chesnikova AI. Assessment of the Level of NT-proBNP in Patients with Arterial Hypertension Aged 80 Years and Older, Depending on the Presence of Heart Failure and Senile Asthenia Syndrome. The Russian Archives of Internal Medicine. 2024;14(5):352-60. (In Russ.) Сафроненко В.А., Чесникова А.И. Оценка уровня NT-proBNP у пациентов с артериальной гипертензией в возрасте 80 лет и старше в зависимости от наличия сердечной недостаточности и синдрома старческой астении. Архивъ внутренней медицины. 2024;14(5):352-60. doi:10.20514/2226-6704-2024-14-5-352-360. EDN: JUDFQA.
24. Diehr P, Williamson J, Burke GL, et al. The aging and dying processes and the health of older adults. J Clin Epidemiol. 2002;55(3):269-78. doi:10.1016/s0895-4356(01)00462-0.
25. Van Bemmel T, Holman ER, Gussekloo J, et al. Low blood pressure in the very old, a consequence of imminent heart failure: The Leiden 85-plus Study. J Hum Hypertens. 2009;23(1):27-32. doi:10.1038/jhh.2008.79.
26. Gijon-Conde T, Graciani A, Lopez-García E, et al. Frailty, disability and ambulatory blood pressure in older adults. J Am Med Dir Assoc. 2018;19(5):433-8. doi:10.1016/j.jamda.2017.11.014.

Сафроненко В. А. (Viktoria A. Safronenko) — к.м.н., доцент, доцент кафедры внутренних болезней № 1, ORCID: 0000-0002-6965-5019;

Чесникова А. И. (Anna I. Chesnikova) — д.м.н., профессор, зав. кафедрой внутренних болезней № 1, ORCID: 0000-0002-9323-592X;

Скаржинская Н. С. (Natalia S. Skarzhinskaya) — к.м.н., доцент кафедры внутренних болезней № 1, ORCID: 0000-0002-5034-8625;

Гридасова Р. А. (Rita A. Gridasova) — д.м.н., доцент кафедры внутренних болезней № 1, ORCID: 0009-0005-3283-5330.

Адреса организаций авторов: ФГБОУ ВО "Ростовский государственный медицинский университет" Минздрава России, переулок Нахичеванский, д. 29, Ростов-на-Дону, 344022, Россия.
Addresses of the authors' institutions: Rostov State Medical University, Nakhichevansky Lane, 29, Rostov-on-Don, 344022, Russia.

Первичная медико-санитарная помощь. 2025;2(4):28-38.
doi: 10.15829/ 3034-4123-2025-86
ISSN 3034-4123 (Print)
ISSN 3034-4565 (Online)

Первичная медико-санитарная помощь
Primary Health Care (Russian Federation)

Развитие методов диагностики и лечения ***Оригинальная статья***

Влияние нарушения функции внешнего дыхания на гериатрический статус и риск смерти у лиц пожилого и старческого возраста: результаты проспективного когортного исследования "Хрусталь"

Турушева А. В.[1]*,
Андреева Е. А.[2],
Похазникова М. А.[1],
Зеленуха Д. Н.[1],
Кузнецова О. Ю.[1]

[1]ФГБОУ ВО "Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова" Минздрава России, Санкт-Петербург, Российская Федерация

[2]ГБОУ ВО "Северный государственный медицинский университет", Архангельск, Российская Федерация

*Corresponding author
(Автор, ответственный за переписку):
anna.turusheva@gmail.com

Поступила: 19.11.2025
Рецензия получена: 04.12.2025
Принята: 10.12.2025

CC BY 4.0

Цель. Изучить распространенность снижения объема форсированного выдоха за первую секунду ($ОФВ_1$) при сохраненном отношении $ОФВ_1$ к форсированной жизненной емкости легких ($ОФВ_1$/ФЖЕЛ) (Preserved Ratio Impaired Spirometry, PRISm) и ассоциацию его с гериатрическим статусом и риском смерти. PRISm является фактором риска развития обструктивных нарушений вентиляции, хронической обструктивной болезни легких, сердечно-сосудистых заболеваний, старческой астении и смерти от всех причин. Распространенность PRISm в российской популяции лиц в возрасте 65+ неизвестна.

Материал и методы. Проспективное когортное исследование случайной выборки лиц в возрасте 65+ (n=379). Исследуемые параметры: спирометрия, комплексная гериатрическая оценка, наличие хронических неинфекционных заболеваний, клинический анализ крови, С-реактивный белок. Общий срок наблюдения составил 6 лет.

Результаты. Обструктивные нарушения по критерию $ОФВ_1$/ФЖЕЛ <0,7 (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, GOLD) были выявлены в 25,5%, PRISm ($ОФВ_1$<80% при $ОФВ_1$/ФЖЕЛ ≥0,7) — в 10,9% случаев. Обструкция, диагностированная как $ОФВ_1$/ФЖЕЛ <нижней границы нормы (НГН) была выявлена в 9,5%, PRISm ($ОФВ_1$/ФЖЕЛ≥НГН и $ОФВ_1$<НГН) — в 8,4% случаев. После бронходилатационного теста обструктивные нарушения были подтверждены у 59,4% респондентов по критерию GOLD и у 20,3% по критерию НГН, PRISm диагностирована у 17,2 и 10,9% респондентов, соответственно. Частота PRISm была выше у пациентов со сниженным функциональным статусом и потерей автономности. Наличие PRISm было независимым фактором риска смерти от всех причин [отношение рисков (95% ДИ) 5,54 (1,35-22,70)].

Заключение. Получены данные о достаточно высоком распространении PRISm и его связи с низким уровнем физического функционирования, потерей автономности и высоким риском смерти от всех причин.

Ключевые слова: PRISm, распространенность, смертность, риск смерти, пожилые, гериатрический статус.

Отношения и деятельность: нет.

Для цитирования: Турушева А. В., Андреева Е. А., Похазникова М. А., Зеленуха Д. Н., Кузнецова О. Ю. Влияние нарушения функции внешнего дыхания на гериатрический статус и риск смерти у лиц пожилого и старческого возраста: результаты проспективного когортного исследования "Хрусталь". *Первичная медико-санитарная помощь.* 2025;2(4):28-38. doi: 10.15829/3034-4123-2025-86. EDN: TSNCCQ

Primary Health Care (Russian Federation). 2025;2(4):28-38.
doi: 10.15829/ 3034-4123-2025-86
ISSN 3034-4123 (Print)
ISSN 3034-4565 (Online)

Первичная медико-санитарная помощь
Primary Health Care (Russian Federation)

Development of diagnostic and treatment methods *Original article*

Impact of respiratory impairment on geriatric status and mortality risk in elderly and older adults: results of the "Crystal" prospective cohort study

Turusheva A. V.[1*], Andreeva E. A.[2], Pokhaznikova M. A.[1], Zelenukha D. N.[1], Kuznetsova O. Yu.[1]

[1]Mechnikov North-Western State Medical University, St. Petersburg, Russian Federation

[2]Northern State Medical University, Arkhangelsk, Russian Federation

*Corresponding author: anna.turusheva@gmail.com

Received: 19.11.2025
Revision received: 04.12.2025
Accepted: 10.12.2025

Aim. To study the prevalence of preserved ratio impaired spirometry (PRISm) and its association with geriatric status and mortality risk. A decrease in forced expiratory volume in 1 second (FEV_1) with a preserved FEV_1/FVC ratio is a risk factor for obstructive lung diseases, chronic obstructive pulmonary disease, cardiovascular disease, frailty, and all-cause mortality. The prevalence of PRISm in the Russian population aged 65+ is unknown.

Material and methods. This prospective cohort study included random sample of individuals aged ≥65 years (n=379). We assessed spirometry, geriatric status, presence of noncommunicable diseases, complete blood count, and C-reactive protein. The total follow-up period was 6 years.

Results. FEV_1/FVC <0,7 (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD)) was detected in 25,5% of cases, and PRISm (FEV_1<80% with FEV_1/FVC ≥0,7) was detected in 10,9% of cases. Obstruction, diagnosed as FEV_1/FVC < lower limit of normal (LLN), was detected in 9,5% of cases, and PRISm (FEV_1/FVC≥LLN and FEV_1<LLN) — in 8,4%. After bronchodilator testing, obstructive disorders were confirmed in 59,4% of respondents according to the GOLD criterion and in 20,3% according to the LLN criterion. PRISm was diagnosed in 17,2% and 10,9% of respondents, respectively. The incidence of PRISm was higher in patients with reduced functional status and loss of autonomy. PRISm was an independent risk factor for all-cause mortality [hazard ratio (95% CI) 5,54 (1,35-22,70)].

Conclusion. Data were obtained on the relatively high prevalence of PRISm and its association with low functional status, loss of autonomy, and a high risk of all-cause mortality.

Keywords: PRISm, prevalence, mortality, risk of death, elderly, geriatric status.

Relationships and Activities: none.

For citation: Turusheva A.V., Andreeva E.A., Pokhaznikova M.A., Zelenukha D.N., Kuznetsova O.Yu. Impact of respiratory impairment on geriatric status and mortality risk in elderly and older adults: results of the "Crystal" prospective cohort study. *Primary Health Care (Russian Federation).* 2025;2(4):28-38. doi: 10.15829/3034-4123-2025-86. EDN: TSNCCQ

БА — бронхиальная астма, БТ — бронходилатационный тест, ДИ — доверительный интервал, НГН — нижняя граница нормы, $ОФВ_1$ — объем форсированного выдоха за 1 секунду, ФВД — функция внешнего дыхания, ФЖЕЛ — форсированная жизненная емкость легких, ХОБЛ — хроническая обструктивная болезнь легких, OR — odds ratio, отношение шансов, PRISm — Preserved Ratio Impaired Spirometry (Состояние с сохраненным соотношением при нарушенной спирометрии).

doi: 10.15829/ 3034-4123-2025-86

Ключевые моменты

Что известно о предмете исследования?

- PRISm (Preserved Ratio Impaired Spirometry, PRISm) — это аномальный фенотип функции легких, характеризующийся снижением $ОФВ_1$ <80% при сохраненном отношении $ОФВ_1$/ФЖЕЛ после бронходилатационного теста.
- Наличие PRISm является фактором риска развития обструктивных нарушений вентиляции/хронической обструктивной болезни легких, сердечно-сосудистых заболеваний, старческой астении и смерти от всех причин.

Что добавляют результаты исследования?

- Данное исследование является первым в Российской Федерации, проведенным на случайной выборке пожилых пациентов, позволившим оценить распространенность PRISm.
- Полученные данные свидетельствуют о необходимости диагностировать фенотип PRISm у лиц пожилого и старческого возраста как при проведении плановой спирометрии при диспансерном наблюдении лиц с заболеваниями органов дыхания, так и диспансеризации лиц с факторами риска.

Key messages

What is already known about the subject?

- Preserved ratio impaired spirometry (PRISm) is an abnormal lung function phenotype characterized by a decrease in FEV_1 <80% with a preserved FEV_1/FVC ratio after a bronchodilator test.
- PRISm is a risk factor for obstructive disorders/chronic obstructive pulmonary disease, cardiovascular disease, frailty, and all-cause mortality.

What might this study add?

- This study is the first in the Russian Federation to be conducted on a random sample of elderly patients, allowing for an assessment of PRISm prevalence.
- The data obtained indicate the need to diagnose the PRISm phenotype in elderly and senile individuals both during routine spirometry monitoring in respiratory diseases and during screening of individuals with risk factors.

Введение

Спирометрия является неотъемлемой частью второго этапа диспансеризации граждан с подозрением на хроническое бронхолегочное заболевание, курящих граждан, выявленных по результатам анкетирования[1]. Она позволяет количественно определить два основных параметра функции внешнего дыхания (ФВД): объем форсированного выдоха за первую секунду ($ОФВ_1$), форсированную жизненную емкость легких (ФЖЕЛ) и их отношение. Нормальным считают отношение $ОФВ_1$/ФЖЕЛ (≥0,7 у взрослых), которое обычно исключает ограничение воздушного потока, тогда как сниженное соотношение (<0,7) указывает на наличие обструктивных или смешанных нарушений[2]. Однако у части пациентов при проведении спирометрии может выявляться снижение $ОФВ_1$ при сохраненном $ОФВ_1$/ФЖЕЛ.

В 2014 г. такой аномальный фенотип вентиляционной функции легких, характеризующийся значением $ОФВ_1$<80% при $ОФВ_1$/ФЖЕЛ ≥0,7 после бронходилатационного теста (БТ) был выделен в качестве отдельного функционального паттерна, названного состоянием с сохраненным соотношением при нарушенной спирометрии (Preserved Ratio Impaired Spirometry, PRISm) [1]. Концепция PRISm активно разрабатывается исследователями на протяжении последних двух десятилетий; в 2023г она получила отражение в докладе экспертов комитета Глобальной инициативы по хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ, Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, GOLD)[2] и сохраняет свою позицию в актуальной версии документа 2025 г.[3]. На сегодняшний день многие исследователи рассматривают PRISm как состояние, предшествующие развитию ХОБЛ или являющееся ее ранним субклиническим признаком [1, 2]. Определение понятия PRISm широко варьирует, ранее использовались такие термины как "неспецифическая" или "рестриктивная" спирометрия (необструктивное соотношение $ОФВ_1$/ФЖЕЛ при сниженном значении ФЖЕЛ) [2], в настоящее время PRISm может служить альтернативой неклассифицируемой ХОБЛ (COPD unclassified, COPD-U) [2].

[1] Приказ Минздрава России №404н от 27.04.2021 "Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения".

[2] The Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of Chronic obstructive pulmonary disease. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). 2023. https://goldcopd.org/2023-gold-report-2.

[3] The Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of Chronic obstructive pulmonary disease. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). 2025. https://goldcopd.org/2024-gold-report/.

Глобальная распространенность PRISm в общей популяции по данным различных исследователей составляет 7-13%[2,3], достигая в отдельных странах 20,1% [3-6]. Распространенность PRISm выше в популяции бывших и настоящих курильщиков [7, 8], ассоциирована с женским полом, ожирением и мультиморбидностью [4, 9]. Следует отметить, что при диагностике PRISm часть исследований используют только спирометрию без последующего проведения БТ [6, 10].

Физиологическое старение легких у здоровых пожилых людей сопровождается снижением их функции, клинически схожим с процессом, наблюдаемым у пациентов с ХОБЛ I стадии по GOLD [11]. При этом чаще всего у пациентов пожилого и старческого возраста при снижении $ОФВ_1$ часто отмечается и снижение ФЖЕЛ, что затрудняет использование у них показателя $ОФВ_1$/ФЖЕЛ <70% для диагностики обструкции [12].

Снижение ОФВ1 в пожилом и старческом возрастах является независимым фактором риска госпитализаций, сердечно-сосудистых осложнений, старческой астении и смерти независимо от наличия ХОБЛ и бронхиальной астмы (БА) [13, 14]. Как и изолированное снижение $ОФВ_1$, паттерн PRISm ассоциирован с более высоким риском развития сердечно-сосудистых заболеваний, риском сердечно-сосудистой смерти и смерти от всех причин и старческой астенией [3, 9, 10, 15, 16]. Исследований по изучению распространенности PRISm в российской популяции и его ассоциации со смертностью и гериатрическим статусом не проводились.

Целью настоящего исследования являлось изучение распространенности PRISm и его ассоциации с гериатрическим статусом и риском смерти от всех причин в популяции лиц пожилого и старческого возраста.

Материал и методы

Дизайн исследования. Исследование "Хрусталь" — когортное проспективное эпидемиологическое исследование случайной выборки из популяции в возрасте ≥65 лет, выполненное в Санкт-Петербурге на базе ГБУЗ "Городская поликлиника № 95" [13, 14]. Дизайн исследования представлен на рисунке 1. Первое обследование было проведено в 2009г; в нем участвовали 611 человек. Повторное обследование было проведено в 2011-2012гг, т.е. через 33,4±3 мес. За это время 102 участника исследования умерли, 10 человек сменили место жительства и 120 человек отказались от дальнейшего участия в обследовании. Перед началом анализа данных повторного обследования для исключения ошибок, связанных со сбором информации из-за отказа части участников от дальнейшего участия в исследовании, мы также сравнили тех, кто согласился участвовать в исследовании, и тех, кто отказался принимать участие в повторном обследовании. Статистически значимых различий между группами найдено не было (p>0,05). Более детально дизайн и характеристика участников исследования "Хрусталь" были представлены ранее [13, 14]. В настоящей работе проанализированы данные, полученные во время второго обследования (n=379). Возраст участников исследования был от 68 до 91 лет. Спирометрия был выполнена 311 лицам, качественные спирометрические тесты получены у 274 человек (рисунок 1). Средний возраст участников — 76,1±5,3 лет, доля мужчин — 28,4% (n=78). Длительность наблюдения составила 6 лет.

Критерии включения: все участники второго обследования исследования "Хрусталь".

Критерии невключения: не применялись.

Контролируемые показатели:

— пол, возраст;

— анамнез курения;

— наличие хронических неинфекционных заболеваний (по данным опроса и анализа медицинской документации)

— комплексная гериатрическая оценка, включающая оценку уровня когнитивных функций (Краткая шкала оценки психического статуса, КШОПС), эмоционального (Гериатрическая шкала депрессии) и нутритивного (Мини опросник питания) статусов, уровня физического функционирования (Краткая батарея тестов физического функционирования (КБТФФ), кистевая динамометрия) и степень потери автономности (Индекс Бартел);

— лабораторные тесты: клинический анализ крови, уровень С-реактивного белка;

— спирометрия: оценку ФВД выполняли в поликлинике или на дому с помощью портативных спирометров MIR Spiro bank® производства компании MIR (Рим, Италия); результаты обрабатывали с помощью программы WinSpiro Pro, качество оценивали согласно критериям Американского торакального общества и согласованных с ними критериев Европейского респираторного общества (критерии ATS/ERS), а также Российского респираторного общества. Использовали систему должных величин (Global Lung Function Initiative, GLI 2012 г.) [17]. Респондентам с выявленными обструктивными нарушениями ($ОФВ_1$/ФЖЕЛ <0,7) выполняли БТ (400 мкг сальбутамола или 80 мкг ипратропия бромида с повторным спирометрическим исследованием через 15 или 30 мин). По результатам спирометрического исследования до и после БТ с использованием критерия фиксированного значения отношения $ОФВ_1$/ФЖЕЛ выделили следующие группы: 1) респонденты с нормальной спирометрией ($ОФВ_1$/ФЖЕЛ≥0,7 и $ОФВ_1$≥80%); 2) ре-

doi: 10.15829/ 3034-4123-2025-86

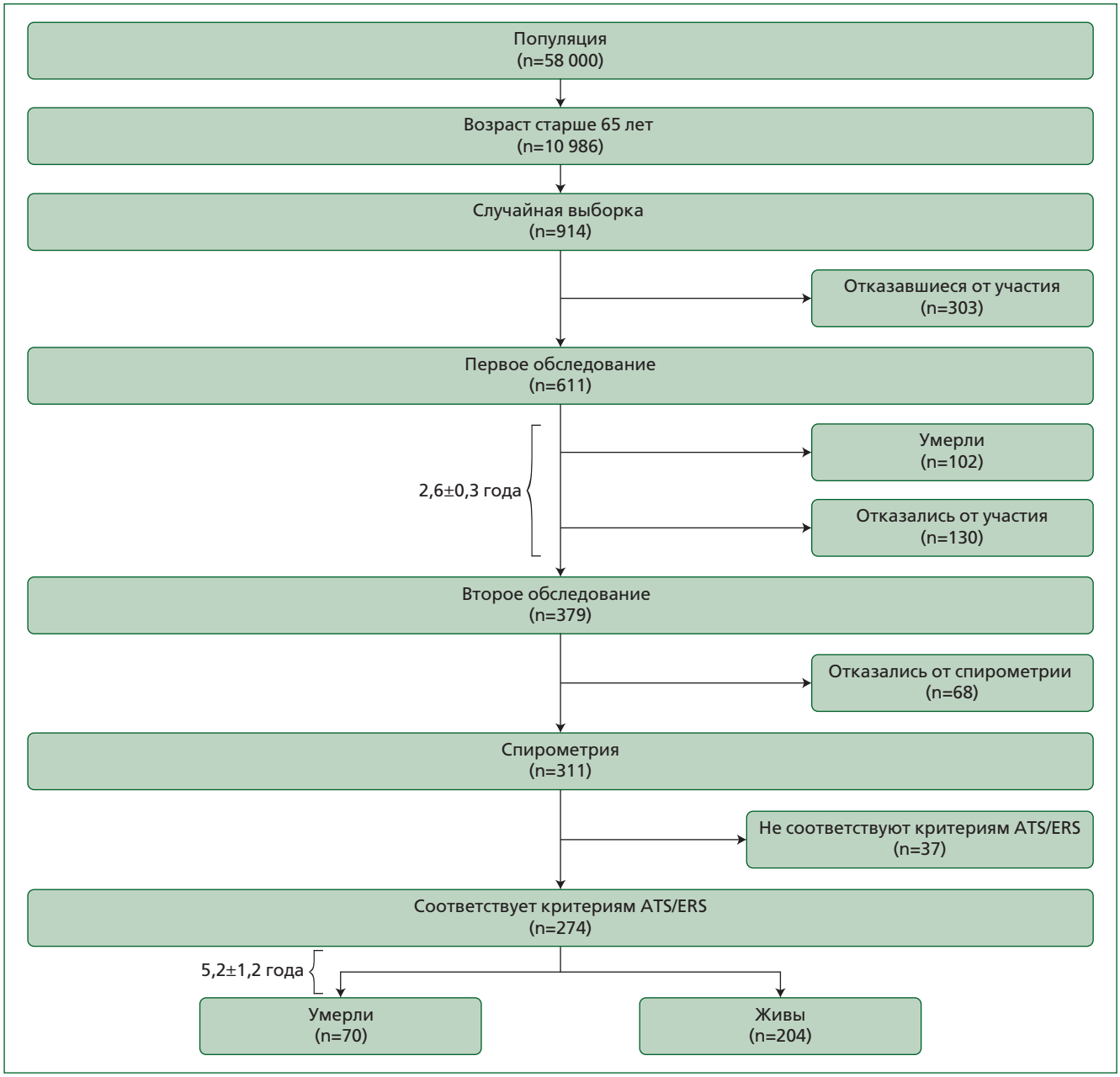


Рис. 1. Дизайн исследования.
Примечание: критерии ATS/ERS — стандарты Американского торакального общества (American Thoracic Societ, ATS) и Европейского респираторного общества (European Respiratory Society, ERS).

спонденты с PRISm ($ОФВ_1$/ФЖЕЛ≥ 0,7 и $ОФВ_1$<80%); и 3) респонденты с обструкцией ($ОФВ_1$/ФЖЕЛ<0,7).

Фактически измеренные значения каждого показателя сопоставляли с нижней границей нормы (НГН), определяемой в абсолютных величинах индивидуально для каждого пациента. С учетом показателя НГН по результатам спирометрического исследования до и после БТ дополнительно выделили группы: 1) респонденты с нормальной спирометрией ($ОФВ_1$/ФЖЕЛ≥НГН и $ОФВ_1$≥НГН); 2) респонденты с сохраненным отношением и сниженным значением $ОФВ_1$ ($ОФВ_1$/ФЖЕЛ≥НГН и $ОФВ_1$<НГН); и 3) респонденты с обструкцией ($ОФВ_1$/ФЖЕЛ<НГН).

Статистический анализ. Анализ проводился при помощи программ SPSS 20.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA) IBM SPSS Modeler 14.2 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA), MedCalc 11.5.00 (Medcalc Software, Oostende), Stata 16.0 (StataCorp, College Station, TX). Для анализа непрерывных данных с нормальным распределением определяли среднее и их стандартное отклонение (M±SD). Для оценки нормальности распределения использовался Модифицированный

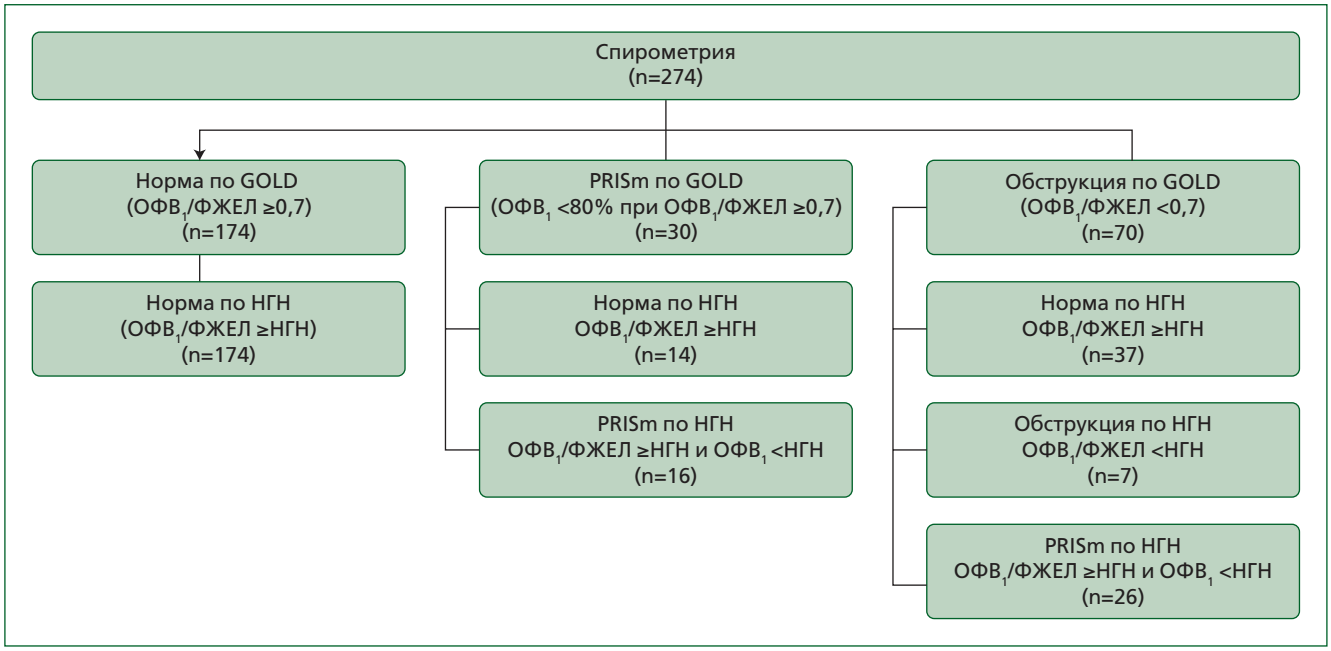


Рис. 2. Распространенность PRISm и обструктивных нарушений при использовании критериев GOLD и НГН.
Сокращения: НГН — нижняя граница нормы, $ОФВ_1$ — объем форсированного выдоха за 1 секунду, ФЖЕЛ — форсированная жизненная емкость легких, GOLD — Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (Глобальная инициатива по хронической обструктивной болезни легких), PRISm — Preserved Ratio Impaired Spirometry (Состояние с сохраненным соотношением при нарушенной спирометрии).

критерий Шапиро-Уилка. Для оценки межгрупповых различий применялся тест χ^2, тест сравнения пропорций. Построение прогностических моделей осуществлялось с использованием методов мультиноминальной бинарной логистической и линейной регрессий. Для визуализации анализа выживаемости использовали кривые Каплана-Мейера, достоверность оценивали с помощью Логрангового критерия. Регрессионная модель Кокса с поправкой на пол, возраст и др. ковариаты использовалась для расчета риска смерти. Для выявления наиболее значимых для целевой переменной предикторов использовался метод пошагового исключения переменных в моделях при использовании регрессии Кокса или бинарной логистической регрессии. Критической границей достоверности была принята величина $p < 0,05$.

Исследование одобрено этическим комитетом ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова, все респонденты подписали информированное согласие.

Результаты и обсуждение

Распространенность PRISm и обструктивных нарушений

По результатам спирометрии обструктивные нарушения по критериям GOLD ($ОФВ_1$/ФЖЕЛ<0,7) были выявлены у 25,5% (n=70). PRISm ($ОФВ_1$<80% при $ОФВ_1$/ФЖЕЛ≥0,7) был выявлен у 10,9% (n=30) (рисунок 2). Участники исследования, у которых по данным спирометрии были выявлены обструктивные нарушения или PRISm, были старше, у них по данным анамнеза чаще выявлялись ХОБЛ, БА, а также такие гериатрические синдромы, как недержание мочи, снижение уровня физического функционирования, когнитивные расстройства и депрессия, чем у участников исследования с нормальными показателями функции дыхания (таблица 1). После поправки на пол и возраст, ХОБЛ в анамнезе у участников с обструкцией наблюдалось в 5,7 раз чаще — отношение шансов (ОШ) =5,71, (95% доверительный интервал (ДИ): (2,93-11,10), у участников с PRISm — в 3,1 раз чаще — ОШ=3,16 (95% ДИ 1,33-7,49), по сравнению с участниками с нормальной ФВД. За исключением пола и статуса курения, статистически значимых различий в распространённости ХОБЛ, БА и других гериатрических синдромов между участниками исследования с обструкцией и PRISm выявлено не было (таблица 1). Среди участников с PRISm была выше доля женщин и более низкая распространенность курения по сравнению с участниками исследования с обструкцией ($p<0,05$).

Обструкция, диагностированная как $ОФВ_1$/ФЖЕЛ<НГН была выявлена у 9,5% (n=26), PRISm ($ОФВ_1$/ФЖЕЛ≥НГН и $ОФВ_1$<НГН) — у 8,4% (n=23) (рисунок 3). Как и при использовании первого подхода, у участников с обструкцией и PRISm, определяемых по критерию НГН, была выше доля лиц с БА, ХОБЛ, недержанием мочи и сниженным уровнем

doi: 10.15829/ 3034-4123-2025-86

Таблица 1

Клинико-демографические характеристики участников исследования в зависимости от выявленных нарушений ФВД (до БТ), n=274

Параметр, n (%)	А) По критерию фиксированного значения отношения $ОФВ_1$/ФЖЕЛ				Б) По критерию нижней границы нормы показателей $ОФВ_1$/ФЖЕЛ и $ОФВ_1$			
	Норма ($ОФВ_1$/ФЖЕЛ ≥0,7 и $ОФВ_1$ ≥80%) (n=174)	PRISm ($ОФВ_1$/ФЖЕЛ ≥0,7 и $ОФВ_1$ <80% (n=30)	Обструкция ($ОФВ_1$/ФЖЕЛ <0,7) (n=70)	p*	Норма ($ОФВ_1$/ФЖЕЛ ≥НГН и $ОФВ_1$ ≥НГН) (n=225)	PRISm ($ОФВ_1$/ФЖЕЛ ≥НГН и $ОФВ_1$ <НГН (n=23)	Обструкция ($ОФВ_1$/ФЖЕЛ <НГН) (n=26)	p*
Пол, мужской	39 (22,4)	2 (6,7)	26 (37,1)	<0,05	56 (24,9)	2 (8,7)	9 (34,6)	<0,05
Возраст, лет**	75,5±4,8	77,2±5,8	77,7±5,8	<0,05	75,4±4,9	77,4±6,9	76,6±6,0	нд.
Курение: никогда не курили курят бывшие курильщики	 148 (85,1) 5 (2,9) 21 (12,1)	 28 (93,3) – 2 (6,7)	 49 (70,0) 6 (8,6) 15 (21,4)	<0,05	 186 (82,7) 7 (3,1) 32 (14,2)	 22 (95,7) 1 (4,3) –	 17 (65,4) 4 (15,4) 5 (19,2)	<0,05
ХНИЗ***								
ХОБЛ	35 (20,1)	12 (42,9)	35 (55,6)	<0,05	57 (26,6)	8 (38,1)	17 (77,3)	<0,05
БА	2 (1,4)	3 (12,5)	13 (22,4)	<0,05	4 (1,9)	4 (19,9)	10 (45,5)	<0,05
ИМ	25 (15,1)	2 (7,1)	10 (15,9)	нд.	32 (15,0)	1 (4,8)	4 (18,2)	нд.
СД 2 типа	39 (23,5)	8 (28,6)	5 (7,9)	<0,05	44 (20,6)	5 (23,8)	3 (13,6)	нд.
ФП	68 (41,0)	15 (53,6)	29 (46,0)	нд.	91 (42,5)	13 (61,9)	8 (36,4)	нд.
ОНМК	33 (19,9)	4 (14,3)	9 (14,3)	нд.	41 (19,2)	3 (14,3)	2 (9,1)	нд.
Онкологические заболевания	6 (3,6)	2 (7,1)	3 (4,8)	нд.	7 (3,3)	2 (9,5)	2 (9,1)	нд.
Гериатрические синдромы								
Недержание мочи	66 (39,8)	10 (35,7)	33 (52,4)	нд.	88 (41,1)	6 (28,6)	15 (68,2)	<0,05
Мальнутриция	29 (20,4)	4 (15,4)	20 (33,9)	нд.	49 (22,9)	5 (21,7)	8 (34,8)	нд.
Депрессия	39 (23,8)	10 (34,3)	29 (45,3)	<0,05	59 (27,8)	9 (40,9)	10 (43,5)	нд.
КШОПС 30-28 27-24 <24	 72 (43,6) 55 (33,3) 38 (23,0)	 13 (44,8) 7 (24,1) 9 (31,0)	 28 (43,8) 11 (17,2) 25 (39,1)	<0,05	 93 (43,7) 64 (30,0) 56 (26,3)	 12 (54,5) 3 (13,6) 7 (31,8)	 8 (34,8) 6 (26,1) 9 (39,1)	нд.
Бартел Индекс <95	12 (7,3)	5 (17,2)	9 (14,1)	нд.	16 (7,5)	6 (27,3)	4 (17,4)	<0,05
Показатели кистевой динамометрии <10-го центиля	25 (15,1)	8 (26,7)	14 (21,9)	нд.	36 (16,8)	7 (30,4)	4 (17,4)	нд.
КБТФФ ≤8	77 (46,4)	17 (63,0)	36 (57,1)	<0,05	106 (49,5)	11 (55,0)	13 (59,1)	нд.
Лабораторные тесты								
Анемия	34(20,6)	9 (30,0)	16 (25,0)	нд.	47 (22,1)	9 (39,1)	3 (13,0)	нд.
СРБ> 5 г/л	32 (19,3)	6(20,0)	16 (25,0)	нд.	43 (20,1)	4 (17,4)	7 (30,4)	нд.

Примечания: * — значимые различия для критерия χ^2 Пирсона (при линейной оценке). ** — данные представлены в виде среднего значения ± стандартного отклонения. *** — из числа ответивших на вопросы.
Сокращения: БА — бронхиальная астма, ИМ — инфаркт миокарда, КБТФФ — краткая батарея тестов физического функционирования, КШОПС — краткая шкала оценки психического статуса, ОНМК — острое нарушение мозгового кровообращения, $ОФВ_1$ — объем форсированного выдоха за 1 с, СД — сахарный диабет, СРБ — С-реактивный белок, ФЖЕЛ — форсированная жизненная емкость легких, ФП — фибрилляция предсердий, ХНИЗ — хронические неинфекционные заболевания, ХОБЛ — хроническая обструктивная болезнь легких, PRISm — Preserved Ratio Impaired Spirometry, сохраненное отношение при нарушенной спирометрии.

физического функционирования (p <0,05). В группе участников с PRISm (по критерию НГН) также была выше доля женщин и более низкая распространенность курения по сравнению с участниками с обструкцией (таблица 2).

Статистически значимых различий в распространённости анемии и высокого уровня С-реактивного белка между участниками с PRISm, обструктивными нарушениями и нормальной функции легких найдено не было (таблицы 1, 2).

БТ был выполнен 64 участникам, у которых при исходной спирометрии были выявлены признаки бронхиальной обструкции ($ОФВ_1$/ФЖЕЛ<0,7). Обструктивные нарушения ФВД были подтверж-

Таблица 2

Клинико-демографические характеристики участников исследования в зависимости от выявленных нарушений ФВД (после БТ), n=64

Параметр, n (%)	А) По критерию фиксированного значения отношения $ОФВ_1$/ФЖЕЛ				Б) По критерию нижней границы нормы показателей $ОФВ_1$/ФЖЕЛ и $ОФВ_1$			
	Норма ($ОФВ_1$/ФЖЕЛ ≥0,7 и $ОФВ_1$ ≥80%) (n=15)	PRISm ($ОФВ_1$/ФЖЕЛ ≥0,7 и $ОФВ_1$ <80% (n=11)	Обструкция ($ОФВ_1$/ФЖЕЛ <0,7) (n=38)	p*	Норма ($ОФВ_1$/ФЖЕЛ ≥НГН и $ОФВ_1$ ≥НГН) (n=44)	PRISm ($ОФВ_1$/ФЖЕЛ ≥НГН и $ОФВ_1$ <НГН (n=7)	Обструкция ($ОФВ_1$/ФЖЕЛ <НГН) (n=13)	p*
Пол, мужской	3 (20,0)	2 (18,2)	17 (44,7)	нд.	15 (34,1)	2 (28,6)	5 (38,5)	нд.
Возраст, лет**	75,0±5,3	74,3±5,8	76,6±5,8	нд.	75,3±4,6	77,6±8,2	77,2±7,4	нд.
Курение: никогда не курили курят бывшие курильщики	 12 (80,0) – 3 (20,0)	 10 (90,9) – 1 (9,1)	 22 (56,4) 6 (15,4) 11 (28,2)	нд.	 31 (70,5) 1 (2,3) 12 (27,3)	 5 (71,4) 1 (14,3) 1 (14,3)	 8 (61,5) 4 (30,8) 1 (7,7)	<0,05
ХНИЗ***								
ХОБЛ	10 (66,7)	4 (40,0)	19 (57,6)	нд.	21 (52,5)	3 (50,0)	10 (83,3)	нд.
БА	3 (20,0)	1 (10,0)	11 (33,3)	нд.	7 (17,5)	–	8 (66,7)	<0,05
ИМ	3 (20,0)	2 (20,0)	6 (18,2)	нд.	7 (17,5)	–	4 (33,3)	нд.
СД 2 типа	2 (13,3)	2 (20,0)	3 (9,1)	нд.	3 (7,5)	2 (33,3)	2 (16,7)	нд.
ФП	6 (40,0)	6 (60,0)	16 (48,5)	нд.	21 (52,5)	2 (33,3)	5 (41,7)	нд.
ОНМК	4 (26,7)	–	5 (15,2)	нд.	7 (17,5)	1 (16,7)	1 (8,3)	нд.
Онкологические заболевания	–	–	2 (6,1)	нд.	1 (2,5)	–	1 (8,3)	нд.
Гериатрические синдромы								
Недержание мочи	6 (40,0)	3 (30,0)	20 (58,8)	нд.	17 (42,5)	4 (66,7)	7 (58,3)	нд.
Мальнутриция	3 (20,0)	1 (9,1)	11 (32,4)	нд.	7 (17,1)	2 (28,6)	6 (50,0)	<0,05
Депрессия	7 (46,7)	2 (18,2)	14 (40,0)	нд.	14 (34,1)	4 (57,1)	5 (41,7)	нд.
КШОПС 30-28 27-24 <24	 10 (66,7) 3 (20,0) 2 (13,3)	 5 (45,5) 2 (18,2) 4(36,4)	 14 (41,2) 7 (20,6) 13 (38,2)	нд.	 22 (53,7) 8 (19,5) 11 (26,8)	 3 (42,9) 1 (14,3) 3 (42,9)	 4 (33,3) 3 (25,0) 5 (41,7)	нд.
Бартел Индекс <95	–	1 (9,1)	3 (8,8)	нд.	–	2 (28,6)	2 (16,7)	<0,05
Показатели кистевой динамометрии <10-го центиля	1 (6,7)	1 (9,1)	7 (20,6)	нд.	5 (12,2)	2 (28,6)	2 (16,7)	нд.
КБТФФ ≤8	4 (33,3)	5 (55,6)	13 (41,9)	нд.	11 (32,4)	4 (66,7)	7 (58,3)	нд.
Лабораторные тесты								
Анемия	2 (13,3)	4 (36,4)	7 (20,6)	нд.	9 (22,0)	2 (28,6)	2 (16,7)	нд.
СРБ >5 г/л	4 (26,7)	2 (18,2)	9 (26,5)	нд.	11 (28,6)	2 (28,6)	2 (16,7)	нд.

Примечания: * — значимые различия для критерия χ^2 Пирсона (при линейной оценке). ** — данные представлены в виде среднего значения и стандартного отклонения. *** — из числа ответивших на вопросы.
Сокращения: БА — бронхиальная астма, ИМ — инфаркт миокарда, КБТФФ — краткая батарея тестов физического функционирования, КШОПС — краткая шкала оценки психического статуса, ОНМК — острое нарушение мозгового кровообращения, $ОФВ_1$ — объем форсированного выдоха за 1 с, СД — сахарный диабет, СРБ — С-реактивный белок, ФЖЕЛ — форсированная жизненная емкость легких, ФП — фибрилляция предсердий, ХНИЗ — хронические неинфекционные заболевания, ХОБЛ — хроническая обструктивная болезнь легких, PRISm — Preserved Ratio Impaired Spirometry, сохраненное отношение при нарушенной спирометрии.

дены у 59,4% респондентов по критерию GOLD (n=38) и 20,3% (n=11) — по критерию НГН, PRISm диагностирована у 17,2% (n=13) и 10,9% (n=7) респондентов (по критериям фиксированного значения и НГН, соответственно) (рисунки 2, 3). При использовании критерия НГН у участников с обструкцией была выше доля лиц с недостаточностью питания по сравнению с участниками с нормальными показателями ФВД. При сравнении участников исследования с PRISm и обструкцией, доля курильщиков и бывших курильщиков в группе лиц с обструктивными нарушениями была выше (таблица 2).

Полученные нами данные по распространенности PRISm согласуются с результатами других исследований, в которых изучали распространенность PRISm при спирометрии без БТ. Так,

doi: 10.15829/ 3034-4123-2025-86

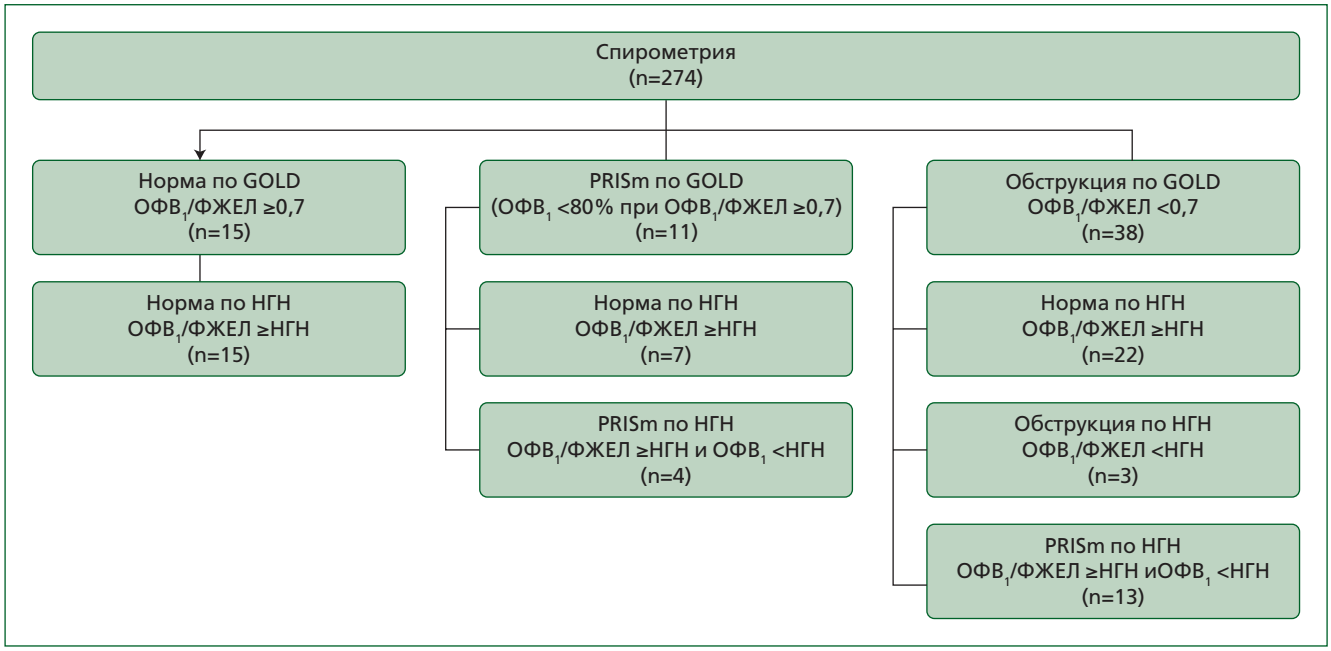


Рис. 3. Распространенность PRISm и обструктивных нарушений при использовании критериев GOLD и НГН после БТ.
Сокращения: НГН — нижняя граница нормы, $ОФВ_1$ — объем форсированного выдоха за 1 секунду, ФЖЕЛ — форсированная жизненная емкость легких, GOLD — Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (Глобальная инициатива по хронической обструктивной болезни легких), PRISm — Preserved Ratio Impaired Spirometry (Состояние с сохраненным соотношением при нарушенной спирометрии).

в Роттердамском проспективном когортном исследовании распространенность PRISm по критерию GOLD составила 7,1% [6]. В исследовании COPDGene (Genetic Epidemiology of Chronic Obstructive Lung Disease, COPD), включавшем наблюдение бывших и настоящих курильщиков, распространенность постбронходилатационных нарушений PRISm по критерию GOLD составила 12,5%, по критерию НГН — 10,6% [1]. Полученная нами более высокая распространенность PRISm и обструктивных нарушений после проведении БТ может быть обусловлена тем, что данный тест выполнялся только участникам с выявленными по данным исходной спирометрии признаками бронхиальной обструкции.

Исследования последних лет показывают, что у пациентов с ХОБЛ по сравнению с лицами с нормальной ФВД выше распространенность таких гериатрических синдромов как низкий уровень физического функционирования, когнитивные нарушения, старческая астения, недержание мочи и мальнутриция [18, 19]. В описательном литературном обзоре, включившем 25 статей, опубликованных в 2018-2022гг, продемонстрирована важность выполнения скрининга старческой астении и проведения комплексной гериатрической оценки у пациентов с ХОБЛ [20]. Некоторые авторы предлагают выделять отдельный фенотип ХОБЛ–старческая астения ("COPD-frail") [20]. В актуальной версии российских клинических рекомендаций по ХОБЛ также рассматривается необходимость проактивного выявления синдрома старческой астении у пациентов пожилого и старческого возраста с ХОБЛ с целью выделения групп пациентов с высоким риском неблагоприятного прогноза жизни и течения заболевания для формирования индивидуального плана ведения[4]. В настоящем исследовании также была выявлено более высокая распространённость гериатрических синдромов у лиц с обструкцией.

В то же время практически нет исследований, анализирующих частоту встречаемости гериатрических синдромов у лиц с PRISm. Настоящее исследование продемонстрировало более низкий уровень физического функционирования (оцениваемого по Индексу Бартел) у лиц с PRISm, диагностированных по критерию НГН, по сравнению с лицами с нормальной ФВД.

Влияние PRISm и обструктивных нарушений на смертность

В текущем исследовании в течение 6 лет наблюдения умерло 70 участников исследования. Наибольшее число смертельных случаев было выявлено среди участников с PRISm по критерию GOLD (до выполнения БТ) и по критерию НГН (после БТ), по сравнению с участниками с нормальной ФВД (рисунок 4). Однако после поправки на

[4] Клинические рекомендации Хроническая обструктивная болезнь легких 2024 [https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/603_3].

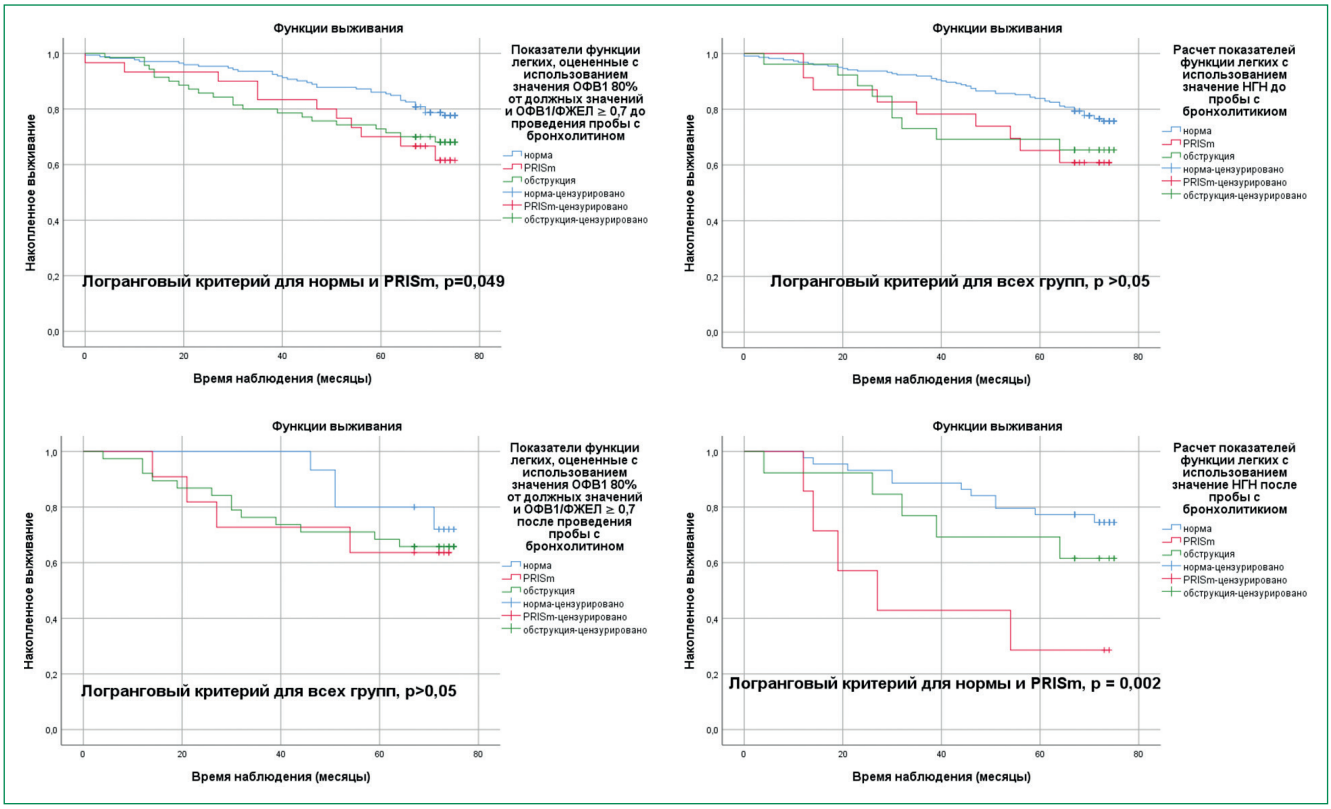


Рис. 4. Кривые выживания Каплана–Мейера для лиц с обструкцией и PRISm до и после БТ с использованием двух критериев обструкции: 1) фиксированного значения ($ОФВ_1$/ФЖЕЛ <0,7) и 2) критерия НГН ($ОФВ_1$/ФЖЕЛ <НГН).
Сокращения: $ОФВ_1$ — объем форсированного выдоха за 1 секунду, ФЖЕЛ — форсированная жизненная емкость легких, НГН — нижняя граница нормы, PRISm — Preserved Ratio Impaired Spirometry (Состояние с сохраненным соотношением при нарушенной спирометрии).

пол и возраст более высокий риск смерти от всех причин сохранялся только в группе участников с PRISm (после БТ) при использовании критерия НГН (p=0,002).

Выявленная нами более высокая частота синдрома мальнутриции и потеря автономности могли объяснить более высокую смертность у участников с PRISm. Однако полученные ассоциации оставались значимыми и после поправки на пол, возраст, нутритивный статус, низкий уровень физического функционирования, потерю автономности и курение — отношение рисков (95% ДИ): 5,54 (1,35-22,70).

Полученные данные согласуются с результатами других исследований. В больших ретроспективных исследованиях наличие PRISm было ассоциировано с коморбидными заболеваниями, повышенным риском смерти от всех причин и от сердечно-сосудистых заболеваний [5, 10, 11, 13]. В когортном исследовании UK Biobank [5] с участием >351 тыс. респондентов (из них 11% лиц с PRISm) и наблюдением в течение 9 лет, фенотип PRISm был ассоциирован с курением, женским полом, наличием ожирения и БА, а также с увеличением риска смерти от всех причин в 1,6 раза. Американское исследование, включавшее >53 тыс. участников со средним возрастом 53 года, среди которых было 8,5% респондентов с PRISm, продемонстрировало, что наличие PRISm повышало риск смерти от всех причин в 1,5 раза, смерти, связанной с заболеваниями органов дыхания, — в 1,95 раз, смерти, связанной с ишемической болезнью сердца, — в 1,55 раз [9]. В японском исследовании скорректированный риск смерти от всех причин у лиц с PRISm был выше в 2,2 раза, а смерти от сердечно-сосудистых заболеваний — в 4,07 раза [10].

Заключение

- Настоящее исследование является первым в Российской Федерации, проведенным на случайной выборке пожилых пациентов, позволившим оценить распространенность PRISm.
- Наличие паттерна PRISm, диагностированного по критерию НГН ($ОФВ_1$/ФЖЕЛ≥НГН и $ОФВ_1$<НГН), является независимым фактором риска смерти от всех причин у пациентов пожилого и старческого возраста.
- Необходимы дальнейшие исследования по изучению влияния раннего выявления и лечения

лиц с фенотипом PRISm на снижение риска смерти в пожилом и старческом возрасте.

Отношения и деятельность: все авторы заявляют об отсутствии потенциального конфликта интересов, требующего раскрытия в данной статье.

Литература/References

1. Wan ES, Castaldi PJ, Cho MH, et al. COPDGene Investigators. Epidemiology, genetics, and subtyping of preserved ratio impaired spirometry (PRISm) in COPDGene. Respir Res. 2014;15(1):89. doi:10.1186/s12931-014-0089-y.
2. Wan ES. The Clinical Spectrum of PRISm. Am J Respir Crit Care Med. 2022;206(5):524-5. doi:10.1164/rccm.202205-0965ED.
3. Wijnant SRA, De Roos E, Kavousi M, et al. Trajectory and mortality of preserved ratio impaired spirometry: the Rotterdam Study. Eur Respir J. 2020;55(1):1901217. doi:10.1183/13993003.01217-2019.
4. Higbee DH, Granell R, Davey Smith G, et al. Prevalence, risk factors, and clinical implications of preserved ratio impaired spirometry: a UK Biobank cohort analysis. Lancet Respir Med. 2022;10(2):149-57. doi:10.1016/S2213-2600(21)00369-6.
5. Huang J, Li W, Sun Y, et al. Preserved Ratio Impaired Spirometry (PRISm): A Global Epidemiological Overview, Radiographic Characteristics, Comorbid Associations, and Differentiation from Chronic Obstructive Pulmonary Disease. Int J Chron Obstruct Pulmon Dis. 2024;19:753-64. doi:10.2147/COPD.S453086.
6. Marott JL, Ingebrigtsen TS, Çolak Y, et al. Trajectory of Preserved Ratio Impaired Spirometry: Natural History and Long-Term Prognosis. Am J Respir Crit Care Med. 2021;204(8):910-20. doi:10.1164/rccm.202102-0517OC.
7. Wan ES, Hokanson JE, Regan EA, et al. Significant Spirometric Transitions and Preserved Ratio Impaired Spirometry Among Ever Smokers. Chest. 2022;161(3):651-61. doi:10.1016/j.chest.2021.09.021.
8. Shiraishi Y, Shimada T, Tanabe N, et al. The prevalence and physiological impacts of centrilobular and paraseptal emphysema on computed tomography in smokers with preserved ratio impaired spirometry. ERJ Open Res. 2022;8(2):00063-2022. doi:10.1183/23120541.00063-2022.
9. Wan ES, Balte P, Schwartz JE, et al. Association Between Preserved Ratio Impaired Spirometry and Clinical Outcomes in US Adults. JAMA. 2021;326(22):2287-98. doi:10.1001/jama.2021.20939. Erratum in: JAMA. 2022;327(3):286. doi:10.1001/jama.2021.23883.
10. Washio Y, Sakata S, Fukuyama S, et al. Risks of Mortality and Airflow Limitation in Japanese Individuals with Preserved Ratio Impaired Spirometry. Am J Respir Crit Care Med. 2022;206(5):563-72. doi:10.1164/rccm.202110-2302OC.
11. Vaz Fragoso CA, Van Ness PH, McAvay GJ. FEV1 as a Standalone Spirometric Predictor and the Attributable Fraction for Death in Older Persons. Respir Care. 2020;65(2):217-26.
12. Turusheva AV, Frolova EV. Features of preventive measures in elderly people in Russia. Vrach. 2017;6:3-7. (In Russ.) Турушева А.В., Фролова Е.В. Особенности профилактических мероприятий у пожилых людей в России. Врач 2017;6:3-7.
13. Turusheva A, Frolova E, Hegendoerfer E, et al. Predictors of short-term mortality, cognitive and physical decline in older adults in northwest Russia: a population-based prospective cohort study. Aging Clin Exp Res. 2017;29(4):665-73. doi:10.1007/s40520-016-0613-7.
14. Turusheva A, Frolova E, Bert V, et al. Validation of a new mortality risk prediction model for people 65 years and older in northwest Russia: The Crystal risk score. Arch Gerontol Geriatr. 2017;71:105-14. doi:10.1016/j.archger.2017.03.004.
15. Zheng J, Zhou R, Zhang Y, et al. Preserved Ratio Impaired Spirometry in Relationship to Cardiovascular Outcomes: A Large Prospective Cohort Study. Chest. 2023;163(3):610-23. doi:10.1016/j.chest.2022.11.003.
16. Zhang L, Aierken A, Chen C, et al. Association between preserved ratio impaired spirometry and frailty risk among US adults: a cross-sectional study. BMJ Open. 2025;15(7):e097513. doi:10.1136/bmjopen-2024-097513.
17. Quanjer PH, Stanojevic S, Cole TJ, et al. Multi-ethnic reference values for spirometry for the 3–95-yr age range: the global lung function 2012 equations. Eur Respir J. 2012; 40(10):1324-43. doi:10.1183/09031936.00080312
18. Kanetake R, Takamatsu K, Park K, et al. Prevalence and risk factors for COPD in subjects with preserved ratio impaired spirometry. BMJ Open Respir Res. 2022;9(1):e001298. doi:10.1136/bmjresp-2022-001298.
19. Soni N, Banerjee J, Gunasekaran V, et al. Association of geriatric syndromes in older adults with chronic obstructive pulmonary disease. Aging Med (Milton). 2022;5(2):106-12. doi:10.1002/agm2.12208.
20. Tarazona-Santabalbina FJ, Naval E, De la Cámara-de Las Heras JM, et al. Is Frailty Diagnosis Important in Patients with COPD? A Narrative Review of the Literature. Int J Environ Res Public Health. 2023;20(3):1678. doi:10.3390/ijerph20031678.

Турушева Анна Владимировна (Anna V. Turusheva) — доцент, д.м.н., профессор кафедры семейной медицины, ORCID: 0000-0003-3347-0984;

Андреева Елена Александровна (Elena A. Andreeva) — доцент, д.м.н., профессор кафедры семейной медицины, ORCID: 0000-0002-3917-154X;

Похазникова Марина Александровна (Marina A. Pokhaznikova) — доцент, к.м.н., доцент кафедры семейной медицины, ORCID: 0000-0001-9894-5974;

Зеленуха Дмитрий Николаевич (Dmitry N. Zelenukha) — к.м.н., ассистент кафедры семейной медицины, ORCID: 0009-0006-6258-9377;

Кузнецова Ольга Юрьевна (Olga Yu. Kuznetsova) — профессор, д.м.н., зав. кафедрой семейной медицины, ORCID: 0000-0002-2440-6959.

Адреса организаций авторов: ФГБОУ ВО "Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова" Минздрава России, Кирочная ул., д. 4, Санкт-Петербург, 191015, Россия; ГБОУ ВО "Северный государственный медицинский университет", пр. Троицкий, д. 5, Архангельск, 163000, Россия.

Addresses of the authors' institutions: Mechnikov North-Western State Medical University, Kirochnaya str., 41, St. Petersburg, 191015, Russia; Northern State Medical University, Troitsky Av., 51, Arkhangelsk, Russia.

Первичная медико-санитарная помощь. 2025;2(4):39-46.
doi: 10.15829/ 3034-4123-2025-84
ISSN 3034-4123 (Print)
ISSN 3034-4565 (Online)

Первичная медико-санитарная помощь
Primary Health Care (Russian Federation)

Совет экспертов

Редакционная статья

Рекомендации по ведению пациентов с остеоартритом врачом-терапевтом в первичном звене здравоохранения. Резолюция Совета экспертов

Драпкина О. М.[1*],
Лила А. М.[2],
Загородний Н. В.[3],
Абдулганиева Д. И.[4],
Зонова Е. В.[5],
Наумов А. В.[6],
Путилина М. В.[6]

[1]ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины" Минздрава России, Москва, Российская Федерация

[2]ФГБНУ "НИИ ревматологии им. В. А. Насоновой, Москва, Российская Федерация

[3]ФНМО МИ ФГАОУ ВО РУДН, Москва, Российская Федерация

[4]ФГБОУ ВО "Казанский ГМУ" Минздрава России, Казань, Российская Федерация

[5]ФУВ ФГБОУ ВО "Новосибирский ГМУ" Минздрава России, Новосибирск, Российская Федерация

[6]ФГБОУ ВО "РНИМУ им. Н. И. Пирогова" Минздрава России, Москва, Российская Федерация

*Corresponding author
(Автор, ответственный за переписку):
r.n.shepel@mail.ru

Поступила: 18.11.2025
Принята: 21.11.2025

CC BY 4.0

Остеоартрит (ОА) — одно из социально значимых хронических неинфекционных заболеваний, оказывающих выраженное негативное влияние на качество жизни и характеризующихся устойчивым ростом заболеваемости во всём мире. Основная нагрузка по ведению пациентов с данной патологией ложится на врачей, оказывающих первичную медико-санитарную помощь. В рамках заседания Совета экспертов, в состав которого вошли ведущие специалисты в области терапии, ревматологии, неврологии и гериатрии, была подготовлена резолюция, отражающая современные клинические подходы к ведению ОА в амбулаторной практике. Основу медикаментозного лечения составляют симптоматические препараты замедленного действия (SYSADOA). Терапия ОА должна быть индивидуализирована с учётом коморбидного фона, особенно у пациентов пожилого возраста, для которых ОА является фактором риска развития старческой астении. Особое внимание в резолюции уделено повышению эффективности терапии ОА за счёт применения комбинаций SYSADOA с различными механизмами действия. По данным крупных отечественных исследований, такая стратегия способствует более выраженному снижению болевого синдрома и уменьшению потребности в применении нестероидных противовоспалительных препаратов. В документе представлены чёткие алгоритмы ведения пациентов для врачей, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, включая критерии, определяющие необходимость направления к врачу-ревматологу или травматологу-ортопеду.

Ключевые слова: остеоартрит, SYSADOA, первичная медико-санитарная помощь, коморбидность.

Отношения и деятельность: нет.

Для цитирования: Драпкина О. М., Лила А. М., Загородний Н. В., Абдулганиева Д. И., Зонова Е. В., Наумов А. В., Путилина М. В. Рекомендации по ведению пациентов с остеоартритом врачом-терапевтом в первичном звене здравоохранения. Резолюция Совета экспертов. *Первичная медико-санитарная помощь.* 2025;2(4):39-46. doi: 10.15829/3034-4123-2025-84. EDN: GLOYCD

Primary Health Care (Russian Federation). 2025;2(4):39-46.
doi: 10.15829/ 3034-4123-2025-84
ISSN 3034-4123 (Print)
ISSN 3034-4565 (Online)

Первичная медико-санитарная помощь
Primary Health Care (Russian Federation)

Expert consensus ***Editorial***

Guidelines for the management of patients with osteoarthritis by primary care physician. Expert council resolution

Drapkina O. M.[1*], Lila A. M.[2], Zagorodniy N. V.[3], Abdulganiyeva D. I.[4], Zonova E. V.[5], Naumov A. V.[6], Putilina M. V.[6]

[1]National Medical Research Center for Therapy and Preventive Medicine, Moscow, Russian Federation

[2]Nasonova Rheumatology Research Institute, Moscow, Russian Federation

[3]Peoples' Friendship University of Russia, Moscow, Russian Federation

[4]Kazan State Medical University, Kazan, Russian Federation

[5]Novosibirsk State Medical University, Novosibirsk, Russian Federation

[6]Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow, Russian Federation

*Corresponding author:
r.n.shepel@mail.ru

Received: 18.11.2025
Accepted: 21.11.2025

Osteoarthritis (OA) is a socially significant noncommunicable disease with significant impact on quality of life, which is characterized by a steady incidence increase worldwide. Primary care physicians bear the brunt of managing such patients. As part of the Expert Council meeting, which included leading specialists in internal medicine, rheumatology, neurology, and geriatrics, a resolution was developed reflecting current clinical approaches to the outpatient OA management. The cornerstone of pharmacological treatment are symptomatic slow-acting drugs for osteoarthritis (SYSADOA). OA therapy should be individualized, taking into account patient comorbidities, especially in elderly individuals for whom OA is a risk factor for geriatric frailty. The resolution places particular emphasis on improving therapeutic outcomes through the use of SYSADOA combinations with different mechanisms of action. Data from large-scale national studies confirm that such strategies result in greater pain reduction and reduced need for non-steroidal anti-inflammatory drugs. The document provides clear clinical management algorithms for primary care physicians, including criteria for referral to a rheumatologist or orthopedic surgeon.

Keywords: osteoarthritis, SYSADOA, primary care, comorbidity.

Relationships and Activities: none.

For citation: Drapkina O. M., Lila A. M., Zagorodniy N. V., Abdulganiyeva D. I., Zonova E. V., Naumov A. V., Putilina M. V. Guidelines for the management of patients with osteoarthritis by primary care physician. Expert council resolution. *Primary Health Care (Russian Federation).* 2025;2(4):39-46. doi: 10.15829/3034-4123-2025-84. EDN: GLOYCD

ГАГ-ПК — гликозаминогликан-пептидный комплекс, ДИ — доверительный интервал, НПВП — нестероидные противовоспалительные препараты, ОА — остеоартрит, ОШ — отношение шансов, SYSADOA — симптоматические препараты замедленного действия, WOMAC — Western Ontario and McMaster University Osteoarthritis Index.

Введение

Остеоартрит (ОА) является одним из ведущих заболеваний костно-мышечной системы, оказывающим значимое влияние на качество жизни населения и социально-экономическую нагрузку на здравоохранение. По данным глобального анализа Global Burden of Disease Study 2021, число пациентов с ОА в мире составляет около 595 млн человек, что соответствует 7,6% всего населения земного шара. За последние три десятилетия отмечено значительное увеличение заболеваемости ОА — на 132,2% по сравнению с уровнем 1990 г. [1]. Прогнозы на ближайшие десятилетия указывают на устойчивую тенденцию к дальнейшему росту распространённости ОА. К 2050 г. ожидается увеличение числа случаев ОА коленных суставов на 74,9%, тазобедренных — на 78,6%, суставов кистей — на 48,6%. Эти изменения во многом обусловлены старением населения и увеличением средней продолжительности жизни [1, 2].

Масштабное отечественное эпидемиологическое исследование показало, что ОА коленных и/или тазобедренных суставов диагностируется у 13% взрослого населения, что позволяет ориентировочно оценить численность пациентов с данным заболеванием в Российской Федерации на уровне 14-16 млн человек [2]. Однако эти данные не отражают истинного количества больных, поскольку учитывают только выявленные и зарегистрированные случаи [2, 3]. Опрос врачей, проведённый в 2020 г. в ряде европейских стран (Франция, Германия, Италия, Испания, Великобритания), продемонстрировал ключевую роль первичного звена здравоохранения в ведении пациентов с ОА. В указанном исследовании ведением пациентов с лёгким течением заболевания занимались врачи, оказывающие первичную медико-санитарную помощь в 64% случаев, со среднетяжёлым — в 50,5%, с тяжёлым — в 44,5%. Мировой опыт демонстрирует перспективы в усилении роли первичного звена как на этапах раннего выявления заболевания и инициации терапии, так и в процессе маршрутизации пациентов для получения специализированной помощи [4].

09 июня 2025г под председательством главного внештатного специалиста по терапии и общей врачебной практике Министерства здравоохранения Российской Федерации, доктора медицинских наук, профессора, академика РАН, президента Российского научного медицинского общества терапевтов и Российского общества по профилактике неинфекционных заболевания О.М. Драпкиной, состоялся Совет экспертов "Рекомендации по ведению пациентов с ОА врачом-терапевтом в первичном звене здравоохранения". В состав Совета вошли эксперты, которые представляли такие специальности, как терапия и общая врачебная практика, гериатрия, неврология и ревматология. По результатам Совета экспертов была подготовлена резолюция, отражающая междисциплинарное мнение специалистов по ключевым аспектам ведения пациентов с ОА в амбулаторной практике, включая вопросы индивидуализации терапии с учётом коморбидности, а также рационального выбора лекарственных средств с доказанным профилем эффективности и безопасности, в том числе симптоматических препаратов замедленного действия как основы базисного подхода в терапии ОА.

В ходе экспертного обсуждения были подробно рассмотрены клинические алгоритмы ведения пациентов с ОА с различных точек зрения, в том числе вопросы разграничения ситуаций, при которых показана консультация профильных специалистов, и тех, когда ведение может осуществляться врачом общей практики. Специалисты подробно обсудили критерии, при наличии которых необходима специализированная ревматологическая помощь, включая наличие синовита, атипичной или интенсивной боли, признаки быстропрогрессирующего течения заболевания, дебют в возрасте до 50 лет, вовлечение мелких суставов кистей [5]. В остальных случаях, при типичном течении ОА без признаков тревожных симптомов, ведение пациента может осуществляться специалистами, оказывающими первичную медико-санитарную помощь при консультативной поддержке врача-ревматолога [5, 6].

Отдельное внимание было уделено ведению пожилых пациентов, как основной группы, страдающей ОА. Эксперты проанализировали результаты исследований, подтверждающие взаимосвязь между ОА и повышенным риском развития преастении и старческой астении. Было показано, что у пациентов с ОА отмечается статистически значимое увеличение отношения шансов (ОШ) развития как преастении, так и астении, причём выраженность риска возрастает по мере увеличения количества поражённых суставов. Согласно данным исследования EPOSA (European Project on OsteoArthritis), наличие ОА в одной локализации ассоциировано с повышением риска преастении (ОШ 1,45; 95% доверительный интервал (ДИ) 1,14-1,85) и астении (ОШ 2,47; 95% ДИ 1,68-3,63). При ОА двух локализаций ОШ составляют 1,73 (95% ДИ 1,16-2,57) для преастении и 4,18 (95% ДИ 2,42-7,22) для астении. При ОА трёх локализаций ОШ достигают 2,26 (95% ДИ 1,28-8,32) для преастении и 8,95 (95% ДИ 2,83-28,39) для астении [7].

Коморбидность является одним из значимых факторов, осложняющих ведение пациентов с ОА, что связано с высокой распространённостью сопутствующих заболеваний и их влиянием на фармакокинетику и фармакодинамику применяемых лекарственных препаратов. Наличие коморбид-

doi: 10.15829/ 3034-4123-2025-84

ности значительно повышает риск развития нежелательных явлений на фоне проводимой фармакотерапии. Нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) остаются наиболее широко применяемой группой средств при лечении болевого синдрома у пациентов с ОА, однако их использование сопряжено с высоким риском развития нежелательных реакций [8].

В связи с этим при выборе терапии необходимо учитывать профиль коморбидности пациента и отдавать предпочтение препаратам с подтверждённой безопасностью и обоснованной эффективностью (рисунок 1).

Терапия ОА направлена на снижение выраженности симптомов заболевания — боли и скованности, улучшение функционального состояния суставов и качества жизни пациента, а также на минимизацию риска обострений, включая эпизоды усиления боли и рецидивов синовита. Немаловажной задачей является замедление прогрессирования патологического процесса, предупреждение развития стойких деформаций суставов и последующей инвалидизации. При выборе терапии необходимо учитывать фенотип заболевания и наличие сопутствующих состояний, отдавая предпочтение препаратам с доказанной эффективностью и благоприятным профилем безопасности, а также принимать во внимание возможные лекарственные взаимодействия. Эксперты подчеркнули, что основу медикаментозного лечения ОА составляют симптоматические препараты замедленного действия (SYSADOA), которые назначаются сразу после установления диагноза.

SYSADOA проявляют как симптом-модифицирующее, так и структурно-модифицирующее действие, способствуя снижению боли, уменьшению воспаления, улучшению функции суставов и снижению потребности в приёме НПВП. При длительном применении отмечается замедление сужения суставной щели, что может отсрочить необходимость эндопротезирования. Ведущим трендом при разработке современных методов терапии ОА является повышение эффективности, которое может быть достигнуто как за счёт внедрения новых лекарственных средств, так и путем использования комбинации уже имеющихся для достижения синергичного действия. В качестве возможного механизма синергии рассматривается увеличение антикатаболических и противовоспалительных эффектов в тканях [9].

Экспертами были рассмотрены доказательства эффективности как отдельных препаратов, так и их совместного использования.

SYSADOA характеризуются благоприятным профилем безопасности, включая возможность применения у пациентов с сопутствующими заболеваниями, и рекомендованы к назначению в качестве первой линии терапии, в соответствии с отечественными клиническими рекомендациями по лечению ОА коленного и тазобедренного суставов[1] и включены в алгоритм ESCEO [10]. Рассматривая обоснования при выборе терапии ОА, необходимо сделать акцент на качественных лекарственных препаратах с доказанными в хорошо организованных клинических исследованиях эффективностью и безопасностью. Учитывая наличие на рынке не только лекарственных препаратов, но и различных пищевых добавок, содержащих гликозаминогликаны, ESCEO поднимает вопрос о том, что достижение соответствия результата терапии ожиданиям врачей и пациентов возможно только при назначении качественных лекарственных препаратов с сертифицированным источником субстанции, отсутствием бактериальной и вирусной контаминации при производстве и транспортировке, а также многих других условий, влияющих на стабильность эффекта во времени[2] [11]. Высококачественные рецептурные SYSADOA обладают большей клинической эффективностью по сравнению с безрецептурными аналогами [12, 13] и демонстрируют замедление рентгенологической прогрессии в клинических исследованиях [14-16].

В ходе экспертного обсуждения была представлена доказательная база, подтверждающая целесообразность применения комбинированной терапии ОА препаратов с различными механизмами действия: гликозаминогликан-пептидный комплекс (ГАГ-ПК) и диацереин. Эксперты представили результаты многоцентровых отечественных исследований: "ДИНАМИКА" (n=6199, более 150 центров) и "ГЛАДИОЛУС" (n=414, более 100 центров), направленных на сравнительную оценку эффективности и безопасности ГАГ-ПК в качестве монотерапии и в сочетании с диацереином. Исследование "ДИНАМИКА", проведённое более чем в 150 центрах Российской Федерации с участием 6199 пациентов (69,0% — женщины, средний возраст 60,9±11,4 лет), включало пациентов с ОА коленных суставов II-III стадии, часто сочетающимся с ОА тазобедренных суставов (31,6%), ОА суставов кистей (23,6%) и хронической неспецифической болью в спине (42,5%). Положительная динамика клинических показателей оказалась выше у пациентов, получавших комбинацию ГАГ-ПК + диацереин, в сравнении с монотерапией ГАГ-ПК. Следует отметить

[1] Клинические рекомендации. Ассоциация травматологов-ортопедов России, Ассоциация ревматологов России, Общероссийская общественная организация Ассоциация реабилитологов России. Гонартроз, 2024 г. (одобрено НПС Минздравом России).

[2] Клинические рекомендации. Ассоциация травматологов-ортопедов России, Ассоциация ревматологов России, Общероссийская общественная организация Ассоциация реабилитологов России. Коксартроз, 2024 г. (одобрено НПС Минздравом России).

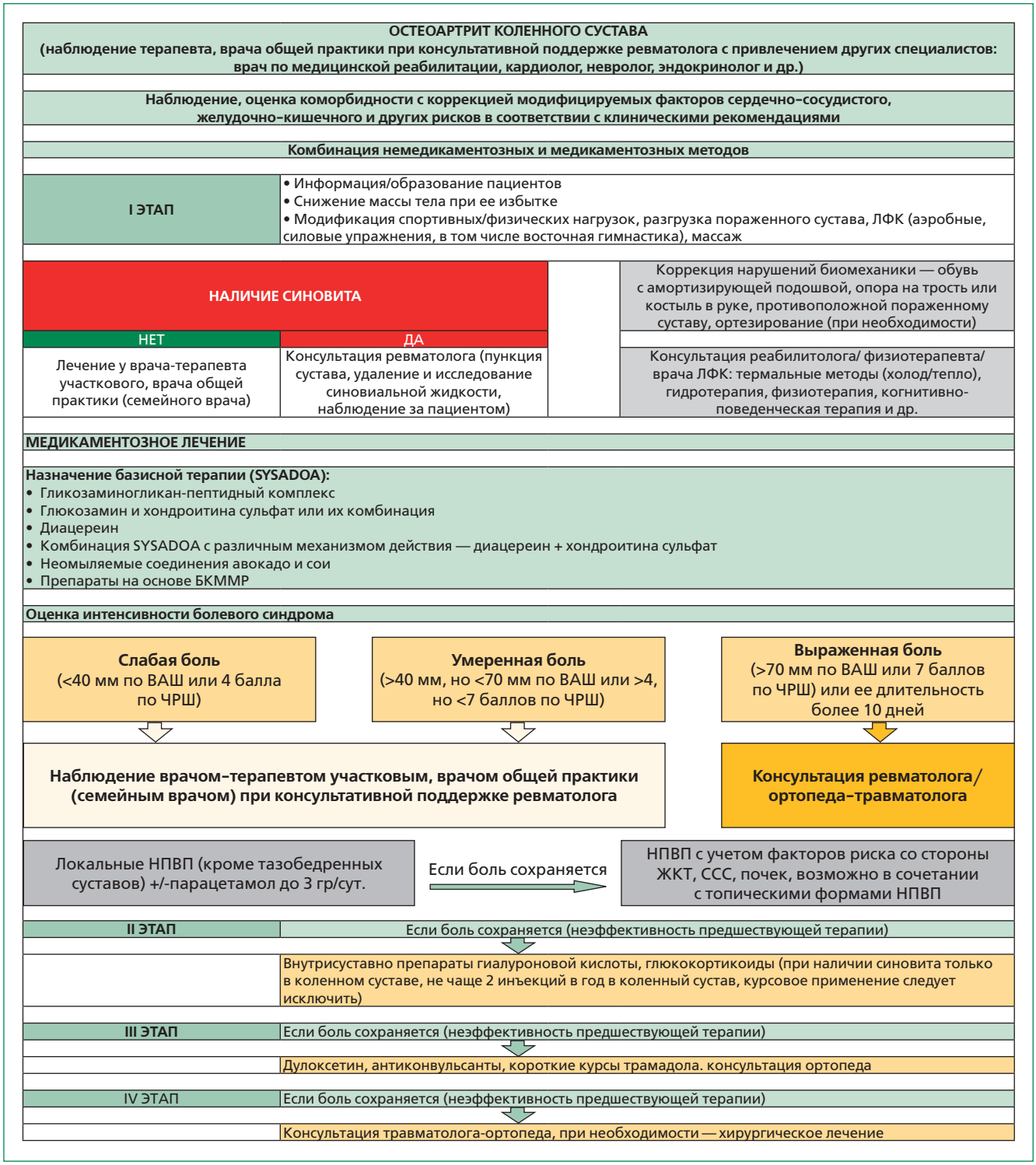


Рис. 1. Алгоритм лечения пациента с ОА коленных суставов в реальной клинической практике (адаптировано из [9]).
Сокращения: БКММР — биоактивный концентрат мелкой морской рыбы, ВАШ — визуально-аналоговая шкала, ЖКТ — желудочно-кишечный тракт, ЛФК — лечебная физическая культура, SYSADOA — симптоматические препараты замедленного действия, ЧРШ — числовая рейтинговая шкала, НПВП — нестероидные противовоспалительные препараты, ССС — сердечно-сосудистая система.

важность снижения потребности в использовании обезболивающей терапии у 60,9% пациентов из группы с использованием комбинированной терапии в сравнении с монотерапией ГАГ-ПК с достоверной разницей (p=0,001) [16]. В исследование "ГЛАДИОЛУС" (Каратеев А. Е. и др., 2021) были включены 414 пациентов (75,5% — женщины, средний возраст 61,9±11,8 лет), страдающих ОА колен-

ных суставов II-III стадии, при средней длительности заболевания 6 лет. В исследовании "ГЛАДИОЛУС" применение ГАГ-ПК в виде комбинации с диацереином обеспечивает более значимое улучшение, чем монотерапия ГАГ-ПК. В обоих исследованиях выявлена хорошая переносимость терапии, без серьёзных нежелательных эффектов, с отсутствием негативного влияния на течение имеющихся у пациентов хронических заболеваний [17, 18].

Дополнительные данные в пользу целесообразности сочетанного применения ГАГ-ПК и диацереина были получены в многоцентровом проспективном исследовании, проведённом в шести центрах Российской Федерации (n=78; женщины — 91%; средний возраст — 59,7±7,3 года; ОА коленного сустава II-III стадии; продолжительность заболевания 5-10 лет), в котором оценивалась эффективность и безопасность курсовой комбинированной терапии ГАГ-ПК и диацереином. Через 3 мес. терапии отмечено снижение выраженности болевого синдрома по шкале WOMAC (Western Ontario and McMaster University Osteoarthritis Index): с 198 до 127 мм при комбинированной терапии и с 209 до 142 мм при монотерапии; к 10-му месяцу — до 110 и 112 мм, соответственно. Улучшение или значительное улучшение состояния отмечено у 90,6% и 95,3% пациентов на 3-м и 10-м мес. лечения в группе комбинированной терапии (при монотерапии — 81,7% и 90,8%). Отказ от приёма НПВП зафиксирован у 42,9% пациентов в группе ГАГ-ПК + диацереин и у 33,3% при монотерапии; ещё 47,6% перешли на приём по требованию. Эффект сохранялся в течение 6 мес., при этом не выявлено достоверной негативной динамики показателей глюкозы, гликированного гемоглобина, холестерина, мочевой кислоты, что подтверждает клиническую эффективность, благоприятный профиль безопасности терапии и позитивное влияние на течение сопутствующих заболеваний [19].

В многоцентровом исследовании "ПРИМУЛА" (Каратеев А.Е. и др., 2018) у пациентов с ОА коленных суставов, не достигших успеха на предшествующей терапии пероральными SYSADOA, на фоне терапии ГАГ-ПК через 8 и 12 нед. отмечено статистически достоверное снижение интенсивности боли по визуальной аналоговой шкале (на 29,0±17,6% и 34,6±16,2%, соответственно; p<0,001), а также снижение показателей по шкале WOMAC: боль — на 29,6±15,8% и 37,2±21,7%, скованность — на 27,7±14,8% и 30,4±16,7%, функция — на 27,4±13,9% и 30,0±17,1%, общий балл — на 26,9±12,8% и 32,4±17,4%. По завершении 12-нед. курса 31,7% пациентов полностью отказались от НПВП, ещё 32,4% перешли на приём по требованию. Хорошую и отличную оценку результатам терапии через 8 и 12 нед. дали 79,6% и 75,6% больных, соответственно. Нежелательные явления зарегистрированы у 1,8% пациентов, не потребовали отмены терапии и купировались самостоятельно [20].

В качестве потенциального лекарственного средства экспертами представлен комбинированный препарат — диацереин + хондроитина сульфат, действующие вещества которого оказывают синергичное влияние на разные звенья патогенеза ОА, что может способствовать повышению результата терапии и приверженности пациента вследствие удобства применения.

По итогам заседания Совета экспертов были сформулированы следующие ключевые выводы:

- Пациенты с ОА, начиная с ранних стадий заболевания, должны находиться под наблюдением терапевта или врача общей практики при консультативной поддержке ревматолога;
- При выборе терапии необходимо отдавать предпочтение препаратам с международным непатентованным наименованием, отличающимся подтверждённой безопасностью и доказанной эффективностью, с учетом сопутствующих заболеваний пациента. Использование комбинации SYSADOA может способствовать увеличению эффективности лечения без повышения рисков токсичности в соответствии с результатами клинических исследований;
- При наличии у пациента синовита, выраженного болевого синдрома, дебюта заболевания до 50 лет и вовлечения суставов кистей требуется консультация ревматолога, а при наличии выраженных рентгенологических изменений (III-IV стадия по Келлгрену–Лоуренсу) — консультация травматолога-ортопеда;
- При стабильном течении заболевания, ведение пациентов может осуществляться врачами, оказывающими первичную медико-санитарную помощь, при консультативной поддержке ревматолога.

Отношения и деятельность: все авторы заявляют об отсутствии потенциального конфликта интересов, требующего раскрытия в данной статье.

Литература/References

1. Global Burden of Disease (GBD) 2021 Osteoarthritis Collaborators. Global, regional, and national burden of osteoarthritis, 1990-2020 and projections to 2050: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. Lancet Rheumatol. 2023; 5(9):e508-e522. doi:10.1016/S2665-9913(23)00126-7.
2. Lila AM, Alekseeva LI, Taskina EA, Kashevarova NG. Osteoarthritis as an interdisciplinary problem: treatment algorithm for physicians and general practitioners. Sovremennaya Revmatologiya = Modern Rheumatology Journal. 2021;15(5):68-75. (In Russ.) Лила А.М., Алексеева Л.И., Таскина Е.А., Кашеварова Н.Г. Остеоартрит как междисциплинарная проблема: алгоритм лечения для терапевтов и врачей общей практики. Современная ревматология. 2021;15(5):68-75. doi:10.14412/1996-7012-2021-5-68-75.
3. Galushko EA, Bolshakova TY, Vinogradova IB, et al. Structure of rheumatic diseases among adult population of Russia according to data of an epidemiological study (preliminary results). Nauchno-prakticheskaya revmatologiya = Rheumatology Science and

Оригинальный инъекционный хондропротектор

Румалон®



- содержит 64,5% тканеспецифичного молодого хондроитина-4-сульфата и уникальный состав регуляторных пептидов, стимулирующих собственные процессы репарации хряща[1]
- эффективность и безопасность доказаны в 6 международных плацебо-контролируемых и 39 российских исследованиях длительностью до 16 лет[2]
- курс терапии 2 раза в год: по 2 мл 15 инъекций или по 1 мл 25 инъекций[3]

Уникальный комбинированный препарат

ДИАФЛЕКС ХОНДРО



- уникальная синергичная комбинация ингибитора ключевого цитокина воспаления IL-1β (диацереина) и хондроитина сульфата в одной капсуле[4]
- доказанная превосходящая эффективность и лучшая переносимость Диафлекса Хондро в сравнении с раздельным применением[5]
- удобный режим дозирования и повышение приверженности к длительной курсовой терапии у пациентов с ОА и ХНБС

1. K. Pavelka et al. Osteoarthritis and Cartilage, 2000, 8, 335–342
2. Каратеев А.Е. Научно-практическая ревматология. 2020;58(1):91-96
3. Инструкция по применению препарата Румалон
4. Общая характеристика лекарственного препарата Диафлекс Хондро
5. Отчёт о результатах клинического исследования безопасности и эффективности препарата Диафлекс Хондро, https://clinline.ru/

Реклама

Practice. 2009;(1):11-7. (In Russ.) Галушко Е.А., Большакова Т.Ю., Виноградова И.Б. и др. Структура ревматических заболеваний среди взрослого населения России по данным эпидемиологического исследования (предварительные результаты). Научно-практическая ревматология. 2009;(1):11-7. doi:10.14412/1995-4484-2009-136.
4. Conaghan PG, Abraham L, Graham-Clarke P, et al. OP0190 Understanding current prescription drug treatment paradigms for patients with osteoarthritis in Europe. Annals of the Rheumatic Diseases. 2020;79(Suppl 1):118. doi:10.1136/annrheumdis-2020-eular.4776.
5. Lila AM, Alekseeva LI, Taskina EA, et al. Clinical guidelines (draft) for the diagnosis and treatment of primary osteoarthritis for primary care physicians (internists, general practitioners). Terapiya = Therapy. 2023;(1):7-22. (In Russ.) Лила А.М., Алексеева Л.И., Таскина Е.А. и др. Клинические рекомендации (проект) по диагностике и лечению первичного остеоартрита для специалистов первичного звена (врачей-терапевтов, врачей общей практики). Терапия. 2023;(1):7-22. doi:10.18565/therapy.2023.1.7-22.
6. Zeng C, Wei J, Li H, et al. Effectiveness and safety of Glucosamine, chondroitin, the two in combination, or celecoxib in the treatment of osteoarthritis of the knee. Sci Rep. 2015;5:16827. doi:10.1038/srep16827.
7. Castell MV, van der Pas S, Otero A, et al. Osteoarthritis and frailty in elderly individuals across six European countries: results from the European Project on OSteoArthritis (EPOSA). BMC Musculoskelet Disord. 2015;16:359. doi:10.1186/s12891-015-0807-8.
8. Karateev AE, Lila AM, Mazurov VI, et al. Expert consensus 2024: rational use of nonsteroidal anti-inflammatory drugs. Sovremennaya Revmatologiya = Modern Rheumatology Journal. 2025;19(S1):1-40. (In Russ.) Каратеев А.Е., Лила А.М., Мазуров В.И. и др. Консенсус экспертов 2024: рациональное использование нестероидных противовоспалительных препаратов. Современная ревматология. 2025;19(Прил. 1):1-40. doi:10.14412/1996-7012-2025-1S-1-40.
9. Lila AM, Mazurov VI, Martynov AI, et al. Resolution of the consensus of the Russian Federation experts on the diagnosis and treatment of osteoarthritis, 2022. Sovremennaya Revmatologiya = Modern Rheumatology Journal. 2022;16(6):106-16. (In Russ.) Лила А.М., Мазуров В.И., Мартынов А.И. и др. Резолюция консенсуса экспертов Российской Федерации по диагностике и лечению остеоартрита 2022. Современная ревматология. 2022;16(6):106-16. doi:10.14412/1996-7012-2022-6-106-116.
10. Bruyère O, Honvo G, Veronese N, et al. An updated algorithm recommendation for the management of knee osteoarthritis from the European Society for Clinical and Economic Aspects of Osteoporosis, Osteoarthritis and Musculoskeletal Diseases (ESCEO). Semin Arthritis Rheum. 2019;49(3):337-50. doi:10.1016/j.semarthrit.2019.04.008.
11. Arden NK, Perry TA, Bannuru RR, et al. Non-surgical management of knee osteoarthritis: comparison of ESCEO and OARSI 2019 guidelines. Nat Rev Rheumatol. 2021;17(1):59-66. doi:10.1038/s41584-020-00523-9.
12. Towheed TE, Maxwell L, Anastassiades TP, et al. Glucosamine therapy for treating osteoarthritis. Cochrane Database Syst Rev. 2005;2005(2):CD002946. doi:10.1002/14651858.CD002946.pub2.
13. Reginster JL, Bruyere O, Cooper C. Different glucosamine sulfate products generate different outcomes on osteoarthritis symptoms. Ann Rheum Dis. 2018;77(7):e39. doi:10.1136/annrheumdis-2017-212251.
14. Reginster JY. Differentiation between various chondroitin sulfate formulations in symptomatic knee osteoarthritis. Annals of the Rheumatic Diseases. 2018;77(8):e55. doi:10.1136/annrheumdis-2017-212460
15. Reginster JY, Deroisy R, Rovati LC, et al. Long-term effects of glucosamine sulphate on osteoarthritis progression: a randomised, placebo-controlled clinical trial. Lancet. 2001;357(9252):251-6. doi:10.1016/S0140-6736(00)03610-2.
16. Pavelká K, Gatterová J, Olejarová M, et al. Glucosamine sulfate use and delay of progression of knee osteoarthritis: a 3-year, randomized, placebo-controlled, double-blind study. Archives of Internal Medicine. 2002;162(18):2113-23. doi:10.1001/archinte.162.18.2113.
17. Karateev AE, Polishchuk EYu, Potapova AS, et al. Outcomes of the use of the glycosaminoglycan-peptide complex as monotherapy and in combination with diacerein for the treatment of knee osteoarthritis in real-world practice. Consilium Medicum. 2023;25(2):105-12. (In Russ.) Каратеев А.Е., Полищук Е.Ю., Потапова А.С. и др. Сравнение результатов применения гликозаминогликан-пептидного комплекса в качестве монотерапии и в комбинации с диацереином для лечения остеоартрита коленного сустава в условиях реальной клинической практики. Consilium Medicum. 2023;25(2):105-12. doi:10.26442/20751753.2023.2.202135.
18. Karateev AE, Alekseeva LI, Pogozheva EYu, et al. Efficacy of combined use of glycosaminoglycan peptide complex for intramuscular administration and oral diacerein in osteoarthritis: evaluation according to an observational multicenter clinical trial. Terapevticheskii arkhiv (Ter. Arkh.). 2021;93(5):587-93. (In Russ.) Каратеев А.Е., Алексеева Л.И., Погожева Е.Ю. и др. Эффективность комбинированного применения гликозаминогликан-пептидного комплекса для внутримышечного введения и перорального диацереина при остеоартрите. Терапевтический архив. 2021;93(5):587-93. doi:10.26442/00403660.2021.05.200791.
19. Alekseeva LI, Lila AM, Sharapova EP, et al. Multicenter prospective study of the efficacy and safety of glycosaminoglycan-peptide complex in combination with diacerein in patients with knee osteoarthritis. Terapiya = Therapy. 2022;2:6-18. (In Russ.) Алексеева Л.И., Лила А.М., Шарапова Е.П., и др. Многоцентровое проспективное исследование эффективности и безопасности гликозаминогликан-пептидного комплекса в комбинации с диацереином у пациентов с остеоартритом коленных суставов. Терапия. 2022;2:6-18. doi:10.18565/therapy.2022.2.6-18.
20. Karateev AE, Alekseeva LI, Lila AM, et al. Therapeutic potential of glycosaminoglycan-peptide complex injectable form use in knee osteoarthritis treatment according to PRIMULA (Use of Rumalon with initially small success in the treatment of osteoarthritis) study results: supplemented data. Consilium Medicum. 2018;20(9):51-7. (In Russ.) Каратеев А.Е., Алексеева Л.И., Лила А.М. и др. Терапевтический потенциал инъекционной формы гликозаминогликан-пептидного комплекса при лечении остеоартрита коленного сустава по результатам исследования ПРИМУЛА (Применение Румалона при исходно малом успехе в лечении остеоартрита): дополненные данные. Consilium Medicum. 2018;20(9):51-7. doi:10.26442/2075-1753_2018. 9.51-57.

Драпкина Оксана Михайловна (Oxana M. Drapkina) — д.м.н., профессор, академик РАН, директор, главный внештатный специалист по терапии и общей врачебной практике Минздрава России, президент "Российского общества профилактики неинфекционных заболеваний" (РОПНИЗ), ORCID: 0000-0002-4453-8430;

Лила Александр Михайлович (Alexander M. Lila) — д.м.н., профессор, член-корр. РАН, главный внештатный специалист-ревматолог Минздрава России, директор, ORCID: 0000-0002-6068-3080;

Загородний Николай Васильевич (Nikolay V. Zagorodniy) — академик РАН, профессор, зав. кафедрой травматологии и ортопедии ФНМО МИ, ORCID: 0000-0002-6736-9772;

Абдулганиева Диана Ильдаровна (Diana I. Abdulganiyeva) — д.м.н., профессор, зав. кафедрой госпитальной терапии, главный внештатный терапевт Министерства здравоохранения Республики Татарстан, ORCID: 0000-0001-7069-2725;

Зонова Елена Владимировна (Elena V. Zonova) — д.м.н., профессор кафедры терапии факультета усовершенствования врачей, главный внештатный специалист-ревматолог СФО, ORCID: 0000-0001-8529-4105;

Наумов Антон Вячеславович (Anton V. Naumov) — д.м.н., профессор кафедры болезней старения, зав. лабораторией заболеваний костно-мышечной системы Российского геронтологического научно-клинического центра, ORCID: 0000-0002-6253-621X;

Путилина Марина Викторовна (Marina V. Putilina) — д.м.н., профессор, профессор кафедры клинической фармакологии им. Ю.Б. Белоусова Лечебного факультета, ORCID: 0000-0002-8655-8501.

Адреса организаций авторов: ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины" Минздрава России, Петроверигский пер., 10, стр. 3, Москва, 101990, Россия; ФГБНУ "НИИ ревматологии им. В.А. Насоновой, Каширское шоссе, д. 34А, Москва, 115522, Россия; МИ ФГАОУ ВО РУДН, ул. Миклухо-Маклая, д. 6, Москва, 117198, Россия; ФГБОУ ВО "Казанский ГМУ" Минздрава России, ул. Бутлерова, д. 49, Казань, 420012, Россия; ФУВ ФГБОУ ВО "Новосибирский ГМУ" Минздрава России, Красный проспект, д. 52, Новосибирск, 630091, Россия; ФГБОУ ВО "РНИМУ им. Н.И. Пирогова" Минздрава России ул. Островитянова, д. 1, Москва, 117997, Россия.

Addresses of the authors' institutions: National Medical Research Center for Therapy and Preventive Medicine of the Ministry of Health of the Russian Federation, Petroverigsky Lane, 10, bld. 3, Moscow, 101990, Russia; V.A. Nasonova Research Institute of Rheumatology, Kashirskoe Shosse, Moscow, 115522, Russia; Medical Institute, Peoples' Friendship University of Russia (RUDN University), Miklukho-Maklaya Street, Moscow, 117198, Russia; Kazan State Medical University, Ministry of Health of the Russian Federation, 49, Butlerov Street, Kazan, 420012, Russia; Novosibirsk State Medical University, Ministry of Health of the Russian Federation, Krasny Prospect, 52, Novosibirsk, 630091, Russia; Pirogov Russian National Research Medical University (RNRMU), Ministry of Health of the Russian Federation, Ostrovityanova Street, 1, Moscow, 117997, Russia.

Первичная медико-санитарная помощь. 2025;2(4):47-49.
doi: 10.15829/ 3034-4123-2025-113
ISSN 3034-4123 (Print)
ISSN 3034-4565 (Online)

Первичная медико-санитарная помощь
Primary Health Care (Russian Federation)

Совет экспертов ***Редакционная статья***

Организационные и прикладные вопросы ведения пациентов с избыточной массой тела и ожирением без хронических неинфекционных заболеваний в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь.

Протокол
Совета экспертов Российского общества профилактики неинфекционных заболеваний

Формат: гибридный (очный и онлайн)
Дата и время проведения: 10.07.2025 года 15:00 (мск).

Председатель:

Драпкина Оксана Михайловна — академик РАН, профессор, президент РОПНИЗ, директор ФГБУ "НМИЦ ТПМ" Минздрава России, главный внештатный специалист по терапии и общей врачебной практике Министерства здравоохранения Российской Федерации (Москва, Россия)

Участники:

1. **Бойцов Сергей Анатольевич** — академик РАН, профессор, генеральный директор ФГБУ "НМИЦ кардиологии" Минздрава России, главный внештатный специалист кардиолог Минздрава России по Центральному, Уральскому, Сибирскому и Дальневосточному федеральным округам, Донецкой Народной Республике и Луганской Народной Республике (Москва, Россия)
2. **Мокрышева Наталья Георгиевна** — академик РАН, профессор, директор ФГБУ "НМИЦ эндокринологии имени академика И. И. Дедова" Минздрава России (Москва, Россия)
3. **Стародубова Антонина Владимировна** — д.м.н., профессор, и.о. заведующего кафедрой госпитальной терапии ФГАОУ ВО "Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н. И. Пирогова" Минздрава России, заместитель директора по научной и лечебной работе ФГБУН "Федеральный исследовательский центр питания и биотехнологии", главный внештатный специалист-диетолог Департамента здравоохранения города Москвы (Москва, Россия)
4. **Недогода Сергей Владимирович** — д.м.н., профессор, заведующий кафедрой внутренних болезней Института непрерывного медицинского и фармацевтического образования, проректор по развитию регионального здравоохранения и клинической работе ФГБОУ ВО "Волгоградский ГМУ" Минздрава России, главный внештатный специалист эндокринолог Минздрава России по Южному федеральному округу (Волгоград, Россия)
5. **Васюкова Ольга Владимировна** — к.м.н., руководитель центра лечения и профилактики метаболических заболеваний и ожирения, ведущий научный сотрудник, доцент кафедры детской эндокринологии-диабетологии ФГБУ "НМИЦ эндокринологии имени академика И. И. Дедова" Минздрава России (Москва, Россия)
6. **Елиашевич Софья Олеговна** — к.м.н., руководитель лаборатории изучения и коррекции пищевого поведения отдела фундаментальных и прикладных аспектов ожирения ФГБУ "НМИЦ терапии и профилактической медицины" Минздрава России (Москва, Россия);
7. **Шепель Руслан Николаевич** — к.м.н., исполнительный директор РОПНИЗ, заместитель директора по перспективному развитию медицинской деятельности ФГБУ "НМИЦ ТПМ" Минздрава России, главный внештатный специалист-терапевт ЦФО Минздрава России (Москва, Россия);
8. **Яфарова Адель Айратовна** — к.м.н., младший научный сотрудник лаборатории профилактической и экспериментальной гастроэнтерологии ФГБУ "НМИЦ ТПМ" Минздрава России (Москва, Россия).

Слушали:

1. Доклады и выступления участников Совета экспертов, посвящённые текущим проблемам организации медицинской помощи пациентам с избыточной массой тела и ожирением на амбулаторном этапе, а также вопросам, требующим актуализации клинических рекомендаций.

2. Сообщения о результатах уже реализованных мероприятий и проектах методических рекомендаций, направленных на профилактику ожирения, маршрутизацию пациентов, образовательную деятельность и совершенствование нормативно-правовой базы.

Перечень выполненных действий по ключевым направлениям:

№ п/п	Направления	Меры
1	Методическая поддержка врачей ПСМП, повышение осведомленности врачей о ведении пациентов с ожирением и ХНИЗ в МО ПМСП	Проактивно разработаны проекты методических рекомендаций по ведению пациентов с избыточной массой тела и ожирением в амбулаторных условиях "Ведение пациентов с избыточной массой тела и ожирением без хронических неинфекционных заболеваний в медицинских организациях, оказывающих ПМСП", "Ведение пациентов с избыточной массой тела/ожирением и хроническими неинфекционными заболеваниями врачом-терапевтом в медицинских организациях, оказывающих ПМСП"
2	Маршрутизация пациентов с ожирением	Сформирована модель маршрутизации пациентов с ожирением с учётом наличия или отсутствия хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ). Согласно алгоритму, пациенты с ожирением 1-2 степени без ХНИЗ направляются в Центры здоровья; пациенты с ожирением 1-2 степени с наличием ХНИЗ — к врачу терапевту участковому, а пациенты с ожирением 3 степени — к врачу-эндокринологу. Положения закреплены в методических рекомендациях.
3	Образовательные инициативы	Разработаны циклы повышения квалификации в системе дополнительного профессионального образования: 1) "Организационные и прикладные аспекты медицинской помощи взрослым пациентам с избыточной массой тела и ожирением на амбулаторном этапе" (врачи-терапевты); 2) "Организационные и прикладные аспекты психологической помощи взрослым пациентам с избыточной массой тела и ожирением на амбулаторном этапе" (медицинские психологи).
4	Информационно-профилактические подходы	1. Разработан и реализуется пилотный проект "Годовая программа ведения пациентов с избыточной массой тела и ожирением в медицинских учреждениях, оказывающих ПМСП". 2. Подчёркнута важность межведомственного взаимодействия и формирования этически выверенных информационных стратегий.

По итогам Совета экспертов были сформулированы предложения по дальнейшим направлениям работы, охватывающие нормативные, организационные и практические меры. Эксперты пришли к выводу о необходимости разработки и реализации единой межведомственной и междисциплинарной стратегии профилактики ожирения, основанной на системном подходе с участием различных секторов экономики, социальной политики, образования и здравоохранения.

Особое внимание обращено на проблему детского ожирения как приоритетного направления, требующего раннего вмешательства, регуляции маркетинга и формирования здоровой среды не только в образовательных учреждениях, но и в семье, медицинских организациях, учреждениях физической культуры, а также в детских и молодёжных общественных организациях, где формируются привычки питания и пищевое поведение. В этом контексте участники отметили успешный опыт Республики Чили, где благодаря внедрению комплекса мер государственного регулирования и информационной политики удалось добиться значительного снижения распространённости детского ожирения на национальном уровне. Также была отмечена целесообразность изучения и адаптации опыта других стран, таких как Китай и Турция, где реализация масштабных государственных программ сопровождалась устойчивым снижением распространённости ожирения среди населения. Мировая практика убедительно демонстрирует, что эффективная борьба с ожирением возможна только при активной роли государства, с обязательным решением системных проблем, включая бедность, социальное неравенство и воздействие маркетинговых стратегий, способствующих формированию нездоровых пищевых привычек. Перечень планируемых шагов представлен в таблице ниже.

№ п/п	Направления	Меры
1	Внесение предложений в актуализацию законодательной базы, регулирующей оказание медицинской помощи пациентам с избыточной массой тела/ожирением	1. Учитывая значительную распространённость ожирения в России, его тесную связь с социально-экономически значимыми заболеваниями — сахарным диабетом, сердечно-сосудистыми и онкологическими заболеваниями, являющимися основными причинами смертности в стране, — целесообразно дополнить Перечень социально значимых заболеваний постановлением Правительства РФ №715 от 01.12.2004 отдельной нозологической единицей — морбидное ожирение (код МКБ-10 Е66, ИМТ ≥40 кг/м^2). Срок: 01.12.2025. 2. Внести новую редакцию Клинических рекомендаций "Ожирение у взрослых", с учетом положений методических рекомендаций "Ведение пациентов с избыточной массой тела и ожирением без хронических неинфекционных заболеваний в медицинских организациях, оказывающих ПМСП", "Ведение пациентов с избыточной массой тела/ожирением и хроническими неинфекционными заболеваниями врачом-терапевтом в медицинских организациях, оказывающих ПМСП" на рассмотрение и утверждение в Научно-практический совет. 3. Внести предложения по актуализации положений Приказа Министерства здравоохранения РФ № 168н "Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми" от 15 марта 2022 г., в части установления диспансерного наблюдения за пациентами с диагнозом "ожирение", с разграничением зон ответственности в зависимости от степени заболевания и наличия сопутствующей патологии. Срок: 01.09.2025.
2	Информационная кампания и популяризация мер, направленных на профилактику ожирения	1. Представить проект программы ведения пациентов с избыточной массой тела, цель которой — ознакомить врачей медицинских организаций, оказывающих ПМСП, с новыми подходами к лечению ожирения в зависимости от наличия или отсутствия ХНИЗ. Срок: 01.12.2025. 2. Обосновать инициативу по проведению в России Года борьбы с ожирением. Срок: 01.10.2025.
3	Обобщение лучших практик	Создание сборника лучших региональных практик по профилактике и ведению пациентов с ожирением для распространения накопленного опыта в других субъектах Российской Федерации. Срок: 01.12.2025.

Президент РОПНИЗ, академик РАН, профессор,
директор ФГБУ "НМИЦ ТПМ"
Минздрава России — О. М. Драпкина

Для цитирования: Организационные и прикладные вопросы ведения пациентов с избыточной массой тела и ожирением без хронических неинфекционных заболеваний в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь. Протокол Совета экспертов Российского общества профилактики неинфекционных заболеваний. *Первичная медико-санитарная помощь.* 2025;2(4):47-49. doi: 10.15829/3034-4123-2025-113. EDN: OUOLGU

For citation: Organizational and applied issues of management of overweight and obese patients without chronic non-communicable diseases in medical organizations providing primary health care. Protocol of the Council of Experts of the Russian Society for the Prevention of Noncommunicable Diseases. *Primary Health Care (Russian Federation).* 2025;2(4):47-49. doi: 10.15829/3034-4123-2025-113. EDN: OUOLGU

Поступила: 05.12.2025
Принята к публикации: 08.12.2025

Первичная медико-санитарная помощь. 2025;2(4):50-68.
doi: 10.15829/ 3034-4123-2025-89
ISSN 3034-4123 (Print)
ISSN 3034-4565 (Online)

Первичная медико-санитарная помощь
Primary Health Care (Russian Federation)

Кадровое обеспечение первичной медико-санитарной помощи ***Оригинальная статья***

Исследование подготовки врачей общей практики (семейных врачей) в государствах — участниках Содружества Независимых Государств

Цель. Исследовать текущую ситуацию и определить перспективы гармонизации подготовки врачей общей практики (семейных врачей) (ВОП-СВ) в отдельных государствах — участниках Содружества Независимых Государств (СНГ) для улучшения качества оказания первичной медико-санитарной помощи (ПМСП).

Материал и методы. Материал исследования был собран и проанализирован в 2025г научными сотрудниками ведущих научных медицинских вузов государств — участников СНГ в рамках международного научного проекта ГАРМОНИЯ ВОП — СНГ с использованием специально разработанных анкет. Методы исследования: статистический, аналитический и контекстно-сравнительный.

Результаты. Анализ данных нормативно-правового регулирования в странах-участницах в области подготовки ВОП-СВ позволил выявить сходства, связанные с близкими моделями организации и развитием ПМСП как основы всей системы здравоохранения, системным внедрением института ВОП-СВ и использованием территориально-участкового принципа, а также некоторые различия. Сравнение данных по странам об образовательных и профессиональных стандартах и программах обучения в ординатуре выявило их совпадение по большинству параметров. Данные по странам систематизированы и представлены в табличном формате.

Заключение. Выявленные в странах-участницах значительные сходства и некоторые различия в подготовке и профессиональной деятельности ВОП-СВ определили перспективность гармонизации программ, требований и нормативной правовой базы для подготовки этих специалистов на пространстве СНГ и, соответственно, позволили наметить направления дальнейших исследований.

Ключевые слова: первичная медико-санитарная помощь, общая врачебная практика, семейная медицина, медицинские специальности, ординатура, образовательные стандарты, программы подготовки, компетенции, Содружество Независимых Государств.

Отношения и деятельность: нет.

Для цитирования: Драпкина О.М., Шепель Р.Н., Кузнецова О.Ю., Короткова А.В., Бримкулов Н.Н., Савченко Е.Д., Ажымамбетова Г.К., Азизова Ф.Л., Ахмедов Х.С., Ботбаева Э.И., Демушкан О.Ю., Долонбаева З.А., Курманова Г.М., Абдугулова Г.З., Кушимбаева К.Ш., Моисеева И.Е., Мурат А., Мухсинзода Г.М., Маннонов О., Матчанова М.С., Наумова Я.С., Патеюк И.В., Сачек М.М., Сафиева З.А., Тажиева А.Е., Туракулов Р.И., Турушева А.В., Уразалиева И.Р., Усубалиев М.Б., Халметова Ф.И., Хасенова А.Ж. , Щавелева М.В. Исследование подготовки врачей общей практики (семейных врачей) в государствах — участниках Содружества Независимых Государств. *Первичная медико-санитарная помощь.* 2025;2(4):50-68. doi: 10.15829/3034-4123-2025-89. EDN: VEURHH

Драпкина О.М.[1],
Шепель Р.Н.[1],
Кузнецова О.Ю.[2],
Короткова А.В.[1*],
Бримкулов Н.Н.[3],
Савченко Е.Д.[1],
Ажымамбетова Г.К.[4],
Азизова Ф.Л.[5],
Ахмедов Х.С.[5],
Ботбаева Э.И.[3],
Демушкан О.Ю.[6],
Долонбаева З.А.[4],
Курманова Г.М.[7],
Абдугулова Г.З.[8],
Кушимбаева К.Ш.[8],
Моисеева И.Е.[2],
Мурат А.[6],
Мухсинзода Г.М.[9],
Маннонов О.[9],
Матчанова М.С.[8],
Наумова Я.С.[1],
Патеюк И.В.[10],
Сачек М.М.[10],
Сафиева З.А.[9],
Тажиева А.Е.[8],
Туракулов Р.И.[5],
Турушева А.В.[2],
Уразалиева И.Р.[5],
Усубалиев М.Б.[3],
Халметова Ф.И.[5],
Хасенова А.Ж.[6]
Щавелева М.В.[10]

[1]Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины, Москва, Россия
[2]Северо-Западный медицинский университет им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия
[3]Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева, Бишкек, Кыргызстан
[4]Министерство здравоохранения Кыргызской Республики, Бишкек, Кыргызстан
[5]Ташкентский государственный медицинский университет, Ташкент, Узбекистан
[6]Национальный научный центр развития здравоохранения им. Салидат Каирбековой, Астана, Казахстан
[7]Казахский национальный университет им. аль-Фараби, Алматы, Казахстан
[8]Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, Алматы, Казахстан
[9]Министерство здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан, Душанбе, Таджикистан
[10]Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь

*Corresponding author
(Автор, ответственный за переписку):
korotkova9977@yandex.ru

Поступила: 27.10.2025
Рецензия получена: 21.11.2025
Принята: 28.11.2025

CC BY 4.0

Primary Health Care (Russian Federation). 2025;2(4):50-68.
doi: 10.15829/ 3034-4123-2025-89
ISSN 3034-4123 (Print)
ISSN 3034-4565 (Online)

Первичная медико-санитарная помощь
Primary Health Care (Russian Federation)

Staffing for Primary Health Care

Original article

Study of general practitioner (family physician) training in the Commonwealth of Independent States

Aim. To assess the current status and identify prospects for harmonizing the training of general practitioners (GP) (family physicians (FP)) in individual members of the Commonwealth of Independent States (CIS) to improve the quality of primary health care (PHC).

Material and methods. The study data was collected and analyzed in 2025 by researchers from leading medical universities in the CIS member states as part of the international research project GP-FP using specially developed questionnaires. Research methods included statistical, analytical, and contextual comparison.

Results. An analysis of regulatory data regarding GP-FP training revealed similar models of managing PHC as the foundation of the entire healthcare system, the systematic GP-FP implementation, and the use of the territorial-district principle, as well as some differences. A comparison of country data on educational and professional standards and residency training programs revealed convergence across most parameters. The country data is systematized and presented in tabular format.

Conclusion. The significant similarities and some differences in the training and professional activities of GP-FP highlight the potential for harmonizing programs, requirements, and the regulatory framework for training these specialists across the CIS and, accordingly, outlined areas for further research.

Keywords: primary health care, general practice, family medicine, medical specialties, residency, educational standards, training programs, competencies, Commonwealth of Independent States.

Relationships and Activities: none.

For citation: Drapkina O.M., Shepel R.N., Kuznetsova O.Yu., Korotkova A.V., Brimkulov N.N., Savchenko E.D., Azhimambetova G.K., Azizova F.L., Akhmedov H.S., Botbaeva E.I., Demushkan O.Yu., Dolonbaeva Z.A., Kurmanova G.M., Abdugulova G.Z., Kushimbayeva K.Sh., Moiseeva I.E., Murat A., Mukhsinzoda G.M., Mannonov O., Matchanova M.S., Naumova Ya.S., Pateyuk I.V., Sachek M.M., Safieva Z.A., Tazhiyeva A.Ye., Turakulov R.I., Turusheva A.B., Urazalie I.R., Usubaliev M.B., Khalmetova F.I., Khassenova A.J., Schaveleva M.V. Study of general practitioner (family physician) training in the Commonwealth of Independent States. *Primary Health Care (Russian Federation).* 2025;2(4):50-68. doi: 10.15829/3034-4123-2025-89. EDN: VEURHH

ВОП — врачи общей практики, ВОП-СВ — врачи общей практики (семейные врачи), ГОС — государственный образовательный стандарт, НПА — нормативные правовые акты, ОВП — общая врачебная практика, ОВП-СМ — общая врачебная практика (семейная медицина), ОПК — общепрофессиональные компетенции, ПК — профессиональные компетенции, ПМСП — первичная медико-санитарная помощь, СНГ — Содружество Независимых Государств, УВ — участковые врачи, УВП — участковые врачи-педиатры, УВТ — участковые врачи-терапевты, УК — универсальные компетенции, WONCA Europe (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians) — Европейское отделение Всемирной организации семейных врачей.

Drapkina O.M.[1],
Shepel R.N.[1],
Kuznetsova O.Yu.[2],
Korotkova A.V.[1*],
Brimkulov N.N.[3],
Savchenko E.D.[1],
Azhimambetova G.K.[4],
Azizova F.L.[5],
Akhmedov H.S.[5],
Botbaeva E.I.[3],
Demushkan O.Yu.[6],
Dolonbaeva Z.A.[4],
Kurmanova G.M.[7],
Abdugulova G.Z.[8],
Kushimbayeva K.Sh.[8],
Moiseeva I.E.[2],
Murat A.[6],
Mukhsinzoda G.M.[9],
Mannonov O.[9],
Matchanova M.S.[8],
Naumova Ya.S.[1],
Pateyuk I.V.[10],
Sachek M.M.[10],
Safieva Z.A.[9],
Tazhiyeva A.Ye.[8],
Turakulov R.I.[5],
Turusheva A.B.[2],
Urazalie I.R.[5],
Usubaliev M.B.[3],
Khalmetova F.I.[5],
Khassenova A.J.[6]
Schaveleva M.V.[10]

[1]National Medical Research Center for Therapy and Preventive Medicine, Moscow, Russia
[2]Mechnikov North-Western Medical University, St. Petersburg, Russia
[3]Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy, Bishkek, Kyrgyzstan
[4]Ministry of Health of the Kyrgyz Republic, Bishkek, Kyrgyzstan
[5]Tashkent State Medical University, Tashkent, Uzbekistan
[6]Salidat Kairbekova National Research Center for Health Development, Astana, Kazakhstan
[7]Al-Farabi Kazakh National University, Almaty, Kazakhstan
[8]Asfendiyarov Kazakh National Medical University, Almaty, Kazakhstan
[9]Ministry of Health and Social Protection of Population of the Republic of Tajikistan, Dushanbe, Tajikistan
[10]Belarusian State Medical University, Minsk, Belarus

*Corresponding author: korotkova9977@yandex.ru

Received: 27.10.2025
Revision received: 21.11.2025
Accepted: 28.11.2025

doi: 10.15829/ 3034-4123-2025-89

Ключевые моменты

Что известно о предмете исследования?

- Институт врачей общей практики (семейных врачей) (ВОП-СВ) внедряется во всех государствах — участниках Содружества Независимых Государств (СНГ).
- На пространстве СНГ образовательные программы и стандарты подготовки ВОП-СВ, компетенции и профессиональные требования к ним исходно развивались на одной основе.
- Сотрудничество между странами и миграция медицинских кадров на пространстве СНГ требуют гармонизации в подготовке кадров.

Что добавляют результаты исследования?

- В подготовке ВОП-СВ в государствах — участниках СНГ достаточно близких компонентов, что и определяет перспективность действий по ее гармонизации.

Key messages

What is already known about the subject?

- The institution of general practitioners (GP) (family physicians (FP)) is being implemented in all members of the Commonwealth of Independent States (CIS).
- In the CIS, educational programs and standards for training, competencies and professional requirements for GP-FP were initially developed on the same basis.
- Cooperation between countries and the migration of health professionals within the CIS require harmonization of training.

What might this study add?

- General practitioner training in the CIS member states has quite similar components, which determines the prospects for harmonization efforts.

Введение

Институт врачей общей практики (семейных врачей) (ВОП-СВ) уже >35 лет внедряется во всех государствах — участниках Содружества Независимых Государств (СНГ). Но можно считать, что на пространстве СНГ общая врачебная практика (ОВП) начала развиваться еще в 80-е гг. XIX в. с зарождением земской медицины, позволившей оказывать медицинскую помощь целым семьям, в т.ч. малообеспеченным, неспособным пользоваться платными услугами семейного доктора [1].

Датой начала развития современной общей врачебной практики (семейной медицины) (ОВП-СМ) является 1987 г., когда было принято Постановление Совета Министров СССР об основных направлениях развития охраны здоровья[1] и издан Приказ Минздрава СССР "О проведении эксперимента по подготовке врачей общей практики"[2]. Положительные результаты эксперимента стали основой для развития новой специальности. В нормативные документы были включены: специальность и должность ВОП-СВ, положение и квалификационные характеристики врача и медицинской сестры общей практики, типовые учебные планы и программы профессиональной подготовки специалистов, определены права и обязанности ВОП-СВ. Эти документы были утверждены последним министром здравоохранения СССР — И. Н. Денисовым, в дальнейшем много сделавшим для развития ОВП-СМ в России и на международном уровне [2].

Страны СНГ практически с момента своего создания продолжили поэтапную трансформацию первичной медико-санитарной помощи (ПМСП), предусматривающую переход от узкоспециализированной амбулаторной службы к модели семейного врача — соответствующие мероприятия последовательно включались в программы развития здравоохранения всех изучаемых стран. Особое внимание уделялось изменению системы подготовки и переподготовки медицинских кадров; в медицинских образовательных учреждениях создавались кафедры ОВП-СМ; разрабатывались и внедрялись образовательные стандарты и принципы непрерывного медицинского образования и непрерывного профессионального развития [3]. В настоящее время продолжается совершенствование института ВОП-СВ в соответствии с совре-

[1] Постановление Совета Министров СССР от 19.11.1987 № 1318 "Основные направления развития охраны здоровья населения и перестройки здравоохранения СССР в XII пятилетке и на период до 2000 года".

[2] Приказ Минздрава СССР от 08.12.1987 № 1284 "О проведении эксперимента по подготовке врачей общей практики".

менными требованиями, что отражено в действующих национальных программах[3,4,5,6,7] [4] направленных на повышение качества оказания ПМСП, укрепление кадрового потенциала и достижение всеобщего охвата услугами здравоохранения.

В то же время каждая страна разрабатывает свои национальные нормативные правовые акты (НПА) в этой области, использует свои программы обучения и подготовки, внедряет свои организационные и финансовые решения. В итоге, в национальном правовом поле стран СНГ сложились различия в понимании содержания терминов "врач общей практики" и "семейный врач", а в части случаев они отождествляются с другими понятиями, такими как "участковый терапевт" или "участковый педиатр". В Беларуси эта специальность имеет название "врач общей практики", Казахстане — "врач общей практики/семейный врач", в Кыргызстане — "семейный врач/врач общей практики", в России и Узбекистане — "врач общей практики (семейный врач)", в Таджикистане — "семейный врач". Необходимо отметить, что в данной работе используются определения ВОП и СВ Европейского отделения Всемирной организации семейных врачей (WONCA Europe)[8], рассматривающие эти понятия как тождественные.

Во всех странах СНГ накоплен большой опыт подготовки ВОП-СВ с вариантами программ от краткосрочных (от 4-х мес.) курсов переподготовки до интернатуры и клинической ординатуры различной продолжительности. Следует учитывать, что и на международном уровне требования к подготовке ВОП-СВ постоянно совершенствовались, а последние глобальные стандарты WONCA по последипломному медицинскому образованию были приняты в сентябре 2025 г.[9].

Важно отметить, что медицинские кадры обладают значительной мобильностью на пространстве СНГ, а различия в их подготовке и в национальных НПА создают проблемы адаптации врачей к новым условиям и не способствуют межгосударственному обмену опытом и сотрудничеству в подготовке кадров. Поэтому вопрос формирования общего образовательного пространства стран СНГ стоит на повестке дня [5]. До настоящего времени на пространстве СНГ не проводились масштабные исследования, в которых анализировались бы особенности подготовки ВОП-СВ в странах СНГ в сравнительном аспекте или изучались бы характеристики образовательных программ.

В связи с этим цель настоящего международного исследовательского проекта с участием шести стран СНГ– исследовать текущую ситуацию и определить перспективы гармонизации подготовки ВОП-СВ для улучшения качества оказания ПМСП.

Материал и методы

Исследование проводилось с апреля по ноябрь 2025 г. учеными-экспертами медицинских вузов Республики Беларусь, Республики Казахстан, Кыргызской Республики, Российской Федерации, Республики Таджикистан и Республики Узбекистан в рамках международного научного проекта "Гармонизация подготовки врачей общей практики (семейных врачей) на пространстве Содружества Независимых Государств" (ГАРМОНИЯ ВОП — СНГ) рабочей группы "Терапия и ПМСП" Общественного совета базовой организации СНГ по терапии и профилактической медицине (на базе ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины" Минздрава России).

Для сбора данных были разработаны и согласованы три онлайн-анкеты, включавшие вопросы, касающиеся численности кадров ВОП-СВ, нормативной правовой базы, образовательных стандартов, компетенций и профессиональных требований. Сбор информации проводился по состоянию на 01.09.2025 и использовались статистические данные за 2024 г.

Эксперты применили контекстный анализ национальных нормативных документов, образовательных программ и профессиональных стандартов по специальности ОВП-СМ. Соответствие международным принципам в отношении определения специальности, определялось по дефинициям, указанным в документе WONCA Europe[8].

Для анализа данных применялись статистический, аналитический и контекстно-сравнительный методы, что позволило определить общие

[3] Постановление Совета Министров Республики Беларусь от 19.01.2021 № 28 государственная программа "Здоровье народа и демографическая безопасность" на 2021-2025гг. https://pravo.by/document/?guid=3871&p0=C22100028.

[4] Постановление Правительства Республики Казахстан № 982 от 26.12.2019 "Об утверждении Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан" на 2020-2025гг. https://files.medelement.com/uploads/co/936519911461208814/documents/d4f79f20a1df748089f8147243e3ec38.pdf.

[5] Программа правительства Кыргызской Республики по охране здоровья населения и развитию системы здравоохранения "Здоровый человек — процветающая страна" (2019-2030). Бишкек: Министерство здравоохранения Кыргызской Республики; 2019. https://www.gov.kg/ru/programs/13.

[6] Информация о реализации федерального проекта "Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи" национального проекта "Здравоохранение" за период 2019-2024 гг. https://minzdrav.gov.ru/special/ministry/natsproektzdravoohranenie/pervichka.

[7] Постановление Президента Республики Узбекистан от 25.04.2022 "О дополнительных мерах по приближению к населению первичной медико-санитарной помощи и повышению эффективности медицинских услуг". https://president.uz/ru/lists/view/5149.

[8] The European definition of general practice/family medicine. WONCA Europe 2023 Edition. https://www.woncaeurope.org/page/definition-of-general-practice-family-medicine.

[9] WONCA Global Standards for Postgraduate Medical Education. 2025. https://www.globalfamilydoctor.com/site/DefaultSite/filesystem/documents/Groups/Education/WONCA%20Global%20Standards%20for%20Postgraduate%20Medical%20Education%202025.07.20.pdf.

Таблица 1

Доли участковых врачей различных специальностей (штатных должностей*) в государствах — участниках

Доли участковых врачей различных специальностей (%)	Беларусь*	Казахстан	Кыргызстан	Россия	Таджикистан	Узбекистан
Все участковые врачи	100	100	100	100	100	100
доля УВТ	0	23,6	0	51,7		
доля ВОП-СВ	69,5	76,4	100	12,5	100	100
доля УВП	30,5	0	0	35,8		

Примечание: * — в Беларуси данные представлены по числу физических лиц.
Сокращения: ВОП-СВ — врачи общей практики (семейные врачи), УВП — участковые врачи-педиатры, УВТ — участковые врачи-терапевты.

Таблица 2

Рекомендуемое соотношение врачебного и среднего медицинского персонала в участковых бригадах (командах) в государствах — участниках

Соотношения врачебного и среднего медицинского персонала в участковых бригадах (пропорции)	Беларусь	Казахстан	Кыргызстан	Россия	Таджикистан	Узбекистан
Соотношение: медицинская сестра участковая/ УВТ	-	-	-	1,5	-	-
Соотношение: медицинская сестра общей практики/ ВОП-СВ	2*	3	2	1	2	3

Примечание: * — в Беларуси — 1,0 должности медсестры и 1,0 должности помощника врача.
Сокращения: ВОП-СВ — врач общей практики (семейный врач), УВТ — участковый врач-терапевт.

Таблица 3

Рекомендуемая численность граждан для принятия на обслуживание на участках в государствах — участниках

Рекомендуемое численность граждан на участках:	Беларусь	Казахстан*	Кыргызстан	Россия	Таджикистан	Узбекистан
на терапевтическом участке (взрослых)	-	2200	-	1700 (г) / 1300 (с)	-	-
на участке ВОП (взрослых)	1500	1700-2000	1700	1500	1350-1500	1500
на участке семейного врача (ВОП) (взрослых и детей)	1300	1700-2000	1700	1200	1350-1500	1500

Примечание: * — решение о конкретной нагрузке принимает организация ПМСП.
Сокращения: ВОП — врач общей практики, г — городские участки, с — сельские участки.

и специфические особенности подготовки ВОП-СВ в странах СНГ.

Исследование проводилось без использования персональных данных медицинских работников и пациентов. Исследование одобрено на заседании независимого этического комитета ФГБУ "НМИЦ ТПМ" Минздрава России 20.05.2025, протокол № 06-03/2025.

Результаты

По результатам анкетирования в отношении национальных НПА и других аспектов работы ВОП-СВ выявлены следующие сходства и различия. Во всех странах-участницах исследования в основном национальном законе о здравоохранении роль ПМСП в системе здравоохранения определена как "основа системы оказания медицинской помощи" и указаны мероприятия, которые должны осуществляться в рамках ПМСП: по профилактике, диагностике, лечению заболеваний и состояний, медицинской реабилитации, наблюдению за течением беременности, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения.

В странах-участницах в организации ПМСП применяется территориально-участковый принцип и, соответственно, население прикреплено к участковым бригадам (командам) первичного звена здравоохранения. В рамках настоящего исследования к участковым врачам (УВ) были отнесены врачи первичного звена, за которыми закреплена их зона обслуживания (участок) и проживающие на участке жители, это — участковые врачи-терапевты (УВТ), ВОП-СВ и участковые врачи-педиатры (УВП). Другие врачи-специалисты, работающие в первичном звене здравоохранения и обслуживающие прикрепленных жителей (врачи акушеры-гинекологи участковые, врачи-

Таблица 4

Нормативы времени на выполнение работ, связанных с посещением одним пациентом, в государствах — участниках

Норма времени на выполнение работ, связанных с посещением одним пациентом (в мин.):	Беларусь	Казахстан	Кыргызстан (пациентов/ мес.)*	Россия	Таджикистан	Узбекистан
УВП	10-15	10-15-30	308	15	-	-
УВТ		10-15-30	308	15	-	-
ВОП-СВ	взрослые и дети: 15-20 взрослые: 13-18	10-15-30	205	18	15	15

Примечание: диапазоны значений указаны при различиях в нормативах на визиты с различными целями; * — в Кыргызстане нормы нагрузки указаны как число пациентов, которых участковые врачи должны принять в течение месяца.
Сокращения: ВОП-СВ — врач общей практики (семейный врач), УВП — участковый врач-педиатр, УВТ — участковый врач-терапевт.

Таблица 5

Специальности врачей (кроме участковых), участвующих в оказании ПМСП в государствах — участниках

Врачи-специалисты, оказывающие ПМСП	Беларусь	Казахстан	Кыргызстан	Россия	Таджикистан	Узбекистан
врач-терапевт	да	да	нет	да	да	нет
врач-педиатр	да	да	да	да	да	да
врач акушер-гинеколог	да	нет	нет	да	да	да
врач-хирург	да	да	да	да	да	да
врач-травматолог (ортопед)	да	да	нет	да	да	да
врач-офтальмолог	да	да	да	да	да	да
врач-невролог	да	нет	да	да	нет	да
врач-невропатолог	нет	да	нет	нет	да	нет
врач-гериатр	да	да	нет	да	нет	нет
врач-оториноларинголог	да	да	да	да	да	да
врач-онколог	да	да	нет	да	да	да
врач-кардиолог	да	да	да	да	да	да
врач-фтизиатр	да	да	да	нет	нет	нет
врач-эндокринолог	да	да	нет	да	да	да
врач-инфекционист	да	да	да	да	да	нет
врач-стоматолог	да	да	да	нет	да	да
врач-аллерголог-иммунолог	да	да	нет	да	да	нет
врач-ревматолог	да	нет	нет	да	нет	нет
врач-психотерапевт	да	нет	нет	да	нет	нет
врач — психиатр-нарколог	да	нет	нет	да	нет	нет
врач-гастроэнтеролог	да	нет	нет	да	нет	нет
врач-диетолог	нет	нет	нет	да	нет	нет
врач клинический фармаколог	да*	да	нет	да	нет	нет
врач по медицинской профилактике	да	нет	нет	да	нет	да
врач-уролог	да	да	нет	да	да	нет
врач функциональной диагностики	да	да	да	да	нет	да
врач-рентгенолог	да	да	да	да	да	да
врач клинической лабораторной диагностики	да	нет	да	да	да	да

Примечание: * — должность врача клинического фармаколога может быть установлена в амбулаторно-поликлинических организациях здравоохранения мощностью ≥500 посещений в смену в пределах общей численности должностей врачей.
Сокращение: ПМСП — первичная медико-санитарная помощь.

психиатры участковые и др.) не рассматривались как УВ.

Состав участковых бригад (команд) различается по странам, прежде всего — по доле ВОП-СВ среди всех УВ (таблица 1), по рекомендованному соотношению врачебного и среднего медицинского персонала (таблица 2) и численности обслуживаемого населения на участках УВ (таблица 3).

Таблица 6

Формы обучения и продолжительность подготовки по ОВП-СМ в государствах — участниках

Наличие и продолжительность подготовки по ОВП-СМ (в годах)	Беларусь	Казахстан	Кыргызстан	Россия	Таджикистан	Узбекистан
Субординатура	1	-	-	-	-	-
Интернатура	1	2	1	-	-	-
Ординатура	2 (3-заочно)	2	1	2	2	-
Обучение в медицинском вузе по специальности "семейный врач"	-	-	-	-	-	6

Сокращение: ОВП-СМ — общая врачебная практика (семейная медицина).

Нормативы продолжительности приема УВ соответствующих специальностей в национальных НПА практически совпадают (таблица 4).

В Беларуси первое значение указанного диапазона — это время на первичный прием и профилактический осмотр. В Казахстане продолжительность приема врача в организации ПМСП составляет: по обращению пациента (незапланированный прием) — 15 мин; запланированный прием и профилактический осмотр — 10 мин; мотивационное консультирование пациентов с хроническими заболеваниями, подлежащими динамическому наблюдению — не <30 мин.

Нормативно определенная оснащенность участков ВОП-СВ в странах-участницах сравнительно близка — все бригады ВОП-СВ должны иметь в своем распоряжении: оснащение для обследования органа зрения (офтальмоскоп, таблица для определения остроты зрения, бесконтактный измеритель внутриглазного давления); оснащение для обследования ЛОР-органов (отоскоп, прибор для непрямой ларингоскопии, аудиометр, но в Беларуси — только отоскоп); неврологический молоток; электрокардиограф; гинекологический набор (влагалищные зеркала, щетки для забора мазков по Папаниколау); малый хирургический набор для обработки ран, наложения и снятия швов; автоматический дефибриллятор-монитор; аппарат для искусственной вентиляции легких по типу мешка Амбу с клапаном; набор воздуховодов; пульсоксиметр. Дополнительно в Беларуси ВОП-СВ оснащены глюкометром и системой суточного мониторирования артериального давления и электрокардиограммы (на 5 ВОП); в Казахстане — аппаратами для ультразвукового исследования и рентгеновским аппаратами, в Кыргызстане — пикфлоуметром.

Статус врачей-специалистов, работающих в амбулаторных условиях, в национальных НПА не везде определен как "оказывающих ПМСП" — только в российском законодательстве (из числа стран-участниц) это определено однозначно (что, в частности, связано с критериями программ материального стимулирования работы медицинских работников в первичном звене здравоохранения). И в НПА всех изученных стран состав врачей-специалистов, работающих в первичном звене, и, соответственно, взаимодействующих с ВОП-СВ в различных форматах при оказании помощи обслуживаемому им населению, несколько различается (таблица 5).

Во всех исследуемых странах в правовом поле утверждены квалификационные требования к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием. Необходимым уровнем образования для работы в должности ВОП-СВ (кроме Узбекистана) является ординатура по специальности ОВП-СМ и получение свидетельства (диплома) о прохождении первичной специализации (аккредитации), в то время как для УВТ достаточно наличие диплома о завершении обучения в медицинском вузе по специальности "лечебное дело" и свидетельства о прохождении первичной специализации (аккредитации).

В странах-участницах длительность и формы подготовки ВОП-СВ различаются между собой (таблица 6). Так, в Узбекистане студенты медицинских вузов с первого года проходят обучение по специальности "Семейный врач" и после шести лет обучения получают диплом семейного врача. В России выпускники медицинских вузов, имеющие дипломы по специальностям "Лечебное дело" и "Педиатрия", после прохождения ординатуры по специальности "Общая врачебная практика (семейная медицина)" получают диплом ВОП-СВ (без обязательного предварительного прохождения интернатуры или субординатуры). В Казахстане и Кыргызстане для поступления в ординатуру требуется диплом об окончании интернатуры. В Беларуси ВОП — специалист с дипломом о высшем медицинском образовании по специальности "Лечебное дело" или "Педиатрия", имеющий сертификат интернатуры или прошедший переподготовку по специальности ОВП с присвоением квалификации ВОП или обучение в клинической ординатуре по специальности ОВП в очной (2 года) и заочной (3 года) формах. В Кыргызстане с 2022 г. введена однолетняя интернатура по специальности ОВП, которую проходят все выпускники, окончившие медицинские вузы по

Таблица 7

Разделы программы ординатуры по ОВП-СМ в государствах — участниках*

Разделы программы подготовки ВОП-СВ	Беларусь	Казахстан	Кыргызстан	Россия	Таджикистан	Узбекистан
Общественное здоровье и здравоохранение	да	да	да	да	да	да
ОВП-СМ как медицинская специальность. Философия и принципы семейной медицины. Определение семейной медицины WONCA (2023)	да	да	да	да	да	да
ПМСП как фундамент системы здравоохранения. Преимущества и недостатки различных моделей ПМСП	да	да	да	да	да	да
Основы планирования, управления персоналом и менеджмента качества в медицинской организации	да	нет	да	да	да	да
Основы теории семьи	да	нет	да	да	нет	да
Основные функции семьи, признаки здоровой семьи, жизненный цикл семьи. Кризисные ситуации в семье, распад семьи	да	нет	да	да	нет	да
Планирование семьи: роль семейного врача	да	да	да	да	нет	да
Медицинская профилактика	да	да	да	да	да	да
Виды профилактики и профилактических вмешательств	да	да	да	да	да	да
Понятие о факторах риска	да	да	да	да	да	да
Стратегии укрепления здоровья. Здоровый образ жизни	да	да	да	да	да	да
Принципы консультирования. Обучение пациентов	да	да	да	да	да	да
Профилактика неинфекционных заболеваний	да	да	да	да	да	да
Внутренние болезни	да	да	да	да	да	да
Болезни органов дыхания	да	да	да	да	да	да
Болезни системы кроветворения	да	да	да	да	да	да
Болезни системы кровообращения	да	да	да	да	да	да
Заболевания органов пищеварения	да	да	да	да	да	да
Ревматология	да	да	да	да	да	да
Геронтология и гериатрия	да	да	да	да	да	да
Дерматовенерология	да	да	да	да	да	да
Урология и нефрология	да	да	да	да	да	да
Эндокринология, включая метаболические нарушения (ожирение, остеопороз)	да	да	да	да	да	да
Инфекционные болезни	да	да	да	да	да	да
Неврология, психиатрия и медицинская психология	да	да	да	да	да	да
Хирургические болезни и травматология	да	да	да	да	да	да
Онкология	да	да	да	да	да	да
Паллиативная помощь в амбулаторных условиях (онкологические заболевания и др. состояния)	да	да	да	да	да	да
Оториноларингология	да	да	да	да	да	да

Таблица 7. Продолжение

Разделы программы подготовки ВОП-СВ	Беларусь	Казахстан	Кыргызстан	Россия	Таджикистан	Узбекистан
Офтальмология	да	да	да	да	да	да
Акушерство и гинекология	да	да	да	да	да	да
Педиатрия	да	да	да	да	да	да
Неотложная и экстренная медицинская помощь	да	да	да	да	да	да
Диагностика	да	да	да	да	да	да
Лабораторная диагностика	да	да	да	да	да	да
Функциональная диагностика, в т.ч., ЭКГ, спирометрия, пикфлоуметрия, пульсоксиметрия	да	да	да	да	да	да
Лучевые методы диагностики, в т.ч. рентгенологические и ультразвуковые	да	да	да	да	да	да
Клиническая патофизиология	да	да	нет	да	да	да
Клиническая патологическая анатомия	да	да	нет	да	да	да
Коммуникативные навыки	да	да	да	да	да	да
Обучение в симуляционном центре	да	да	да	да	да	да
Основы проектной и научной деятельности	нет	да	нет	да	да	да
Информационные технологии в медицине	да	да	да	да	да	да
Педагогика	нет	да	нет	да	да	да

Примечание: * — в Узбекистане представлены разделы программы дипломного обучения.
Сокращения: ВОП-СВ — врач общей практики-семейный врач, ОВП-СМ — общая врачебная практика (семейная медицина), ПМСП — первичная медико-санитарная помощь, WONCA (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians) — Европейское отделение Всемирной организации семейных врачей.

специальности "Лечебное дело", включая будущих узких специалистов. Выпускники интернатуры по специальности "Общая врачебная практика", желающие продолжить обучение по специальности "Семейная медицина", продолжают обучение в однолетней ординатуре.

Содержание программ подготовки ВОП-СВ во многом совпадают, но имеют страновые особенности, что отражено в таблице 7. В Узбекистане не существует программы ординатуры по специальности "Семейная медицина", но 6-летняя программа бакалавриата в медицинском вузе по этой специальности включает в себя учебные часы по указанным тематикам.

В Кыргызстане в программу ординатуры включены дополнительные разделы: высокогорная медицина и фтизиатрия. На 6 курсе обучения в медицинском вузе по специальности "Лечебное дело" преподаются дисциплины "Поликлиническая терапия" и "Семейная медицина/общая врачебная практика", а также есть два практикума: "Помощник врача Центра семейной медицины" и "Помощник врача скорой медицинской помощи".

В таблице 8 указаны различия по странам в прохождении практики во время подготовки по специальности ОВП-СМ. В Узбекистане за шесть лет обучения учащиеся проходят все указанные виды практических занятий. Во всех участвующих странах преподавание ОВП-СМ базируется на использовании и синдромального, и нозологического подходов.

Аттестация проводится во всех странах после окончания каждого из этапов подготовки ВОП-СВ (вуза, интернатуры, ординатуры), при этом применяется (кроме Беларуси) используемый в компетентностно-ориентированном медицинском образовании подход доверенной профессиональной активности (Entrustable professional activity, EPA) для оценки приобретенных компетенций.

Во всех изученных странах используется национальный государственный образовательный стандарт (ГОС), регламентирующий обучение по программе ординатуры по специальности ОВП-СМ (в Узбекистане — по программе высшего медицинского образования по специальности) и сформированы требования к освоению специальности в виде освоения универсальных, общепрофессиональных и профессиональных компетенций (УК, ОПК и ПК, соответственно). Временные параметры ГОС представлены в таблице 9.

Таблица 8

Прохождение практики при подготовке по специальности "Общая врачебная практика (семейная медицина)" в государствах — участниках

Виды практических занятий	Беларусь	Казахстан	Кыргызстан	Россия	Таджикистан	Узбекистан
Клиническая практика в амбулаторном звене	да	да	да	да	да	да
Научно-исследовательская практика	нет	да	нет	да	да	да
Клиническая практика в стационаре	да	да	да	нет	нет	да
Клиническая практика на скорой/ неотложной помощи	да	да	да	нет	нет	да

Таблица 9

Временные параметры национальных ГОС по программам ординатуры по специальности "Общая врачебная практика (семейная медицина)" в государствах — участниках

Временные параметры программ	Беларусь	Казахстан	Кыргызстан	Россия	Таджикистан
Число часов, составляющих 1 ЗЕ	-*	30	30	36	1
Число ЗЕ в программе	3456	140	76,8	120	3432
Число ЗЕ в блоке 1: дисциплины/модули	3455	138	6,1	42	418
Число ЗЕ в блоке 2: практика (не <)	2952	138	67,2	69	1436
Число ЗЕ в блоке 3: государственная итоговая аттестация (подготовка и сдача государственного итогового экзамена)	-*	2	1	3	4/1

Примечание: * — в Беларуси в качестве временного параметра используются часы, а не ЗЕ.
Сокращения: ГОС — государственный образовательный стандарт, ЗЕ — зачетная единица.

Практики включают клиническую практику и научно-исследовательскую работу; в Беларуси научно-исследовательская работа в качестве практики в ГОС не включена.

В национальных ГОС сформулированы требуемые УК, ОПК и ПК будущих ВОП-СВ, которые имеют различия, но только по одной компетенции в каждой группе (таблица 10).

ПК во всех изученных странах разрабатываются образовательными организациями, исходя из трудовых функций ВОП-СВ, определенных профессиональным стандартом, и при обучении ординаторов по специальности ОВП-СМ используются индикаторы освоения компетенций.

Все национальные ГОС включают общесистемные требования к реализации программы ординатуры: требуется, чтобы в педагогическим составе 65% преподавателей имели научную степень; материально-техническая база должна включать учебные аудитории для практических занятий, оснащенные компьютерной и демонстрационной техникой, доступом к сети Интернет, требуется наличие помещений для размещения симуляционного оборудования и библиотечный фонд; должна быть сформирована электронно-образовательная среда; клинические базы должны иметь в своем составе отделения ОВП (последнего требования нет в ГОС России и Узбекистана). Также все ГОС предусматривают наличие внутреннего аудита реализации программ подготовки в ординатуре и внешнюю оценку путем проведения профессионально-общественной аккредитации.

Во всех странах-участницах действует профессиональный стандарт, регламентирующий трудовые функции ВОП-СВ, включающий:

- проведение обследования пациентов с целью установления диагноза;
- лечение пациентов и контроль его эффективности и безопасности;
- проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации пациентов, в т.ч. при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов, оценка способности пациента осуществлять трудовую деятельность;
- проведение и контроль эффективности мероприятий по профилактике заболеваний (состояний), формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению;
- оказание медицинской помощи в неотложной форме;
- оказание медицинской помощи в экстренной форме взрослому населению;
- оказание медицинской помощи детям в амбулаторных условиях, в т.ч. на дому при вызове медицинского работника и в условиях дневного стационара;

Таблица 10

Требуемые согласно ГОС универсальные, общепрофессиональные и профессиональные компетенции ВОП–СВ в государствах — участниках

УК, ОПК и ПК	Беларусь	Казахстан	Кыргызстан	Россия	Таджикистан	Узбекистан
УК-1. Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте	да	да	да	да	да	да
УК-2. Способен разрабатывать, реализовывать проект и управлять им	да	нет	нет	да	да	да
УК-3. Способен руководить работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала, организовывать процесс оказания медицинской помощи населению	да	да	да	да	да	да
УК-4. Способен выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности	да	да	да	да	да	да
УК-5. Способен планировать и решать задачи собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории	да	да	да	да	да	да
ОПК-1. Способен использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности и соблюдать правила информационной безопасности	да	да	да	да	да	да
ОПК-2. Способен использовать основные принципы управления в сфере охраны здоровья граждан и оценки качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей	да	да	да	да	да	да
ОПК-3. Способен осуществлять педагогическую деятельность	нет	нет	нет	да	да	да
ОПК-4. Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов	да	да	да	да	да	да
ОПК-5. Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность	да	да	да	да	да	да
ОПК-6. Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, в т.ч. при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов	да	да	да	да	да	да

Таблица 10. Продолжение

УК, ОПК и ПК	Беларусь	Казахстан	Кыргызстан	Россия	Таджикистан	Узбекистан
ОПК-7. Способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу	да	да	да	да	да	да
ОПК-8. Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения	да	да	да	да	да	да
ОПК-9. Способен проводить анализ медико-статистической информации, вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала	да	да	да	да	да	да
ОПК-10. Способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства	да	да	да	да	да	да
ПК-1. Готов к проведению тематических научных исследований	да	да	да	да	да	да
ПК-2. Готов к участию в проведении консультирования, обучающих мероприятий по различным вопросам профессиональной деятельности	нет	нет	да	да	да	да
ПК-3. Готов проводить обследование пациентов различных возрастных групп для установления диагноза в общей врачебной практике	да	да	да	да	да	да
ПК-4. Готов организовывать и проводить лечение пациентов различного возраста в условиях первичной медико-санитарной помощи	да	да	да	да	да	да
ПК-5. Готов организовывать и проводить мероприятия по медицинской реабилитации пациентов, оценку способности пациента осуществлять трудовую деятельность	да	да	да	да	да	да
ПК-6. Готов организовывать и проводить мероприятия по профилактике заболеваний (состояний), формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения и контролировать их эффективность	да	да	да	да	да	да
ПК-7. Готов организовывать и оказывать медицинскую помощь в неотложной и экстренной формах в условиях общей врачебной практики	да	да	да	да	да	да
ПК-8. Готов организовывать и оказывать паллиативную медицинскую помощь в условиях общей врачебной практики	да	да	да	да	да	да

Таблица 10. Продолжение

УК, ОПК и ПК	Беларусь	Казахстан	Кыргызстан	Россия	Таджикистан	Узбекистан
ПК-9. Готов организовывать и оказывать медицинскую помощь женщинам в период беременности и при гинекологических заболеваниях в условиях общей врачебной практики	да	да	да	да	да	да
ПК-10. Готов к ведению медицинской документации, анализу медико-статистической информации и организации профессиональной деятельности врача общей практики и другого медицинского персонала	да	да	да	да	да	да

Сокращения: ОПК — общепрофессиональная компетенция, ПК — профессиональная компетенция, УК — универсальная компетенция.

Таблица 11

Соответствие национальных определений специальности "Общая врачебная практика (семейная медицина)" Европейскому определению в государствах — участниках

Соответствие национальных определений специальности "Общая врачебная практика (семейная медицина)" Европейскому определению	Беларусь	Казахстан	Кыргызстан	Россия	Таджикистан	Узбекистан
Является академической дисциплиной, т.е. уравнивает эту специальность с др. дисциплинами, преподающимися в медицинских вузах, включена в программы подготовки студентов	нет	да	да	да	да	да
Является научной дисциплиной, раскрывающей возможности для врачей общей практики заниматься научными исследованиями в сфере их практической деятельности	нет	нет	нет	нет	нет	да
Является клинической дисциплиной, ориентированной на первичную помощь	да	да	да	да	да	да

- оказание медицинской помощи женщинам в период беременности и при гинекологических заболеваниях;
- оказание паллиативной первичной врачебной медицинской помощи взрослому населению;
- проведение анализа медико-статистической информации, ведение медицинской документации, организация деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала, использование информационных технологий;
- проведение и контроль эффективности мероприятий по профилактике заболеваний (состояний), формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению у детей.

В таблице 11 представлено, насколько национальные определения специальности ОВП-СМ в странах-участницах соответствуют Европейскому определению специальности — определению WONCA Europe[8].

В странах-участницах в национальных программах обучения по специальности ОВП-СМ представлены профессиональные компетенции, обозначенные в Европейском определении специальности ОВП-СМ, но с различиями по странам (таблица 12).

Обсуждение

Анализ НПА и образовательных стандартов в странах-участницах в отношении специальности ВОП-СВ показал как их сходные характеристики,

Таблица 12

Представленность в программах обучения в государствах — участниках ПК, обозначенных в Европейском определении специальности "Общая врачебная практика (семейная медицина)"

ПК, обозначенные в Европейском определении специальности "Общая врачебная практика (семейная медицина)"	Беларусь	Казахстан	Кыргызстан	Россия	Таджикистан	Узбекистан
Управление в первичной помощи	да	да	да	да	да	да
Обеспечение первого контакта пациента с системой здравоохранения, открытый доступ пациентам без ограничений, оказание медицинской помощи по всему спектру заболеваний независимо от пола, возраста, других потребностей пациента	да	да	да	да	да	да
Эффективное использование ресурсов системы здравоохранения, руководство взаимодействием с другими специалистами, защита интересов пациента	да	да	да	да	да	да
Использование пациент-центрированной модели оказания помощи	да	да	да	да	да	да
Особое внимание уделять предпочтениям пациента	да	да	да	да	да	да
Консультирование пациента с установлением эффективных взаимоотношений без ущемления его прав на независимость и самостоятельность	да	да	да	да	да	да
Расстановка приоритетов при сотрудничестве с пациентом	да	да	да	да	да	да
Продвижение расширения прав и возможностей пациентов для самостоятельного решения проблем по лечению и профилактике, включая изменения поведения для достижения здорового образа жизни	да	да	да	да	да	да
Обеспечение длительного и непрерывного наблюдения на основании потребностей каждого пациента согласно принципам непрерывности оказания помощи	да	да	да	да	да	да
Решение специфических проблем пациента	да	да	да	да	да	нет
Умение установить связь в процессе принятия решений с распространенностью и частотой новых случаев заболеваний или состояний в конкретной группе населения	да	да	да	да	да	да
Умение отбирать и оценивать информацию, полученную в ходе сбора анамнеза, клинического и лабораторно-инструментального обследования пациента, использовать ее при составлении плана лечения при участии пациента	да	да	да	да	да	да

Таблица 12. Продолжение

ПК, обозначенные в Европейском определении специальности "Общая врачебная практика (семейная медицина)"	Беларусь	Казахстан	Кыргызстан	Россия	Таджикистан	Узбекистан
Умение действовать с учетом последовательности исследований, рационального использования времени наблюдения в соответствии с задачами обследования и лечения	да	да	да	да	да	да
Умение принимать решения при экстренных и неотложных состояниях	да	да	да	да	да	да
Умение проводить диагностику на начальных недифференцированных стадиях заболевания	да	да	да	да	да	да
Умение рационально и эффективно проводить диагностические и лечебные мероприятия	да	да	да	да	да	да
Использование популяционно-ориентированного подхода	да	да	да	да	да	да
Умение согласовывать потребности в области здравоохранения отдельных пациентов и потребности в области здравоохранения сообщества, в котором они живут, в балансе с имеющимися ресурсами	да	да	да	да	да	нет
Умение объединять потребности пациентов и сообщества, в котором они живут, в области здравоохранения с потребностями планетарного здравоохранения	да	да	да	да	да	нет
Умение выбирать место для проведения практики с учетом экологии, с низким потреблением энергии или энергетически нейтральными помещениями	нет	да	да	да	да	нет
Умение выбирать режим профессиональной деятельности, наименее загрязняющий окружающую среду	да	да	да	да	да	нет
Всеобъемлющий подход к ведению пациентов	да	да	да	да	да	да
Умение работать с пациентами, предъявляющими много жалоб и имеющими несколько заболеваний (острых и хронических)	да	да	да	да	да	да
Укрепление здоровья пациентов путем надлежащего применения стратегий укрепления здоровья и профилактики заболеваний	да	да	да	да	да	да
Умение координировать мероприятия по укреплению здоровья, профилактике, лечению, уходу, паллиативной помощи и реабилитации	да	да	да	да	да	да

Таблица 12. Продолжение

ПК, обозначенные в Европейском определении специальности "Общая врачебная практика (семейная медицина)"	Беларусь	Казахстан	Кыргызстан	Россия	Таджикистан	Узбекистан
Работа в партнерстве с пациентами, другими специалистами, общественным здравоохранением и политиками, чтобы усилить реакцию людей на вызовы планетарного здравоохранения, единого здравоохранения и устойчивого развития	да	да	да	да	да	да
Холистический подход к ведению пациентов	да	да	да	да	да	да
Использование биопсихосоциальной модели, учитывающей культурные, экзистенциальные и экологические аспекты	да	да	да	да	да	да
Участие в информировании сообщества о сопутствующих преимуществах здоровья пациентов и планеты, уделяя особое внимание потреблению ресурсов здравоохранения	да	да	да	да	да	да
Умение делать рациональный выбор при назначении лекарств или диагностических тестов, скрининга и профилактических мероприятий	да	да	да	да	да	да

Сокращение: ПК — профессиональная компетенция.

так и достаточно выраженные различия. В целом, образовательные стандарты, нормативная правовая база, структуры программ и используемые подходы (прежде всего, компетентностный подход) достаточно близки, что во многом связано с традициями еще "советской" медицинской школы и тем, что базовые принципы специальности во всех странах, включенных в исследование, разрабатывались, исходя из принципов, предложенных академиком И.Н. Денисовым в 1990 г. [6].

В последующие годы некоторые направления развития института ОВП-СМ по странам-участницам существенно разошлись, но все страны подтверждают приверженность его развитию и продолжают подготовку ВОП-СВ как путем специализации по этой дисциплине других специалистов (прежде всего, терапевтов), так и выпускников медицинских вузов [7].

В 4-х странах-участницах исследования участковые врачи представлены только ВОП-СВ[10,11,12], Беларусь сохранила институт УВП[13,14], а в России ВОП-СВ составляют только 12,5% от всех УВ, остальные — УВТ и УВП. В России ВОП-СМ в отличие от УВТ наделены более широким спектром трудовых функций по оказанию медицинской помощи не только лицам >18 лет, но и акушерской помощи, помощи детям и пациентам с профессиональными заболеваниями и многим другими состояниями. В российском правовом поле закреплен термин "первичная специализированная медико-санитарная помощь" силами врачей различных специальностей, работающих в амбула-

10 Об утверждении Стандарта организации оказания первичной медико-санитарной помощи в Республике Казахстан Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30.03.2023 № 49.

11 Профессиональный стандарт "семейный врач/врач общей практики". Код ПС QA 8622110002 Регистрационный номер 4; 33 с. https://mlsp.gov.kg/wp-content/uploads/2022/08/ps-semejnyj-vrach.docx.

12 Постановление Кабинета Министров Узбекистана от 20.06.2025 № 384 "О мерах по реализации пилотного проекта по совершенствованию системы первичной медико-санитарной помощи населению в республике". https://www.norma.uz/novoe_v_zakonodatelstve/startuet_pilotnyy_proekt_po_vnedreniyu_novoy_modeli_zdravoohraneniya.

13 Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь 16.12.2024 № 174 О диспансеризации детского населения. https://gcgdkp.by/images/documents/PDF/Post_MZ_16122024_174.pdf.

14 Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 03.12.2012 № 185 Об утверждении примерных штатных нормативов медицинских и других работников поликлиник и детских поликлиник (поликлинических отделений). https://minzdrav.gov.by/upload/lcfiles/постановление_М3_2012_185.pdf.

торных условиях, число и профиль которых определены законодательно и зависят от численности населения, прикрепленного к поликлинике[15]. Эти специалисты ПМСП обеспечивают выполнение тех функций, которые не входят в обязанности УВТ и УВП.

В российских научных кругах и среди организаторов здравоохранения продолжается обсуждение роли и вклада ВОП-СВ в ПМСП по сравнению с УВТ [8, 9], при том, что за последние несколько лет в России количество ВОП-СВ не увеличивается [10]. Учитывая тот факт, что и в остальных странах специалисты, работающие в амбулаторных условиях, разделяют работу с ВОП-СВ, можно утверждать, что разделение функций между ними нуждается в четком определении, если иметь целью унификацию подготовки ВОП-СВ в странах СНГ.

Заключение

На основе разработанных инструментов (анкет) в процессе выполнения международного исследовательского проекта участники проанализировали национальные НПА, регулирующие работу ВОП-СВ, программы их обучения и подготовки. Результаты анализа позволили заключить, что образовательные программы хотя и не эквивалентны, но в значительной степени близки, и перспективы их гармонизации имеют хороший базис. Расхождения в НПА, программах и требованиях препятствуют их формализованной унификации на пространстве СНГ, но потребность в гармонизации требований к подготовке специалистов и их профессиональной деятельности актуальна в свете единого трудового пространства СНГ и процессов миграции кадровых ресурсов здравоохранения — это требование времени.

В связи с этим целесообразно продолжение работы для решения вопросов, не вошедших в настоящее исследование: понимания стимулов для студентов и медицинских работников в специализации по ОВП-СМ, сравнения подготовки ВОП-СВ и УВТ; изучения роли УВП и врачей-акушеров-гинекологов и их взаимодействия с ВОП-СВ, а также взаимодействия с другими специалистами первичного звена здравоохранения. Также требует внимания быстро развивающийся вид ПМСП — мобильные бригады с анализом того, как при этом выполняется территориально-участковый принцип организации ПМСП и что в связи с этим следует включить в программу подготовки ВОП-СВ. Необходимо изучить структуру занятости штатных должностей ВОП-СВ другими специалистами и совместительство для учета при планировании развития кадровых ресурсов, включая обучение и подготовку.

Интерес для дальнейших исследований представляет цифровая трансформация ПМСП, в т.ч. цифровизация процессов подготовки ВОП-СВ. Также необходимо определить перспективы гармонизации и подготовки специалистов ВОП-СВ с учетом их рабочих функций и стоящих на повестке дня вопросов, включая реализацию социальной роли ВОП-СВ и вовлечение пациента в управление своим здоровьем с использованием самоменеджмента и технологий телездравоохранения.

Отношения и деятельность: все авторы заявляют об отсутствии потенциального конфликта интересов, требующего раскрытия в данной статье.

[15] Приказ Минздрава России от 14.04.2025 № 202н "Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению". https://normativ.kontur.ru/document?moduleId=1&documentId=50096.

Литература/References

1. Kuznetsova OYu. Department of family medicine NWGMU named after I.I. Mechnikov. First 25 years. Russian family doctor. 2021; 25(2):47-53. (In Russ.) Кузнецова О.Ю. Кафедра семейной медицины СЗГМУ им. И.И. Мечникова. Первые 25 лет. Российский семейный врач. 2021; 25(2):47-53. doi: 10.17816/RFD70879. EDN: CEXRTT.
2. General Medical Practice: National Guidelines: In 2 Volumes. Vol. 1 (OYu Kuznetsova, OM Lesnyak, EV Frolova (Eds). 2nd Edition, Revised and Expanded. Moscow: GEOTAR-Media, 2020. (Series "National Guidelines"). 1024 p. (In Russ.) Общая врачебная практика: национальное руководство: в 2 т. Т. 1 (под ред. О.Ю. Кузнецовой, О.М. Лесняк, Е.В. Фроловой). 2-е изд., перераб. и доп. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. (Серия "Национальные руководства"). 1024 с.: ил. doi:10.33029/9704-5520-3-1VP-2020-1-1024. ISBN: 978-5-9704-5520-3.
3. Chubakov TCh, Loutan L, Brimkulov NN, et al. Continuing medical education: international trends and major developments in the Kyrgyz Republic. Zdravookhranenie Kirgizstana (In Russ.) Чубаков Т.Ч., Лутон Л., Бримкулов Н.Н. и др. Непрерывное медицинское образование: международные тенденции и основные направления в Кыргызской Республике. Здравоохранение Кыргызстана. 2018;1:79-86. EDN: XRTNUD.
4. Zavadskiy SP, Yefimova AM. Medical education state reform in Tajikistan: Between tradition and modernity. Medical Teacher. 2020; 42(8):861-70. doi:10.1080/0142159X.2020.1767284. EDN: LDRDSM.
5. Abramov VI, Semenov MA, Malanicheva NV, et al. Education systems in Russia and countries of the Commonwealth of Independent States (CIS): towards the common educational space. Chelovek i obrazovanie. 2022;3(72):7-20. (In Russ.) Абрамов В.И., Семенов М.А., Маланичева Н.В. и др. Системы образования в России и странах Содружества Независимых Государств (СНГ): на пути к общему образовательному пространству. Человек и образование. 2022;3(72):7-20. doi: 10.54884/S181570410023055-5. EDN: VYOLXP.
6. Denisov IN. The development of family medicine is the basis for the reorganization of primary health care in the Russian Federation. Almanac of Clinical Medicine. 2004;7:3-16. (In Russ.) Денисов И.Н. Развитие семейной медицины — основа реорганизации первичной медико-санитарной помощи населению Российской Федерации. Альманах клинической медицины. 2004;7:3-16. EDN: HZDDDD.
7. Drapkina OM, Astanina SYu, Shepel RN. A unified educational space for internists and general practitioners (family doctors) as a way to improve the quality of training. Cardiovascular Therapy and Prevention. 2024; 23(2):6-25. (In Russ.) Драпкина О.М. Астанина С.Ю., Шепель Р.Н. Единое образовательное пространство врачей-лечебников, врачей-терапевтов и врачей общей практики (семейных врачей) — путь к повышению качества подготовки специалистов. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2024;23(2):6-25. doi:10.15829/1728-8800-2024-4152. EDN: DMONRD.
8. Kalininskaya AA, Lazarev AV, Shlyafer SI, et al. Staffing for primary health care in the Russian Federation. Manager Zdravoochranenia. 2022;6:62-8 (In Russ.) Калининская А.А., Лазарев А.В., Шляфер С.И., Бальзамова Л.А. Кадровое обеспечение первичной медико-санитарной помощи в Российской Федерации.

Менеджер здравоохранения. 2022;6:62-8. doi:10.21045/1811-0185-2022-6-62-68. EDN: BXFBRJ.
9. Popova AA, Meshkov MA, Minnulin IB, et al. Science-based proposals for improving the "Zemsky Doctor" program. Probl Sotsialnoi Gig Zdravookhranenniiai Istor Med. 2022;30(5):870-5. (In Russ.) Попова А.А., Мешков М.А., Минулин И.Б. и др. Научно обоснованные предложения по улучшению программы "Земский доктор". Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2022;30(5):870-5. doi:10.32687/0869-866X-2022-30-5-870-875. EDN: OXSYCU.
10. Senenko AS, Kalashnikova MA, Shepel RN, et al. Staffing of primary health care for the adult population of the Russian Federation in 2014-2022. Part 2: focus on general practitioners. Current problems of health care and medical statistics. 2023; 3:1160-83. (In Russ.) Сененко А.Ш., Калашникова М.А., Шепель Р.Н. и др. Кадровое обеспечение первичной медико-санитарной помощи взрослому населению Российской Федерации в 2014-2022 годах. Часть 2: фокус на врачей общей практики. Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. 2023;3:1160-83. doi:10.24412/2312-2935-2023-3-1160-1183. EDN: LMHHFN.

Драпкина Оксана Михайловна (Oxana M. Drapkina) — академик РАН, д.м.н., профессор, директор, ORCID: 0000-0002-4453-8430;

Шепель Руслан Николаевич (Ruslan N. Shepel) — к.м.н., зам. директора по перспективному развитию медицинской деятельности, ORCID: 0000-0002-8984-9056;

Кузнецова Ольга Юрьевна (Olga Yu. Kuznetsova) — д.м.н., профессор, зав. кафедрой семейной медицины, ORCID: 0000-0002-2440-6959;

Короткова Анна Владимировна (Anna V. Korotkova) — к.м.н., эксперт отдела мониторинга качества медицинской помощи, ORCID: 0000-0002-9368-5357;

Бримкулов Нурлан Нургазиевич (Nurlan N. Brimculov) — д.м.н., профессор кафедры семейной медицины, ORCID: 0000-0002-7821-7133;

Савченко Екатерина Дмитриевна (Ekaterina D. Savchenko) — к.м.н., в.н.с. отдела научно-стратегического развития первичной медико-санитарной помощи, ORCID: 0000-0002-3540-3331;

Ажымамбетова Гульназ Качкыновна (Gulnaz Azhymambetova) — главный специалист отдела первичной медико-санитарной помощи, ORCID: 0009-0000-9194-9948;

Азизова Феруза Лютпиллаевна (Feruza Azizova) — д.м.н, профессор Школы общественного здравоохранения, ORCID: 0000-0001-6360-503X;

Ахмедов Халмурад Садуллаевич (Khalmurad Akhmedov) — д.м.н., профессор кафедры внутренних болезней семейной медицины №2 Ташкентского государственного медицинского университета, ORCID: 0000-0003-2737-3803;

Ботбаева Эркинай Ильясовна (Erkinai Botbaeva) — ассистент кафедры семейной медицины, ORCID: 0000-0002-8014-4471720020;

Демушкан Ольга Юрьевна (Olga Demushkan) — руководитель Национальной обсерватории кадровых ресурсов здравоохранения, ORCID: 0009-0006-1662-0695;

Долонбаева Зуура Абдибаитовна (Zuura Dolonbaeva) — д.м.н., профессор, зав. отделом медицинского образования и науки, ORCID: 0009-0000-8268-8694;

Курманова Гаухар Медеубаевна (Gaukhar Kurmanova) — д.м.н., профессор, зав. кафедрой общей врачебной практики факультета медицины и здравоохранения, ORCID: 0000-0002-5768-0209;

Абдугулова Гульбану Зейдановна (Gulbanu Abdugulova) — магистр медицины, ассистент профессора кафедры общей врачебной практики №1, ORCID: 0000-0001-8832-9705;

Кушимбаева Калдыгуль Шарипбаевна (Kaldygul Kushimbaeva) — магистр медицины, ассистент профессора кафедры общей врачебной практики № 1, ORCID: 0009-0004-2386-4028;

Моисеева Ирина Евгеньевна (Irina E. Moiseeva) — к.м.н., доцент, доцент кафедры семейной медицины, ORCID: 0000-0003-0236-7028;

Мурат Асель (Asel Murat) — MBA, к.х.н., ассоциированный профессор, директор департамента медицинского образования и науки, ORCID: 0000-0001-7445-7677;

Мухсинзода Гафур Мухсин (Gafur Muhsinzoda) — д.м.н., советник отдела анализа, ORCID: 0000-0002-7095-792X;

Маннонов Олимджон (Olimjon Mannonov) — начальник отдела первичной медико-санитарной помощи Управления реформы и международных отношений, ORCID: 0009-0009-4466-4136;

Матчанова Маржан Серикхановна (Marzhan S. Matchanova) — к.м.н., ассоциированный профессор кафедры общей врачебной практики № 1, ORCID: 0009-0002-6979-899X;

Наумова Яна Сергеевна (Yana S. Naumova) — начальник отдела международных связей и сотрудничества, ORCID:0009-0001-2704-6581;

Патеюк Ирина Васильевна (Iryna V. Patsiayuk) — к.м.н., доцент, зав. кафедрой общей врачебной практики с курсом гериатрии и паллиативной медицины института повышения квалификации и переподготовки кадров здравоохранения, ORCID: 0000-0003-2248-642X;

Сачек Марина Михайловна (Marina M. Sachek) — д.м.н., доцент, профессор кафедры организации здравоохранения Института повышения квалификации и переподготовки кадров здравоохранения, ORCID: 0009-0004-9110-0185;

Сафиева Замира Абдуллоевна (Zamira Safieva) — специалист отдела анализа, ORCID: 0009-0005-8844-0629;

Тажиева Айгуль Есентаевна (Aigul E. Tazhiyeva) — д.м.н., зав. кафедрой общей врачебной практики №1, ORCID: 0000-0002-3674-0321;

Туракулов Рустам Исматуллаевич (Rustam I. Turakulov) — д.м.н., профессор кафедры внутренних болезней семейной медицины №2, ORCID: 0000-0003-2204-2482;

Турушева Анна Владимировна (Anna V. Turusheva) — д.м.н., доцент; профессор кафедры семейной медицины, ORCID: 0000-0003-3347-0984;

Уразалиева Ильмира Равкатовна (Ilmira Urazalieva) — д.м.н., доцент Школы общественного здравоохранения, ORCID: 0000-0002-3668-0437;

Усубалиев Мейкин Бейшембаевич (Meikin Usubaliev) — д.м.н., профессор, зав. кафедрой семейной медицины, ORCID: 0000-0003-1094-6740;

Халметова Феруза Искандаровна (Feruza Khalmetova) — д.м.н., доцент кафедры внутренних болезней семейной медицины №2, ORCID: 0000-0001-8800-4564;

Хасенова Асель Жанабековна (Assel Khassenova) — руководитель научно-практического центра ПМСП, ORCID: 0000-0002-2328-6924;

Щавелева Марина Викторовна (Marina V. Schaveleva) — к.м.н., доцент, зав. кафедрой организации здравоохранения института повышения квалификации и переподготовки кадров здравоохранения, ORCID: 0000-0001-9550-6896.

Адреса организаций авторов: ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины" Минздрава России, Петроверигский пер., д. 10, стр. 3, Москва, 101990, Россия; ФГБУ "Северо-Западный медицинский университет им. И. И. Мечникова" Минздрава России, Кирочная ул., д. 41, Санкт-Петербург, 191015, Россия; Кыргызская государственная медицинская академия им. И. К. Ахунбаева, Ахунбаева ул., д. 92, Бишкек, 720020, Кыргызстан; Министерство здравоохранения Кыргызской Республики, Токтоналиева ул., д. 96, Бишкек, 720044, Кыргызстан; Ташкентский государственный медицинский университет, Фарабий ул., д. 2, Ташкент, 100109, Узбекистан; Национальный научный центр развития здравоохранения им. Салидат Каирбековой, Мангилик Ел пр., д. 20, Астана, 010017, Казахстан; Казахский национальный университет им. аль-Фараби, аль-Фараби пр., д. 71, Алматы, 050059, Казахстан; Казахский национальный медицинский университет им. С. Д. Асфендиярова, Толе Би ул., д. 94, 050012, Алматы, Казахстан; Министерство здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан, Шевченко ул., д. 69, Душанбе, 734025, Таджикистан; УО "Белорусский государственный медицинский университет", Дзержинского пр., д. 83, Минск, 220083, Беларусь.

Addresses of the authors' institutions: National Medical Research Center for Therapy and Preventive Medicine, Petroverigsky Lane, 10, bld. 3, Moscow, 101990, Russia; Mechnikov North-Western Medical University, Kirochnaya St., 41, Saint Petersburg, 191015, Russia; Akhunbayev Kyrgyz State Medical Academy, Akhunbayeva St., 92, Bishkek, 720020, Kyrgyzstan; Ministry of Health of the Kyrgyz Republic, Toktonalieva St., 96, Bishkek, 720044, Kyrgyzstan; Tashkent State Medical University, Farabi St., 2, Tashkent, 100109, Uzbekistan; Salidat Kairbekova National Research Center for Health Development, Mangilik El Ave., 20, Astana, 010017, Kazakhstan; Al-Farabi Kazakh National University, Al-Farabi Ave., 71, Almaty, 050059, Kazakhstan; Asfendiyarov Kazakh National Medical University, Tole Bi str., 94, Almaty, 050012, Kazakhstan; Ministry of Health and Social Protection of the Population of the Republic of Tajikistan, Shevchenko St., 69, Dushanbe, 734025, Tajikistan; Belarusian State Medical University, Dzerzhinsky ave., 83, Minsk, 220083, Belarus.

Первичная медико-санитарная помощь. 2025;2(4):69-77.
doi: 10.15829/3034-4123-2025-98
ISSN 3034-4123 (Print)
ISSN 3034-4565 (Online)

Первичная медико-санитарная помощь
Primary Health Care (Russian Federation)

Кадровое обеспечение первичной медико-санитарной помощи ***Оригинальная статья***

Результаты интервью главных врачей: меры мотивации персонала в первичном звене здравоохранения в странах Содружества Независимых Государств

Драпкина О. М.[1],
Шепель Р. Н.[1],
Сененко А. Ш.[1*],
Савченко Е. Д.[1],
Ажымамбетова Г. К.[2],
Бримкулов Н. Н.[3],
Ботбаева Э. И.[3],
Долонбаева З. А.[2],
Короткова А. В.[1],
Кулкаева Г. У.[4],
Наумова Я. С.[1],
Недень Л. Ч.[5],
Сачек М. М.[6],
Сыдыкова С. Ж.[7],
Тенизбаева А. Т.[8],
Щавелева М. В.[6],
Юрченко О. В.[5]

[1]ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины" Минздрава России, Москва, Российская Федерация
[2]Министерство здравоохранения Кыргызской Республики, Бишкек, Кыргызская Республика
[3]Кыргызская государственная медицинская академия им. И. К. Ахунбаева, Бишкек, Кыргызская Республика
[4]Национальный научный центр развития здравоохранения им. Салидат Каирбековой, Астана, Республика Казахстан
[5]Министерство здравоохранения Республики Беларусь, Минск, Республика Беларусь
[6]Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Республика Беларусь
[7]Медицинский Центр M.A.G. Clinic Бишкек, Кыргызская Республика
[8]Центр семейной медицины № 6, Бишкек, Кыргызская Республика

*Corresponding author
(Автор, ответственный за переписку): asenenko@gnicpm.ru

Цель. Анализ результатов интервьюирования главных врачей медицинских организаций стран — участниц Содружества Независимых Государств (СНГ), оказывающих первичную медико-санитарную помощь (ПМСП), по вопросам, относящимся к их опыту материальной и нематериальной мотивации и стимулирования персонала.

Материал и методы. Использованы данные интервьюирования главных врачей по специально разработанной форме. Форма для заполнения была доступна в электронном виде на цифровой платформе или на бумажном носителе. Участие главных врачей в исследовании было строго добровольным и анонимным. Методы исследования: социологический, статистический (описательной статистики), контекстного сравнительного анализа.

Результаты. Исследование выявило как общие тенденции, так и различия в подходах к мотивации персонала медицинских организаций ПМСП в странах — участницах проекта. Во всех странах применяются стимулирующие выплаты и традиционные формы нематериального признания, однако спектр дополнительных мер и глубина их внедрения значительно различаются. В Республике Беларусь более развиты социально-бытовые формы поддержки и мероприятия досугового характера; в Российской Федерации шире представлены комплексные меры социальной помощи, наставничество и профессиональные обмены; в Кыргызской Республике наблюдается ограниченность социальных инструментов поддержки и низкая представленность структурных элементов корпоративной культуры при одновременном доминировании традиционных форм стимуляции. Различия выявлены также в степени конкретизации критериев оценки труда, наличии условий для их выполнения, а также в распределении управленческих практик, связанных с профессиональным развитием и удержанием персонала.

Заключение. Исследование позволило выявить направления развития работы администрации медицинских организаций по мотивации персонала: совершенствование условий, которые необходимы для выполнения установленных критериев оценки труда, расширение взаимодействия с персоналом по оценке результатов работы и т.д.; усиление внимания администрации к личному профессиональному и карьерному росту работников, а также расширение мер, направленных на поддержку при различных жизненных ситуациях. Перспективным направлением является развитие корпоративной культуры медицинских организаций, оказывающих ПМСП, что требует прежде всего повышения знаний руководителей в этой области.

Ключевые слова: первичная медико-санитарная помощь, главный врач, мотивация персонала, меры материального и нематериального стимулирования, корпоративная культура, Содружество Независимых Государств.

Отношения и деятельность: нет.

Для цитирования: Драпкина О. М., Шепель Р. Н., Сененко А. Ш., Савченко Е. Д., Ажымамбетова Г. К., Бримкулов Н. Н., Ботбаева Э. И., Долонбаева З. А., Короткова А. В., Кулкаева Г. У., Наумова Я. С., Недень Л. Ч., Сачек М. М., Сыдыкова С. Ж., Тенизбаева А. Т., Щавелева М. В., Юрченко О. В. Результаты интервью главных врачей: меры мотивации персонала в первичном звене здравоохранения в странах Содружества Независимых Государств. *Первичная медико-санитарная помощь.* 2025;2(4):69-77. doi: 10.15829/3034-4123-2025-98. EDN: KOUXYY

Поступила: 11.11.2025
Рецензия получена: 02.12.2025
Принята: 10.12.2025

CC BY 4.0

Primary Health Care (Russian Federation). 2025;2(4):69-77.
doi: 10.15829/ 3034-4123-2025-98
ISSN 3034-4123 (Print)
ISSN 3034-4565 (Online)

Первичная медико-санитарная помощь
Primary Health Care (Russian Federation)

Staffing for Primary Health Care

Original article

Results of interviews with chief medical officers: measures of staff motivation in primary health care in the Commonwealth of Independent States

Drapkina O. M.[1],
Shepel R. N.[1],
Senenko A. Sh.[1*],
Savchenko E. D.[1],
Azhimambetova G. K.[2],
Brimkulov N. N.[3],
Botbayeva E. I.[3],
Dolonbayeva Z. A.[2],
Korotkova A. V.[1],
Kulkaeva G. U.[4],
Naumova Ya. S.[1],
Neden L. Ch.[5],
Sachek M. M.[6],
Sydykova S. Zh.[7],
Tenizbayeva A. T.[8],
Shchaveleva M. V.[6],
Yurchenko O. V.[5]

[1]National Medical Research Center for Therapy and Preventive Medicine, Moscow, Russian Federation

[2]Ministry of Health of the Kyrgyz Republic, Bishkek, Kyrgyzstan

[3]Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy, Bishkek, Kyrgyzstan

[4]Salidat Kairbekova National Scientific Center for Health Development of the Ministry of Health of the Republic of Kazakhstan, Astana, Kazakhstan

[5]Ministry of Health of Belarus, Minsk, Belarus

[6]Belarusian State Medical University, Minsk, Belarus

[7]M.A.G. Clinic Medical Center, Bishkek, Kyrgyzstan

[8]Family Medicine Center №6, Bishkek, Kyrgyzstan

*Corresponding author:
asenenko@gnicpm.ru

Received: 11.11.2025
Revision received: 02.12.2025
Accepted: 10.12.2025

Aim. To analyze the results of interviews with chief medical officers in health facilities in the Commonwealth of Independent States (CIS) members providing primary health care (PHC) on experience with financial and non-financial incentives for staff.

Material and methods. Original interview form was used. The form was available online on a digital platform or on paper. Participation of chief medical officers in the study was strictly voluntary and anonymous. Research methods included sociological, statistical (descriptive statistics), and contextual comparative analysis.

Results. The study revealed both common trends and differences in the approaches to motivating the staff of primary healthcare organizations in the project countries. All countries use incentive payments and traditional forms of non-financial recognition, but the range and implementation of additional measures vary significantly. In the Republic of Belarus, social and household support measures and leisure activities are more developed; in the Russian Federation, comprehensive social assistance measures, mentoring, and professional exchanges are more prevalent; and in the Kyrgyz Republic, there is a limited range of social support tools and a low representation of corporate culture elements, while traditional motivation is more prevalent. Differences were also identified in the degree of specificity of performance evaluation criteria, the availability of conditions for their implementation, and the distribution of management practices related to professional development and staff retention.

Conclusion. The study identified following areas for developing the management of medical staff motivation: improving the conditions necessary for meeting established performance evaluation criteria, expanding interaction with staff regarding performance assessment, etc.; increasing management's attention to employees' personal professional and career growth, and expanding support measures in various life situations. A promising area is the development of a corporate culture in medical organizations providing primary health care, which primarily requires enhancing related management's knowledge.

Keywords: primary health care, chief medical officer, staff motivation, financial and non-financial incentive measures, corporate culture, Commonwealth of Independent States.

Relationships and Activities: none.

For citation: Drapkina O. M., Shepel R. N., Senenko A. Sh., Savchenko E. D., Azhimambetova G. K., Brimkulov N. N., Botbayeva E. I., Dolonbayeva Z. A., Korotkova A. V., Kulkaeva G. U., Naumova Ya. S., Neden L. Ch., Sachek M. M., Sydykova S. Zh., Tenizbayeva A. T., Shchaveleva M. V., Yurchenko O. V. Results of interviews with chief medical officers: measures of staff motivation in primary health care in the Commonwealth of Independent States. *Primary Health Care (Russian Federation).* 2025;2(4):69-77. doi: 10. 15829/10.15829/3034-4123-2025-98. EDN: KOUXYY

ВОЗ — Всемирная организация здравоохранения, МО — медицинская организация, ПМСП — первичная медико-санитарная помощь, РГ ТиПМСП — рабочая группа "Терапия и первичная медико-санитарной помощь" Общественного совета базовой организации государств — участников Содружества Независимых Государств в области терапии и профилактической медицины.

Введение

Обеспечение первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) кадрами необходимой квалификации в требуемом количестве — ключевая задача руководителей и организаторов здравоохранения, поскольку именно работники медицинских организаций (МО) обеспечивают оказание медицинской помощи.

Кадровые проблемы первичного звена здравоохранения — ситуация, характерная для всех стран [1-3]. Уже в 2010 г., отвечая на вызовы миграции и дефицита медицинских кадров, государства — члены Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) на сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения приняли Глобальный кодекс ВОЗ по практике международного найма персонала здравоохранения[1], в котором наряду с межгосударственными мерами уменьшения дефицита кадров были рекомендованы и национальные меры по удержанию кадров.

В 2023 г. на уровне Европейского региона ВОЗ государства-члены приняли документ "Рамочная основа для действий в отношении медицинских и медико-социальных кадров в Европейском регионе ВОЗ на 2023-2030 гг." с научно-обоснованными рекомендациями в отношении мер по их закреплению, особенно в сельской местности и в недостаточно охваченных услугами районах[2]. Для рассмотрения и принятия Рамочной основы был подготовлен доклад "На пути к обеспечению устойчивых кадров здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ: рамочная основа для действий"[3]. В нем проанализированы основные проблемы и рекомендованы меры, включающие среди прочих: разработку стратегий, обеспечивающих привлечение и удержание медработников в сельских и отдаленных районах; создание условий труда, способствующих балансу трудовой деятельности и личной жизни; защиту здоровья и душевного благополучия работников здравоохранения.

Развивая сотрудничество в области научных исследований, в т.ч. в сфере организации здравоохранения, государства — участники Содружества Независимых Государств (СНГ) в качестве одного из проектов рабочей группы "Терапия и первичная медико-санитарной помощь" (РГ ТиПМСП) Общественного совета базовой организации государств — участников СНГ в области терапии и профилактической медицины инициировали международный научный проект "Внедрение мер по мотивации и стимулированию работников медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, в государствах — участниках Содружества Независимых Государств".

В статье рассмотрены аспекты, относящиеся к организационным решениям главных врачей МО, оказывающих ПМСП, направленным на повышение мотивации, закрепление персонала на рабочих местах и командообразование.

Цель: анализ результатов интервьюирования главных врачей МО, оказывающих ПМСП по вопросам, относящимся к их опыту материального и нематериального стимулирования персонала.

Материал и методы

Материалом исследования явились данные, полученные в результате интервьюирования главных врачей по специально разработанной форме, включающей как закрытые и полуоткрытые вопросы, в т.ч. с множественным выбором, так и открытые вопросы. Форма для заполнения была доступна в электронном виде на цифровой платформе или на бумажном носителе. Участие главных врачей в исследовании было строго добровольным и анонимным.

Методы исследования: социологический, статистический (описательной статистики), контекстного сравнительного анализа.

Форма для интервью главного врача включала разделы:

1) общая часть: пол, возраст, стаж работы в занимаемой должности,

2) характеристика обслуживаемого населения по составу: городское/сельское,

3) основная часть анкеты, включающая вопросы с множественными вариантами ответов:

— какие управленческие решения по организации труда персонала реализованы в МО;

— какие меры материальной и нематериальной мотивации персонала используются в МО;

— проводятся ли в МО мероприятия по развитию корпоративной культуры и если проводятся, то какие;

— а также вопрос "Какие меры нематериальной мотивации важны для Вас лично?".

В заключение каждого раздела респондентам было предложено дополнить его своими комментариями в свободной форме.

В настоящем исследовании был использован опыт изучения мнений работников МО, оказывающих ПМСП, проведённого в Российской Федерации в 2023 г. [4].

Результаты

В исследовании приняли участие 40 главных врачей и руководителей обособленных подразделений из Республики Беларусь, 11 директоров Центров

[1] ВОЗ. Международный наем медико-санитарного персонала: проект глобального кодекса практики. Доклад Секретариата. 63 сессия ВАЗ; 2010; A63/8. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA63/A63_8-ru.pdf.

[2] ВОЗ. ЕРБ. Европейский региональный комитет, семьдесят третья сессия: Астана, 24-26 октября 2023 г.: рамочная основа для действий в отношении медицинских и медико-социальных кадров в Европейском регионе ВОЗ на 2023–2030 гг. ВОЗ. ЕРБ. https://iris.who.int/handle/10665/372564.

[3] ВОЗ. Кадры медико-санитарных и социальных работников в Европе: время действовать. Всемирная организация здравоохранения. ВОЗ. ЕРБ; 2023. https://iris.who.int/handle/10665/366663.

Таблица 1

Характеристика респондентов

№ п/п	Показатель	Республика Беларусь	Кыргызская Республика	Российская Федерация
1	Число главных врачей, принявших участие в исследовании, чел.	40	11	100
2	Средний возраст, лет	48,5	49,5	51,0
3	Из строки 1:			
3.1	— мужчин, чел.	18	4	64
3.2	— средний возраст, лет	48,7	41,0	51,2
3.3	— стаж работы, лет (средн.знач.)	9,3	7,6	8,9
3.4	— женщин, чел.	22	7	36
3.5	— средний возраст, лет	48,3	54,4	50,6
3.6	— стаж работы, лет (средн.знач.)	15,4	18,1	6,6

Таблица 2

Ответы респондентов на вопрос "Какие управленческие решения в организации труда персонала Вы используете?"

№ п/п	Основная часть опросника	Доля от общего числа респондентов, %		
		Республика Беларусь	Кыргызская Республика	Российская Федерация
1	Разработана система понятных критериев/индикаторов оценки вашего труда (выполнение плана диспансеризации и профилактических медицинских осмотров, диспансерного наблюдения, показателей раннего выявления заболеваний и т.д.)	80	55	96
2	Сотрудники администрации доступны для диалога по вопросам организации труда и выполнению поставленных задач/достижению критериев оценки	73	73	96
3	Сформирована понятная система поощрений и взысканий (наличие положения об оплате труда, положения о материальном и нематериальном стимулировании и т.д.)	70	64	89
4	Перечисленные критерии и условия поощрений и санкций доводятся администрацией до работников медицинской организации	63	45	86
5	Организованы условия для выполнения этих критериев/ индикаторов (укомплектованность персоналом, распределение функций между сотрудниками, оснащённость современным оборудованием, чёткие механизмы маршрутизации пациентов и т.д.)	60	73	86
6	другое — укажите*	1 ответ	0 ответов	1 ответ

Примечание: *ответы из строки 6:
— Республика Беларусь: планирование и подготовка кадрового резерва, автоматизация рутинных рабочих процессов, использование инновационных технологий, вовлечение персонала в проектную деятельность социальной направленности;
— Российская Федерация: в мессенджерах созданы рабочие группы для решения задач и быстрого реагирования на возникающие ситуации.

семейной медицины и Центров общеврачебной практики из Кыргызской Республики, 100 главных врачей из Российской Федерации. Сведения о половозрастном составе и стаже работы респондентов представлены в таблице 1. Существенных различий в параметрах не было, за исключением показателя "стаж работы главных врачей-женщин" в Российской Федерации.

В таблице 2 представлено распределение ответов респондентов на вопрос "Какие управленческие решения в организации труда персонала Вы используете?". Респондентам можно было выбрать более одного варианта ответа.

Согласно полученным ответам, большинство главных врачей разрабатывают критерии оценки труда работников МО, однако доведению разработанных критериев до работников уделяют существенно меньше внимания. При этом главные врачи подавляющего большинства МО считают, что доступность администрации для диалога с работниками обеспечивается.

Во всех пилотных МО не в полной мере организованы условия для выполнения установленных критериев.

В таблице 3 приведено распределение ответов на вопрос "Какие меры материальной мотивации реализуются в Вашей медицинской организации?". Безусловным лидером являются стимулирующие выплаты по результатам достижения запланированных показателей.

Оплата обучения персонала является распространённой практикой в России, но заметно реже

Таблица 3

Ответы респондентов на вопрос "Какие меры материальной мотивации реализуются в Вашей медицинской организации?" (можно выбрать один или несколько ответов)

№ п/п	Основная часть опросника	Доля от общего числа респондентов, %		
		Республика Беларусь	Кыргызская Республика	Российская Федерация
1	Стимулирующие выплаты за высокие показатели выполнения диспансеризации, плана диспансерного наблюдения, раннее выявление заболеваний и т.д.	88	91	93
1	Оплата спортивных абонементов и др. мероприятий — бонусы, которые можно использовать в нерабочее время	48	0	14
1	Материальная поддержка в решении различных личных проблем (включая юридическое сопровождение), в т.ч.:	35	9	75
3.1	— жилищных,	35	0	55
3.2	— юридических,	18	9	39
3.3	— психологических,	15	9	31
3.4	— устройство детей в дошкольное учреждение	8	9	49
3.5	— помощь родственникам, нуждающимся в уходе	5	0	30
4	Оплата учёбы, дополнительного образования работников	28	55	64
5	Оплата учёбы детей работников	3	0	5
6	другие — укажите*	1 ответ	0	5 ответов

Примечание: *ответы из строки 6:
— Республика Беларусь: предоставление арендного жилья, организация и оплата экскурсионных туров и концертов, многодетным семьям — помощь в сборе портфеля первоклассников, при заключении первого и второго 5-летних контрактов единовременные выплаты в эквиваленте 2486 и 3730 долларов США по курсу НБРБ на 25.06.25, частичная компенсация транспортных расходов при переезде, санаторно-курортном лечении, найме жилья;
— Кыргызская Республика: В Центре семейной медицины предусмотрена ежегодная материальная поддержка сотрудников профсоюзным комитетом в размере 2000-3000 сомов;
— Российская Федерация: премирование по итогам работы за квартал, год; единовременная выплата при увольнении в связи с выходом на пенсию, при регистрации брака, в случае смерти близкого родственника, к юбилейной дате, в связи с тяжелым материальным положением; направление на научные мероприятия за счет средств работодателя, оплата ординатуры детям сотрудников; выплата подъемных медицинским работникам дефицитных специальностей; компенсация проезда в отпуск; премирование к юбилеям и профессиональным праздникам; оформление договоров на льготное ипотечное кредитование; денежная поддержка при поступлении детей в 1, 9 и 11 классы. В комментариях также указаны материальная помощь в трудных жизненных ситуациях (5 ответов), а также есть указания на участие профсоюзного комитета, в т.ч. материальная поддержка при трудных жизненных ситуациях и спортивные абонементы (5 ответов).

используется в Беларуси и Кыргызстане. Существенные различия по позиции "оплата учёбы, дополнительного образования работников" в первую очередь связаны с различиями в нормативном правовом регулировании дополнительного образования работников МО в разных странах.

Варианты материальной поддержки в различных жизненных ситуациях (жилищных, юридических, психологических) — более частое явление в Российской Федерации, на втором месте по этому показателю — Республика Беларусь, в Кыргызстане эти меры встречались единично.

Такие формы, как оплата спортивных абонементов или досуговых мероприятий, характерны преимущественно для Беларуси, практически отсутствуют в Кыргызстане и в ограниченной степени представлены в России.

Существенные различия имеются по позиции "оплата учёбы, дополнительного образования работников", это связано, в первую очередь, с различиями в нормативном правовом регулировании дополнительного образования работников МО в разных странах.

В таблице 4 приведено распределение ответов на вопрос "Какие меры нематериальной мотивации реализуются в вашей медицинской организации?". Этот вопрос также предполагал возможность множественного выбора ответов. Такие традиционные формы признания, как благодарственное письмо, почётная грамота, публичная церемония признания заслуг и публикация информации об успехах активно используются в МО всех стран-участниц проекта. Размещение знаков отличия в рабочем кабинете или при входе в кабинет используются крайне редко во всех трёх странах.

По более сложным и стратегическим инструментам — наставничество, участие в подборе персонала, карьерное развитие, научная деятельность — наблюдаются значимые различия. Российские МО чаще практикуют наставничество (74%) и участие работников в мероприятиях по обмену опытом (71%), тогда как в Кыргызстане и Беларуси эти фор-

Таблица 4

Ответы респондентов на вопрос "Какие меры нематериальной мотивации реализуются в вашей медицинской организации?" (можно выбрать один или несколько ответов)

№ п/п	Основная часть опросника	Доля от общего числа респондентов, %		
		Республика Беларусь	Кыргызская Республика	Российская Федерация
1	Благодарственное письмо руководителя медицинской организации, органа управления здравоохранением, главы муниципального образования	53	82	82
2	Почётная грамота	83	55	78
3	Публичная церемония признания заслуг	58	45	55
4	Размещение информации об успехах работников медицинской организации на доске почёта, на странице вашей медицинской организации в электронных ресурсах (интернет, социальные сети)	68	36	44
5	Знак отличия при входе в кабинет или в кабинете	5	0	8
6	Включение в число наставников	60	45	74
7	Помощь в формировании индивидуальной профессиональной траектории, профессионального и карьерного роста с учётом пожеланий работника	38	27	34
8	Участие в подборе нового персонала	38	45	35
9	Участие в мероприятиях по обмену опытом	38	27	71
10	Приглашение к участию в новых проектах по развитию медицинской организации, оказывающей ПМСП	23	36	60
11	Участие в научных публикациях и научной деятельности	18	9	21
12	другие — укажите*	1 ответ	0 ответов	2 ответа

Примечание: *ответы из строки 12:
— Республика Беларусь: возможность развития и карьерного роста, привлечение к участию в проектах, возможность влияния на принятие решений, возможность гибкого графика и дистанционного формата работы, поддержка инициатив, эмоциональная и юридическая поддержка в сложных жизненных ситуациях;
— Российская Федерация: на базе медицинской организации работает кафедра, участвует в лечении и публикациях; распределение отпусков на основе показателей эффективности: в "бархатные" месяцы или ближе к зиме, если неэффективен.

мы распространены гораздо меньше. Во всех трех странах-участницах в целом немногим >30% респондентов уделяют внимание формированию индивидуальных профессиональных траекторий работников, их карьерному росту и ещё меньше — до 20% — участию работников в научных публикациях и научной деятельности.

В части мероприятий по развитию корпоративной культуры следует, прежде всего, отметить высокую долю главных врачей-респондентов, которые ответили, что уделяют внимание этому направлению развития МО — >80% в каждой из стран-участниц проекта. Для детальной характеристики этой работы респондентам было предложено несколько направлений, кроме того, можно было добавить свои ответы в свободной форме (таблица 5).

Несмотря на то, что абсолютное большинство респондентов (от 85 до 91%) считают, что они проводят мероприятия по формированию корпоративной культуры, в ответах респондентов всех стран-участниц исследования доминируют досуговые и спортивные мероприятия, тогда как структурные элементы корпоративной культуры — единый стиль общения, визуальная идентика, командообразование, психологическая поддержка — представлены неодинаково. Реже всего в качестве одного из направлений развития культуры МО указывалось создание условий для психологической разгрузки работников. К числу наиболее распространённых решений относятся формирование стиля общения с пациентами и внутри коллектива: от 45 до 65%.

Обсуждение

Проблема кадровой обеспеченности МО, оказывающих ПМСП, обсуждается в многочисленных исследованиях [5, 6]. Реже изучаются мнения руководителей МО, при том, что кадровую политику в МО формируют именно они [7]. Достоинством данного исследования является то, что впервые проведен сравнительный анализ мнений руководителей МО трёх стран СНГ по особенностям мотивации и стимулярования персонала ПМСП, что позволило выявить как универсальные подходы, так и различия.

Наиболее распространённой практикой, что было ожидаемо, явилось материальное стимулирование по результатам работы [8]. Однако понятные работникам критерии оценки труда, поощрения и взыскания сформированы не во всех

Таблица 5

Ответы респондентов на вопрос "Проводите ли Вы в медицинской организации мероприятия по развитию корпоративной культуры?" (можно выбрать один или несколько ответов)

№ п/п	Основная часть опросника	Доля от общего числа респондентов, %		
		Республика Беларусь	Кыргызская Республика	Российская Федерация
1	Проводите ли Вы в медицинской организации мероприятия по развитию корпоративной культуры	85	91	89
2	Брендирование медицинской организации, единый визуальный стиль	25	18	63
3	Единый стиль одежды	25	18	35
4	Мероприятия по командообразованию	20	18	40
5	Стиль общения с пациентами и в коллективе	45	64	65
6	Условия для психологической разгрузки (комната, занятия с психологом, другое)	15	0	30
7	Проведение досуговых мероприятий	78	64	60
7.1	— спортивные мероприятия и соревнования	60	36	51
8	Другое	30	36	36
8.1	другое — укажите*	7 ответов	1 ответ	много ответов

Примечание: *ответы из строки 8.1:
— Республика Беларусь: экскурсионные и культурно-массовые мероприятия, различные конкурсные мероприятия, туристические поездки и слёты; волонтерство, участие в акциях по посадке и уборке леса, социальных проектах; выезды в центр трансфузиологии для донорства; участие в общественно-политических мероприятиях районного и областного уровня; квизы, интеллектуальные игры;
— Кыргызская Республика: совместный отдых;
— Российская Федерация: совместное посещение культурных мероприятий (концерты, театр); субботники, акция "чистый берег", "день Победы"; корпоративные мероприятия к праздникам; участие в городских мероприятиях, хоровое пение, организация концертов к юбилейным датам организации, сдача норм ГТО; комната для занятий спортом для работников МО; участие в конкурсах профессионального мастерства, праздник приёма молодых специалистов; еженедельные встречи с коллективом; мероприятия с департаментом здравоохранения, главными внештатными специалистами, главными врачами и заведующими отделениями; экскурсии, выезды в другие МО для обмена опытом.

МО. Деятельность администрации по доведению до работников МО указанных критериев также осуществляется не в полной мере, и условия для выполнения этих критериев организованы также не во всех МО, что фактически затрудняет достижение работниками установленных критериев. Безусловно, при этом необходимо учитывать задачи создания условий труда, связанные с совершенствованием материально-технического обеспечения МО [9]. Особенно важно использовать разные стратегии мотивации для медперсонала в сельской местности [10].

Из мер нематериальной мотивации выделяются, прежде всего, атрибуты личного признания: награждение работников благодарственными письмами, почётными грамотами и др.

Гораздо реже указывались в качестве мер нематериальной мотивации факторы, относящиеся к профессиональному развитию и росту работников, связанные с построением личной профессиональной траектории, перспективами карьерного роста, участием в научной деятельности. Приглашение к участию в подборе нового персонала указали <50% респондентов. Участие работников МО в мероприятиях по обмену опытом и в новых проектах по развитию — также <50%, за исключением Российской Федерации (71 и 60%, соответственно).

Обращают на себя внимание и невысокие показатели ответов "включение в число наставников", однако эта позиция требует дополнительного изучения опыта стран в части организационных подходов к наставничеству в медицинской отрасли [11].

Интересным опытом, который может быть рассмотрен в качестве передовых практик, следует отнести такие ответы, как проведение конкурсов профессионального мастерства, праздников приёма молодых специалистов, регулярные мероприятия с представителями органов исполнительной власти в сфере здравоохранения, ведущими специалистами, выезды в другие МО для обмена опытом. Такой опыт требует более подробного изучения для возможного последующего тиражирования.

Ответы на вопросы раздела, посвященного корпоративной культуре, показали, что, несмотря на высокую долю руководителей, ответивших на вопрос о развитии корпоративной культуры положительно, нет чёткого понимания, что такое корпоративная культура и её составляющие. Наиболее

частыми вариантами ответов явилось проведение досуговых мероприятий, в меньшей степени — формирование стиля общения с пациентами и коллегами, а в Российской Федерации также — формирование единого визуального стиля МО.

Заключение

Настоящее исследование выявило сходство и различия в работе с персоналом МО в странах-участницах проекта. Обращает на себя внимание примерно равное распределение ответов респондентов из разных стран на большинство предложенных вопросов. Из положительных моментов следует отметить внимание руководителей к формированию системы оценки результатов работы работников МО, стремление к диалогу и доведение до работников разработанных критериев.

Анализ показывает, что материальная мотивация в целом доминирует над нематериальными формами во всех странах-участницах, при этом такие меры, как наставничество, участие в принятии решений и профессиональное развитие, оказываются наименее распространенными. Это свидетельствует о том, что системы управления персоналом в ПМСП ещё не перешли к зрелой модели, предполагающей комплексный подход к внутренней мотивации и формированию долгосрочной приверженности работников. Кроме того, низкая распространённость инструментов, связанных с психологической поддержкой сотрудников, позволяет предположить, что фактор профессионального выгорания и эмоционального истощения остаётся недооценённым руководителями МО, несмотря на его очевидное влияние на качество оказываемой помощи и текучесть кадров.

Полученные данные демонстрируют, что многие руководители ассоциируют корпоративную культуру преимущественно с досуговыми мероприятиями или разовыми событиями, тогда как системные элементы — единый стиль общения, ценности организации, внутриколлективные коммуникации, системы обратной связи — применяются значительно реже. Это указывает на отсутствие целостного подхода к развитию корпоративной культуры, которая должна выступать не дополнением, а инструментом повышения организационной эффективности, снижения конфликтности и поддержки профессиональной идентичности. В условиях кадрового дефицита эти аспекты приобретают стратегическое значение.

Исследование позволило выявить направления развития работы администрации МО в странах-участницах проекта: совершенствование условий, которые необходимы для выполнения установленных критериев оценки труда, расширение взаимодействия с персоналом по оценке результатов работы и т.д.

Из нематериальных стимулов можно рекомендовать прежде всего усиление внимания администрации к личному профессиональному и карьерному росту работников, а также расширение мер, направленных на поддержку при различных жизненных ситуациях.

Перспективным направлением является развитие корпоративной культуры МО, оказывающих ПМСП, что требует прежде всего повышения знаний руководителей в этой области.

Отношения и деятельность: все авторы заявляют об отсутствии потенциального конфликта интересов, требующего раскрытия в данной статье.

Литература/References

1. Khabriev RU, Kalininskaya AA, Lazarev AV, et al. Staffing of Primary Health Care Physicians in the Face of Challenges and Threats to Public Health. Problems of Social Hygiene, Public Health, and History of Medicine. 2024;32(2):240-5. (In Russ.) Хабриев Р.У., Калининская А.А., Лазарев А.В. и др. Кадровое обеспечение врачами первичной медико-санитарной помощи в условиях вызовов и угроз здоровью населения. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2024;32(2):240-5. doi:10.32687/0869-866X-2024-32-2-240-245. EDN: TURPWX.
2. Shurenova MB, Kurakbaev KK. Analysis of quantitative and qualitative indicators characterizing the availability and quality of primary medical and sanitary care services. Pharmacy of Kazakhstan. 2024;(2):165-73. (In Russ.) Шуренова, М. Б., Куракбаев К.К. Анализ количественных и качественных показателей, характеризующих доступность и качество оказываемых услуг первичной-медико санитарной помощи. Фармация Казахстана. 2024;(2):165-73. doi:10.53511/pharmkaz.2024.52.75.024. EDN: TJXNMJ.
3. Naysabekova SD, Alieva DU. Features of Primary Health Care in the City of Bishkek. Science, New Technologies, and Innovations of Kyrgyzstan. 2024;(7):87-90. (In Russ.) Найзабекова С.Д., Алиева Д.У. Особенности предоставления первичной медико-санитарной помощи в городе Бишкек. Наука, новые технологии и инновации Кыргызстана. 2024;(7):87-90. doi:10.26104/NNTIK.2024.20.21.019. EDN: WIZEAM
4. Drapkina OM, Senenko ASh, Shepel RN. Motivation and Responsibility of Employees of Medical Organizations Providing Primary Health Care (MOTIV): Results of a Sociological Survey on Current Motivation Measures. Cardiovascular Therapy and Prevention. 2023;22(S9):12-21. (In Russ.) Драпкина О.М., Сененко А.Ш., Шепель Р.Н. Мотивация и ответственность сотрудников медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь (МОТИВ): результаты социологического опроса об актуальных мерах мотивации. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2023;22(S9):12-21. doi:10.15829/1728-8800-2023-3825. EDN: ACNATY.
5. Khodakova OV, Senotrusova Yu E. Application of the Index Method for Assessing the Human Resources for Primary Health Care. Russian Journal of Preventive Medicine. 2024;27(11):27-33. (In Russ.) Ходакова О.В., Сенотрусова Ю.Е. Применение индексного метода для оценки кадрового обеспечения первичной медико-санитарной помощи. Профилактическая медицина. 2024;27(11):27-33. doi:10.17116/profmed20242711127. EDN: ZJAETK.
6. Senenko ASh, Kalashnikova MA, Shepel RN, Drapkina OM. Human Resources for Primary Health Care for the Adult Population of the Russian Federation in 2014-2022. Part 3: Focus on Primary Health Care Physicians. Modern Problems of Healthcare and Medical Statistics. 2023;4:1006-26. (In Russ.) Сененко А.Ш., Калашникова М.А., Шепель Р.Н., Драпкина О.М. Кадровое обеспечение первичной медико-санитарной помощи взрослому населению Российской Федерации в 2014-2022 годах. Часть 3: фокус на врачей, оказывающих первичную врачебную помощь. Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. 2023;4:1006-26. doi:10.24412/2312-2935-2023-4-1006-1026. EDN: DMQHAC.
7. Arshukova IL, Dobretsova EA, Akulin IM, Shulmin AV. How to make a polyclinic more attractive? The vision of managers. Social aspects of public health. 2024;70(1):17-28. (In Russ.) Аршукова И.Л., Добрецова Е.А., Акулин И.М., Шульмин А.В. Как сделать поликлинику более привлекательной? Видение руководителей. Социальные аспекты здоровья населения. 2024;70(1):17-28. doi:10.21045/2071-5021-2024-70-1-5. EDN: UMDTVR.
8. Migunova YuV. Difficulties in the Professional Activities of Medical Workers in the Assessments of Healthcare System Specialists. Ufa Humanitarian Scientific Forum.

2024;1(17):304-13. (In Russ.) Мигунова Ю.В. Сложности профессиональной деятельности медицинских работников в оценках специалистов системы здравоохранения. Уфимский гуманитарный научный форум. 2024;1(17):304-13. doi:10.47309/2713-2358-2024-1-304-313. EDN: BCOCSV.

9. Boenko EA, Khodakova OV, Shikina IB. Study of the opinion of heads of executive authorities of the constituent entities of the Russian Federation in the field of health care on the issues of risk management, hindering the development of the material and technical base of medical organizations. Health Care of the Russian Federation. 2025;69(4):315-21. (In Russ.) Боенко Е.А., Ходакова О.В., Шикина И.Б. Изучение мнения руководителей органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья по вопросам управления рисками, препятствующими развитию материально-технической базы медицинских организаций. Здравоохранение Российской Федерации. 2025;69(4):315-21. doi:10.47470/0044-197X-2025-69-4-315-321. EDN: YFTAVC.
10. Fonken P, Bolotskikh I, Pirnazarova GF, et al. Keys to Expanding the Rural Healthcare Workforce in Kyrgyzstan. Front. Public Health. 2020;8:447-59. (In Russ.) Фонкен П., Болотских И., Пирназарова Г.Ф. и др. Ключи к расширению кадрового потенциала сельского здравоохранения в Кыргызстане. Границы общественного здравоохранения. 2020;8:447-59. doi:10.3389/fpubh.2020.00447.
11. Zhukova AN, Obukhova OV. Mentoring in Medical Organizations: Material Incentives. Modern Problems of Healthcare and Medical Statistics. 2023;(3):1202-13. (In Russ.) Жукова А.Н., Обухова О.В. Наставничество в медицинских организациях: меры материального стимулирования. Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. 2023;(3):1202-13. doi:10.24412/2312-2935-2023-3-1202-1213. EDN: GNPTOZ.

Драпкина Оксана Михайловна (Oksana M. Drapkina) — академик РАН, д.м.н., профессор, директор, ORCID: 0000-0002-4453-8430;

Шепель Руслан Николаевич (Ruslan N. Shepel) — к.м.н., зам. директора по перспективному развитию медицинской деятельности, ORCID: 0000-0002-8984-9056;

Сененко Алия Шамильевна (Aliya Sh. Senenko) — к.м.н., в.н.с. отдела научно-стратегического развития первичной медико-санитарной помощи, ORCID: 0000-0001-7460-418X;

Савченко Екатерина Дмитриевна (Ekaterina D. Savchenko) — к.м.н., в.н.с. отдела научно-стратегического развития первичной медико-санитарной помощи, ORCID: 0000-0002-3540-3331;

Ажымамбетова Гульназ Качкыновна (Gulnaz Azhymambetova) — главный специалист отдела первичной медико-санитарной помощи, ORCID: 0009-0000-9194-9948;

Бримкулов Нурлан Нургазиевич (Nurlan N. Brimculov) — д.м.н., профессор кафедры семейной медицины, ORCID: 0000-0002-7821-7133;

Ботбаева Эркинай Ильясовна (Erkinai Botbaeva) — ассистент кафедры семейной медицины, ORCID: 0000-0002-8014-4471720020;

Долонбаева Зуура Абдибаитовна (Zuura Dolonbaeva) — д.м.н., профессор, зав. отделом медицинского образования и науки, ORCID: 0009-0000-8268-8694;

Короткова Анна Владимировна (Anna V. Korotkova) — к.м.н., эксперт отдела мониторинга качества медицинской помощи, ORCID: 0000-0002-9368-5357;

Кулкаева Гульнара Утепергеновна (Gulnara U. Kulkaeva) — к.м.н., председатель правления, сопредседатель РГ ТиПМСП, директор, ORCID: 0000-0003-2737-2069;

Наумова Яна Сергеевна (Yana S. Naumova) — начальник отдела международных связей и сотрудничества, ORCID: 0009-0001-2704-6581;

Недень Леонид Чеславович (Leonid Ch. Neden) — к.м.н., доцент, начальник главного управления организации медицинской помощи, ORCID: 0009-0000-6617-5944;

Сачек Марина Михайловна (Marina M. Sachek) — д.м.н., доцент, профессор кафедры организации здравоохранения Института повышения квалификации и переподготовки кадров здравоохранения, ORCID: 0009-0004-9110-0185;

Сыдыкова Салима Жумабаевна (Salima Sydykova) — к.м.н., семейный врач Медицинского Центра M. A.G. Clinic, ORCID: 0000-0002-5354-957X;

Тенизбаева Асель Тенизбаевна (Asel T. Tenizbaeva) — директор, координатор здравоохранения, ORCID: 0009-0003-2394-0847;

Щавелева Марина Викторовна (Marina V. Schaveleva) — к.м.н., зав. кафедрой организации здравоохранения института повышения квалификации и переподготовки кадров здравоохранения, ORCID: 0000-0001-9550-6896;

Юрченко Ольга Владимировна (Olga V. Yurchenko) — начальник отдела первичной медицинской помощи главного управления организации медицинской помощи, ORCID: 0009-0009-1497-0634.

Адреса организаций авторов: ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины" Минздрава России, Петроверигский пер., д. 10, стр. 3, Москва, 101990, Россия; Министерство здравоохранения Кыргызской Республики, Токтоналиева ул., д. 96, Бишкек, 720044, Кыргызстан; Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева, Ахунбаева ул., д. 92, Бишкек, 720020, Кыргызстан; Национальный научный центр развития здравоохранения им. Салидат Каирбековой, Мангилик Ел пр., д. 20, Астана, 010017, Республика Казахстан; Министерство здравоохранения Республики Беларусь, ул. Мясникова, д. 39, Минск, Республика Беларусь, 220030; УО "Белорусский государственный медицинский университет", Дзержинского пр., д. 83, Минск, 220083, Республика Беларусь; Медицинский Центр M. A.G. Clinic, ул. Чехова, д. 42, Бишкек, 720017, Кыргызстан; Центр семейной медицины № 6 г. Бишкек, ул. Жукеева-Пудовкина, д. 75, Бишкек, 720064, Кыргызстан.

Addresses of the authors' institutions: National Medical Research Center for Therapy and Preventive Medicine of the Ministry of Health of the Russian Federation, Petroverigsky Lane, 10, bld. 3, Moscow, 101990, Russia; Ministry of Health of the Kyrgyz Republic, Toktonalieva str., 96 Bishkek, 720044, Kyrgyzstan; I.K. Akhunbayev Kyrgyz State Medical Academy, Akhunbayeva str., 92, Bishkek, 720020, Kyrgyzstan; Salidat Kairbekova National Scientific Center for Health Development of the Ministry of Health of the Republic of Kazakhstan, Mangilik El ave., 20, Astana, 010017, Republic of Kazakhstan; Ministry of Health of the Republic of Belarus, Myasnikova str., 39 Minsk, Republic of Belarus, 220030; Republic of Belarus; Belarusian State Medical University, Dzerzhinsky ave, 83, Minsk, 220083, Republic of Belarus; M.A.G. Clinic Medical Center, 42 Chekhov str., Bishkek, 720017, Kyrgyzstan; Family Medicine Center No. 6, Bishkek, 75 Zhukeev-Pudovkina str., Bishkek, 720064, Kyrgyzstan.

Первичная медико-санитарная помощь. 2025;2(4):78-86.
doi: 10.15829/ 3034-4123-2025-87
ISSN 3034-4123 (Print)
ISSN 3034-4565 (Online)

Первичная медико-санитарная помощь
Primary Health Care (Russian Federation)

Организация первичной медико-санитарной помощи и взаимодействие с другими видами медицинской помощи

Оригинальная статья

Эффективность работы мобильных медицинских комплексов в системе первичной медико-санитарной помощи (на примере Московской области)

Шинкарева Н. В.[1],
Горенков Р. В.[1]*,
Морозова Е. Н.[2]

[1]ФГБНУ "Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья им. Н. А. Семашко", Москва, Российская Федерация

[2]ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И. М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Российская Федерация

*Corresponding author
(Автор, ответственный за переписку):
rogorenkov@mail.ru

Поступила: 20.11.2025
Рецензия получена: 24.11.2025
Принята: 10.12.2025

CC BY 4.0

Цель. Дать комплексную оценку эффективности работы мобильных медицинских комплексов (ММК) в системе первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) Московской области за 2024-2025гг и выявить основные организационно-технические проблемы функционирования парка ММК.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ оперативных и статистических данных о работе 84 ММК Московской области за период 01.01.2024-30.09.2025. Сопоставлены показатели за 9 мес. 2024 и 2025гг. ММК классифицированы на диагностические и лечебно-профилактические. Оценивали число выездов, объём профилактических осмотров, количество проведенных флюорографий и маммографий, охват населения, а также причины простоя отдельных комплексов. Применялись методы описательной и аналитической статистики, критерий χ^2 Пирсона, Z-тест для двух пропорций, расчёт размера эффекта (Cohen's d); критический уровень значимости принят α=0,01.

Результаты. За 9 мес. 2025г ММК Московской области совершили 8738 выездов и охватили медицинской помощью 204 179 человек, что превышает показатели за 9 мес. 2024г по числу выездов на 32,4%, а по числу обслуженных пациентов — на 37,9%. Отмечен существенный рост объёмов профилактических и диагностических услуг. Единственным показателем со снижением стала вакцинация против гриппа (-28,9%).

Заключение. ММК являются эффективным инструментом повышения доступности ПМСП в Московской области, обеспечивая значительный прирост объёмов профилактических осмотров и лучевых исследований для жителей удалённых и малочисленных населённых пунктов. В то же время выявленные технические и организационные барьеры, приводящие к простою части парка ММК, требуют целенаправленных управленческих решений для полной реализации потенциала мобильных форм работы на региональном уровне.

Ключевые слова: первичная медико-санитарная помощь, мобильные медицинские комплексы, выездная форма работы, малочисленные населённые пункты, профилактические осмотры, диспансеризация.

Отношения и деятельность: нет.

Для цитирования: Шинкарева Н. В., Горенков Р. В., Морозова Е. Н. Эффективность работы мобильных медицинских комплексов в системе первичной медико-санитарной помощи (на примере Московской области). *Первичная медико-санитарная помощь.* 2025;2(4):78-86. doi: 10.15829/3034-4123-2025-87. EDN: JCLADE

Primary Health Care (Russian Federation). 2025;2(4):78-86.
doi: 10.15829/ 3034-4123-2025-87
ISSN 3034-4123 (Print)
ISSN 3034-4565 (Online)

Organization of Primary Health Care and interaction with other types of medical care

Original article

Effectiveness of mobile health units in the primary health care system (example of the Moscow Oblast)

Shinkareva N. V.[1],
Gorenkov R. V.[1*],
Morozova E. N.[2]

[1]Semashko National Research Institute of Public Health, Moscow, Russian Federation

[2]Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow, Russian Federation

*Corresponding author:
rogorenkov@mail.ru

Received: 20.11.2025
Revision received: 24.11.2025
Accepted: 10.12.2025

Aim. To assess the effectiveness of mobile health units (MHUs) in the Moscow Oblast's primary health care system for 2024-2025 and identify the main related management and technical issues.

Material and methods. This retrospective analysis of operational and statistical data on 84 MHUs in the Moscow Oblast was conducted for the period January 1, 2024, to September 30, 2025. Data for the first nine months of 2024 and 2025 were compared. MHUs were classified as diagnostic and treatment-and-preventive. The number of field visits, the scope of preventive examinations, the number of fluorography and mammography procedures performed, the population coverage, and downtime reasons were assessed. Descriptive and analytical statistics, including the Pearson χ^2 test, two-proportion Z-test, and effect size calculation (Cohen's d) were used. The critical significance level was α=0,01.

Results. Over the first nine months of 2025, MHUs made 8738 field visits and provided care to 204 179 people. This exceeds results for the first nine months of 2024 by 32,4% and 37,9% in terms of visit count and number of patients served, respectively. A significant increase in the scope of preventive and diagnostic services was noted. The only parameter showing a decrease was influenza vaccination (-28,9%).

Conclusion. MHUs are an effective tool for increasing the accessibility of primary health care in the Moscow Oblast, providing a significant increase in scope of preventive examinations and X-ray investigations for residents of remote and small communities. At the same time, the identified technical and management barriers leading to downtime of some MHUs require targeted management solutions to fully realize their potential at the regional level.

Keywords: primary health care, mobile health units, field work, small communities, preventive examinations, medical screening.

Relationships and Activities: none.

For citation: Shinkareva N. V., Gorenkov R. V., Morozova E. N. Effectiveness of mobile health units in the primary health care system (example of the Moscow Oblast). *Primary Health Care (Russian Federation)*. 2025;2(4):78-86. doi: 10.15829/3034-4123-2025-87. EDN: JCLADE

ГО — городской округ, ММК — мобильный медицинский комплекс, МО — муниципальный округ, НП — населённый пункт, ПМСП — первичная медико-санитарная помощь.

doi: 10.15829/ 3034-4123-2025-87

Ключевые моменты

Что известно о предмете исследования?

- Передвижные (мобильные) медицинские комплексы (ММК) рассматриваются как эффективный инструмент повышения доступности первичной медико-санитарной помощи, в т.ч. профилактики для жителей удалённых и малочисленных населённых пунктов, однако практическая результативность их использования существенно зависит от организационно-логистических решений, технической надёжности и кадрового обеспечения выездных бригад.

Что добавляют результаты исследования?

- На примере Московской области показано, что расширение и рациональная организация выездной службы ММК сопровождается статистически значимым ростом объёмов первичной медико-санитарной помощи и профилактики: увеличением числа выездов и обслуженных пациентов, а также ростом лучевой диагностики (флюорография и маммография) в целевых территориях.
- Впервые для региона выявлено несоответствие между формально высокой обеспеченностью парком ММК и фактической доступностью их услуг: около пятой части комплексов простаивает, преимущественно из-за технических неисправностей, затяжных разрешительных процедур и кадровых ограничений.
- Обоснована необходимость перехода от простого наращивания парка ММК к управленческой модели, ориентированной на приоритизацию муниципальных образований по логистической сложности, оптимизацию маршрутов и графиков выездов, ускорение документооборота и сервисного сопровождения, а также целевое кадровое укрепление выездной службы.

Key messages

What is already known about the subject?

- Mobile health units (MHUs) are considered an effective tool for increasing the accessibility of primary health care, including preventive care, for residents of remote and small communities. However, their practical effectiveness depends significantly on management and logistical solutions, technical reliability, and staffing of mobile teams.

What might this study add?

- Using the Moscow Region as an example, we showed that the expansion and rational management of MHUs is accompanied by a significant increase in the volume of primary health care and preventive care as follows: an increase in the number of visits and patients served, as well as an increase in X-ray diagnostics (fluorography and mammography) in target areas.
- For the first time in the region, a discrepancy has been identified between the formally high provision with MHUs and its actual availability: approximately one-fifth of the units remain idle, primarily due to technical malfunctions, lengthy permitting procedures, and staffing constraints.
- The need for a transition from a simple expansion of the MHU fleet to a management model focused on prioritizing municipalities based on logistical complexity, optimizing routes and schedules for departures, accelerating document flow and service support, as well as targeted strengthening of personnel for the field service, is substantiated.

Введение

Доступность качественной медицинской помощи для всех групп населения является фундаментальным принципом отечественного здравоохранения. В отдалённых сельских и труднодоступных районах, где проживает значительная часть жителей, эта проблема стоит особенно остро. Географическая разобщённость, низкая плотность населения, недостаток транспорта и инфраструктуры создают серьёзные препятствия для своевременного получения помощи, что ведёт к позднему обращению за медицинской помощью, росту хронических заболеваний и ухудшению демографических показателей[1] [1-3].

В рамках национального проекта "Здравоохранение", который реализовывался до 31 декабря 2024 г., был утвержден федеральный проект "Модернизация первичного звена здравоохранения", нацеленный на преодоление территориального неравенства в оказании медицинских услуг.

[1] Аксенова Е.И., Горбатов С.Ю. Международный опыт обеспечения доступности медицинской помощи в отдаленной и труднодоступной местности. Москва: ГБУ "НИИ организации здравоохранения и медицинского менеджмента ДЗМ"; 2021. 35 с. https://f69bd7a8d37891d83778c6a91b711108.pdf.

Одним из ключевых инструментов проекта являются передвижные (мобильные) медицинские комплексы (ММК) — специализированные мобильные модули с необходимым диагностическим и лечебным оборудованием. ММК позволяют приблизить первичную медико-санитарную помощь (ПМСП) непосредственно к месту проживания граждан, осуществляя профилактические осмотры, диспансеризацию, вакцинацию, консультативно-диагностический прием и др. [4-6]. В настоящее время работа по развитию первичного звена продолжается в рамках нового национального проекта "Продолжительная и активная жизнь", включающего федеральный проект "Модернизация первичного звена здравоохранения Российской Федерации". Настоящее исследование охватывает период действия обоих нацпроектов.

Опыт последних лет свидетельствует о существенном росте оснащённости региональных систем здравоохранения передвижными подразделениями: в 2019-2023 гг. отмечено увеличение парка мобильных медицинских установок во всех федеральных округах, что улучшает инфраструктуру здравоохранения и повышает доступность помощи, особенно в отдалённых местностях [7].

Однако сам по себе факт развёртывания сети мобильных клиник не гарантирует автоматического повышения доступности ПМСП. В процессе внедрения и эксплуатации ММК выявлен ряд устойчивых организационно-технических барьеров, снижающих эффективность их работы [4-8].

К организационным проблемам относятся недостаточная интеграция выездных бригад в единую систему оказания помощи на территории, слабая координация между стационарными медучреждениями и мобильными командами, неоптимальное планирование маршрутов и графиков выездов без полного учёта потребностей населения, дефицит кадров, готовых к работе на выезде, а также низкая явка населения на приёмы в ММК. Технические барьеры включают несоответствие материально-технической базы ММК требованиям эксплуатации в сложных дорожных и климатических условиях, недостаточную надёжность автотранспорта и оборудования, отсутствие единых стандартов оснащения для разных типов ММК, а также трудности телемедицинского сопряжения и передачи данных в центральные больницы.

Наличие перечисленных проблем свидетельствует о противоречии между значительным потенциалом ММК, заложенным в стратегии модернизации ПМСП, и реальными ограничениями, мешающими его полной реализации. Это определяет научную и практическую актуальность настоящего исследования, целью которого является анализ эффективности работы ММК в Московской области, выявление основных организационно-технических проблем функционирования парка ММК и разработка обоснованных мер по устранению выявленных барьеров.

Материал и методы

Дизайн исследования. Проведен ретроспективный анализ оперативных данных и статистической отчётности о работе ММК Московской области за период 01.01.2024-30.09.2025. В анализ включены показатели деятельности 84 ММК, функционировавших в указанный период. Для сопоставления динамики выбраны два одинаковых интервала (9 мес. с января по сентябрь включительно) 2024 и 2025 гг. ММК подразделены на две группы: диагностические ММК (оснащённые модулями лучевой диагностики — флюорографами, маммографами) и лечебно-профилактические ММК для амбулаторного приёма (используются для медицинских осмотров, вакцинации, диспансеризации и пр.).

Методы анализа. Проведено сравнение ключевых количественных показателей работы ММК за 9 мес. 2024 и 2025 гг., рассчитана относительная динамика (проценты прироста/снижения), а также степень выполнения плановых заданий по выездам. Выполнен анализ структуры парка ММК и причин простоя части мобильных комплексов. Для проверки статистической значимости изменений использованы критерий χ^2 Пирсона (для сравнения долей), Z-тест для разности двух пропорций, а также расчёт размера эффекта (Cohen's d) для оценки практической значимости выявленных сдвигов. Уровень значимости принят $\alpha=0,01$. Нулевая гипотеза предполагала отсутствие статистически значимых изменений основных показателей работы ММК за год, альтернативная — наличие значимых сдвигов (улучшение показателей эффективности выездной работы либо их снижение). Расчёты выполнены с использованием стандартных статистических пакетов.

Результаты

Характеристика парка ММК и охватываемого населения. Согласно приказу Минздрава России № 202н от 14.04.2025[2], в населённых пунктах (НП) с числом жителей <100 человек ПМСП должна оказываться выездными мобильными бригадами, в т.ч. с применением ММК не <2 раз/год. Для Московской области проблема малонаселённых пунктов весьма актуальна: в регионе насчитывается 3326 НП с численностью населения <100 человек, в которых проживает в сумме 127541 человек. Эти небольшие поселения разбросаны по всей области (как в муниципальных образовани-

[2] Приказ Минздрава России от 14.04.2025 № 202н "Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению" https://docs.cntd.ru/document/1312969726.

Таблица 1

Распределение МО Московской области по числу малых НП и ориентировочной потребности в ММК

Группа	Диапазон числа малых НП в одном МО	Число МО	Общее число малых НП в группе	Доля от общего числа малых НП в области, %	Ориентировочная потребность в ММК	Итого, расчётное количество ММК
1	>200	3	759	22,8%	не <2 ММК на МО	7
2	100-199	11	1 556	46,8%	не <1 ММК на МО	11
3	50-99	12	802	24,1%	1 ММК на МО	12
4	<50	15	209	6,3%	1 ММК на несколько МО	15
ВСЕГО на область						45

Сокращения: НП — населенный пункт, ММК — мобильный медицинский комплекс, МО — муниципальное образование.

Таблица 2

Структура парка ММК Московской области и их основные функциональные направления

Тип ММК	Количество, ед.	Доля от общего числа, %	Ключевое оснащение	Основные функциональные направления работы
Базовый лечебно-профилактический ММК	42	50	Кабинет врача/ фельдшера, ЭКГ, лабораторное оборудование	Амбулаторный приём, диспансерное наблюдение хронических больных, оказание неотложной помощи, выезд в малые НП, работа при закрытых ФАП
ММК с ФЛГ	22	26	Передвижной флюорограф	Профилактическая флюорография взрослого населения, углублённая диспансеризация, скрининг туберкулёза и другой патологии органов грудной клетки
ММК с ММГ	11	13	Передвижной маммограф	Скрининг рака молочной железы, углублённые профилактические осмотры женщин целевых возрастных групп
Комбинированный ММК (ФЛГ + МГ)	9	11	Флюорограф и маммограф	Комплексные профилактические маршруты (ФЛГ + ММГ), "дни здоровья" в удалённых территориях, массовые выездные скрининговые акции
Всего	84	100	—	Реализация расширенной выездной модели ПМСП

Сокращения: ММГ — маммографическое исследование (маммография), ММК — мобильный медицинский комплекс, НП — населенный пункт, ПМСП — первичная медико-санитарная помощь, ФАП — фельдшерско-акушерский пункт, ФЛГ — флюорографическое исследование (флюорография), ЭКГ — электрокардиограф.

ях (МО), так и городских округах (ГО)), причём их количество существенно варьирует по территориям. Так, в одних МО имеется лишь 1-5 таких посёлков (например, Фрязино — 1, Красногорск — 1, Черноголовка — 4, Лосино-Петровский — 4), а в других — >200 (Дмитровский МО — 300 деревень <100 жителей, Можайский МО — 244, Сергиево-Посадский ГО — 215). Это требует дифференцированного подхода к обеспечению их медицинским обслуживанием.

Для планирования выездной работы и рационального распределения ресурсов ММК МО Московской области были условно разделены на 4 группы в зависимости от количества малых НП (данные представлены в таблице 1).

МО группы 1 (Дмитровский, Можайский и Сергиево-Посадский ГО) характеризуются наиболее разветвлённой сетью малых НП: на них приходится около четверти всех малых НП области (759 из 3326) с суммарной численностью населения порядка 23,6 тыс. человек. Даже при максимальной загрузке одного ММК (~3663 посещений/год) полное охватывание такого контингента в одном ГО невозможно, что объективно требует закрепления более чем одного комплекса за наиболее сложными территориями.

МО группы 2 (11 территорий с 100-199 малыми НП) аккумулируют почти половину всех малонаселённых пунктов области. Каждое из них должно быть обеспечено как минимум одним ММК, иначе выполнение государственного задания по диспансеризации и профилактическим осмотрам населения существенно затрудняется.

Группа 3 (12 МО с 50-99 малыми НП) характеризуется средней плотностью малых НП; расчётная потребность также составляет по одному ММК на МО, при этом ориентировочная загрузка комплексов остаётся <100%, что создаёт резерв для внеплановых выездов и углублённого обслуживания отдельных НП.

МО группы 4 (15 территорий с менее чем 50 малыми НП каждое, в т.ч. с единичными деревня-

Таблица 3

Сравнительные показатели работы ММК Московской области за 9 мес. 2024 и 2025 гг.

Показатель	2024 г.	2025 г.	Изменение (абс.)	Δ, %	Направление и значимость изменения*
Всего выездов (план)	7054	9565	+2511	+35,6	Рост, p <0,001
Фактически осуществлённые выезды	6601	8738	+2137	+32,4	Рост, p <0,001
Профилактические осмотры (чел.)	81409	111935	+30526	+37,5	Рост, p <0,001
Вакцинация (COVID-19), привито (чел.)	245	357	+112	+45,7	Рост, p <0,001
Вакцинация (грипп), привито (чел.)	13006	9241	-3765	-28,9	Снижение, p <0,001
Маммографические исследования	7942	17803	+9861	+124,2	Рост, p <0,001
Флюорографические исследования	52695	89711	+37016	+70,3	Рост, p <0,001
Всего обслужено пациентов	148012	204179	+56167	+37,9	Рост, p <0,001

Примечание: * — во всех случаях статистическая значимость различий между 2024 и 2025 гг. оценена с использованием Z-критерия и/или χ^2 для долей; p <0,001. Для профилактических осмотров Z=35,2, для флюорографических исследований Z=48,7.
Сокращения: ММК — мобильный медицинский комплекс, НП — населенный пункт, ПМСП — первичная медико-санитарная помощь, ФАП — фельдшерско-акушерский пункт.

Таблица 4

ММК, находившихся в простое, и основные причины неиспользования (n=18)

Группа ММК	Количество, ед.	Доля от числа проанализированных простаивающих ММК, %	Характеристика группы	Основные причины простоя*
ММК для выездных осмотров	9	50,0	Комплексы для профилактических осмотров и диспансеризации	Технические неисправности; ожидание оформления документов; дефицит кадров для укомплектования выездных бригад
Диагностические ММК (с рентген-оборудованием)	5	27,8	Комплексы с флюорографом/ маммографом	Технические неисправности; задержки с регистрацией и лицензированием; конструктивные ограничения
ММК, готовящиеся к списанию	4	22,2	Устаревшие комплексы, экономически нецелесообразные к ремонту	Физический и моральный износ; высокая стоимость ремонта при планируемой замене новыми комплексами
Всего	18	100,0		

Примечание: * — по данным ведомственной отчётности и экспертной оценки.
Сокращения: ММК — мобильный медицинский комплекс, НП — населенный пункт.

ми) имеют точечно расположенные малые поселения. В этих условиях выделение отдельного ММК для каждого МО экономически и организационно нецелесообразно: прогнозируемая загрузка комплекса в большинстве случаев не превысила бы 10-15%. Более рациональным является межтерриториальное использование одного ММК сразу несколькими МО с гибким графиком выездов. В целом, по расчётам, минимальная потребность в мобильных ММК для охвата всех удалённых малочисленных поселений Московской области составляет порядка 42 единиц.

Структура парка ММК по типам и основным функциональным задачам представлена в таблице 2.

ММК используются по расширенной программе, позволяя решать широкий круг задач по обеспечению доступности ПМСП в регионе. Ключевые направления работы ММК включают: плановые выезды в малые НП (с регулярностью ≥2 раз/год) для проведения амбулаторного приёма и диспансерного наблюдения; профилактические осмотры и углублённую диспансеризацию с использованием мобильных диагностических модулей (флюорография, маммография, электрокардиография, ультразвуковое исследование); обслуживание территорий с временно закрытыми фельдшерско-акушерскими пунктами; выездную вакцинацию, в т.ч. сезонные кампании (грипп, COVID-19 и др.) в местах массового пребывания населения; дежурство на массовых мероприятиях для оказания первой помощи.

Динамика показателей деятельности. Сопоставление результатов работы ММК за 9 мес.

2024 и 2025 гг. показало существенное увеличение объёмов оказанной помощи после проведения ряда мероприятий, включающих техническое обновление, создание резерва (ремонтного фонда) для временной замены выходящих из строя комплексов, организационные улучшения и др. В таблице 3 приведены ключевые показатели эффективности службы ММК в Московской области за указанные периоды с указанием статистической значимости изменений.

Как видно из таблицы 3, общее число выездов ММК выросло на 32,4%, достигнув 8738 за 3 квартала 2025 г. при плане 9565 выездов (выполнение плана ~91,4%). Число обслуженных пациентов увеличилось на 37,9% и превысило 204 тыс. человек. Существенно расширился охват профилактическими медосмотрами населения (+37,5%) и особенно резко — объём специализированных исследований: количество маммографических исследований возросло более чем в 2 раза (+124,2%), флюорографических исследований — на 70,3%. Единственным показателем с отрицательной динамикой стала вакцинация против гриппа (-28,9%), что связано преимущественно с организационными изменениями в распределении вакцины в пользу стационарных пунктов иммунизации. Тем не менее, в 2025 г. посредством ММК было привито от гриппа >9 тыс. человек, что сопоставимо с объёмами прошлых лет.

Анализ эффективности работы ММК. Несмотря на в целом высокую загрузку парка ММК, часть мобильных комплексов временно не эксплуатировалась по различным причинам. За анализируемый период выявлено 19 единиц ММК, находившихся в простое (из 84, т.е. 22,6% парка); из них 4 комплекса подлежали списанию (устаревшие), 15 — технически исправные, но незадействованные в работе. Подробно проанализированы 18 ММК, простаивавших в 2024-2025 гг.

Структура этих комплексов и основные причины их неиспользования представлены в таблице 4. Можно видеть, что наиболее уязвимой оказалась группа ММК для реализации профилактических мероприятий, на которую приходится половина всех проанализированных случаев простоя. Наибольший удельный вес среди причин неиспользования имеют технические и организационные факторы: длительные ремонты автотранспорта и медицинского оборудования, а также задержки с оформлением разрешительной документации препятствуют своевременному вводу комплексов в эксплуатацию. Для диагностических ММК существенную роль играют также конструктивные ограничения отдельных моделей, затрудняющие проведение полноценного приёма пациентов. В ряде случаев простой обусловлен запланированным списанием устаревшей техники. Решение указанных проблем (ускорение регламентных процедур, оптимизация системы технического обслуживания и обновления парка, кадровое укрепление выездной службы) рассматривается как приоритетное направление повышения эффективности использования ММК в регионе.

Обсуждение

Результаты анализа подтверждают высокую востребованность и эффективность ММК в системе ПМСП Московской области. Значительный рост числа выездов и обслуженного населения свидетельствуют о том, что ММК реально повышают доступность медицинской помощи для жителей удалённых поселений, преодолевая географические барьеры. Выполнение и перевыполнение плановых показателей отдельными комплексами (>100% от плана) указывает на наличие резерва дальнейшего наращивания выездной работы. Одновременно выявлено, что часть парка используется недостаточно эффективно или простаивает, что связано с объективными проблемами — изношенностью и поломками техники, организационными трудностями в планировании и координации, а также нехваткой кадров. Этот факт подчёркивает необходимость целенаправленной работы по устранению узких мест в организации мобильной службы.

Для оптимизации деятельности ММК в регионе предложен комплекс мер. Во-первых, техническое обновление: разработка программы поэтапного обновления автопарка ММК, списание устаревших и закупка современных мобильных модулей, а также создание резерва (ремонтного фонда) для временной замены выходящих из строя комплексов. Во-вторых, организационные улучшения: унификация и стандартизация процессов — внедрение единых регламентов работы выездных бригад, оптимизация графиков выездов с учётом прикреплённого населения, централизованное техобслуживание и ускоренное решение вопросов лицензирования и документооборота. В-третьих, методические шаги: гибкое управление ресурсами, включая перераспределение ММК между районами на основе анализа их загрузки и реальной потребности населения в выездной помощи. Реализация этих мер позволит повысить суммарную эффективность работы мобильных комплексов и сократить их вынужденный простой.

Полученные данные коррелируют с опытом внедрения мобильных форм работы в других регионах России. Так, в Волгоградской области (Южный федеральный округ) в 2018-2022 гг. отмечалось наличие резервов для увеличения объёмов медицинской помощи за счёт передвижных подразделений при фактически неизменном коли-

честве мобильных комплексов. Несмотря на то, что в Волгоградском регионе насчитывалось всего 6 ММК (без роста их числа с 2018 г.), именно мобильные бригады составляли наиболее многочисленную часть выездной службы, а обеспеченность передвижными подразделениями достигла 4,9/100 тыс. населения (2023 г.). Это несколько ниже среднероссийского показателя, но выше, чем в целом по Южному федеральному округу, что указывает на активное использование имеющегося парка. В то же время проведенный анализ выявил отсутствие прямой корреляции между формальным количеством ММК в муниципальных образованиях и числом выездов на 1 комплекс — более важна оптимизация маршрутов и нагрузка на каждую бригаду [6].

В Иркутской области необходимость развертывания ММК была обоснована ещё в 2014 г. в рамках проекта, направленного на улучшение качества жизни населения. Экспертное исследование показало, что наиболее перспективными направлениями применения ММК в Иркутском регионе являются обслуживание удалённых сельских территорий, проведение углублённых медицинских осмотров работников вредных производств, выездные консультации узких специалистов и использование специализированного оборудования вне стационара. Были выявлены благоприятные факторы (поддержка на региональном уровне, запрос населения) и риски (финансирование, кадровое обеспечение) для реализации проекта по организации ММК. Опыт Иркутской области подтверждает, что ММК воспринимаются как необходимый элемент системы здравоохранения в регионах со значительными расстояниями между НП [8].

Практика применения ММК в других субъектах Российской Федерации также указывает на их высокую эффективность при правильной интеграции. В Новгородской, Ростовской областях и Республике Татарстан внедрение передвижных клиник показало, что оборудование на ММК может быть загружено на 100%, а регулярная работа мобильных бригад способствует улучшению показателей здоровья населения и экономии средств системы здравоохранения [5].

Таким образом, опыт Московской области соответствует общероссийской тенденции: ММК становятся всё более значимым звеном ПМСП, обеспечивая принцип территориальной справедливости в здравоохранении.

Заключение

1. Проведённый анализ показал, что рост объёмов работы ММК в Московской области связан не только с увеличением их числа, но и с более рациональным территориальным распределением и расширением профиля выездной работы (акцент на профилактические осмотры и лучевую диагностику в малочисленных НП).

2. Выявлено несоответствие между формально высокой обеспеченностью региона ММК и фактической доступностью помощи: простой части парка обусловлен техническими сбоями, затягиванием разрешительных процедур и кадровыми ограничениями.

3. Полученные результаты подчёркивают, что дальнейшее развитие выездной службы должно опираться не столько на наращивание парка ММК, сколько на совершенствование моделей управления ими (логистика выездов, приоритизация групп территорий, сервисное сопровождение и кадровое обеспечение), что может быть использовано в качестве типового подхода для других субъектов Российской Федерации.

Отношения и деятельность: все авторы заявляют об отсутствии потенциального конфликта интересов, требующего раскрытия в данной статье.

Литература/References

1. Parshukov DV, Koloskova YuI, Shaporova ZE. The system of rural settlements and its impact on the processes of social services delivery in rural areas (based on materials of the Krasnoyarsk Krai). National Interests: Priorities and Security. 2023;19(2):206-27. (In Russ.) Паршуков Д.В., Колоскова Ю.И., Шапорова З.Е. Система сельского расселения и ее влияние на процессы оказания социальных услуг в сельской местности (на материалах Красноярского края). Национальные интересы: приоритеты и безопасность. 2023;19(2):206-27. doi:10.24891/ni.19.2.206. EDN: AXGEEN.
2. Latyshova AA. Medical organizations and their structural units located in rural areas. Social Aspects of Population Health. 2024;70(1):6. (In Russ.) Латышова А.А. Медицинские организации и их структурные подразделения, расположенные в сельской местности. Социальные аспекты здоровья населения. 2024;70(1):6. doi:10.21045/2071-5021-2024-70-1-6. EDN: VHMJOF.
3. Lipatova LN, Gradusova VN, Strokan EV. Statistical evaluation of progress towards achieving the strategic goal of life expectancy growth in the Russian Arctic. North and Market: Formation of the Economic Order. 2023;3(81). (In Russ.) Липатова Л.Н., Градусова В.Н., Строкан Е.В. Статистическая оценка достижения стратегической цели по продолжительности жизни населения арктических регионов России. Север и рынок: формирование экономического порядка. 2023;3(81). doi:10.37614/2220-802X.3.2023.81.006. EDN: FGLDNL.
4. Kalininskaya AA, Bayanova NA, Sul'kina FA. Mobile medical complexes in village conditions. Contemporary Problems of Healthcare and Medical Statistics. 2019;(1):144-54. (In Russ.) Калининская А.А., Баянова Н.А., Сулькина Ф.А. Передвижные медицинские комплексы в условиях села. Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. 2019;(1):144-54. doi:10.24411/2312-2935-2019-10009. EDN: ZGZFMT.
5. Abdullabekov RN, Fedorchuk VE, Minnikova TV. Mobile medical complexes in Russia. Medical Technologies. Assessment and Choice. 2021;43(3):45-52. (In Russ.) Абдуллабеков Р.Н., Федорчук В.Е., Минникова Т.В. Передвижные медицинские комплексы в России. Медицинские технологии. Оценка и выбор. 2021;43(3):45-52. doi:10.17116/medtech20214303145. EDN: JZQWOP.
6. Levakhina YuS, Polikarpov AV, Golubev NA, et al. Preventive aspects of organizing primary health care using mobile units and outreach services. Volgograd Medical Research Journal. 2024;21(2):71-6. (In Russ.) Левахина Ю.С., Поликарпов А.В., Голубев Н.А. и др. Профилактические аспекты организации оказания первичной медико-санитарной помощи в условиях передвижных подразделений и выездной формы работы. Волгоградский научно-медицинский журнал. 2024;21(2):71-6. EDN: GDILNA.
7. Ogryzko EV, Polikarpov AV, Moravskaya SV. Dynamics of equipment with some mobile units in the Russian Federation as a whole and federal districts for 2019-

2023. Contemporary Problems of Healthcare and Medical Statistics. 2025;(2):811-25. (In Russ.) Огрызко Е. В., Поликарпов А. В., Моравская С. В. Динамика оснащенности некоторыми передвижными подразделениями по Российской Федерации в целом и федеральным округам за 2019-2023 годы. Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. 2025;(2):811-25. doi:10.24412/2312-2935-2025-2-811-825. EDN: ANXCKC.

8. Polovitkina AV. Assessing the prospects for implementing a project on medical mobile complexes in Irkutsk Oblast. Siberian Medical Journal (Irkutsk). 2014;(8):75-8. (In Russ.) Половиткина А. В. Оценка перспектив реализации проекта по организации медицинских мобильных комплексов на территории Иркутской области. Сибирский медицинский журнал (Иркутск). 2014;(8):75-8. EDN: TYSDJL.

Шинкарева Наталья Владимировна (Natalya V. Shinkareva) — м.н.с., ORCID: 0000-0002-3648-9181;

Горенков Роман Викторович (Roman V. Gorenkov) — д.м.н., зав. кафедрой терапии и общей врачебной практики, в.н.с., ORCID: 0000-0003-3483-7928;

Морозова Елена Николаевна (Elena N. Morozova) — аспирант кафедры общественного здоровья им. Н. А. Семашко, Институт общественного здоровья им. Ф. Ф. Эрисмана, ORCID: 0009-0005-0971-2885.

Адреса организаций авторов: ФГБНУ "Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья им. Н. А. Семашко", ул. Воронцово поле, д. 12, стр. 1, Москва, 105064, Россия; ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И. М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), ул. Большая Пироговская, д. 2-4, Москва, 119991, Россия.

Addresses of the authors' institutions: Semashko National Research Institute of Public Health, Vorontsovo Pole str., 12, bld. 1, Moscow, 105064, Russia; Sechenov First Moscow State Medical University, Bolshaya Pirogovskaya str., 2-4, Moscow, 119991, Russia

Первичная медико-санитарная помощь. 2025;2(4):87-94.
doi: 10.15829/3034-4123-2025-85
ISSN 3034-4123 (Print)
ISSN 3034-4565 (Online)

Первичная медико-санитарная помощь
Primary Health Care (Russian Federation)

Правовые аспекты оказания первичной медико-санитарной помощи ***Научная статья***

Эпистемологические (методологические) инструменты концептуализации определения понятия "госпитализация" в современной научной рациональности

Драпкина О. М.[1],
Наумов П. Ю.[1,2*],
Холиков И. В.[3],
Шепель Р. Н.[1]

[1]ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины Минздрава России", Москва, Российская Федерация

[2]ФГКУЗ "Главный военный клинический госпиталь войск национальной гвардии Российской Федерации", Балашиха, Российская Федерация

[3]ФГНИУ "Институт законодательства и сравнительного правоведения при Правительстве Российской Федерации", Москва, Российская Федерация

*Corresponding author
(Автор, ответственный за переписку):
petr.naumov.777@mail.ru

Цель. Рассмотреть эпистемологические (методологические) инструменты теоретического и практического формулирования определения понятия "госпитализация" в междисциплинарном контексте и выявить его существенные признаки для последующего применения в организационно-медицинской, нормотворческой и правоприменительной практике.

Материал и методы. Применен оригинальный научный прием самостоятельного моделирования методологических ориентиров исследования. Для концептуализации понятия "госпитализация" использованы системный, аксиологический, междисциплинарный, сравнительно-правовой, риск-ориентированный, деятельностный и формально-логический подходы. Задействованы методы анализа и синтеза, абстракции, аналогии, аннотирования, гипотетико-дедуктивный метод, дедукция и индукция, идеализация, концептуализация, моделирование, обобщение, рефлексия, сравнение.

Результаты. Выявлены существенные признаки понятия "госпитализация", установлены его сущность, структура, объем, содержание и функции. Определены основные функции госпитализации в законодательстве о здравоохранении, научной, общественной и государственной практике. Уточнены направления применения подходов и методов для описания и обоснования госпитализации как научного понятия и нормативно-правового и медицинского феноменов.

Заключение. Сформулированы ключевые направления исследования и обоснованы научные подходы, применимые для описания, прогнозирования и развития понятия "госпитализация". Полученные результаты могут быть использованы при планировании, организации, осуществлении и обобщении научных разработок в сфере формулирования нормативно-правовых и медицинских понятий.

Ключевые слова: концепция, теоретическое знание, научная рациональность, общелогические методы, госпитализация, медицинская помощь, научные подходы, существенные признаки, трансляция знания, система, структура, функция.

Отношения и деятельность: нет.

Для цитирования: Драпкина О. М., Наумов П. Ю., Холиков И. В., Шепель Р. Н. Эпистемологические (методологические) инструменты концептуализации определения понятия "госпитализация" в современной научной рациональности. *Первичная медико-санитарная помощь.* 2025;2(4):87-94. doi: 10.15829/3034-4123-2025-85. EDN: BHPIIO

Поступила: 30.10.2025
Рецензия получена: 18.11.2025
Принята: 10.12.2025

CC BY 4.0

Primary Health Care (Russian Federation). 2025;2(4):87-94.
doi: 10.15829/ 3034-4123-2025-85
ISSN 3034-4123 (Print)
ISSN 3034-4565 (Online)

Legal aspects of Primary Health Care

Scientific article

Epistemological (methodological) tools for conceptualizing the definition of "hospitalization" in modern scientific rationality

Drapkina O. M.[1],
Naumov P. Yu.[1,2*],
Kholikov I. V.[3],
Shepel R. N.[1]

[1]National Medical Research Center for Therapy and Preventive Medicine, Moscow, Russian Federation

[2]Main Military Clinical Hospital of the National Guard of the Russian Federation, Balashikha, Russian Federation

[3]Institute of Legislation and Comparative Law under the Government of the Russian Federation, Moscow, Russian Federation

*Corresponding author:
petr.naumov.777@mail.ru

Received: 30.10.2025
Revision received: 18.11.2025
Accepted: 10.12.2025

Aim. To assess epistemological (methodological) tools for theoretically and practically formulating the definition of "hospitalization" in an interdisciplinary context and identify its essential features for subsequent application in healthcare management, rule-making, and law enforcement practice.

Material and methods. We used original scientific approach of independent guideline modeling. To conceptualize the concept of "hospitalization," we utilized systemic, axiological, interdisciplinary, comparative legal, risk-oriented, activity-based, and formal-logical approaches. Methods of analysis and synthesis, abstraction, analogy, annotation, the hypothetico-deductive method, deduction and induction, idealization, conceptualization, modeling, generalization, reflection, and comparison were employed.

Results. The essential features of the concept of "hospitalization" were identified. Its essence, structure, scope, content, and functions were established. The key functions of hospitalization in healthcare legislation, research, public, and government practice were defined. The application of approaches and methods for describing and substantiating hospitalization as a scientific concept and a normative, legal, and medical phenomenon was clarified.

Conclusion. Key research areas were formulated, and scientific approaches applicable to the description, forecasting, and development of the concept of "hospitalization" were rationaled. The obtained results can be used in the planning, organization, implementation, and generalization of research in formulating normative, legal, and medical concepts.

Keywords: concept, theoretical knowledge, scientific rationality, general logical methods, hospitalization, healthcare, scientific approaches, essential features, knowledge translation, system, structure, function.

Relationships and Activities: none.

For citation: Drapkina O. M., Naumov P. Yu., Kholikov I. V., Shepel R. N. Epistemological (methodological) tools for conceptualizing the definition of "hospitalization" in modern scientific rationality. *Primary Health Care (Russian Federation).* 2025;2(4):87-94. doi: 10.15829/3034-4123-2025-85. EDN: BHPIIO

doi: 10.15829/3034-4123-2025-85

Ключевые моменты

Что известно о предмете исследования?

- Формулирование понятия "госпитализация" в междисциплинарном контексте требует выявления его сущностных характеристик, структуры, содержания и функций, что имеет значение для научного знания, организационно-медицинской деятельности, нормотворческой и правоприменительной практики.
- Госпитализация рассматривается как организационно-медицинский процесс, факт, результат, средство и нормативно-правовой феномен, обладающий значимостью для современного здравоохранения и междисциплинарного научного анализа.
- Методологические основания изучения госпитализации предполагают применение системного, аксиологического, междисциплинарного, сравнительно-правового, риск-ориентированного, деятельностного и формально-логического подходов, а также широкого комплекса общенаучных и частнонаучных методов.

Что добавляют результаты исследования?

- Результаты исследования уточняют существенные признаки понятия "госпитализация", раскрывая его сущность, морфологию, объем, содержание и функции в законодательстве о здравоохранении, научной, общественной и государственной практике.
- Определены методологические ориентиры и эпистемологические инструменты, позволяющие более полно описать, обосновать и прогнозировать развитие понятия "госпитализация" как научного, нормативно-правового и медицинского явления.
- Результаты могут быть использованы в планировании, организации и обобщении научных разработок, ориентированных на формулирование понятий в сфере нормативно-правовых и медицинских феноменов, обеспечивая повышение качества научного анализа и эффективности практического применения.

Key messages

What is already known about the subject?

- Formulating the concept of "hospitalization" in an interdisciplinary context requires identifying its essential characteristics, structure, content, and functions, which are important for scientific knowledge, healthcare management, and rulemaking and law enforcement practices.
- Hospitalization is considered as an organizational and medical process, a fact, a result, a means, and a normative and legal phenomenon, which is significant for modern healthcare and interdisciplinary scientific analysis.
- The methodological foundations for studying hospitalization involve the use of systemic, axiological, interdisciplinary, comparative legal, risk-oriented, activity-based, and formal-logical approaches, as well as a wide range of general and specific scientific methods.

What might this study add?

- The research findings clarify the essential features of the concept of "hospitalization," revealing its essence, morphology, scope, content, and functions in healthcare legislation, scientific, public, and government practice.
- Methodological guidelines and epistemological tools have been identified that allow for a more complete description, substantiation, and forecasting of the development of the concept of "hospitalization" as a scientific, regulatory, and medical phenomenon.
- The results can be used in planning, organizing, and summarizing research aimed at formulating concepts in the field of regulatory, legal, and medical phenomena, ensuring improved quality of scientific analysis and the effectiveness of practical application.

Введение

Понятийный аппарат науки и научного исследования — это одно из оснований науки, которое ее отделяет от других форм социальной деятельности и позволяет избежать логических ошибок, верифицировать предметную область научного знания, определить его специфический язык и знаково-сигнальные инструменты (структуры) [1]. Выявление значения, характеристик, сущности, объема, содержания, функций и сферы применения понятий — формально-логическая задача как отдельных научных дисциплин, так и философско-методологического и междисциплинарного знания в целом [2]. Изучение понятий, применяемых

doi: 10.15829/3034-4123-2025-85

в медицинской деятельности, исследованиях основ организации здравоохранения, нормотворческой и правоприменительной деятельности имеет важное значение для нормального функционирования социальных институтов и повышения качества оказания медицинской помощи и качества жизни населения [3]. Одним из значимых для современного здравоохранения понятий, используемых в междисциплинарном контексте, является понятие "госпитализация" [4].

Госпитализация — это организационно-медицинский процесс, факт, результат, средство, условие, медицинский, нормативный правовой и социальный феномен, представляющий существенный интерес для концептуализации в рамках современного междисциплинарного знания. Госпитализация как комплексное и полисубъектное явление, понятие, концепт, термин, определение понятия и обозначение значимого в социальном, юридическом и медицинском аспекте явления, широко используется в различных областях человеческой практики.

Ежедневно с госпитализацией как процессом и результатом сталкиваются тысячи людей, еще тысячи людей ее добиваются или оплачивают, чтобы получить как требуемую платную медицинскую услугу [5].

Потому понятие госпитализации необходимо познать с помощью современных когнитивных практик фиксации, сбора, обобщения и структуризации научной информации. В этом аспекте методологические основания и стартовые позиции исследовательского процесса играют ключевую роль и выполняют (помимо прочих) ориентирующую функцию.

Формулирование названного понятия открывает широкие возможности по его дальнейшему эффективному использованию в научном обороте, организации здравоохранения, нормотворческой и правоприменительной деятельности. Задача выявления, изучения и обобщения существенных признаков определения понятия "госпитализация" в процедурах трансляции научного знания может быть решена на основании теоретического построения, эмпирической проверки и практического применения соответствующих ведущих идей, методологических основ и эпистемологических средств.

Широкую эпистемологическую тропу к пониманию сущности, значения и смысла госпитализации как медицинского, экономического, нормативно-правового, организационного, формально-логического и процессуального явления способны проложить соответствующие исследовательские ориентиры, базовые научные взгляды, позволяющие познавать явления окружающей действительности, применяемые в рамках дисциплинарной матрицы современной науки.

Эти взгляды находят свою объективацию в методологических подходах, которые затем применяются исследователями как стартовые позиции для организации и осуществления научного поиска. Для кумулятивного получения значимой научной информации каждый из подходов предполагает определенный эпистемологический аппарат или совокупность методов исследования [6, 7].

Материал и методы

Опора современных исследований на конкретные методологические конструкции — явление неслучайное, оно сформировано и в историческом аспекте науки, и ее познавательных практиках [8]. Также оно обусловлено необходимостью подбора и применения тех исследовательских позиций (подходов), которые бы наиболее удачно передавали сущности, закономерности функционирования и контекст бытия тех или иных явлений [9]. Находят свое проявление эти аспекты в системных, субъектных, деятельных, ценностных, функциональных эпистемологических характеристиках [10]. Их применение в исследовательских программах, по теоретическому обобщению, аналитико-синтетическому расщеплению, классификации, концептуализации имеет междисциплинарное распространение и характеризует процедуры познания различных наук, в т.ч. медицинского знания [11].

В качестве функциональных, теоретико-методологических, информационных и исследовательских ориентиров в настоящей работе использованы фундаментальные разработки в области построения основ и понятийных структур науки [12, 13]. Также работа ориентирована на некоторые, ранее проведенные авторские исследования и их основные научные результаты в области правового регулирования оказания медицинской помощи населению и военнослужащим, проведению медицинских экспертиз и освидетельствований, современных проблем и методологических ориентиров науки [3, 4, 14-19].

Результаты и обсуждение

Правовые истоки госпитализации пациентов, когда необходимость таковой продиктована медицинскими показаниями, берут свое начало в Конвенции № 102 Международной организации труда "О минимальных нормах социального обеспечения"[1], заключенной в г. Женева (Швейцария) 28 июня 1952 г. В названном документе приведе-

[1] Конвенция № 102 Международной организации труда "О минимальных нормах социального обеспечения" (Заключена в г. Женеве 28 июня 1952 г.) https://base.garant.ru/2541190/.

ны нормы, регулирующие возможность госпитализации по медицинским показаниям в рамках гарантий по медицинскому обслуживанию работающему населению, в т.ч. при беременности и родам (статьи Конвенции 10, 34, 49). Для понимания методологических оснований концептуализации понятия "госпитализация" обратимся к познанию, собственно, методологии как сферы человеческой деятельности и когнитивного средства получения необходимых и объективных данных о структуре и функционировании объектов. Иллюстрирование содержательных и специфических характеристик методологии позволит выстроить и методологические основы изучения заявленного явления.

Методология, как наука и часть творческой субъектной активности людей, не сводится к важнейшему из методов, который применяется в познавательных практиках, или даже совокупности таковых. Методология — это учение о ведущих идеях, познавательных программах, ценностях, методах и особенностях научной деятельности по изучению различных объектов и предметов. Она включает в себя теории, концепции, принципы, подходы, методы и средства получения, обработки, накопления, трансляции и воспроизводства научного знания. Перечисленные познавательные источники и средства в рамках методологических учений объединены в целостные эвристические структуры, общность использования которых обеспечивает их функциональное единство и потенциальную возможность применения в рамках научного поиска.

В рамках методологических теорий и исследовательских программ аккумуляции научного знания опытным путем объединены и методы, применяемые в рамках той или другой познавательной позиции или теоретической платформы. Как правило, их принято разделять по сферам общественного сознания и научной деятельности, в которых они реализуются субъектами познавательной деятельности.

К таковым методам или эпистемологическим инструментам можно отнести: философские методы, применяемые в рамках предельно широких теоретических конструкций, раскрывающих природу и объективные характеристики предметов и явлений, с точки зрения их онтологического, эпистемологического, аксиологического и иного статуса. В философии сформировалось множество направлений, для деятельности представителей которых характерно применение определенных методов. Так к философским методам относят восхождение от абстрактного к конкретному, аналитический, аксиоматический, феноменологический, гипотетико-дедуктивный, диалектический и метафизический, синергетический, формализационный и другие. Частными по отношению к философским методам являются общенаучные, частнонаучные, междисциплинарные и дисциплинарные методы. Остановимся коротко на их эпистимической сущности и содержании.

Общенаучные методы — это основа исследовательского процесса, синкретически связанная со всеми приемами и способами получения научной информации. Общенаучные методы включают в себя, как правило, методы теоретического познания, способы, характеризующие эмпирический этап исследования и общелогические приемы объективного изучения фактов и явлений действительности. К ним относятся методы осуществления системных исследований (предметное, функциональное и историческое), анализ и синтез, сравнение и аналогия, индукция и дедукция, обобщение и конкретизация, абстрагирование, моделирование, идеализация. Эмпирические методы включают в себя идеографический метод, опросы, анкетирования, анализ документов и характеристик, математические и статистические методы исследования.

В отличие от общенаучных, частнонаучные методы — это приемы, программы и способы получения научной информации и объективных знаний, характерные и применяемые в конкретной научной сфере, отдельной науке и получившие широкое распространение, исследовательское признание в конкретной области знаний. Они основаны на философских и общенаучных методах познания, но специфическое содержание и процедуру применения получают за счет обособленности и контекста предмета познания, характерного для данной науки.

Междисциплинарные и дисциплинарные методы познания — это компонент методологии науки, характерный для отдельных научных дисциплин (отраслей) и связей их между собой. Они характеризуются как объектно-предметной локализаций, так и синтетическими и интегративными свойствами.

Теоретические позиции, ведущие принципы или научные подходы к пониманию госпитализации как объекта и предмета познания в современной научной рациональности включают:

— **системный подход**, позволяющий объективно познать феномен госпитализации как целостное явление, характеризуемое собственной морфологией, функциональной структурой, совокупностью связей и отношений между компонентами, а также закономерностями внешнего и внутреннего функционирования;

— **субъектный**, позволяющий установить состав госпитализации с точки зрения задействованных в нем людей, индивидуально или коллектив-

doi: 10.15829/3034-4123-2025-85

но действующих (в госпитализации участвуют как индивидуальные, так и коллективные субъекты, речь идет об отдельных представителях врачебного (например, лечащие врачи), среднего, младшего и вспомогательного персонала медицинских организаций; коллективных субъектах — медицинских организациях, их филиалах или структурных подразделениях, а также врачебных и иных комиссиях или консилиумах врачей, принимающих решение (участвующих в принятии решения) об оказании медицинской помощи или помещении пациентов в медицинскую организацию); собственно, сам пациент в индивидуальном и коллективном значении тоже является субъектом госпитализации;

— **аксиологический**, позволяющий рассмотреть госпитализацию как социальную ценность, цель, процесс и результат, действительно социально-значимый для широких слоев населения;

— **теоретико-правовой**, призванный обобщить нормативные правовые основы госпитализации в законодательно-регуляционном и правоприменительном аспектах;

— **организационно-медицинский**, ориентированный на феномен госпитализации с точки зрения государственной и общественной организации здравоохранения;

— **деятельностный**, позволяющий познать госпитализацию как процессуальное явление, связанное с деятельной, преобразующей активностью субъектов, участвующих в регулировании, планировании, организации, осуществлении и оценке госпитализации как медицинского, экономического, правового, управленческого, нравственного явления;

— **риск-ориентированный**, сфокусированный на анализе, учете и выявлении влияния возникающих или существующих рисков, в т.ч. связанных с госпитализацией;

— **функциональный**, позволяющий выявить внутренние и внешние функции, а также характеристики реального функционирования в социальной деятельности и правоприменительной практике.

Всестороннее рассмотрение феномена госпитализации трудно осуществимо без изучения статуса медицинского персонала и пациента как совокупности их прав, обязанностей, гарантий и ответственности. При этом каждая из указанных характеристик статуса будет иметь собственное наполнение в зависимости от государственной и ведомственной принадлежности. В качестве примера можно привести ситуацию с охраной сведений, составляющих медицинскую тайну: во многих странах Европы и Америки медицинский персонал не только не может, а не имеет права раскрывать диагноз пациента без его согласия кому бы то ни было, включая правоохранительные органы, в то время как в других государствах существует прямая обязанность информировать правоохранительные органы, например, о любом случае огнестрельного ранения.

Примером существенного изменения характеристик статуса в зависимости от ведомственной принадлежности является статус военно-медицинского персонала, которому наряду с общим для всего медицинского персонала статусом, а также статусом военнослужащего, присущи еще и свои сугубо специфические права, обязанности, гарантии и ответственность, связанные с необходимостью реализации обязательств государства по выполнению норм международного гуманитарного права в условиях вооруженных конфликтов.

В ракурсе рассмотрения методологии и содержания понятия "госпитализация" также нельзя обойти вниманием такую значимую сторону медицинской деятельности, как медицинская этика. Как известно, правовые нормы, имея императивный характер, базируются на нормах этики, а нарушение правовых норм влечет за собой наступление той или иной формы установленной государством ответственности (административной, дисциплинарной, уголовной), в то время как нарушение этических норм ответственности не предполагает ответственности, установленной именно государством. Однако в профессиональной медицинской среде такая ответственность предусмотрена и это ответственность перед медицинским сообществом. Практически в любом крупном медицинском учреждении действует этический комитет, на обсуждение которого выносятся различные вопросы, связанные с оказанием конкретных видов медицинской помощи, уходом за пациентами, проведением клинических испытаний, разбором конкретных клинических случаев и др. При этом в некоторых странах полномочия подобных комитетов весьма широки вплоть до лишения лицензии на право заниматься лечебной деятельностью. Принципы медицинской этики, являясь по своей сути нравственными нормами, органично вплетены в систему международного гуманитарного права и с полным основанием могут рассматриваться в качестве правового обычая.

В этой связи не случайна практика принесения так называемой "клятвы Гиппократа", которая стала основой обязательств, принимаемых врачами различных стран. Ее принципы сохранились в Женевской декларации Всемирной Медицинской Ассоциации 1948 г., имеющей форму "торжественного обещания", в Международном кодексе медицинской этики 1949 г. и во многих других международных и национальных документах, касающихся вопросов осуществления врачеб-

ной деятельности как в мирное, так и в военное время. Законодательством Российской Федерации также предусмотрена обязанность лиц, завершивших освоение образовательной программы высшего медицинского образования, при получении документа об образовании и о квалификации давать соответствующую клятву врача (ч. 1 ст. 71 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"[2]).

Заключение. Формулирование методологических конструкций — важный этап исследовательской деятельности, служащий путем от построения гипотетических предположений к объективации проблемности и получаемых результатов в соответствующем направлении исследования. И если в основной части работы речь шла о функциях каждого из научных подходов, в рамках которых постулируется, формулируется, описывается и обосновывается понятие госпитализации, то в заключение хотелось бы отметить общие функции методологических основ как опорно-деятельностной конструкции научного познания.

В этом аспекте методологические основы понимаются как компонент системы, встроенный в метасистему самой научной деятельности, реальное бытие которого предполагает влияние названного компонента на другие элементы системы и всю систему в целом. Так, становится очевидным, что помимо, собственно, исследовательских, теоретических функций методологические основы, применяемые для эпистемологического процесса, выполняют ориентационные, инструментальные, процессуальные, информационные, операционные, опорные, доказательные, критические, фальсификационные, верификационные, прогностические и практические функции.

Уже из наименований выполняемых методологическими основами функций следует сделать вывод об их ориентации как на конкретный исследовательский процесс, так и на субъекта, осуществляющего познавательные операции в отношении единичного исследуемого объекта или совокупности объектов.

В описании, объяснении, обосновании и формулировании понятия "госпитализация" методологические основы и эпистемологические инструменты позволяют всесторонне раскрыть исследуемое явление через фиксируемые (собираемые, обобщаемые) предпосылки его возникновения, сущность, морфологию, закономерности внешнего и внутреннего функционирования, существенные характеристики и нормативно-правовые источники.

Определение основных методологических ориентиров в исследовательской миссии по концептуализации определения понятия "госпитализация", описание и обоснование их эвристических функций и эпистемологического потенциала позволяет объяснить сущность, значение, специфику, объем и содержание госпитализации как цели, факта, процесса и результата при оказании медицинской помощи различным категориям граждан как в условиях медицинских организаций, так и амбулаторно.

Поскольку обоснование методологических основ формулирования, описания и обоснования определения понятия "госпитализации" с организационной, ценностно-смысловой, содержательной, телеологической и процессуальной сторон основывается на последовательном изучении нормативных правовых актов Российской Федерации на предмет наличия в них определения термина "госпитализация" и анализе научных источников на предмет раскрытия в них определения данного понятия "госпитализация, следует определить и перспективы дальнейшего научного поиска.

К таковым относится дальнейшее проведение эмпирического исследования сущностных аспектов госпитализации как научного, нормативно-правового и практического термина, а также рассмотрение феномена госпитализации с точки зрения междисциплинарного научного знания, социальной ценности и деятельностного понимания. Итогом подобных исследований может и должна стать концептуализация понятия "госпитализация" в науке и практике.

Отношения и деятельность: все авторы заявляют об отсутствии потенциального конфликта интересов, требующего раскрытия в данной статье.

[2] Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" https://base.garant.ru/12191967/.

Литература/References

1. Guseltseva MS. On the development of concepts in modern Russian psychology. Psychological Journal. 2023;44(4):124-32. (In Russ.) Гусельцева М.С. О разработке понятий в современной российской психологии. Психологический журнал. 2023;44(4):124-32. doi:10.31857/S020595920027091-6.
2. Kerimov DA. Methodological functions of the philosophy of law. State and Law. 2022;2:96-102. (In Russ.) Керимов Д.А. Методологические функции философии права. Государство и право. 2022;2:96-102. doi:10.31857/S102694520018855-1. EDN: SDEWLG.
3. Drapkina OM, Livzan MA, Martynov AI, et al. The first Russian expert consensus on the quantitative evaluation of treatment adherence: pivotal issues, algorithms and recommendations. Medical News of North Caucasus. 2018;13(1.2):259-71. In Russ.) Драпкина О.М., Ливзан М.А., Мартынов А.И. и др. Первый российский консенсус по количественной оценке приверженности к лечению: основные положения, алгоритмы и рекомендации. Медицинский вестник Северного Кавказа. 2018;13(1.2):259-71. doi:10.14300/mnnc.2018.13039.
4. Shepel RN, Demko VV, Goncharov MV, et al. Analysis of questionnaires from the perspective of hospitalization risk prediction. Systematic review. Cardiovascular Therapy and Prevention. 2024;23(5):4026. (In Russ.) Шепель Р.Н., Демко В.В., Гончаров М.В. и др. Анализ предикторов, используемых в опросниках или анкетировании пациентов, с позиции прогностической эффективности в отношении риска госпитализации. Систематический обзор. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2024;23(5):4026. doi:10.15829/1728-8800-2024-4026. EDN: FRKOHO.

5. Drapkina OM, Maslennikova GYa, Shepel RN. Disease prevention strategies: the role of the general practitioner and primary health care. Russian Journal of Preventive Medicine. 2021;24(8):7-14. (In Russ.) Драпкина О.М., Масленникова Г.Я., Шепель Р.Н. Стратегии профилактики заболеваний: роль врача общей практики и первичного звена здравоохранения. Профилактическая медицина. 2021;24(8):7-14. doi:10.17116/profmed2021240817.
6. Kokoshin AA. On some methodological issues of the study of wars. Questions of philosophy. 2020;1:5-17. (In Russ.) Кокошин А.А. О некоторых методологических вопросах изучения войн. Вопросы философии. 2020;1:5-17. doi:10.21146/0042-8744-2020-1-5-17.
7. Svinin EV. Theoretical and methodological issues of developing the conceptual abstraction "law and order". State and Law. 2019;2:5-12. (In Russ.) Свинин Е.В. Теоретико-методологические вопросы разработки понятийного ряда абстракции "правопорядок". Государство и право. 2019;2:5-12. doi:10.31857/S013207690003847-3.
8. Naumov PYu, Zakhartsev SI, Kholikov IV, et al. The value of law and legal values in a globalizing world (Axiological review of the book "State and Law: Human Rights and World Order Based on the Rule of Law"). State and law. 2023;(9):64-72. (In Russ.) Наумов П.Ю., Захарцев С.И., Холиков И.В. и др. Ценность права и правовые ценности в глобализующемся мире (Аксиологический обзор книги "Государство и право: права человека и мировой порядок, основанный на верховенстве права"). Государство и право. 2023;(9):64-72. doi:10.31857/S102694520024304-5.
9. Khabrieva TYa. Constitutional reform in Russia. Herald of the Russian Academy of Sciences. 2020;90(5):405-13. (In Russ.) Хабриева Т.Я. Конституционная реформа в России. Вестник Российской академии наук. 2020;90(5):405-13. doi:10.31857/S0869587320050035.
10. Kholikov IV, Naumov PYu. Knowledge transfer and criteria of scientificity: concepts of the modern theory of military law. State and Law. 2024;1:100-16. (In Russ.) Холиков И.В., Наумов П.Ю. Трансляция знаний и критерии научности: концепты современной теории военного права. Государство и право. 2024;1:100-16. doi:10.31857/S1026945224010101.
11. Naumov PYu, Kholikov IV, Soldatov SK. Conceptualization of the concept of "military medical examination" in an interdisciplinary context. Siberian Journal of Life Sciences and Agriculture. 2024;16(1):422-45. (In Russ.) Наумов П.Ю., Холиков И.В., Солдатов С.К. Концептуализация понятия "военно-врачебная экспертиза" в междисциплинарном контексте. Siberian Journal of Life Sciences and Agriculture. 2024;16(1):422-45. doi:10.12731/2658-6649-2024-16-1-1071.
12. Zhukov VN. The concept of the state: a return to the classics. State and Law. 2023;5:9-23. (In Russ.) Жуков В.Н. Понятие государства: возвращение к классике. Государство и право. 2023;5:9-23. doi:10.31857/S102694520025651-7.
13. Zhukov VN. Theoretical and legal science: a modern approach. State and Law. 2023;9:19-30. (In Russ.) Жуков В.Н. Теоретико-правовая наука: современный подход. Государство и право. 2023;9:19-30. doi:10.31857/S102694520027732-6.
14. Zemlin AI, Naumov PYu, Shepel RN. Healthcare values in the language of law: critical reflections on the ethical and legal foundations of medical triage standards in the Russian military medical service. Cardiovascular Therapy and Prevention. 2024;23(4):4023. (In Russ.). (In Russ.) Землин А.И., Наумов П.Ю., Шепель Р.Н. Ценности здравоохранения на языке права: критические размышления об этических и правовых основах стандартов медицинской сортировки в российской военно-медицинской службе. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2024;23(4):4023. doi:10.15829/1728-8800-2024-4023.
15. Kholikov IV. The spread of epidemics, pandemics and mass diseases as a global challenge of our time. Paths to peace and security. 2020;2(59):27-40. (In Russ.) Холиков И.В. Распространение эпидемий, пандемий и массовых заболеваний как глобальный вызов современности. Пути к миру и безопасности. 2020;2(59):27-40. doi:10.20542/2307-1494-2020-2-27-40.
16. Naumov PYu, Baranova NN, Kholikov IV, et al. A comprehensive study of the legal foundations and problematic issues of providing first aid to military personnel (military personnel). Emergency Medicine. 2023;3:57-64. (In Russ.) Наумов П.Ю., Баранова Н.Н., Холиков И.В. и др. Комплексное исследование правовых основ и проблемных вопросов оказания первой помощи военнослужащим (военнослужащими). Медицина катастроф. 2023;3:57-64. doi:10.33266/2070-1004-2023-3-57-64.
17. Kholikov IV, Shepel RN, Nikolaev II. Issues of legal regulation of ensuring chemical and biological safety. Occupational medicine and industrial ecology. 2023;63(6):406-16. (In Russ.) Холиков И.В., Шепель Р.Н., Николаев И.И. Вопросы нормативно-правового регулирования обеспечения химической и биологической безопасности. Медицина труда и промышленная экология. 2023;63(6):406-16. doi:10.31089/1026-9428-2023-63-6-406-416.
18. Naumov PYu, Bolshakova VM, Zemlin AI, et al. Conceptual aspects of the production of medical examinations when appealing in court the conclusions based on the results of a military medical examination. Siberian Journal of Life Sciences and Agriculture. 2021;13(6):283-306. (In Russ.) Наумов П.Ю., Большакова В.М., Землин А.И. и др. Концептуальные аспекты производства медицинских экспертиз при обжаловании в судебном порядке заключений по итогам проведения военно-врачебной экспертизы. Siberian Journal of Life Sciences and Agriculture. 2021;13(6):283-306. doi:10.12731/2658-6649-2021-13-6-283-306.
19. Naumov PYu, Kholikov IV. Characteristics of the legal basis for conducting military medical examinations in the troops of the National Guard of the Russian Federation. Siberian Journal of Life Sciences and Agriculture. 2023;15(1):474-93. (In Russ.) Наумов П.Ю., Холиков И.В. Характеристика правовых основ проведения военно-врачебной экспертизы в войсках национальной гвардии Российской Федерации. Siberian Journal of Life Sciences and Agriculture. 2023;15(1):474-93. doi:10.12731/2658-6649-2023-15-1-474-493.

Драпкина Оксана Михайловна (Oxana M. Drapkina) — д.м.н., профессор, академик РАН, Заслуженный врач Российской Федерации, директор, главный внештатный специалист по терапии и общей врачебной практике Минздрава России, ORCID: 0000-0002-4453-8430;

Петр Юрьевич Наумов (Petr Yu. Naumov) — к.пед.н., помощник начальника госпиталя по правовой работе — начальник отделения правового обеспечения, с.н.с. отдела научно-стратегического развития первичной медико-санитарной помощи, ORCID: 0000-0002-2875-2322;

Холиков Иван Владимирович (Ivan V. Kholikov) — д.ю.н., профессор, г.н.с. центра международного права и сравнительно-правовых исследований, профессор кафедры международного права, ORCID: 0000-0003-0421-5829;

Шепель Руслан Николаевич (Ruslan N. Shepel) — к.м.н., зам. директора по перспективному развитию медицинской деятельности, главный внештатный специалист-терапевт Минздрава России по Центральному федеральному округу, ORCID: 0000-0002-8984-9056.

Адреса организаций авторов: ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины" Минздрава России, Петроверигский пер., д. 10, стр. 3, Москва, 101990, Россия; ФГКУЗ "Главный военный клинический госпиталь войск национальной гвардии Российской Федерации", Вишняковское шоссе, вл. 101, микрорайон Никольско-Архангельский, Балашиха, 143914, Россия; ФГНИУ "Институт законодательства и сравнительного правоведения при Правительстве Российской Федерации", ул. Большая Черемушкинская, д. 34, Москва, 117218, Россия.

Addresses of the authors' institutions: National Medical Research Center for Therapy and Preventive Medicine of the Ministry of Health of the Russian Federation, Petroverigsky Lane, 10, bld. 3, Moscow, 101990, Russia; Main Military Clinical Hospital of the National Guard of the Russian Federation, Vishnyakovskoye shosse, possession 101, Nikolsko-Arkhangelsky microdistrict, Balashikha, 143914, Russia; Institute of Legislation and Comparative Law under the Government of the Russian Federation, Bolshaya Cheremushkinskaya str., 34, Moscow, 117218, Russia.

Первичная медико-санитарная помощь. 2025;2(4):95-104.
doi: 10.15829/3034-4123-2025-99
ISSN 3034-4123 (Print)
ISSN 3034-4565 (Online)

Первичная медико-санитарная помощь
Primary Health Care (Russian Federation)

В фокусе правовых изменений: трансформация организационно-правовых основ организации первичной медико-санитарной помощи (IV квартал 2025 г.)

Савченко Д. О.[1*],
Сон И. М.[2,3],
Неверова Е. Б.[4]

[1]ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины" Минздрава России, Москва, Российская Федерация

[2]ФГБОУ ДПО "Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования" Минздрава России, Москва, Российская Федерация

[3]Пензенский институт усовершенствования врачей — филиал ФГБОУ ДПО "Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования" Минздрава России, Пенза, Российская Федерация

[4]ФГБОУ ВО "Тверской государственный медицинский университет" Министерства здравоохранения Российской Федерации, Тверь, Российская Федерация

*Corresponding author
(Автор, ответственный за переписку):
savchenkodo@mail.ru

Поступила: 12.11.2025
Рецензия получена: 03.12.2025
Принята: 10.12.2025

Цель. Комплексное изучение и оценка нормативных изменений за период с августа по октябрь 2025 г., влияющих на организацию и оказание первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) в Российской Федерации (РФ).

Материал и методы. Проведен контент-анализ нормативных правовых актов РФ за период с августа по октябрь 2025 г., включая новые Правила обязательного медицинского страхования (ОМС), изменения в Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2025г и на плановый период 2026-2027 гг. и др. В ходе анализа идентифицированы системные трансформации в организационно-финансовых и правовых основах системы ПМСП.

Результаты. Проведенное исследование свидетельствует о том, что внесенные законодательные изменения формируют институциональные предпосылки для оптимизации функционирования системы ПМСП в РФ, создавая условия для укрепления общественного здравоохранения и повышения эффективности оказания медицинской помощи. Ключевые новации включают цифровизацию административных процессов, детализацию финансовых механизмов ОМС, расширение прав застрахованных лиц и формирование многоуровневой системы их сопровождения. Реализация данных нормативных нововведений способствует повышению эффективности управления ресурсами здравоохранения, уровня защищенности пациентов и доступности медицинской помощи.

Заключение. Анализ законодательных изменений за период с августа по октябрь 2025 г. демонстрирует их существенное влияние на трансформацию системы ПМСП в РФ. Ключевые организационно-правовые новации ориентированы на обеспечение доступности и бесперебойности медицинской помощи, внедрение цифровых технологий в документооборот и информирование граждан, а также на повышение прозрачности и управляемости финансовых потоков в системе ОМС. Реализация указанных мер создает институциональные предпосылки для модернизации медицинских организаций, повышения стандартов оказания помощи и роста удовлетворенности пациентов, формируя основу для поступательного развития отечественного здравоохранения.

Ключевые слова: первичная медико-санитарная помощь, обязательное медицинское страхование, законодательные изменения, правила обязательного медицинского страхования, тарифы на медицинскую помощь, страховые медицинские организации, защита прав застрахованных, цифровизация здравоохранения.

Отношения и деятельность: нет.

Для цитирования: Савченко Д. О., Сон И. М., Неверова Е. Б. В фокусе правовых изменений: трансформация организационно-правовых основ организации первичной медико-санитарной помощи (IV квартал 2025 г.). *Первичная медико-санитарная помощь.* 2025;2(4):95-104. doi: 10.15829/3034-4123-2025-99. EDN: CTICZP

CC BY 4.0

Primary Health Care (Russian Federation). 2025;2(4):95-104.
doi: 10.15829/ 3034-4123-2025-99
ISSN 3034-4123 (Print)
ISSN 3034-4565 (Online)

Legal aspects of Primary Health Care

Original article

Focus of legal changes: transformation of the organizational and legal framework for primary health care (Q4 2025)

Savchenko D. O.[1*],
Son I. M.[2,3],
Neverova E. B.[4]

[1]National Medical Research Center for Therapy and Preventive Medicine, Moscow, Russian Federation

[2]Russian Medical Academy of Continuous Professional Education, Moscow, Russian Federation

[3]Penza Institute for Advanced Medical Training — Branch of the Russian Medical Academy of Continuous Professional Education, Penza, Russian Federation

[4]Tver State Medical University, Tver, Russian Federation

*Corresponding author:
savchenkodo@mail.ru

Received: 12.11.2025
Revision received: 03.12.2025
Accepted: 10.12.2025

Aim. To assess regulatory changes affecting primary health care (PHC) management in the Russian Federation from August to October 2025 was conducted.

Material and methods. A content analysis of Russian regulatory legal acts was conducted for the period from August to October 2025, including the new Compulsory Health Insurance (CHI) rules, amendments to the State Guarantee Program for Free Medical Care for 2025 and 2026-2027, and others. The analysis identified systemic transformations in the organizational, financial, and legal frameworks of the PHC system.

Results. The study shows that the legislative changes create institutional preconditions for PHC system optimization, creating conditions for strengthening public health and improving the healthcare. Key innovations include the digitalization of administrative processes, more detailed financial mechanisms for the CHI system, expanded rights for insured persons, and the development of a multi-tiered support system. The implementation of these regulatory changes will contribute to improved efficiency in healthcare resource management, patient protection, and accessibility of care.

Conclusion. An analysis of legislative changes from August to October 2025 demonstrates their significant impact on the transformation of the primary health care system in the Russian Federation. Key organizational and legal innovations are aimed at ensuring accessibility and continuity of care, introducing digital technologies into document flow and information sharing, and increasing the transparency and manageability of financial flows in CHI system. The implementation of these measures will create the institutional preconditions for the modernization of health facilities, improving standards of care, and increasing patient satisfaction. This will be the basis for the progressive development of Russian healthcare.

Keywords: primary health care, compulsory health insurance, legislative changes, compulsory health insurance rules, healthcare charges, health insurance organizations, protection of rights, healthcare digitalization.

Relationships and Activities: none.

For citation: Savchenko D. O., Son I. M., Neverova E. B. Focus of legal changes: transformation of the organizational and legal framework for primary health care (Q4 2025). *Primary Health Care (Russian Federation).* 2025;2(4):95-104. doi: 10.15829/3034-4123-2025-99. EDN: CTICZP

МО — медицинская организация, ОМС — обязательное медицинское страхование, ПМСП — первичная медико-санитарная помощь, РФ — Российская Федерация.

Ключевые моменты

Как изменения в законодательстве 2025 г. влияют на организацию первичной медико-санитарной помощи в России?

- Изменения направлены на комплексную цифровизацию системы обязательного медицинского страхования, повышение доступности медицинской помощи для различных категорий граждан и оптимизацию финансовых механизмов. Ключевые нововведения включают замену бумажных полисов электронными документами, создание многоуровневой системы сопровождения пациентов, упрощение процедур страхования для новорожденных и иностранных граждан, а также детализацию тарифообразования и межрегиональных расчетов. Реализация этих мер позволит повысить эффективность работы медицинских организаций, защиту прав застрахованных лиц и качество оказываемой помощи.

Key messages

How will legislative changes in 2025 impact the management of primary health care in Russia?

- The changes are aimed at digitalizing the compulsory health insurance system, increasing access to care for various categories of people, and streamlining financial mechanisms. Key innovations include replacing paper policies with electronic documents, creating a multi-tiered patient support system, simplifying insurance procedures for newborns and foreign nationals, and detailing tariffs and interregional settlements. Implementation of these measures will improve the efficiency of health facilities, protect the rights of insured persons, and improve the quality of care provided.

Введение

Первичная медико-санитарная помощь (ПМСП), выступая фундаментальным звеном системы охраны здоровья населения, определяет ее доступность и эффективность. В Российской Федерации (РФ) организационно-правовые основы ПМСП находятся в состоянии динамичного развития, обусловленного необходимостью адаптации к современным вызовам, среди которых — цифровая трансформация, оптимизация финансовых механизмов и усиление защиты прав застрахованных лиц.

Особую актуальность приобретает комплексный анализ нормативных новелл, формирующих новую архитектуру оказания ПМСП. В период с августа по октябрь 2025 г. был принят ряд ключевых нормативных правовых актов, инициирующих системную трансформацию в данной сфере. Центральное место среди них занимает приказ Минздрава России от 21 августа 2025 г. № 496н, утвердивший новые Правила обязательного медицинского страхования (ОМС), который выступает своего рода кодифицирующим актом, вносящим масштабные изменения в порядок взаимодействия всех субъектов системы ОМС.

Целью исследования является комплексная юридическая оценка и структурированный анализ законодательных изменений, вступивших в силу в период с августа по октябрь 2025 г., и определение их влияния на организационно-правовые основы оказания ПМСП.

В фокусе внимания находятся такие аспекты, как цифровизация административных процедур (замена бумажных полисов электронными документами), детализация финансовых механизмов, включая тарифообразование и межтерриториальные расчеты, расширение правового статуса застрахованных лиц и формирование многоуровневой системы их сопровождения.

Материал и методы

Проведен контент-анализ нормативных правовых актов РФ за период с августа по октябрь 2025 г., включая новые Правила ОМС, изменения в Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2025 г. и на плановый период 2026-2027 гг. и др. В ходе анализа идентифицированы системные трансформации в организационно-финансовых и правовых основах системы ПМСП.

Результаты и обсуждение

Проведенный анализ позволяет утверждать, что рассматриваемые нормативные инициативы формируют новые институциональные предпосылки для оптимизации функционирования ПМСП, повышения управляемости финансовых потоков и, как следствие, роста качества и доступности медицинской помощи для населения.

Приказом Минздрава России от 21 августа 2025 г. № 496н[1] утверждены Правила ОМС (да-

[1] Приказ Минздрава России от 21.08.2025 № 496н "Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования". https://base.garant.ru/412614889/.

doi: 10.15829/3034-4123-2025-99

лее — приказ № 496н). Параллельно с этим признается утратившим силу приказ Минздрава России от 28 февраля 2019 г. № 108н[2], которым были утверждены аналогичные Правила, с внесенными в него изменениями.

Значительная часть нововведений направлена на упорядочение взаимодействия застрахованных лиц со страховыми медицинскими организациями (МО). В частности, уточнена формулировка, определяющая круг субъектов, уполномоченных осуществлять выбор или замену страховой МО для несовершеннолетних или недееспособных граждан. Вместо указания на "одного из его родителей или других законных представителей" установлено, что данное действие осуществляется одним из его родителей или другим законным представителем. Дополнен порядок страхования новорожденных: в случае, если законные представители ребенка относятся к лицам, призванным на военную службу, ОМС ребенка до выбора страховой МО осуществляется страховой МО, определенной территориальным фондом ОМС.

Существенно расширен и детализирован перечень сведений, которые должны содержать заявления о включении в единый регистр застрахованных лиц и о выборе (замене) страховой МО. В качестве обязательного элемента введены реквизиты документа, удостоверяющего личность, а для детей — реквизиты свидетельства о рождении. Введены новые положения, обязывающие застрахованное лицо выбирать предпочтительные виды связи для информирования, а также уведомлять страховую МО об изменении контактных данных через специальное уведомление. Регламентирована одновременная подача заявления о включении в единый регистр застрахованных лиц и заявления о выборе (замене) страховой МО.

Важным новшеством является законодательное закрепление дополнительных способов подачи заявлений. Наряду с существовавшими вариантами теперь предусмотрена подача заявлений посредством Единого портала государственных и муниципальных услуг (функций), за исключением подачи уведомления об изменении контактных данных. Для несовершеннолетних установлен специальный порядок, требующий подачи заявлений на бумажном носителе при предоставлении подтверждающих его дееспособность документов.

Кроме того, пересмотрен и дополнен перечень документов, необходимых для подтверждения сведений при регистрации в качестве застрахованного лица для различных категорий граждан. В частности, для постоянно проживающих в РФ лиц без гражданства в качестве документа, удостоверяющего личность, может быть представлен документ, выданный иностранным государством и признаваемый в соответствии с международным договором РФ в качестве документа, удостоверяющего личность лица без гражданства и/или вид на жительство.

Введены новые нормы, закрепляющие право на включение в единый регистр застрахованных лиц для временно пребывающих и осуществляющих трудовую деятельность на территории РФ иностранных граждан и лиц без гражданства. Это право обусловлено уплатой за них страхователями страховых взносов на ОМС непрерывно в течение последних трех лет при подтверждении статуса работающего. Детально прописан механизм подтверждения данного 3-летнего периода, основанный на данных Федеральной налоговой службы.

В приказе № 496н также уточнены и процедурные аспекты, связанные со сменой страховой МО. В частности, добавлено положение о том, что в случае изменения места жительства и отсутствия на новой территории прежней страховой МО, лицо, не подавшее заявление о замене, считается застрахованным в организации, определенной территориальным фондом ОМС. Изменен подход к ситуации прекращения действия договора о финансовом обеспечении: установлено, что на период до выбора застрахованными лицами другой страховой МО территориальный фонд ОМС направляет сведения об указанных застрахованных лицах в страховые МО субъекта РФ, при этом право выбора у застрахованного лица сохраняется.

Одним из ключевых нововведений приказа № 496н является порядок документального подтверждения права на медицинскую помощь. Установлено, что при переоформлении или утрате полиса на бланке замена самого бланка не производится. Вместо этого введены новые формы подтверждения статуса застрахованного лица. По запросу гражданина может быть выдана выписка из единого регистра застрахованных лиц о полисе на материальном носителе. Параллельно введена возможность использования штрихового кода, сформированного посредством Единого портала государственных и муниципальных услуг (функций). Состав реквизитов, указываемых как в выписке, так и в штриховом коде, строго регламентирован и включает как персональные данные застрахованного лица, так и информацию о страховой МО.

Важным аспектом нововведений является установление дифференцированного порядка идентификации застрахованных лиц при обращении за медицинской помощью, за исключением случаев оказания экстренной помощи. В течение переходного периода допускается предъявление полиса на бланке или выписки о полисе, а при наличии

[2] Приказ Минздрава России от 28.02.2019 № 108н "Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования". https://base.garant.ru/72243038/.

технической возможности — документа, удостоверяющего личность. По окончании переходного периода застрахованное лицо вправе по своему выбору предъявить для идентификации один из указанных документов.

Детализированы также процедуры обращения с полисами на бланках в новых условиях. Установлен 3-летний срок хранения в страховой МО испорченных, недействительных и невостребованных бланков. При этом невостребованные бланки, заказанные по старому порядку, сохраняют свой потенциал и могут быть выданы застрахованным лицам. Полисы на бланках лиц, застрахованных в иных страховых МО, подлежат передаче в территориальный фонд ОМС. Процедура списания и уничтожения бланков по истечении срока хранения осуществляется по решению специальной комиссии с участием представителей территориального фонда ОМС и страховой МО с обязательным оформлением соответствующего акта.

Анализ новой редакции *раздела, посвященного выдаче, переоформлению и приостановлению действия полиса ОМС*, демонстрирует существенную систематизацию и детализацию соответствующих процедур. Прежде всего, обращает на себя внимание изменение структуры раздела, который получил новое наименование, акцентирующее внимание на ключевых операциях с полисом. Из текста исключены положения, дублирующие нормы других разделов, что способствует устранению правовой избыточности.

Значительным нововведением является уточнение сроков действия полисов ОМС для различных категорий застрахованных лиц. Для постоянно проживающих на территории РФ иностранных граждан и лиц без гражданства срок действия полиса ОМС устанавливается до конца текущего календарного года, но не более срока действия вида на жительство. Аналогичным образом конкретизированы сроки для иных категорий иностранных граждан, что создает единый подход к определению периода действия документа в зависимости от правового статуса застрахованного лица. Введено специальное правило для лиц, обращающихся за оформлением полиса в период с 1 ноября до 31 декабря, которым полис выдается со сроком действия до конца следующего календарного года.

Существенно переработан и дополнен перечень оснований для переоформления полиса. В него включены такие случаи, как изменение фамилии, имени, отчества, изменение даты рождения и пола застрахованного лица, установление неточности или ошибочности сведений, а также необходимость продления действия полиса ОМС при сохранении права на ОМС. Особо оговорена необходимость переоформления при продлении действия документа, удостоверяющего личность гражданина РФ за пределами ее территории. Установлено, что заявление о переоформлении полиса подается застрахованным лицом лично или через своего представителя непосредственно в страховую МО, при этом исключена возможность его подачи посредством Единого портала государственных и муниципальных услуг (функций).

В части процедурных вопросов закреплено, что при наличии у застрахованного лица полиса ОМС на бланке страховая МО вносит в него сведения о выбранной страховой МО. При этом уточнено, что сведения в полис единого образца в виде пластиковой карты с электронным носителем информации вносятся при наличии у застрахованного лица пароля доступа держателя пластиковой карты. В случае утраты полиса на бланке выдача дубликата не производится, а застрахованное лицо может получить выписку о полисе.

Оптимизированы сроки и порядок информационного взаимодействия между страховыми МО и территориальными фондами ОМС. Установлено, что страховая МО направляет информацию в территориальный фонд ОМС в день подачи соответствующих заявлений. Детализированы процедуры проверки сведений в едином регистре застрахованных лиц и уведомления застрахованных лиц о результатах рассмотрения заявлений.

Введены новые нормы, направленные на повышение доступности услуг для лиц с ограниченными возможностями. В частности, установлено, что страховые МО могут организовать прием заявлений в месте непосредственного нахождения застрахованного лица. Это положение дополняет существующие требования по оборудованию помещений для беспрепятственного передвижения инвалидов.

Важным нововведением приказа № 496н выступает детализация и структурирование реестрового учета. В новой редакции существенно расширен перечень сведений, включаемых в реестр страховых МО. Вместо общих формулировок вводится исчерпывающий перечень из ≥20 позиций, охватывающих как основные регистрационные данные (коды по общероссийским классификаторам, ИНН, ОГРН), так и специфическую информацию, связанную непосредственно с деятельностью в сфере ОМС. К такой информации относятся сведения о лицензии, численности застрахованных лиц, количестве представителей по защите прав застрахованных, а также данные о заключенных и расторгнутых договорах о финансовом обеспечении.

Существенной модернизации подвергся процедурный аспект ведения реестров. Так, четко регламентированы процедуры включения и исключения страховых МО включая сроки осуществления

doi: 10.15829/3034-4123-2025-99

данных действий территориальными фондами. Установлен конкретный временной интервал для подачи уведомления о включении в реестр — с 1 августа до 1 октября года, предшествующего году осуществления деятельности. Процедура проверки представленных сведений и последующего включения организации в реестр с присвоением реестрового номера стала более формализованной и привязанной к срокам в рабочих днях. Исключение организации из реестра теперь осуществляется в строго определенных случаях, таких как приостановление или прекращение действия лицензии, ликвидация, а также по уведомлению о досрочном расторжении договора о финансовом обеспечении или в случае непредоставления документов в установленный законом срок.

Кроме того, произошло четкое нормативное разделение и описание двух крупных информационных массивов: единого реестра МО и реестра МО осуществляющих деятельность в сфере ОМС. Для каждого из них установлен свой порядок ведения, ответственный субъект (федеральный или территориальный фонд ОМС) и детализированный состав включаемых сведений. Ведение реестров переведено в электронный формат с использованием государственной информационной системы ОМС, что подчеркивает курс на цифровизацию административных процессов в системе ОМС. Также введены новые процедуры, такие как уведомление об изменении сведений и протоколирование различных этапов взаимодействия между медицинскими и страховыми организациями и фондами, что повышает уровень формализации и документирования таких процессов.

Анализ новой редакции *раздела, регламентирующего оплату медицинской помощи по ОМС*, позволяет выявить значительную структурную и содержательную переработку процедур финансового взаимодействия между участниками системы ОМС. Прежде всего, произошла детализация и конкретизация процесса формирования и представления заявок страховыми МО. В частности, уточнен перечень сведений, включаемых в заявку на получение средств на оплату счетов, который был расширен и систематизирован. Введены новые позиции, такие как объем средств по случаям, оплачиваемым Фондом пенсионного и социального страхования, а также объемы средств, подлежащих списанию или возврату, что способствует более точному учету финансовых потоков.

Существенные изменения касаются регламентации авансовых платежей. Четко установлены предельные размеры авансирования: не >50% с января по ноябрь и не >95% в декабре от объема финансового обеспечения страховой МО. При этом введено исключение для периодов чрезвычайной ситуации, когда сумма авансирования может достигать 100%. Детализирован порядок взаимодействия при недостатке целевых средств, включая процедуру обращения страховой МО за средствами из нормированного страхового запаса территориального фонда ОМС, а также основания для отказа в таком предоставлении.

Кроме того, пересмотрены и унифицированы формулы расчета размера неоплаты или неполной оплаты медицинской помощи, а также штрафных санкций за неоказание или ненадлежащее оказание медицинской помощи. Вместо ранее действовавших положений введены новые расчетные методики, учитывающие различные коды нарушений. Также уточнен порядок оплаты медицинской помощи, оказываемой за пределами территории субъекта РФ, где выдан полис ОМС. Установлено, что в таких случаях применяются тарифы, установленные для МО тарифным соглашением по месту фактического оказания медицинской помощи, что способствует унификации подходов к оплате в условиях мобильности застрахованных лиц.

По результатам анализа *раздела приказа № 496н, регламентирующего межтерриториальные расчеты*, можно сделать вывод о существенной детализации и формализации процедур взаимодействия между территориальными фондами ОМС. Четко разграничены обязанности и сроки осуществления расчетов между территориальным фондом ОМС по месту оказания медицинской помощи и территориальным фондом ОМС по месту страхования. Кроме того, установлено, что фонд ОМС по месту оказания медицинской помощи осуществляет расчеты с МО не позднее 25 дней с даты представления счетов, в то время как фонд ОМС по месту страхования обязан возместить эти средства фонду по месту оказания помощи также в течение 25 дней с даты получения соответствующего счета по межтерриториальным расчетам.

Значительным нововведением является введение подробного регламента проведения контрольных мероприятий в рамках межтерриториальных расчетов. Детально прописана процедура медико-экономического контроля, проводимого территориальным фондом ОМС по месту оказания медицинской помощи, включая сроки и порядок действий при выявлении дефектов, требующих проведения медико-экономической экспертизы или экспертизы качества медицинской помощи. Закреплен механизм возврата средств, применяемый по результатам контроля, который может осуществляться как путем уменьшения сумм в последующих счетах, так и путем прямого перечисления средств.

Кроме того, в обновленных Правилах ОМС произошла формализация документооборота. Уста-

новлен исчерпывающий перечень сведений, которые должен содержать счет по межтерриториальным расчетам, а также состав прилагаемого к нему реестра документов. Введена обязанность ежеквартального проведения сверки расчетов между территориальными фондами с оформлением соответствующего акта, содержащего строго определенные показатели, что направлено на повышение прозрачности и управляемости финансовых потоков. Также отдельно регламентирован порядок действий в условиях чрезвычайной ситуации, предусматривающий возможность авансирования МО за оказание помощи застрахованным лицам не по месту их страхования.

В приказе № 496н произошло существенное изменение *порядка утверждения дифференцированных подушевых нормативов для страховых МО*. Ключевым нововведением является уточнение цели дифференцированных нормативов, которые теперь предназначены для определения объема финансовых средств, направляемых страховым МО в расчете на одно застрахованное лицо, с учетом различий в затратах на оказание медицинской помощи в зависимости от пола и возраста.

Существенной модификации подвергся подход к формированию половозрастных групп застрахованных лиц. Кроме того, закреплена возможность при расчете дифференцированного подушевого норматива в субъекте РФ использовать не только распределение численности на установленные половозрастные группы, но и формирование более детализированных подгрупп. Это допускается с учетом дифференциации в оказании медицинской помощи, а также отдельно для детского и взрослого населения, что повышает гибкость и точность расчетов.

Процедура расчета дифференцированных подушевых нормативов также претерпела ряд уточнений. В методике расчета коэффициентов дифференциации (КДi) скорректированы формулы. Помимо этого, в блоке расчета среднедушевого норматива финансирования уточнены состав и назначение учитываемых финансовых средств, включая средства на пополнение нормированного страхового запаса и осуществление управленческих функций территориального фонда. Заключительная формула для определения дифференцированного подушевого норматива представлена в более явном и лаконичном виде, что способствует однозначности ее применения.

Изменилась *также методика расчета тарифов на оплату медицинской помощи по ОМС*. Так, уточнена основа для расчета тарифов: теперь он осуществляется на единицу объема медицинской помощи, за вызов скорой медицинской помощи, за законченный случай лечения заболевания, а также на основе подушевого норматива финансирования. При этом прямое указание на "медицинскую услугу" как объект расчета в ряде формулировок было заменено на более общее понятие "медицинской помощи", что может свидетельствовать о расширении подхода к тарификации.

Существенной модификации подверглось понятие законченного случая лечения заболевания. В новой редакции приказа № 496н клинико-статистические группы определяются не просто как группы заболеваний, а как группы, относящиеся к одному профилю помощи, сходные по методам диагностики и лечения, а также по средней ресурсоемкости. При расчете тарифа на основе подушевого норматива финансирования МО в явном виде предусмотрена возможность установления отдельных нормативов для детского и взрослого населения, что усиливает дифференциацию подхода. Кроме того, в состав расходов на оплату программного обеспечения добавлены затраты на его содержание, эксплуатацию, развитие и приобретение, что отражает расширение перечня учитываемых ресурсов.

Значительные уточнения внесены в классификацию и методы расчета затрат. Более четко разделены затраты, непосредственно связанные с оказанием медицинской помощи, и затраты, необходимые для обеспечения деятельности МО в целом. В составе последних, в частности, детализированы затраты на содержание объектов движимого имущества, с включением в их состав нематериальных активов, таких как программные комплексы и информационные системы. Уточнена процедура распределения общеорганизационных затрат: добавлен новый способ распределения пропорционально объему оказываемых медицинских услуг при условии их приведения к сопоставимому виду, а также конкретизирован способ отнесения всех затрат на один основной вид медицинской помощи.

Анализ изменений, внесенных в *порядок оказания медицинской помощи застрахованным лицам за пределами территории РФ*, позволяет выделить ряд системных нововведений.

Существенной модификации подвергся процесс документооборота и расчетов. МО, находящаяся за пределами РФ, обязана направлять счет и реестр в территориальный фонд ОМС по месту страхования застрахованного лица в установленные сроки. В реестре, помимо ранее предусмотренных сведений, теперь требуется указывать диагноз в соответствии с классификатором, а также коды, характеризующие вид, профиль оказанной помощи, должность медицинского работника и результат обращения. Уточнен механизм расчета стоимости медицинской помощи: она определяется на основании тарифов, утвержденных для

doi: 10.15829/3034-4123-2025-99

такой МО в субъекте РФ, первым принявшем уведомление о включении в реестр, с конвертацией в рубли по курсу Центрального банка на дату выставления счета.

Процедуры контроля со стороны территориального фонда ОМС также детализированы. Четко регламентированы сроки проведения медико-экономического контроля — в течение 10 рабочих дней с даты получения электронного счета. Установлено, что при наличии оснований для дополнительного рассмотрения организуется медико-экономическая экспертиза и/или экспертиза качества медицинской помощи. Оплата оказанной помощи осуществляется в течение 25 рабочих дней с даты получения счета с учетом результатов контроля, а уведомление об оплате должно содержать развернутую информацию о непринятых или частично оплаченных позициях реестра.

Введен регламентированный порядок сверки расчетов, который проводится ежегодно за определенный отчетный период с оформлением соответствующего акта. Четко прописаны сроки и обязанности сторон по составлению, направлению и возврату акта сверки. Кроме того, закреплен приоритет электронного документооборота при осуществлении расчетов, однако предусмотрена возможность использования бумажных носителей при технической невозможности соблюдения требований к усиленной квалифицированной электронной подписи. МО обязана представлять отчетность о своей деятельности в сфере ОМС в территориальный фонд ОМС, в реестр которого она включена.

В новой редакции *требований к размещению страховыми МО информации* существенно конкретизирована сама структура информации, которая должна быть доступна застрахованным лицам. Вместо ранее существовавших общих формулировок введен развернутый и структурированный перечень, включающий, в частности, сведения о финансовых результатах деятельности, опыте работы, количестве застрахованных лиц, а также подробную информацию о выявленных нарушениях в МО, в т.ч. в части качества помощи, лекарственного обеспечения и необоснованного взимания платы.

Важным нововведением является нормативное закрепление обязанности размещать на официальном сайте не только информацию, но и конкретные формы документов, с которыми сталкиваются застрахованные лица. К ним относятся формы заявлений о включении в единый регистр, о выборе или замене страховой МО, а также формы запросов о предоставлении выписки. Помимо этого, установлена обязанность раскрывать порядок сопровождения застрахованных лиц на всей территории РФ и порядок оказания им помощи в предъявлении претензий к МО, что направлено на систематизацию защиты их прав.

Уточняются и унифицируются технические требования к форматам размещения информации. Закрепляется использование инфографики, мультимедиа, гипертекстовой формы, электронных документов и форм открытых данных. При этом особо оговаривается необходимость обеспечения функциональности, такой как возможность поиска, копирования фрагментов текста и сохранения документов на технических средствах пользователей. Требование о предоставлении информации в машиночитаемых форматах (CSV, XML, RDF) для целей автоматизированной обработки подчеркивает ориентацию на развитие цифровых сервисов в сфере ОМС.

Регламентация периодичности публикаций в средствах массовой информации также претерпела изменения: установлено, что опубликование материалов по одной или нескольким темам из установленного перечня осуществляется по выбору страховой МО не реже 1 раза/год, при этом экземпляры или электронные версии таких публикаций подлежат хранению не <3 лет. Все размещаемые сведения подлежат актуализации в строго установленный срок — не позднее 3 рабочих дней с момента их изменения, что призвано обеспечить актуальность и достоверность информации для потребителей.

Существенные изменения претерпел раздел, касающийся *сопровождения страховыми МО застрахованных лиц на всей территории РФ*. Так, разделом регламентируется переход от понятия "информационное сопровождение" к более широкому термину "сопровождение на всей территории РФ".

Структура деятельности по сопровождению детализирована через введение четкого разграничения уровней представителей страховой МО. Впервые на нормативном уровне закреплены три уровня представителей, каждый из которых наделен специфическим кругом обязанностей. Представители первого уровня, являясь специалистами контакт-центра, осуществляют первичное информирование, опросы и переадресацию обращений. Представители второго уровня организуют работу с обращениями, информирование и сопровождение при оказании медицинской помощи, включая профилактические мероприятия. Представители третьего уровня, специалисты-эксперты, занимаются рассмотрением жалоб, организацией экспертиз качества медицинской помощи и индивидуальным сопровождением пациентов с хроническими заболеваниями.

Значительным нововведением является создание комплексной системы учета и мониторинга на основе информационного ресурса. Установлена

обязанность формирования индивидуальной истории страховых случаев для застрахованных лиц с онкологическими заболеваниями, а также индивидуальной истории информирования о прохождении профилактических мероприятий и диспансерного наблюдения. Регламентирован ежедневный обмен данными между медицинскими и страховыми МО о свободных койко-местах, плановой и экстренной госпитализации, что направлено на повышение эффективности управления ресурсами здравоохранения и соблюдение сроков ожидания медицинской помощи.

Процедура информирования граждан о профилактических мероприятиях формализована и переведена в плоскость автоматизированного взаимодействия. Территориальные фонды ОМС обязаны формировать и размещать в информационном ресурсе списки лиц, подлежащих диспансеризации и диспансерному наблюдению, с последующей передачей их страховым МО для проведения индивидуального информирования. Четко прописаны сроки, периодичность и способы такого информирования, а также обязанность страховых организаций отчитываться о его результатах. Кроме того, закреплен механизм контроля за выполнением МО рекомендаций, полученных в ходе телемедицинских консилиумов с национальными медицинскими исследовательскими центрами.

Приказом Минздрава России от 29 августа 2025 г. № 515н[3] внесены изменения в приказы Минздрава России от 2 мая 2023 г. № 206н и приказ Минздрава России от 19 февраля 2024 г. № 72н. В соответствии с указанными изменениями срок действия Квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием продлен до 1 сентября 2026 г.

Постановлением Правительства РФ от 23 августа 2025 г. № 1267[4] до 31 декабря 2026 г. продлены особенности привлечения к осуществлению медицинской деятельности на должностях врачей-анестезиологов-реаниматологов, врачей-травматологов-ортопедов, врачей-хирургов при условии прохождения аккредитации специалиста по соответствующей специальности лиц, имеющих диплом специалиста по специальностям "Лечебное дело" или "Педиатрия".

Постановлением Правительства РФ от 4 сентября 2025 г. № 1365[5] внесены изменения в Программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2025 г. и на плановый период 2026-2027 гг.

В рамках базовой программы ОМС предусмотрена возможность госпитализации маломобильных граждан, имеющих стойкие расстройства функций организма, для прохождения диспансеризации. Соответствующие изменения внесены в раздел IV Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (на период 2025-2027 гг.). Указанными дополнениями детализируются условия госпитализации, а также механизмы финансирования, порядок предоставления специализированной, в т.ч. высокотехнологичной, медицинской помощи в случае выявления соответствующих патологий в ходе обследования.

Параллельно с этим в указанном постановлении закреплен порядок предоставления результатов проведения профилактического осмотра или первого этапа диспансеризации, предусматривающий, в частности, их размещение в личном кабинете на Едином портале государственных и муниципальных услуг.

Кроме того, актуализирован перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи, не входящих в базовую программу ОМС, финансирование которых осуществляется за счет субсидий из бюджета Федерального фонда ОМС, что отражено в разделе 2 приложения № 1 к Программе. Также утверждена новая редакция раздела 2 приложения № 2 данного документа, содержащего средние нормативы объема оказания и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи.

Приказом Минздрава России от 30 июля 2025 г. № 457н[6] внесены изменения в приказ Минздрава России от 18 февраля 2022 г. № 90н[7], согласно которым отложен переход на электронные личные медицинские книжки до 1 сентября 2026 г.

Приказом Минздрава России от 6 августа 2025 г. № 468н[8] утвержден порядок предоставления уполномоченными лицами страховой МО консультаций застрахованным лицам в предъявлении

[3] Приказ Минздрава России от 29.08.2025 № 515н "О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 2 мая 2023 г. № 206н и приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19.02.2024 № 72н". https://www.garant.ru/hotlaw/federal/1857260/.

[4] Постановление Правительства РФ от 23.08.2025 № 1267 "О внесении изменения в постановление Правительства Российской Федерации от 12.03.2022 № 353". https://base.garant.ru/412614249/.

[5] Постановление Правительства РФ от 04.09.2025 № 1365 "О внесении изменений в Программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2025 год и на плановый период 2026 и 2027 годов". https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/412537551/.

[6] Приказ Минздрава России от 30.07.2025 № 457н "О внесении изменения в приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 18.02.2022 № 90н "Об утверждении формы, порядка ведения отчетности, учета и выдачи работникам личных медицинских книжек, в том числе в форме электронного документа". https://www.garant.ru/hotlaw/federal/1844641/.

[7] Приказ Минздрава России от 18.02.2022 № 90н "Об утверждении формы, порядка ведения отчетности, учета и выдачи работникам личных медицинских книжек, в том числе в форме электронного документа". https://base.garant.ru/403567026/.

[8] Приказ Минздрава России от 06.08.2025 № 468н "Об утверждении порядка предоставления уполномоченными лицами страховой медицинской организации консультаций застрахованным лицам в предъявлении претензий к медицинским организациям в связи с отказом в оказании медицинской помощи или некачественным оказанием медицинской помощи и взиманием денежных средств за оказание медицинской помощи". https://base.garant.ru/412491572/.

претензий к МО в связи с отказом в оказании медицинской помощи или некачественным оказанием медицинской помощи и взиманием денежных средств за оказание медицинской помощи (далее — Порядок).

Порядком устанавливается процедура консультирования граждан на основании письменного обращения застрахованного лица и его законного представителя, поданного в страховую МО, в которой застрахован гражданин. Рассмотрение такого заявления осуществляется в соответствии с Федеральным законом от 2 мая 2006 г. № 59-ФЗ "О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации"[9].

Обращение подается застрахованным лицом или его представителем (в т.ч. законным представителем) непосредственно в страховую МО в письменной форме или в форме электронного документа с использованием федеральной государственной информационной системы "Единый портал государственных и муниципальных услуг (функций)".

Результатом рассмотрения обращения является консультация застрахованного лица или его представителя (в т.ч. законного представителя) по вопросам и обстоятельствам, изложенным в обращении, в т.ч. о возможном предъявлении претензии к МО, помощь в предъявлении претензий к МО в связи с отказом в оказании медицинской помощи или некачественным оказанием медицинской помощи и взиманием денежных средств за оказание медицинской помощи.

Введение в действие анализируемого Порядка представляет собой значительный шаг в развитии системы защиты прав пациентов в РФ.

Заключение

Таким образом, проведенный анализ нормативных правовых актов свидетельствует о переходе к новому этапу институционального развития системы ПМСП в РФ. Совокупность выявленных изменений отражает стремление законодателя к формированию более структурированной, ориентированной на цифровизацию и управляемой модели ПМСП, основанной на детальной регламентации процедур, прозрачности финансовых потоков и усилении роли страховых МО в сопровождении пациентов.

Системная детализация правил ОМС, включая механизмы идентификации застрахованных лиц, ведение реестров, тарифообразование и межтерриториальные расчеты, создает нормативные условия для повышения предсказуемости и устойчивости функционирования МО. Одновременно расширение прав застрахованных лиц и формализация многоуровневой системы их сопровождения свидетельствуют о смещении акцента в сторону пациент-ориентированной модели оказания медицинской помощи.

В целом, рассматриваемые законодательные новации формируют целостную правовую архитектуру, направленную на повышение доступности, непрерывности и качества ПМСП. Их практическая реализация способна обеспечить не только оптимизацию управленческих и финансовых процессов, но и устойчивое повышение эффективности системы здравоохранения, что в перспективе будет способствовать улучшению показателей общественного здоровья и росту доверия граждан к институтам ОМС.

Отношения и деятельность: все авторы заявляют об отсутствии потенциального конфликта интересов, требующего раскрытия в данной статье.

[9] Федеральный закон от 02.05.2006 № 59-ФЗ "О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации". https://base.garant.ru/12146661/.

Савченко Дарья Олеговна (Darya O. Savchenko) — м.н.с. отдела научно-стратегического развития первичной медико-санитарной помощи, ORCID: 0009-0001-8047-7903;

Сон Ирина Михайловна (Irina M. Son) — д.м.н., профессор, зав. кафедрой организации здравоохранения и общественного здоровья с курсом управления сестринской деятельностью; советник ректора, ORCID: 0000-0001-9309-2853;

Неверова Елена Борисовна (Elena B. Neverova) — к.б.н. ассистент кафедры фармакологии, ORCID: 0009-0009-7270-8087.

Адреса организаций авторов: ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины" Минздрава России, Петроверигский пер., д. 10, стр. 3, Москва, 101990, Россия; ФГБОУ ДПО "Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования" Минздрава России, ул. Баррикадная, д. 2/1, стр. 1, Москва, 125993, Россия; Пензенский институт усовершенствования врачей — филиал ФГБОУ ДПО "Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования" Минздрава России, ул. Стасова, д. 8А, Пенза, 440060, Россия; ФГБОУ ВО "Тверской государственный медицинский университет" Министерства здравоохранения Российской Федерации, ул. Советская, д. 4, Тверь, 170100, Россия.

Addresses of the authors' institutions: National Medical Research Center for Therapy and Preventive Medicine of the Ministry of Health of the Russian Federation, Petroverigsky Lane, 10, bld. 3, Moscow, 101990, Russia; Russian Medical Academy of Continuous Professional Education, Barrikadnaya str., 2/1, bld. 1, Moscow, 125993, Russia; Penza Institute for Advanced Medical Training — Branch of the Russian Medical Academy of Continuous Professional Education, Stasov str., 8A, Penza, 440060, Russia; Tver State Medical University, Sovetskaya str., 4, Tver, 170100, Russia.

Первичная медико-санитарная помощь. 2025;2(4):105-111.
doi: 10.15829/ 3034-4123-2025-92
ISSN 3034-4123 (Print)
ISSN 3034-4565 (Online)

Первичная медико-санитарная помощь
Primary Health Care (Russian Federation)

Оказание медицинской помощи различным группам населения ***Оригинальная статья***

Влияние одиночества на показатели психического и клинического статуса пациентов пожилого возраста, страдающих заболеваниями сердца и сосудов

Жернакова Н. И.*,
Лебедев Д. Т.,
Лебедев Т. Ю.,
Косов М. А.

ФГАОУ ВО "Белгородский государственный национальный исследовательский университет", Белгород, Российская Федерация

*Corresponding author
(Автор, ответственный за переписку):
zhernakova@bsuedu.ru

Поступила: 20.11.2025
Рецензия получена: 01.12.2025
Принята: 10.12.2025

CC BY 4.0

Цель. Оценка наличия и характера возможного влияния синдрома одиночества (СО) на показатели психического и клинического статуса пациентов пожилого возраста, страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ).

Материал и методы. Обследовано 103 пациента пожилого возраста с ССЗ, в т.ч. 51 человек с СО (основная группа) и 52 человека без указанного синдрома (группа сравнения). Наличие СО определяли при помощи опросника Рассела-Фергюсона. Для обследования пациентов использовались Краткая шкала оценки психического статуса, Гериатрическая шкала депрессии, Индекс общего психологического благополучия, Индекс тяжести инсомнии, Эпвортская шкала дневной сонливости, а также 10-балльные визуальные аналоговые шкалы. Результаты исследования обрабатывались статистически, нулевые гипотезы отклонялись при вероятности ошибки I рода <5% ($p<0,05$).

Результаты. У пациентов пожилого возраста с ССЗ СО способен влиять не только на психическое, но и на клиническое состояние. Наличие данного синдрома способствует появлению чувства тревоги, депрессии, дневной сонливости, он негативно влияет на оценку пациентами своего общего состояния здоровья, эмоционального благополучия, жизненной энергии. Наличие СО сопровождается большей интенсивностью головных болей, одышки, периферических отеков.

Заключение. Одиночество является не только психосоциальной, но и медицинской проблемой, его наличие у кардиологических пациентов пожилого возраста целесообразно учитывать при организации и проведении диспансеризации и диспансерного наблюдения.

Ключевые слова: одиночество, психическое состояние, клиническое состояние, пожилые, сердечно-сосудистые заболевания.

Отношения и деятельность: нет.

Для цитирования: Жернакова Н. И., Лебедев Д. Т., Лебедев Т. Ю., Косов М. А. Влияние одиночества на показатели психического и клинического статуса пациентов пожилого возраста, страдающих заболеваниями сердца и сосудов. *Первичная медико-санитарная помощь.* 2025;2(4):105-111. doi: 10.15829/3034-4123-2025-92. EDN: UJPTEM

Primary Health Care (Russian Federation). 2025;2(4):105-111.
doi: 10.15829/ 3034-4123-2025-92
ISSN 3034-4123 (Print)
ISSN 3034-4565 (Online)

Providing medical care to various groups of the population

Original article

Impact of loneliness on mental and clinical status in elderly patients with cardiovascular disease

Zhernakova N. I.*,
Lebedev D. T.,
Lebedev T. Yu.,
Kosov M. A.

Belgorod National Research University, Belgorod, Russian Federation

*Corresponding author:
zhernakova@bsuedu.ru

Received: 20.11.2025
Revision received: 01.12.2025
Accepted: 10.12.2025

Aim. To assess potential impact of loneliness syndrome (LS) on mental and clinical status in elderly patients with cardiovascular disease (CVD).

Material and methods. A total of 103 elderly patients with CVD were examined, including 51 with LS (study group) and 52 without LS (comparison group). LS was determined using the Russell-Ferguson UCLA Loneliness Scale. The Mini-Mental State Examination, the Geriatric Depression Scale, the General Psychological Well-Being Index, the Insomnia Severity Index, the Epworth Sleepiness Scale, and 10-point visual analogue scales were used. Null hypotheses were rejected at a Type I error <5% (p<0,05).

Results. In elderly patients with CVD, LS can affect not only their mental but also their clinical status. This syndrome contributes to feelings of anxiety, depression, and daytime sleepiness, negatively impacting self-rated health, mental well-being, and vitality. LS is accompanied by increased headaches, shortness of breath, and peripheral edema.

Conclusion. Loneliness is not only a mental but also a medical problem. Its presence in elderly cardiac patients should be considered when managing medical examinations and follow-up.

Keywords: loneliness, mental state, clinical status, elderly, cardiovascular disease.

Relationships and Activities: none.

For citation: Zhernakova N. I., Lebedev D. T., Lebedev T. Yu., Kosov M. A. Impact of loneliness on mental and clinical status in elderly patients with cardiovascular disease. *Primary Health Care (Russian Federation).* 2025;2(4):105-111. doi: 10.15829/3034-4123-2025-92. EDN: UJPTEM

ВАШ — визуальные аналоговые шкалы, СО — синдром одиночества, ССЗ — сердечно-сосудистые заболевания.

Ключевые моменты

- Одиночество — не только психосоциальная, но и медицинская проблема.
- Наличие синдрома одиночества (СО) может негативно отражаться не только на психоэмоциональном, но и на клиническом состоянии пациентов.
- Внедрение диагностики СО в повседневную клиническую практику открывает дополнительные возможности для совершенствования тактики ведения кардиологических пациентов пожилого возраста.
- Диспансеризацию и диспансерное наблюдение за пациентами пожилого возраста с сердечно-сосудистыми заболеваниями целесообразно организовывать и осуществлять с учетом наличия или отсутствия у пациентов СО.

Key messages

- Loneliness is not only a mental but also a medical problem.
- Loneliness can negatively impact not only the psychoemotional but also the clinical condition of patients.
- The introduction of loneliness diagnostics into real-world practice offer additional opportunities for improving the management of elderly cardiac patients.
- Clinical examinations and follow-up care for elderly patients with cardiovascular diseases should be organized and implemented taking into account the presence or absence of loneliness.

Введение

Чаще всего под одиночеством понимают совокупность негативных эмоций и неприятных переживаний, вызванных недостаточным количеством имеющихся социальных связей [1]. Научное исследование проблемы одиночества началось во второй половине XX в. и поначалу касалось ее психосоциальных аспектов. В результате была показана возможность влияния одиночества на психическое состояние пациентов, состояние их когнитивных функций, риск развития деменции [2]. Последующие исследования все чаще указывали на возможное влияние одиночества на клинические проявления и течение соматических болезней [3].

В пожилом и старческом возрасте проблема одиночества стоит особенно остро [4]. Для данных возрастных групп характерны так называемые прокси-болезни старения, которые считаются своеобразным посредником между физиологическими и патологическими процессами, вызванными возрастными инволютивными изменениями [5]. Перечень прокси-болезней старения включает некоторые широко распространенные заболевания сердечно-сосудистой системы, например, атеросклероз коронарных артерий, артериальную гипертензию.

Поскольку влияние одиночества на психическое и клиническое состояние пожилых пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ) изучено недостаточно, проведение научных исследований в этой области представляется актуальным и практически значимым.

Целью настоящего исследования была оценка наличия и характера возможного синдрома одиночества (СО) на показатели психического и клинического статуса пациентов пожилого возраста, страдающих ССЗ.

Для достижения указанной цели были поставлены и последовательно решены следующие задачи:

1. Сформировать группы пациентов пожилого возраста с ССЗ, сопоставимые по полу, возрасту и характеру имеющейся кардиальной патологии, в т.ч., основную группу, состоящую из пациентов с СО, и группу сравнения, включающую пациентов, не имеющих указанного синдрома.
2. Исследовать и сопоставить показатели психического и клинического статуса в указанных группах.
3. Оценить наличие и характер влияния СО на показатели психического и клинического состояния пациентов пожилого возраста с заболеваниями сердца и сосудов.

Материал и методы

В исследовании участвовало 103 пациента с ССЗ в возрасте ≥65 лет. От всех обследуемых было получено информированное согласие на участие в исследовании. Учитывая то, что в процессе исследования не использовались потенциально опасные для пациентов, а также инвазивные методы исследования, а способы лечения с неизученной безопасностью и эффективностью не применялись, рассмотрение дизайна исследования этическим комитетом не проводилось.

В соответствии с дизайном исследования, для включения пациентов использовались следующие критерии: возраст ≥65 лет; наличие артериаль-

ной гипертонии и/или ишемической болезни сердца; отсутствие показаний к госпитализации; информированное согласие обследуемых на участие в исследовании. Критериями исключения пациентов из исследования были: появление показаний к госпитализации в период участия в исследовании; выявленные в ходе обследования выраженные когнитивные нарушения, препятствующие проведению обследования, предусмотренного дизайном исследования; наличие или обнаружение у пациентов в период участия в исследовании тяжелых сопутствующих заболеваний, не связанных с заболеваниями сердца и сосудов; наличие онкологических заболеваний; отказ пациентов от продолжения участия в исследовании.

Перед включением в исследование пациентов проверяли на наличие СО, который диагностировался по числу баллов, набранных при ответе на вопросы опросника Рассела-Фергюсона [6]. СО диагностировался у пациентов, набравших от 41 до 60 баллов. Результат от 0 до 20 баллов свидетельствовал об отсутствии синдрома. Испытуемые, набравшие от 21 до 40 баллов, в исследование не включались. В зависимости от наличия СО, пациенты были разделены 2 группы: основную, состоящую из 51 человека с СО, и группу сравнения, которая включала 52 человека не имеющих признаков указанного синдрома. В период участия в исследовании все пациенты не имели острых заболеваний и находились в стабильном состоянии.

Для оценки психического состояния пациентов использовались Краткая шкала оценки психического статуса [7], Гериатрическая шкала депрессии [8], Индекс общего психологического благополучия [9], Индекс тяжести инсомнии [8], Эпвортская шкала сонливости [10]. Помимо рутинного клинического обследования, клиническое состояние пациентов оценивали при помощи 10-балльных визуальных аналоговых шкал (ВАШ), которые использовались для оценки интенсивности синдрома хронических болей и степени выраженности жалоб, типичных для пациентов с ССЗ (головных болей, одышки, отеков). Интенсивность субъективной симптоматики, например, болей и одышки, оценивалась пациентом, выраженность объективных симптомов, в частности, отеков, оценивалась исследователем. При этом, минимальное значение ВАШ соответствовало полному или практически полному отсутствию указанного симптома, 10 баллов ВАШ соответствовало максимально возможной, крайне выраженной, почти непереносимой интенсивности соответствующего симптома.

Результаты исследования обрабатывались статистически с применением компьютерной техники и соответствующего программного обеспечения, использовался пакет прикладных программ STATISTICA 6.0. Рассчитывались доли (в %), а также средние арифметические величины (M) и их стандартные ошибки (m). При сравнении долей и средних значений использовался t-критерий Стьюдента. С целью оценки практического значения выявленных различий, для t-критерия Стьюдента дополнительно рассчитывался размер эффекта (d) по формуле Коэна (effect size index d; Cohen's d). При этом значения коэффициента d Коэна, равные 0,20, считали характерными для малой выраженности эффекта, d=0,50 — для его средней выраженности и d≥0,80 — для выраженного эффекта. Нулевые гипотезы отвергалась при вероятности ошибки I рода <5% (p<0,05).

Работа выполнена без задействования грантов и финансовой поддержки от общественных, некоммерческих и коммерческих организаций.

Результаты

Возрастная характеристика пациентов исследуемых групп была следующей. По среднему возрасту различий между группами не наблюдалось, значения этого показателя в основной группе и группе сравнения были 73,11±1,95 и 72,50±0,90 лет, соответственно (p>0,05). В обеих исследуемых группах преобладали женщины. В частности, в основной группе, на долю пациентов женского пола приходилось 72,55% обследуемых, в группе сравнения их доля составила 67,31% (p>0,05).

В обеих группах, самой частой сердечно-сосудистой патологией была артериальная гипертония, в основной группе ее выявляли в 92,16% случаев, в группе сравнения — у 94,23% пациентов (p>0,05). Второе место по частоте выявления занимала ишемическая болезнь сердца, в основной группе и группе сравнения ее обнаруживали у 68,63 и 69,26% обследуемых, соответственно. Доли пациентов с постинфарктным кардиосклерозом среди обследуемых основной группы и группы сравнения составили 19,61 и 23,08%, соответственно (p>0,05). Все это подтверждало сопоставимость пациентов исследуемых групп по возрасту, полу и характеру имеющейся сердечно-сосудистой патологии.

При помощи Краткой шкалы оценки психического статуса, у пациентов исследуемых групп не удалось выявить значимых различий в состоянии когнитивных функций (p>0,05), однако было показано, что наличие СО сопровождается более частым развитием депрессии. Так, по данным Гериатрической шкалы депрессии, в основной группе обследуемых признаки депрессии выявлялись в 86,27% случаев, а в группе сравнения их обнаруживали лишь у 67,31% пациентов (p<0,05). Одиночество негативно влияло на степень психологического благополучия пациентов. В основной

Таблица 1

Показатели отдельных шкал Индекса общего психологического благополучия, в зависимости от наличия или отсутствия СО, M±m

Шкалы Индекса общего психологического благополучия	Группа		p_{1-2}	Размер эффекта (индекс d Коэна)
	основная	сравнения		
Шкала тревоги	12,71±0,82	16,79±0,78	0,001	-0,711
Шкала депрессии	5,80±0,64	9,52±0,56	0,001	-0,863
Шкала самоконтроля	12,03±1,13	11,92±0,36	0,926	0,018
Шкала общего здоровья	5,92±0,58	8,62±0,56	0,001	-0,66
Шкала эмоционального благополучия	7,81±0,39	10,75±0,73	0,001	-0,696
Шкала жизненной энергии	6,92±0,24	8,48±0,57	0,014	-0,494

Примечание: p_{1-2} — достоверность различий между сравниваемыми группами.

Таблица 2

Показатели клинического состояния пациентов по данным 10-балльных визуальных аналоговых шкал, на которые влияло наличие СО, M±m

Показатели клинического состояния пациентов	Группа		p_{1-2}	Размер эффекта (индекс d Коэна)
	основная	сравнения		
Выраженность одышки	5,11±0,17	3,24±0,18	0,001	1,489
Выраженность головных болей	6,15±1,09	3,11±0,24	0,007	0,542
Выраженность периферических отеков	4,99±0,29	2,31±0,33	0,001	1,201

Примечание: p_{1-2} — достоверность различий между сравниваемыми группами.

группе средние значения Индекса общего психологического благополучия были ниже, чем в группе сравнения и составили 51,19±3,18 и 66,08±3,27 баллов, соответственно (p<0,05). В ходе анализа показателей по отдельным шкалам Индекса общего психологического благополучия были получены результаты, представленные в таблице 1. Как видно из таблицы 1, в основной группе пациентов наблюдались более низкие, чем в группе сравнения, показатели по шкалам тревоги, депрессии, общего здоровья, эмоционального благополучия и жизненной энергии (p<0,05). Лишь по шкале самоконтроля различия показателей пациентов основной группы и группы сравнения не достигли статистической значимости (p>0,05).

Известно, что нарушение сна в пожилом возрасте является серьезной медико-социальной проблемой [11]. По данным Индекса тяжести инсомнии, различные нарушения сна были обнаружены у 39,22% пациентов основной группы и 34,62% пациентов группы сравнения (p>0,05). В обеих группах преобладали случаи инсомнии легкой и умеренной степени тяжести, тяжелая инсомния встречалась лишь в единичных случаях. Средние значения Индекса тяжести инсомнии в основной группе и группе сравнения составили 6,60±1,24 и 6,94±0,93 баллов, соответственно (p>0,05). Однако, как видно из диаграммы на рисунке 1, наличие СО существенно влияло на состояние дневного сна пациентов. Так, в основной группе показатели Эпвортской шкалы дневной сонливости были выше, чем в группе сравнения и составляли 15,02±1,04 и 9,61±1,27 баллов, соответственно (p<0,05).

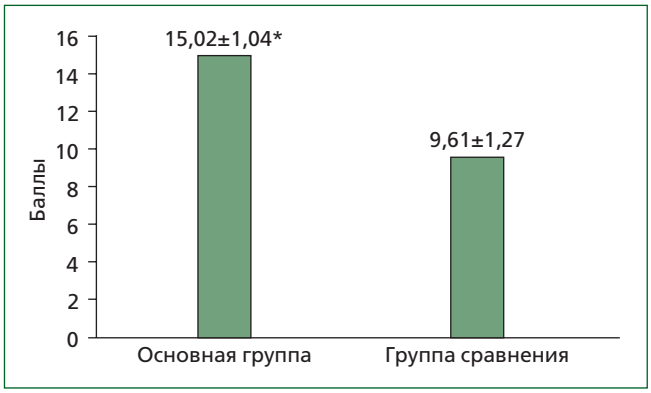


Рис. 1. Средние показатели пациентов исследуемых групп по Эпвортской шкале дневной сонливости.
Примечание: * — p<0,05.

Хронические боли у пациентов обеих групп были довольно распространенным явлением и наличие СО не оказывало значимого влияния на вероятность их возникновения. Так, доли пациентов, имеющих указанную симптоматику, в основной группе и группе сравнения составили 62,74

doi: 10.15829/ 3034-4123-2025-92

и 69,23%, соответственно (p>0,05). Однако СО влиял на оценку пациентами интенсивности имеющихся хронических болей. В частности, по данным ВАШ, показатель средней интенсивности болей в основной группе составлял 4,88±0,62 баллов, а в группе сравнения — лишь 2,71±0,30 баллов (p<0,05).

Результаты проведенного исследования показали, что наличие СО может негативно влиять на выраженность некоторых симптомов, характеризующих клиническое состояние пациентов (таблица 2). Как видно из таблицы 2, по данным ВАШ, в основной группе интенсивность одышки, головных болей и периферических отеков была выражена сильнее, чем в группе сравнения (p<0,05).

Обсуждение

В ходе анализа результатов исследования обращало на себя внимание следующее. В отличие от уединения, при котором пациент осознанно избегает контактов с другими людьми и не испытывает по этому поводу отрицательных эмоций [12], одиночество представляет собой серьезную психосоциальную проблему, которая способна негативно влиять не только на душевное состояние, но и на физическое здоровье пациента [1].

Характерная для одиночества неудовлетворенность ограниченным и продолжающим сокращаться кругом общения порождает отрицательные эмоции, способствующие появлению и нарастанию у пациента чувства тревоги и депрессии. Скорее всего, именно этим объяснялись более высокие показатели Гериатрической шкалы депрессии и более низкие — Индекса психического благополучия в основной группе, по сравнению с группой сравнения. Способность одиночества влиять на развитие тревоги и депрессии подтверждается и работами других авторов [13]. Влияние одиночества на оценку пациентами общего состояния своего здоровья, эмоционального благополучия и жизненной энергии также могло осуществляться через воздействие на их психоэмоциональное состояние.

Влияние одиночества на интенсивность хронического болевого синдрома и головные боли также могло быть реализовано через психоэмоциональную сферу обследуемых. В пользу этого свидетельствуют данные литературы о том, что тревога, депрессия и др. отрицательные эмоции могут способствовать усиленному восприятию боли [14].

Что касается влияния СО на интенсивность одышки и выраженность периферических отеков, этому феномену можно дать следующее объяснение. Хотя чувство одиночества и представляет собой совокупность субъективных негативных переживаний пациента по поводу имеющейся и постепенно нарастающей социальной изоляции, указанные переживания формируются на основе объективно существующих проблем с социализацией и получением социальной поддержки. Учитывая то, что в литературе имеются данные о роли социальной поддержки в обеспечении приверженности пациентов проводимому лечению [15], логично предположить, что недостаток такой поддержки может негативно влиять на комплаентность пациентов и, соответственно, на эффективность проводимого лечения. Это, в свою очередь, может способствовать усилению проявлений уже имеющегося ССЗ.

Воздействие одиночества на соматический статус пациентов могло быть также реализовано через влияние на психоэмоциональный статус пациентов. В пользу данного предположения свидетельствуют данные литературы о вовлеченности тревоги и депрессии в патогенез ССЗ и способности изменений психоэмоционального состояния влиять на клиническое состояние пациентов независимо от таких факторов риска ССЗ, как показатели липидного обмена и уровни артериального давления [16].

Обсуждая полученные данные, следует отметить, что данное исследование не лишено ряда ограничений. В частности, из-за сравнительно небольшого количества пациентов в исследуемых группах, не было возможности дополнительного формирования подгрупп, позволяющих учесть отдельные индивидуальные и нозологические особенности обследуемых. Это ограничивало возможную глубину и детализацию анализа полученных результатов. Кроме того, изучение механизмов реализации выявленных взаимосвязей осталось за рамками проведенного исследования, а для объяснения влияния СО на психическое и соматическое состояние пациентов были использованы научные гипотезы и реалистичные предположения, сформированные на базе литературных данных. Тем не менее, само по себе подтверждение возможного факта влияния СО на показатели психического и соматического статуса кардиологических пациентов пожилого возраста может иметь определенное научное и практическое значение, и, в перспективе, помочь сформировать более эффективную тактику амбулаторного ведения таких пациентов.

Заключение

Результаты проведенного исследования свидетельствуют о том, что у кардиологических пациентов пожилого возраста СО может влиять не только на психическое, но и на клиническое состояние обследуемых. Наличие данного синдрома способствует появлению чувства тревоги, депрессии,

дневной сонливости, негативно влияет на оценку пациентами общего состояния своего здоровья, эмоционального благополучия, жизненной энергии. На фоне СО отмечается более выраженная интенсивность головных болей, одышки и периферических отеков, чем при его отсутствии. Таким образом, одиночество является не только психосоциальной, но и медицинской проблемой, а его наличие целесообразно учитывать при организации и проведении диспансеризации и диспансерного наблюдения за пациентами пожилого возраста с ССЗ.

Отношения и деятельность: все авторы заявляют об отсутствии потенциального конфликта интересов, требующего раскрытия в данной статье.

Литература/References

1. Lebedev DT, Rukavishnikov AS, Lupashko EV, et al. The medical significance of loneliness and social isolation in old age (literature review). Advances in gerontology. 2024;37(1-2):130-7. (In Russ.) Лебедев Д.Т., Рукавишников А.С., Лупашко Е.В. и др. Медицинское значение одиночества и социальной изоляции в пожилом возрасте (обзор литературы). Успехи геронтологии. 2024;37(1-2):130-7. doi:10.34922/AE.2024.37.1-2.017.
2. Luchetti M, Aschwanden D, Sesker AA, et al. A Meta-analysis of Loneliness and Risk of Dementia using Longitudinal Data from >600,000 Individuals. Nat Ment Health. 2024;2(11):1350-61. doi:10.1038/s44220-024-00328-9.
3. Shankar R. Loneliness, Social Isolation, and its Effects on Physical and Mental Health. Mo Med. 2023;120(2):106-8.
4. Kozyreva PM, Smirnov AI. Social isolation and loneliness in older age. Sociologicheskaja nauka I social'naja praktika. 2022;10(4):46-63. (In Russ.) Козырева П.М., Смирнов А.И. Социальная изоляция и одиночество в пожилом возрасте. Социологическая наука и социальная практика. 2022;10(4):46-63. doi:10.19181/snsp.2022.10.4.9282.
5. Khokhlyuk EV, Lebedev TYu, Zhernakova N.I., et al. Multifocal atherosclerosis as a proxy disease of aging. Current problems of health care and medical statistics. 2025;(2):361-81. (In Russ.) Хохлюк Е.В., Лебедев Т.Ю., Жернакова Н.И. и др. Мультифокальный атеросклероз как прокси болезнь старения. Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. 2025;(2):361-81. doi:10.24412/2312-2935-2025-2-361-381.
6. Russell DW. UCLA Loneliness Scale (Version 3): reliability, validity, and factor structure. J Pers Assess. 1996;66(1):20-40. doi:10.1207/s15327752jpa6601_2.
7. Frolova EV, Emelin AYu, Lobzin VYu. Cognitive impairment in old age: a guide for doctors. — Moskva: GEOTAR-Media/2023. p.208. (In Russ.) Фролова Е.В., Емелин А.Ю., Лобзин В.Ю. Нарушение когнитивных функций в пожилом возрасте: руководство для врачей. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2023. p. 208. ISBN: 978-5-9704-7515-7.
8. Tkacheva ON, Kotovskaya YuV, Runikhina NK, et al. Clinical guidelines frailty. Russian Journal of Geriatric Medicine. 2020;(1):11-46. (In Russ.) Ткачева О.Н., Котовская Ю.В., Рунихина Н.К. и др., Клинические рекомендации "Старческая астения". Российский журнал гериатрической медицины. 2020;(1):11-46. doi:10.37586/2686-8636-1-2020-11-46.
9. Gorelik SG, Ilnitski AN, Prashchayeu KI, et al. Questionnaires and scales in gerontology and geriatrics. "Gerontology" Scientific Journal. 2021;9(1):1-91. (In Russ.) Горелик С.Г., Ильницкий А.Н., Прощаев К.И. и др. Опросники и шкалы в геронтологии и гериатрии. Электронный научный журнал "Геронтология". 2021;9(1):1-91.
10. Kobalava ZhD, Konradi AO, Nedogoda SV, et al. 2024 Clinical practice guidelines for Hypertension in adults. Russian Journal of Cardiology. 2024;29(9):6117. (In Russ.) Кобалава Ж.Д., Конради А.О., Недогода С.В. и др. Артериальная гипертензия у взрослых. Клинические рекомендации 2024. Российский кардиологический журнал. 2024;29(9):6117. doi:10.15829/1560-4071-2024-6117. EDN: GUEWLU.
11. Agaltsov MV, Tkacheva ON. Sleep changes in older people (a review). Russian Journal of Preventive Medicine. 2015;18(2):49-53. (In Russ.) Агальцов М.В., Ткачева О.Н. Изменения сна в пожилом и старческом возрасте (обзор). Профилактическая медицина. 2015;18(2):49-53. doi:10.17116/profmed201518249-53.
12. Hipson WE, Kiritchenko S, Mohammad SM, et al. Examining the language of solitude versus loneliness in tweets. J Soc Pers Relatsh. 2021;38(5):1596-610. doi:10.1177/0265407521998460.
13. Domènech-Abella J, Mundó J, Haro JM, Rubio-Valera M. Anxiety, depression, loneliness and social network in the elderly: Longitudinal associations from The Irish Longitudinal Study on Ageing (TILDA). J Affect Disord. 2019;246:82-8. doi:10.1016/j.jad.2018.12.043.
14. Koberskaya NN, Tabeeva GR. A role of cognitive and emotional factors in formation of pain. S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry. 2021;121(11):111-18. (In Russ.) Коберская Н.Н., Табеева Г.Р. Роль когнитивных и эмоциональных факторов в формировании боли. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2021;121(11):111-18. doi:10.17116/jnevro2021121111111.
15. Kiselnikova AA, Pashkovsky EA. Social Support as a Factor of Increasing the Efficiency of Interaction between Doctors and Patients. Discourse. 2022;8(6):72-84. (In Russ.) Кисельникова А.А., Пашковский Е.А. Социальная поддержка как фактор повышения эффективности взаимодействия между врачами и пациентами. Дискурс. 2022;8(6):72–84. doi:10.32603/2412-8562-2022-8-6-72-84.
16. Eremina DA. Psychological factors in the pathogenesis of cardiovascular diseases. Theoretical and Experimental Psychology. 2021;14(4):66-78. (In Russ.) Еремина Д.А. Психологические факторы в патогенезе сердечно-сосудистых заболеваний. Теоретическая и экспериментальная психология, 2021;14(4):66-78. doi:10.24412/2073-0861-2021-4-66-78.

Жернакова Нина Ивановна (Nina I. Zhernakova) — д.м.н., профессор, зав. кафедрой семейной медицины, ORCID: 0000-0001-7648-0774;

Лебедев Дмитрий Тихонович (Dmitry T. Lebedev) — к.м.н., доцент кафедры семейной медицины медицинского института, ORCID: 0000-0002-4552-9405;

Лебедев Тихон Юрьевич (Tichon Yu. Lebedev) — к.м.н., доцент, доцент кафедры семейной медицины, ORCID: 0000-0001-6355-0200;

Косов Максим Александрович (Maksim A. Kosov) — ассистент кафедры семейной медицины, ORCID: нет.

Адреса организаций авторов: ФГАОУ ВО "Белгородский государственный национальный исследовательский университет", ул. Победы, д. 85, Белгород, 308015, Россия.
Addresses of the authors' institutions: Belgorod National Research University, Pobedy str., 85, Belgorod, 308015, Russia.

Первичная медико-санитарная помощь. 2025;2(4):112-137.
doi: 10.15829/ 3034-4123-2025-79
ISSN 3034-4123 (Print)
ISSN 3034-4565 (Online)

Первичная медико-санитарная помощь
Primary Health Care (Russian Federation)

Оказание медицинской помощи различным группам населения ***Редакционная статья***

Ультразвук-ассистированная диагностика декомпенсации сердечной недостаточности в практике врача-терапевта. Методические рекомендации

В методических рекомендациях изложены современные подходы к диагностике острой декомпенсации сердечной недостаточности с применением ультразвуковых методов исследования. Ключевое внимание уделено аспектам проведения ультразвук-ассистированных осмотров на амбулаторном этапе с целью оценки выраженности застойных явлений и динамического наблюдения пациентов с сердечной недостаточностью врачами первичного звена. Подробное описание методики, алгоритмизация проведения ультразвук-ассистированной диагностики острой декомпенсации сердечной недостаточности и обширное научное обоснование эффективности изложенных в пособии методов делают пособие актуальным, практикоориентированным и полезным для специалистов здравоохранения.

Учебно-методическое пособие может быть использовано врачами-терапевтами первичного звена, кардиологами, врачами общей практики, а также специалистами других областей, которые в клинической практике сталкиваются с ведением пациентов с острой декомпенсацией сердечной недостаточности.

Ключевые слова: острая декомпенсация сердечной недостаточности, ультразвук-ассистированный осмотр, ультразвуковое исследование, венозный застой, эхокардиография, VExUS-протокол.

Отношения и деятельность: нет.

Рецензент:
Бернс С. А. — д.м.н., профессор, руководитель отдела изучения патогенетических аспектов старения, заведующий кафедрой терапии и общей врачебной практики с курсом гастроэнтерологии Института профессионального образования и аккредитации ФГБУ "НМИЦ ТПМ" Минздрава России (Москва, Россия).

Методические рекомендации утверждены на заседании Ученого совета ФГБУ "НМИЦ ТПМ" Минздрава России (протокол № 9 от 25 ноября 2025 г.).

Для цитирования: Джиоева О.Н., Рогожкина Е.А., Иванова А.А., Веденикин Т.Ю., Драпкина О.М. Ультразвук-ассистированная диагностика декомпенсации сердечной недостаточности в практике врача-терапевта. Методические рекомендации. *Первичная медико-санитарная помощь.* 2025;2(4):112-137. doi: 10.15829/3034-4123-2025-79. EDN: UQGNNI

Джиоева О. Н.[1*],
Рогожкина Е. А.[1],
Иванова А. А.[1],
Веденикин Т. Ю.[2],
Драпкина О. М.[1]

[1]ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины" Минздрава России, Москва, Российская Федерация

[2]ГБУЗ города Москвы Городская клиническая больница им. В. В. Вересаева Департамента здравоохранения города Москвы, Москва, Российская Федерация

*Corresponding author
(Автор, ответственный за переписку):
dzhioevaon@gmail.com

Поступила: 25.11.2025
Принята: 30.11.2025

CC BY 4.0

Primary Health Care (Russian Federation). 2025;2(4):112-137.
doi: 10.15829/ 3034-4123-2025-79
ISSN 3034-4123 (Print)
ISSN 3034-4565 (Online)

Ultrasound-assisted diagnosis of decompensated heart failure in general practice. Guideline

Dzhioeva O. N.[1*], Rogozhkina E. A.[1], Ivanova A. A.[1], Vedenikin T. Yu.[2], Drapkina O. M.[1]

[1]National Medical Research Center for Therapy and Preventive Medicine, Moscow, Russian Federation

[2]Veresaev City Clinical Hospital, Moscow, Russian Federation

*Corresponding author: dzhioevaon@gmail.com

Received: 25.11.2025
Accepted: 30.11.2025

This guideline describes modern approaches to diagnosing acute decompensated heart failure using ultrasound imaging. Key attention is given to ultrasound use in outpatient settings to assess the congestion severity and monitoring of patients with heart failure by primary care physicians. A detailed description of the methodology, algorithms for performing ultrasound-assisted diagnosis of acute decompensated heart failure, and extensive evidence-based rationale make it relevant, practice-oriented, and useful for healthcare professionals.
This teaching aid can be used by primary care physicians, cardiologists, general practitioners, and other specialists involved in the clinical management of patients with acute decompensated heart failure.

Keywords: acute decompensated heart failure, ultrasound examination, venous congestion, echocardiography, VExUS protocol.

Relationships and Activities: none.

For citation: Dzhioeva O. N., Rogozhkina E. A., Ivanova A. A., Vedenikin T. Yu., Drapkina O. M. Ultrasound-assisted diagnosis of decompensated heart failure in general practice. Guideline. *Primary Health Care (Russian Federation).* 2025;2(4):112-137. doi: 10.15829/3034-4123-2025-79. EDN: UQGNNI

ВВ — воротная вена, ИКСО — индексированный конечно-систолический объем, ИММЛЖ — индекс массы миокарда ЛЖ, ЛЖ — левый желудочек, ЛП — левое предсердие, МЖП — межжелудочковая перегородка, НПВ — нижняя полая вена, ОДСН — острая декомпенсация сердечной недостаточности, ОТС — относительная толщина стенки, ПВ — печеночная вена, ПЖ — правый желудочек, ПП — правое предсердие, РФ — Российская Федерация, СДЛА — систолическое давление в легочной артерии, СН — сердечная недостаточность, СНсФВ — сердечная недостаточность с сохраненной фракцией выброса, ТР — трикуспидальная регургитация, УЗ — ультразвук, УЗИ — ультразвуковое исследование, ФВ — фракция выброса, ФП — фибрилляция предсердий, ФПВВ — фракция пульсации воротной вены, ЭКГ — электрокардиография/электрокардиограмма, ЭхоКГ — эхокардиография.

doi: 10.15829/ 3034-4123-2025-79

Термины и определения

A — систола предсердий, A-линии — горизонтальные артефакты при ультразвуковом исследовании легких, B-линии — вертикальные артефакты при ультразвуковом исследовании легких, B-режим — двухмерное исследование, E — раннее диастолическое наполнение, E/A — трансмитральный спектр для оценки фаз диастолы, E/e' — давление наполнения ЛЖ, e'латеральный — скорость движения миокарда латеральной части фиброзного митрального кольца, e'септальный — скорость движения миокарда септальной части фиброзного митрального кольца, M-режим — одномерное исследование, BLUE — протокол ультразвукового исследования легких, DTE — время замедления раннего диастолического наполнения, VExUS — протокол ультразвуковой оценки венозного застоя.

Актуальность своевременной диагностики декомпенсации сердечной недостаточности

В настоящее время, сердечно-сосудистые заболевания по-прежнему лидируют в списке причин заболеваемости, инвалидизации и смертности среди населения большинства стран, в том числе Российской Федерации (РФ). Растущая распространенность сердечной недостаточности (СН) среди населения, скорее всего, является вторичной по отношению к старению населения, увеличению факторов риска, улучшению исходов у выживших после острого коронарного синдрома и снижению смертности от других хронических неинфекционных заболеваний [1]. И если течение основного заболевания осложняется развитием СН, убедительно показано ухудшение прогноза для пациента. СН является наиболее частым диагнозом среди всех случаев госпитализации пациентов пожилого возраста с хроническими неинфекционными заболеваниями, а ежегодные расходы на лечение таких пациентов в развитых странах превышают 30 млрд долларов в год. Большая часть расходов, затрачиваемых на лечение пациентов с СН, приходится на госпитализацию и повторную госпитализацию [2]. СН является одним из наиболее распространенных осложнений хронических неинфекционных заболеваний, плохо поддающихся терапии и имеющих самый неблагоприятный исход патологий, наносящей огромный ущерб системам здравоохранения многих стран мира, в том числе РФ, а ее декомпенсация, характеризующаяся острым ухудшением симптомов и требующая неотложной медицинской помощи, представляет серьезную проблему для системы здравоохранения. Важность своевременной диагностики декомпенсации СН в амбулаторной практике врача-терапевта обусловлена несколькими ключевыми факторами.

Во-первых, ранняя диагностика позволяет оперативно начать коррекцию медикаментозной терапии с целью предотвращения госпитализации и снижения риска неблагоприятных исходов. Пациенты с СН, наблюдаемые в амбулаторных условиях, часто имеют постепенное нарастание симптомов и небыстро прогрессирующее ухудшение состояния, которое может быть долгое время не диагностировано. Врач-терапевт в рамках диспансерного наблюдения анализирует данные диагностических методов и, сопоставляя результаты с клинической картиной, может своевременно скорректировать терапию. Во-вторых, тяжесть СН и степень выраженности застойных явлений не зависит от фракции выброса (ФВ) левого желудочка (ЛЖ), и клинические проявления декомпенсации могут быть схожими вне зависимости от типа СН. Поэтому, врач-терапевт должен быть осведомлен о современных возможностях объективной оценки застойных явлений и декомпенсации у пациентов с СН, независимо от показателя ФВ ЛЖ [1, 2]. В-третьих, ранняя диагностика декомпенсации СН позволяет оптимизировать использование ресурсов здравоохранения. В ходе анализа результатов эпидемиологических исследований пришло осознание того факта, что исходы у стабильных амбулаторных больных с СН и пациентов, перенесших хотя бы одну госпитализацию по поводу декомпенсации СН, — принципиально разнятся. Сам факт госпитализации, и тем более повторной госпитализации, достоверно повышает риск смерти пациента, что стало основанием для разработки новой цели в лечении больных СН — снижения числа повторных госпитализаций (до этого периода главной целью в лечении СН провозглашалось только снижение риска смерти). Предотвращение госпитализаций не только улучшает качество жизни пациентов, но и снижает финансовую нагрузку на систему здравоохранения.

Повышение осведомленности врачей-терапевтов о важности своевременной диагностики декомпенсации СН, особенно с сохраненной ФВ ЛЖ, является критически важным для улучшения прогноза и качества жизни пациентов с данной патологией.

Определение декомпенсации сердечной недостаточности

Под декомпенсацией СН понимают утяжеление тяжести клинических проявлений (одышки, отеков, снижения толерантности к нагрузкам) на фоне задержки жидкости, ставшее причиной обращения за медицинской помощью и являющиеся потенциальным риском госпитализации у пациента, уже страдающего СН [1]. В зависимости от времени возникновения симптомов задержки жидкости,

декомпенсация СН может быть классифицирована как острое или постепенное появление симптомов декомпенсации (кашель, ортопноэ, снижение диуреза вплоть до олиго- и анурии, периферические отеки, асцит, анасарка). Застойные явления по малому кругу кровообращения возникают за счёт повышения давления в капиллярах лёгких, в результате повышения диастолического давления в левых камерах сердца, по тяжести клинических проявлений признаки застоя по малому кругу кровообращения варьируют от снижения переносимости физической нагрузки и быстрой утомляемости до развернутой картины отека лёгких, в зависимости от скорости повышения давления, волемического статуса пациента и степени вовлечения компенсаторных систем, таких как лимфатический дренаж в легких [2]. Признаки застоя по большому кругу кровообращения включают растяжение вен шеи, увеличение печени, гепато-югулярный рефлюкс, симптомы застоя в пищеварительном тракте, двусторонние периферические отёки, асцит. Быстро нарастающий застой по большому кругу кровообращения может сопровождаться болезненностью в правых отделах живота за счёт растяжения капсулы печени [2, 3]. Признаки застоя (в особенности по малому кругу кровообращения) не всегда свидетельствуют о накоплении жидкости (перегрузке жидкостью). Они могут возникать из-за быстрого перераспределения крови за счёт изменения тонуса сосудов.

При декомпенсации СН обычно имеется период постепенного нарастания клинических проявлений связанным, как правило с увеличением задержки жидкости в организме. Однако при внезапном присоединении провоцирующего фактора (например, быстром повышении артериального давления, возникновении тахиаритмии, ишемии миокарда) декомпенсация может развиться у больных с компенсированной СН, не имеющих существенной задержки жидкости [3].

Диагноз декомпенсации СН в первую очередь должен основываться на признаках и симптомах, характерных для декомпенсации СН, такими как одышка, отеки, снижение переносимости физической нагрузки и подтверждаться соответствующими инструментальными исследованиями, такими как рентгенография легких, электрокардиография (ЭКГ), трансторакальная эхокардиография (ЭхоКГ), ультразвуковое (УЗ) исследование (УЗИ) легких (протокол BLUE) и УЗ оценка венозного застоя (протокол VExUS). Именно комбинированный интегрированный УЗ подход, который позволяет быстро в точке оказания помощи на амбулаторном этапе оценить показатели внутрисердечной гемодинамики, застой по малому и большому кругу, дает возможность своевременно выявить признаки декомпенсации СН на амбулаторном этапе, скорректировать медикаментозную терапию и предотвратить госпитализацию пациента, тем самым улучшить его прогноз.

Симптомы и признаки декомпенсации сердечной недостаточности

У пациентов с подозрением на декомпенсацию СН необходимо исключить наличие причин, требующих незамедлительного стационарного лечения, и обеспечить проведение дифференциального диагноза между острой декомпенсации (ОДСН) и другими причинами жалоб и симптомов пациентов.

Симптомы системного застоя: симптомы легочного застоя (по малому кругу) — ортопноэ, приходящая ночная одышка, влажные двусторонние хрипы в легких. Симптомы венозного застоя (по большому кругу) — расширение яремных вен, периферические отеки, застойная печень, гепатоюгулярный рефлюкс, асцит, симптомы застойного кишечника.

N.B.! Симптомы/признаки гипоперфузии: холодные влажные конечности, олигурия, заторможенность (mental confusion), головокружение, слабый пульс являются показанием к экстренной госпитализации пациента.

Важно: гипотония не означает наличие гипоперфузии, часто гипоперфузия сопровождается гипотензией.

Показания к госпитализации

Показания к госпитализации включают гемодинамическую нестабильность или выраженную (прогрессирующую), и/или рецидивирующую жизнеугрожающую аритмию, и/или другие жизнеугрожающие состояния, а также:

- Гипотензия: систолическое артериальное давление <90 мм рт.ст.
- Брадикардия: частота сердечных сокращений <40 уд./мин.
- Тахикардия: частота сердечных сокращений >120 уд./мин.
- Тахипноэ: частота дыхательных движений >25 уд./мин с участием вспомогательной мускулатуры;
- Брадипноэ: частота дыхательных движений <8 уд./мин, несмотря на одышку.
- Олигурия: выделение мочи <0,5 мл/кг/час.

Методы ультразвук-ассистированной диагностики у пациентов с декомпенсацией сердечной недостаточности

1. Трансторакальная ЭхоКГ

ЭхоКГ рекомендуется всем пациентам с подозрением на декомпенсацию СН. В отличие от хро-

doi: 10.15829/ 3034-4123-2025-79

нической СН, применение ЭхоКГ при ОДСН менее четко определено как в клинической практике, так и в клинических исследованиях. Современные рекомендации говорят об использовании ЭхоКГ в качестве основного диагностического инструмента при впервые выявленной или декомпенсированной СН [4]. Однако, несмотря на ее уникальные преимущества как единственного практического метода визуализации при декомпенсации СН, ЭхоКГ в этих условиях сопряжена с особыми трудностями, так ни один отдельный параметр не дает достаточную информацию о наличии повышения давления в левых камерах сердца и связанных с этим застойных явлениях, таким образом, только совокупность клинических и инструментальных данных может с достаточной долей достоверности помочь в диагностике и мониторинге лечения у больных с СН [5].

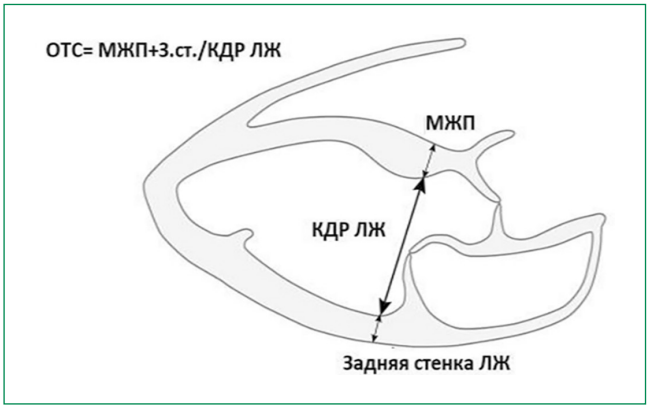


Рис. 1. Оценка ОТС.
Сокращения: КДР — конечно-диастолический размер, ЛЖ — левый желудочек, МЖП — межжелудочковая перегородка, ОТС — относительная толщина стенки.

Шаг 1. Оценка типа ремоделирования ЛЖ.

ЭхоКГ позволяет оценить толщину стенок ЛЖ и его размеры. Утолщение стенок ЛЖ при нормальном или уменьшенном конечном диастолическом размере ЛЖ предполагает наличие у пациента нарушенной геометрии по концентрическому типу. Процесс утолщения миокарда начинается обычно в базальных сегментах межжелудочковой перегородки (МЖП), и толщина стенки >12 мм в этом месте является распространенным явлением у пожилых людей [6]. Геометрия ЛЖ часто классифицируется с использованием относительной толщины стенки (ОТС), рассчитанной как сумма толщины МЖП и задней стенки ЛЖ, деленная на конечный диастолический размер ЛЖ (задняя стенка х 2/конечно-диастолический размер) (рисунок 1), и с использованием индекса массы ЛЖ (ИММЛЖ), нормализованного к площади поверхности тела (у лиц с нормальным индексом массы

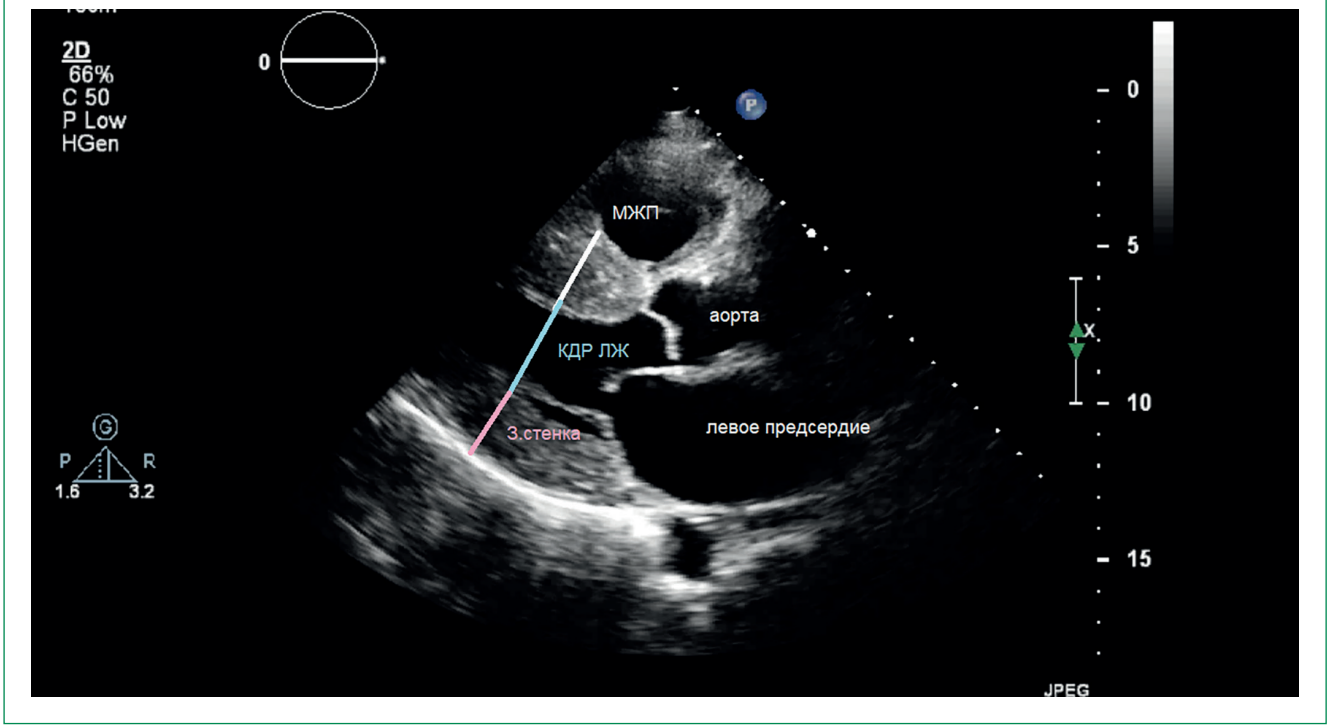


Рис. 2. Оценка типа геометрии ЛЖ. Парастернальный доступ, позиция по длинной оси ЛЖ. Концентрическая гипертрофия ЛЖ.
Сокращения: МЖП — межжелудочковая перегородка, З.стенка — задняя стенка левого желудочка, КДР ЛЖ — конечно-диастолический размер левого желудочка.

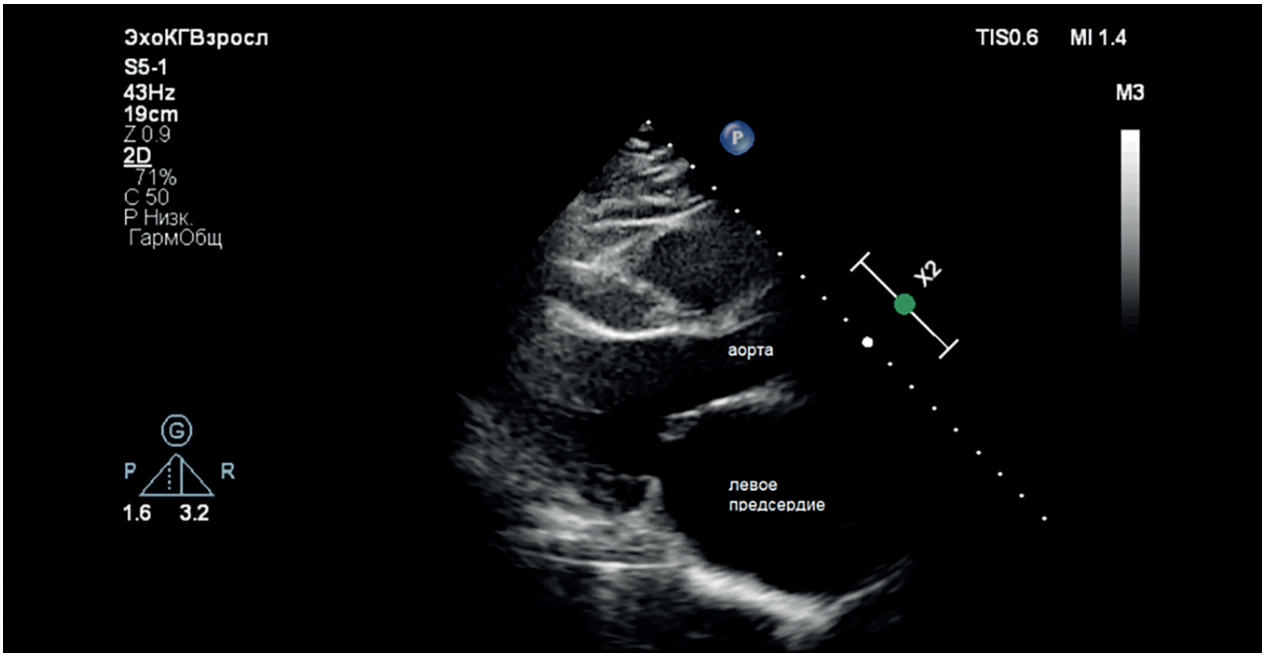


Рис. 3. Парастернальный доступ, позиция по длинной оси ЛЖ. Расширение поперечного размера ЛП.

тела) или на рост (у лиц с избыточным индексом массы тела и ожирением).

Для описания геометрии ЛЖ используют 4 типа:

- нормальная (нормальный ИММЛЖ, ОТС <0,42),
- концентрическое ремоделирование (нормальный ИММЛЖ, ОТС >0,42),
- концентрическая гипертрофия (увеличение ИММЛЖ, ОТС >0,42),
- эксцентрическая гипертрофия (увеличение ИММЛЖ, ОТС <0,42).

У пациентов с СН с сохраненной ФВ (СНсФВ) можно наблюдать абсолютно любой тип структурного ремоделирования. Критерием гипертрофии ЛЖ считается: ИММЛЖ >115 г/м^2 у мужчин и >95 г /м^2 у женщин с нормальным индексом массы тела при индексации на площадь поверхности тела. Критерием гипертрофии ЛЖ у лиц с избыточной массой тела и ожирением считается: ИММЛЖ >50 г/м^{2,7} у мужчин и >47 г /м^{2,7} у женщин при индексации на рост. Значение ИММЛЖ можно вычистить с помощью онлайн калькуляторов ЭхоК Г. Отсутствие нарушения геометрии ЛЖ по типу гипертрофии по данным ЭхоКГ не исключает СН [4-6]. Оценка типа геометрии ЛЖ является важным диагностическим инструментом у пациентов с подозрением на СН (рисунок 2).

Шаг 2. Оценка размеров и объема левого предсердия.

Ранняя диагностика СН связана с оценкой не только структурных изменений желудочков, но и предсердий. Доказана ведущая роль структурного ремоделирования левого предсердия (ЛП) в патогенезе СНсФВ. Также, для пациентов с пароксизмальной формой фибрилляции предсердий (ФП) оценка поперечного размера ЛП может служить диагностическим и прогностическим критерием потенциального "успеха" процедуры кардиоверсии (рисунок 3). Увеличение ЛП может быть связано с патологией митрального клапана, ЛЖ и по степени выраженности бывает легким, умеренным или тяжелым в зависимости от степени основного заболевания. Хотя другие факторы могут способствовать этому, было обнаружено, что размер ЛП является предиктором смертности как от сердечно-сосудистых заболеваний, так и от всех причин. Максимальный объем ЛП, измеренный в конце систолы и индексированный к площади поверхности тела конечно-систолический объем (ИКСО) ЛП, является косвенным критерием давления наполнения ЛЖ [6]. Он более точен как маркер хронического ремоделирования ЛП [6] и коррелирует с другими ЭхоКГ показателями диастолической функции ЛЖ [6]. ИКСО ЛП 29-34 мл/м^2 считается второстепенным критерием, поскольку он представляет собой верхнюю границу нормы у здоровых лиц [6]. У пациентов без ФП или клапанного порока ИКСО ЛП >34 мл/м^2 независимо предсказывает смерть, СН, ФП и ишемический инсульт [6]. У пациентов с СНсФВ и постоянной ФП верхняя граница нормы ИКСО ЛП увеличена в среднем на 35% по сравнению с пациентами с синусовым ритмом [7]. У пациентов с постоянной ФП может наблюдаться большой ИКСО ЛП, даже если у них нет

doi: 10.15829/ 3034-4123-2025-79

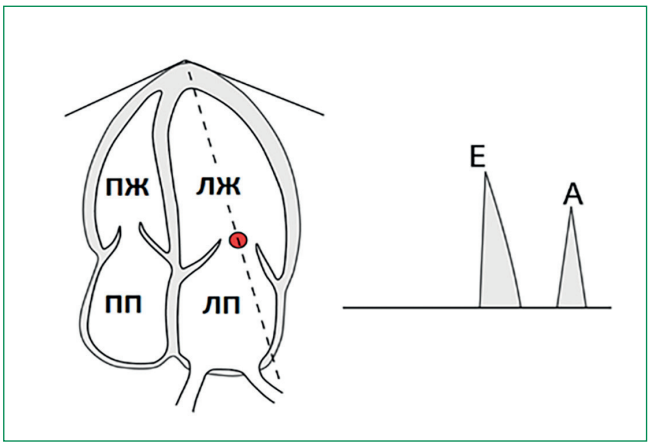


Рис. 4. Нормальный импульсно-волновой доплеровский спектр диастолического профиля.
Сокращения: ПП — правое предсердие, ПЖ — правый желудочек, ЛЖ — левый желудочек, ЛП — левое предсердие, E — пик скорости фазы раннего диастолического наполнения, A – пик скорости фазы систолы предсердий.

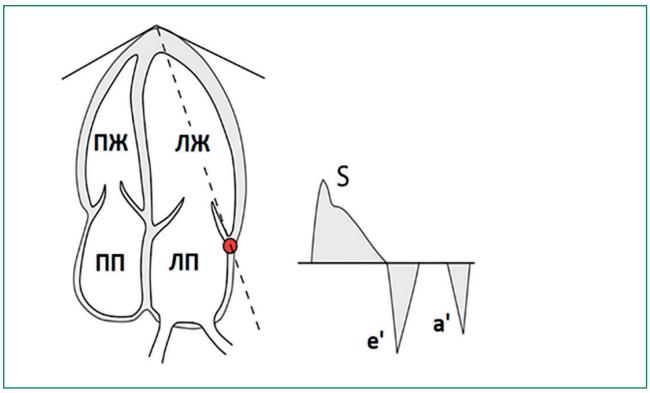


Рис. 5. Нормальный тканевой доплеровский спектр диастолического профиля.
Сокращения: ПП — правое предсердие, ПЖ– правый желудочек, ЛЖ — левый желудочек, ЛП — левое предсердие, S — пик систолической миокардиальной скорости латеральной части фиброзного мирального кольца, e' — пик миокардиальной скорости раннего диастолического наполнения латеральной части фиброзного мирального кольца, a' — пик миокардиальной скорости позднего диастолического наполнения латеральной части фиброзного мирального кольца.

диастолической дисфункции ЛЖ. Поэтому рекомендованы отдельные критерии дилатации ЛП для пациентов с синусовым ритмом и ФП [6]:

- Большой критерий: ИКСО ЛП >34 мл/м^2 при синусовом ритме
- Большой критерий: ИКСО ЛП >40 мл/м^2 у пациентов с ФП
- Малый критерий: ИКСО ЛП=29-34 мл/м^2 при синусовом ритме
- Малый критерий: ИКСО ЛП=34-40 мл/м^2 у пациентов с ФП.

Шаг 3. Оценка фазы диастолы и наполнения ЛЖ.

Для анализа фазы диастолы в трансторакальной ЭхоКГ используется:

- Оценка трансмитрального кровотока импульсно-волновом допплеровским методом;
- Тканевая допплерография митрального кольца;
- Индекс объема ЛП (ИКСО ЛП);
- Систолическая скорость трикуспидальной регургитации (ТР).

Выделяют 4 типа соотношения пиков трансмитрального кровотока. Нормальный диастолический спектр состоит из двух пиков (E и A) в доплеровском профиле, которые формируются вследствие градиента давления между ЛП и ЛЖ. Волна "E" возникает на ранней стадии диастолы после открытия митрального клапана, когда давление в ЛЖ падает ниже давления ЛП, а волна "A" возникает в позднюю диастолу, когда систола предсердий увеличивает давление в ЛП выше давления в ЛЖ (рисунок 4). Как правило, отношение E/A варьирует в норме от 0,8 до 2,0. У молодых людей нередко можно наблюдать отношение пиков больше 2,0, а значение 0,75 может считаться нормальным у пациентов старше 75 лет. Ранее в ЭхоКГ рутинно использовалась оценка времени замедления раннего диастолического наполнения (DTE). Первый вариант патологического наполнения ЛЖ называется "замедленная или нарушенная релаксация". В этой ситуации снижается пиковая скорость раннего наполнения (из-за уменьшения градиента давления между левым ЛП и ЛЖ), а также увеличивается наполнение предсердий, что приводит к обратному соотношению E/A <1. Эти изменения соответствуют I стадии диастолической дисфункции ЛЖ или неизмененному наполнению ЛЖ. Модель "псевдо-нормализации" с отношением E/A больше единицы приводит к увеличению давления в ЛП. Укороченный DTE надежно предсказывает нарушение наполнения ЛЖ и прогрессирование диастолической дисфункции. Объем ЛП увеличивается с прогрессирующим увеличением давления в ЛП, увеличивается давление наполнения ЛЖ.

Тканевой допплеровский метод является более чувствительным инструментом в оценке давления наполнения, по сравнению с допплеровским диастолическим трансмитральным спектром и пиками кровотока в легочных венах. При этом методе ЭхоКГ оценки скорость движения миокарда обозначается как e' и a' и независима от преднагрузки. Критериями диастолической дисфункции по данным тканевого доплеровского исследования являются скорость движения миокарда латеральной части фиброзного митрального кольца (e'латеральный) составляет <10 см/с или скорость движения миокарда септальной части фиброзно-

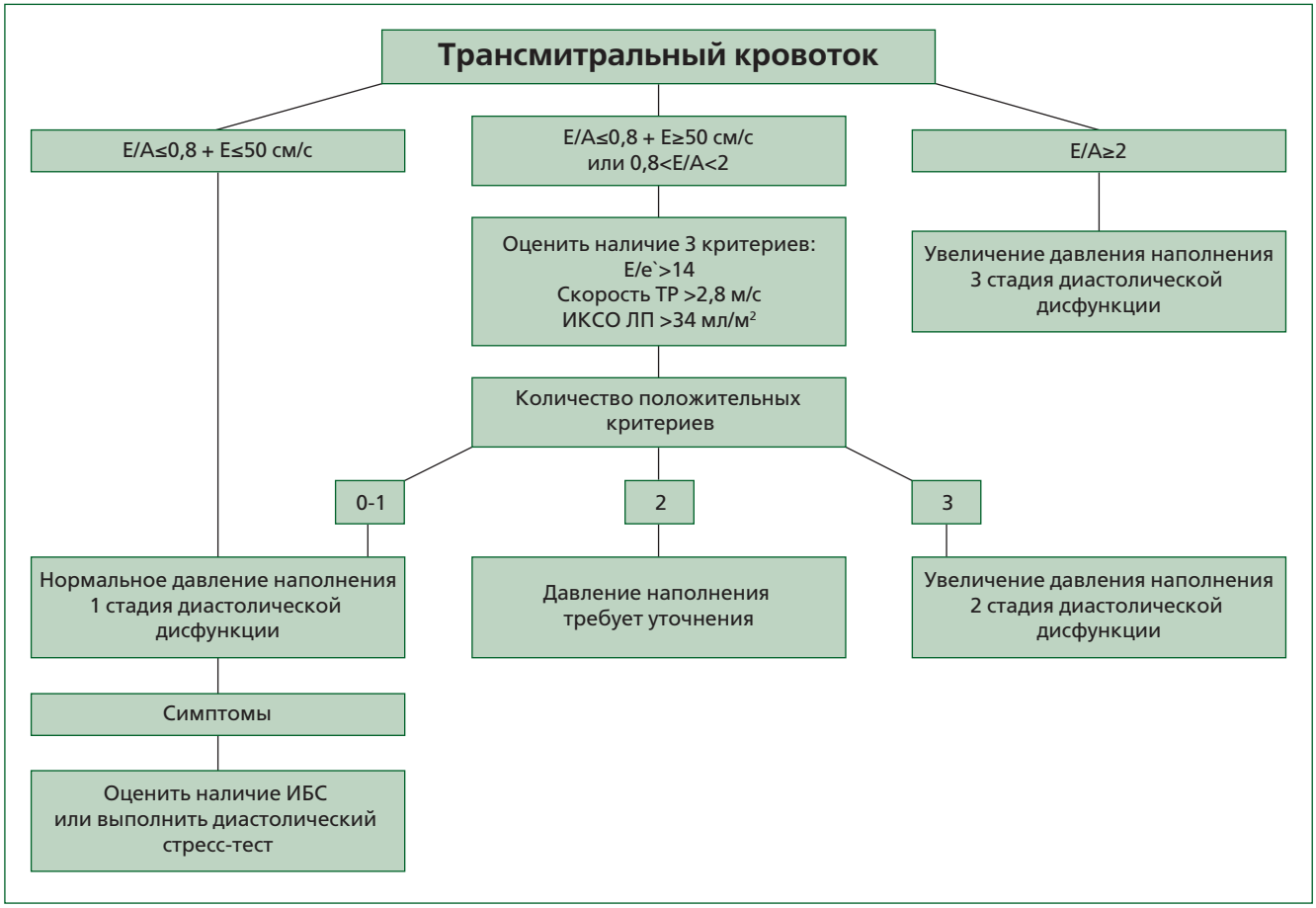


Рис. 6. Алгоритм оценки диастолической дисфункции [6].
Сокращения: ИБС — ишемическая болезнь сердца, ИКСО — индексированный конечно-систолический объем, ЛП — левое предсердие, ТР — трикуспидальная регургитация.

го митрального кольца (e'септальный) <7 см/с. (рисунок 5). Критерии, рекомендованные в международных рекомендациях для диагностики диастолической дисфункции, — это индекс объема ЛП >34 мл/ м^2, скорости ТР >2,8 м/с, E/e' >14 [6].

Диастолическая функция ЛЖ является нормальной, если более половины доступных переменных не соответствуют патологическим значениям. Диастолическая дисфункция ЛЖ диагностируется, если более половины доступных параметров соответствуют этим значениям. Исследование неубедительно, если половина параметров не соответствует заявленным критериям (рисунок 6). Использование маркеров нарушения наполнения ЛЖ могло бы использоваться и в периоперационной профилактической медицине. К сожалению, пока, оценка параметров диастолического наполнения широко не используется ни врачами-интернистами, ни анестезиологами для оценки миокардиальной дисфункции в рутинной практике [7].

Алгоритм оценки градации диастолической дисфункции надежен для пациентов с синусовым ритмом, но у пациентов с ФП этот метод не является достоверным. Кроме того, важно подчеркнуть, что у пациентов с кальцинозом митрального кольца, митральным стенозом или митральной регургитацией более чем умеренной степени тяжести, ресинхронизирующими устройствами, блокадами ветвей пучка Гиса этот подход не следует применять из-за неточности соотношения митрального E/e'. В последние годы регулярно обновляются рекомендательные документы, в которых предлагается принципиально новый алгоритм ЭхоКГ диагностики СНсФВ [6, 7]. Эти рекомендации дают очень важные разъяснения по особенностям ЭхоКГ диагностики СНсФВ, в частности, у пациентов с синусовым ритмом и при ФП. В этом документе впервые пошагово отражены критерии ЭхоКГ диагностики СНсФВ, что позволяет врачу, который проводит исследование, выполнить так называемый "сжатый экспертный протокол" — провести оценку параметров, необходимых для верификации СНсФВ. Согласно предложенной классификации, все критерии, в том числе и ЭхоКГ, делятся на

doi: 10.15829/ 3034-4123-2025-79

большие и малые. Гемодинамическим субстратом показателя e', ранней диастолической скорости движения митрального кольца, является релаксация ЛЖ [6]. Продольная скорость e' ЛЖ снижается с возрастом. У лиц в возрасте <75 лет нарушением митральной кольцевой скорости раннего диастолического (e') считаются: септальный e' <7 см/сек. или латеральный e' <10 см/сек. У лиц в возрасте >75 лет — септальный e' <5 см/сек. или латеральный e' <7 см/сек. Хочется подчеркнуть, что впервые в этом документе прозвучали новые пороговые значения для скоростей митрального кольца у лиц старшей возрастной категории. Отношение пиковой скорости митрального притока во время ранней диастолы (E) по данным импульсно-волновой допплерографии, к средней скорости септального и латерального митрального кольцевого раннего диастолического пика (e'), при импульсной тканевой допплерографии, отражает давление наполнения ЛЖ [6]. Митральный индекс E/e' коррелирует с жесткостью ЛЖ и степенью фиброза, а также менее зависит от возраста, чем e' [7]. На индекс E/e' мало влияют изменения объема, но на него влияет тяжесть гипертрофии ЛЖ. Критерии патологических изменений E/e' выглядят следующим образом: достоверное повышение давления наполнения ЛЖ- соотношение E/e' >15; вероятное повышение давления наполнения ЛЖ-соотношение E/e' >9.

Систолическое давление в легочной артерии (СДЛА) рассчитывается по модифицированному уравнению Бернулли как 4 пиковых скорости ТР плюс расчетное давление в правом предсердии (ПП). Повышенное СДЛА и снижение сократимости правого желудочка (ПЖ) являются важными предикторами смертности при СНсФВ [6]. Даже умеренное увеличение СДЛА может привести к усилению межжелудочкового взаимодействия, так как смещение МЖП влево препятствует наполнению ЛЖ. Скорость ТР >2,8 м/с указывает на увеличение СДЛА и является косвенным маркером диастолической дисфункции ЛЖ. Критерии патологических изменений следующие: пиковая скорость ТР >2,8 м/с или СДЛА >35 мм рт.ст.

2. УЗИ легких

УЗИ легких — это несложная, доступная, воспроизводимая полуколичественная оценка застоя в легких, которая вошла в алгоритмы ведения пациентов с ОДСН и отражена в актуальных клинических рекомендациях. Задачей этого исследования является оптимизация дифференциальной диагностики состояний, сопровождающихся дыхательной недостаточностью и респираторными симптомами, для выявления изменений в паренхиме легких и плевральных полостях [8]. УЗИ легких позволяет проводить дифференциальную диагностику состояний, сопровождающихся одышкой, определение тяжести/объема поражения легких, оценку динамики патологического процесса и прогноза. Трансторакальное УЗИ легких рекомендуется использовать у пациентов с ОДСН в ранние сроки после госпитализации для быстрого выявления признаков интерстициального отека и гидроторакса. УЗИ легких было внедрено в отделениях интенсивной терапии и неотложной помощи более 20 лет назад, в первую очередь как инструмент для обследования пациентов с одышкой, требующей дифференциальной диагностики. С тех пор оно приобрело популярность как быстрое, легкодоступное обследование "у постели больного", позволяющее врачам ответить на важнейшие клинические вопросы [8-14]. За последнее десятилетие кардиологическое сообщество признало потенциал УЗИ легких и расширило его использование для оказания помощи в диагностике и амбулаторном мониторинге лечения пациентов с СН.

Важность своевременного выявления застойных явлений в легких является крайне важной проблемой в ведении амбулаторных пациентов с СН. УЗИ легких — это универсальный, высокочувствительный метод для выявления деаэрации легких из-за увеличения количества внесосудистой жидкости. Данный метод сложно переоценить, когда он применяется комплексно, одним специалистом, в совокупности с исследованием сердца. Этот подход позволяет определить этиологию СН путем оценки структуры и функции сердца с помощью ЭхоКГ, а также оценки легочного застоя, проводимой с помощью УЗИ легких. Кроме того, это облегчает исключение других широко распространенных состояний, которые могут имитировать декомпенсацию СН или частично совпадать с ней, так как также связаны с повышение уровня внесосудистой жидкости в легких (например, пневмония) и позволяют быстро и достоверно исключить пневмоторакс.

Из всего спектра диагностических возможностей, которые предоставляет полный протокол УЗИ легких (протокол BLUE) в рутинную кардиологическую практику вошли два основных измерения. Это оценка наличия и выраженности застойных явлений в легких и определения размеров гидроторакса [12].

Методология УЗИ легких

УЗИ легких выполняется обычно конвексным, реже линейным датчиком, в B- и M-режимах, оптимальная глубина сканирования от 5 до 10 см. Датчик устанавливается перпендикулярно ребрам таким образом, чтобы УЗ окно обеспечивало обзор паренхимы легкого в межреберном промежутке [12, 13]. Исследование легких можно выпол-

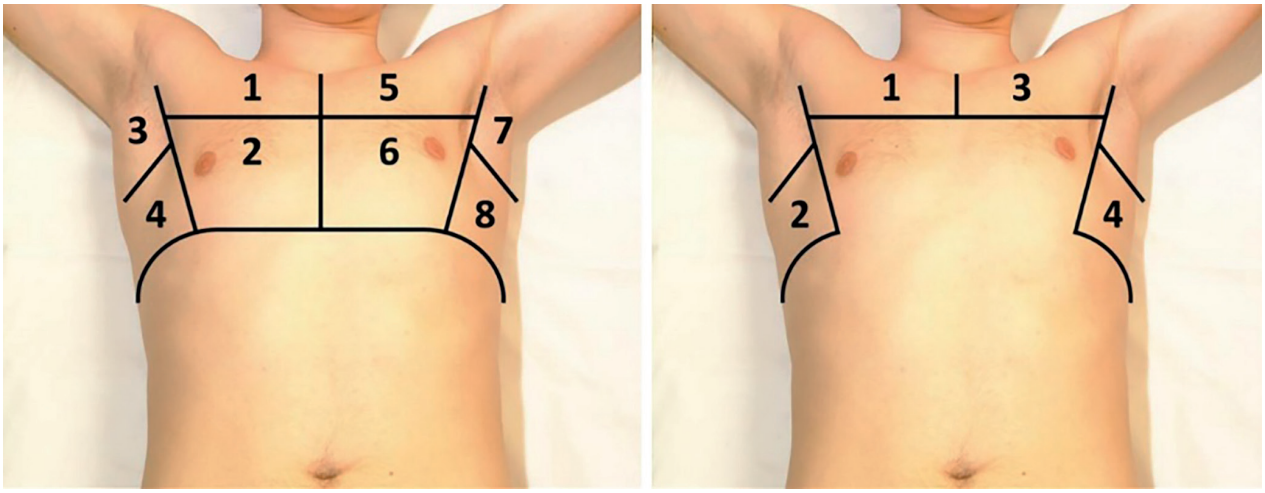


Рис. 7. Сектора сканирования при УЗИ легких: расширенный и сокращённый протокол.

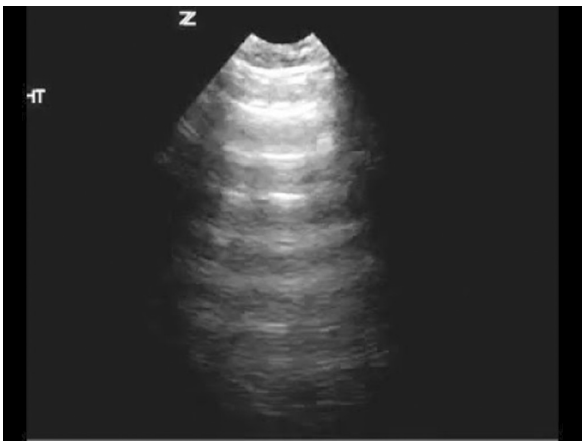


Рис. 8. А-линии.

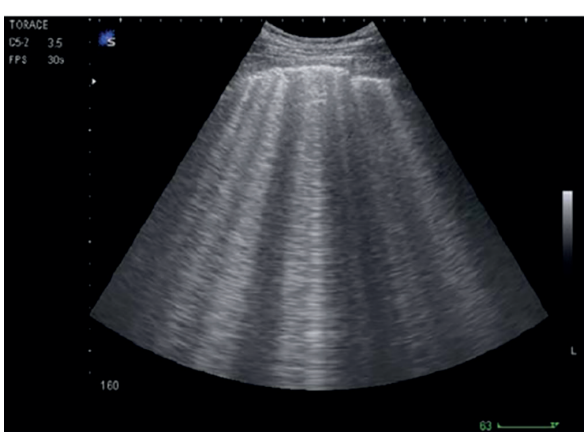


Рис. 9. В-линии.

нять также и секторным датчиком, что дает возможность включения сканирования по секторам в рамках УЗИ сердца, не переключаясь на другой датчик. Сканирование по секторам можно проводить как в положении сидя (предпочтительно), так и в положении лежа. Есть расширенный и сокращенный протокол. Датчик устанавливается в межреберный промежуток в указанном секторе (всего 8 секторов в расширенном и 4 сектора в сокращенном протоколе) (рисунок 7). Для выявления признаков застоя в малом круге кровообращения сканирование проводится до 10-15 секунд в каждом секторе с последующей интерпретацией данных.

В полностью аэрированном легком единственной анатомической структурой, которую можно визуализировать, является плевра, которая выглядит как гладкая гиперэхогенная горизонтальная линия, движущаяся синхронно с дыханием. Эта линия называется "плевральной линией", и ее движение называется "скольжением легких", обеспечивая визуальную оценку экскурсии легких во время вентиляции. УЗ картина аэрированного легкого также включает параллельные гиперэхогенные горизонтальные линии, которые можно увидеть через равные промежутки времени от плевральной линии (А — линии) (рисунок 8). Когда содержание воздуха в легких уменьшается, а плотность легких увеличивается, появляются артефакты вертикальной реверберации (В-линии) (рисунок 9). В-линии начинаются от плевральной полости и движутся синхронно с дыханием, имеют форму "хвостов комет", простираются к нижней части сектора и присутствуют у пациентов с застойными явлениями в малом круге кровообращения, где увеличение числа визуализируемых В-линий связано с увели-

doi: 10.15829/ 3034-4123-2025-79

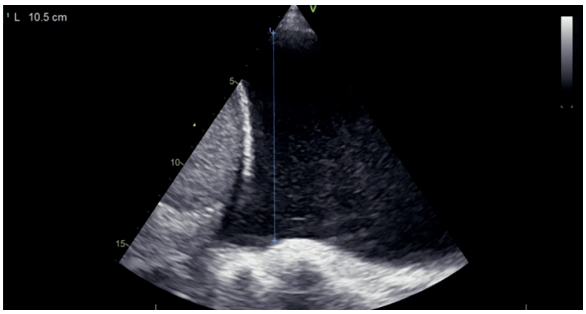


Рис. 10. УЗ картина гидроторакса.

чением количества внесосудистой воды в легких. Интерпретация исследования в зависимости от количества В линий в одном сегменте:

- 1-2 линии: норма;
- 2-5 линии: интерстициальный легочный синдром;
- более 5 линий — отек.

Типичной УЗ картиной у пациента с декомпенсацией СН наличие "множественных" (по крайней мере, трех В-линий в одном секторе), "диффузных" (по крайней мере, два вовлеченных симметричных сектора) и "двусторонних" В-линий. Чаще встречается в зонах, зависимых от гравитации (нижние отделы), однако, распространение на верхние отделы говорить о более выраженном интерстициальном синдроме.

Важно отличать этот паттерн от наличия единичных точечных В-линий, особенно расположенных у основания легких, которые можно увидеть даже у здоровых людей и которые, следовательно, не квалифицируются как "множественные", "диффузные" или "двусторонние". Также необходимо помнить, что В-паттерн встречается при широком спектре заболеваний, часто не связанных с кардиальной патологий, таких как пневмония, острый респираторный дистресс-синдром, травма легкого [12-14]. Таким образом крайне важно оценивать данный симптом в совокупности с остальными клиническими данными, особенно с показателями ЭхоКГ, свидетельствующими о повышении давления в левых отделах сердца. Также, важно помнить, что застойные явления в легких разрешаются дольше, чем требуется для снижения давления в малом круге кровообращения, и вы можете увидеть В-линии у пациента с отсутствием в момент исследования признаков повышения давления в левых отделах сердца, это часто встречается у пациентов с декомпенсацией СН на фоне гипертонического криза или ишемии миокарда, то есть состояниях когда повышение давления в левых отделах сердца было транзиторным и которые до этого находились в состоянии эуволемии, что обычно сопровождается нерасширенной, коллабирующей при дыхании нижней полой вены (НПВ) [14]. Важно отметить, что отсутствие существенного легочного застоя при УЗИ не исключает декомпенсации СН, особенно у больных с ожирением или изолированной правосторонней СН, поэтому важно не забывать оценивать и венозный застой (см. раздел УЗ оценка венозного застоя).

Оценка плеврального выпота

Плевральный выпот можно легко обнаружить с помощью УЗИ, поместив датчик (обычно используется кардиологический или конвексный) на поверхность грудной стенки в межреберном промежутке. Он отображается в виде анэхогенного пространства над диафрагмой (рисунок 10). Плевральный выпот рекомендуется сначала искать в зависимых от гравитации зонах, то есть на боковой и задней стенках грудной клетки. УЗИ является более чувствительным методом выявления плеврального выпота, чем рентгенография грудной клетки, и позволяет определять объем плеврального выпота и отслеживать его эволюцию на фоне терапии. УЗИ также может предоставить информацию о его вероятной природе и может помочь определить оптимальное место для проведения торакоцентеза [15].

Объем плеврального выпота на УЗИ можно оценить количественно или качественно. Качественные оценки классифицируют выпот как малый (до 500 мл) умеренный (500-1200 мл) или массивный (более 1200 мл), тогда как количественный подход предполагает использование различных формул. Мы в своей практике используем формулу Balik, хорошо зарекомендовавшую себя в клинической практике:

Условия:

◇ положение пациента на спине с минимальным поворотом тела на бок в противоположную сторону;

◇ установка датчика поперечно по задней подмышечной линии;

◇ измерение Sep. (сепарации) в средней части появившегося анэхогенного серпа;

◇ подставляем полученное значение сепарации листков плевры (в мм) в формулу
Vol.ml=Sep.(mm)x20

◇ пример: 10 мм (сепарация) х 20 =200 мл выпот.

УЗИ легких — это экспресс-метод, который занимает <5 мин или вообще представляется собой часть ЭхоКГ исследования, не подвергает больных облучению и поэтому может проводится столько раз, сколько это необходимо для данного больного за время госпитализации [16].

Согласно современным данным, среди пациентов, госпитализированных с остро возникшей одышкой, УЗИ легких продемонстрировал высокую точность диагностики застоя в малом круге кровообращения с чувствительностью 94-97% и специфичностью 97% что, как было показано, превосходит как клиническую оценку (т.е. сбор анамнеза, физикальный осмотр, ЭКГ и анализ газов артериальной крови), так и рентгенографию грудной клетки. Метод представляется перспективным в рамках диспансерного наблюдения, контроля приверженности к терапии, профилактике декомпенсации и повторных госпитализаций пациентов с СН.

3. УЗ оценка венозного застоя (Протокол VExUS)

Дисфункция органов на фоне венозного застоя является одним из факторов, приводящих к неблагоприятным исходам у пациентов с ОДСН. Хотя УЗ оценка легких, о которой шла речь в предыдущем разделе позволяется выявить застойные явления как по малому кругу кровообращения (B-линии), а также по большому кругу кровообращения (гидроторакс), однако, для более точной оценки венозного застоя по большому кругу кровообращения был предложен протокол VExUS, позволяющий объективно оценить наличие и выраженность застойных явлений путем последовательной оценки диаметра НПВ по УЗИ, допплерографии печеночной вены (ПВ) и воротной вены (ВВ), а также почечного кровотока [9].

Венозный застой, часто связанный с повышением давления в ПП, представляет собой клиническую проблему из-за разнообразия его проявлений и потенциальной полиорганной недостаточности. Распознать проявления венозного застоя с помощью физикального осмотра или лабораторных исследований может быть непросто. УЗ-ассистированный осмотр становится ценным инструментом для оценки венозного застоя, а метод УЗИ венозного застоя (VExUS) приобретает всё большую популярность. VExUS позволяет неинвазивно количественно оценить венозный застой, измеряя размер НПВ и проводя допплерографию ПВ, ВВ и внутрипочечных вен. Таким образом, можно в режиме реального времени получить представление о состоянии гемодинамики и скорректировать терапевтические вмешательства.

Повышенное давление в ПП является основным гемодинамическим фактором, влияющим на развитие системной венозной гипертензии [17-19]. Когда сердце не справляется с перегрузкой объемом или давлением, венозная система принимает на себя бремя повышенного давления в ПП, что приводит к её расширению и изменениям кровотока, которые можно обнаружить с помощью допплерографии [20-23]. Повышенное давление в ПП также препятствует лимфодренажу, что ещё больше усугубляет застойные явления в тканях. Увеличивая постнагрузку на органы, эта последовательность событий может привести к негативным последствиям, включая гемодинамическое острое повреждение почек, застойную гепатопатию, застойные явления в кишечнике, интерстициальный отёк и делирий [24-31]. Физикальный осмотр часто не позволяет достоверно оценить степень застойных явлений [32-34]. В этом случае полезным может оказаться использование УЗ-ассистированного осмотра для оценки гемодинамики. Он становится незаменимым инструментом в современной медицинской практике [35].

Хотя венозный застой часто упрощенно представляют как следствие повышенного давления в ПП, на самом деле он является результатом сложного взаимодействия таких факторов, как эластичность вен, объем циркулирующей крови, венозный возврат, зависящий от среднего системного давления наполнения, а также эластичность и функция ПП и ПЖ [17, 18]. Таким образом, для диагностики застоя и эффективного лечения необходимо всесторонне оценить параметры гемодинамики, а не полагаться только на показатели давления в ПП. VExUS начинается с измерения диаметра НПВ, исходя из предположения, что НПВ расширяется при повышенном давлении в системе лёгочной артерии. Это повышенное давление впоследствии передаётся на системные вены, что приводит к изменению кровотока. При расширении НПВ проводится УЗ допплерография мезенхимальных (ПВ и ВВ) и почечных (внутрипочечных вен) сосудов [35]. Завышенные показатели VExUS связаны с дисфункцией органов, вероятно, из-за снижения перфузионного давления в условиях повышенного центрального венозного давления. Было доказано, что снижение перфузионного давления, которое в общих чертах определяется как разница между средним артериальным давлением и центральным венозным давлением, связано с повышенным риском повреждения органов [36]. Кроме того, VExUS не только позволяет неинвазивно количественно оценить венозный застой, но и дает возможность в режиме реального времени отслеживать изменения в процессе лечения [37-39].

Для выявления признаков венозного застоя используется 4-х шаговая схема оценки в рамках протокола VExUS. Интерпретация полученных результатов позволяет выявить признаки перегрузки объемом по большому кругу кровообращения и своевременно скорректировать диуретическую терапию на амбулаторном этапе [33]. VExUS оказывается полезным при подозрении на перегрузку объемом, СН, гемодинамическое острое повреждe-

doi: 10.15829/ 3034-4123-2025-79

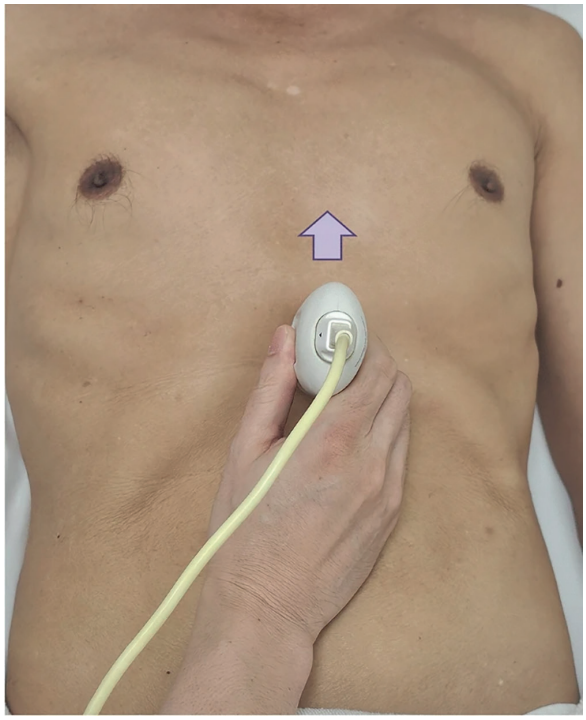


Рис. 11. Субкостальный доступ для визуализации НПВ в рамках первого шага протокола VExUS.

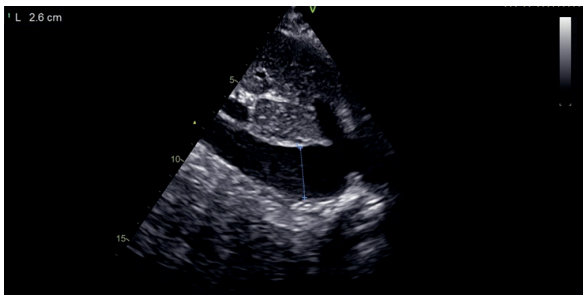


Рис. 12. Оптимальное место для измерения НПВ на продольном срезе находится на 2 см ниже места соединения правой верхней полой вены с НПВ или примерно на 1 см ниже места соединения НПВ с ПВ.

ние почек, шоковые состояния или необъяснимую гипотензию в различных медицинских учреждениях, таких как отделения интенсивной терапии, стационары и амбулаторные отделения [35-38]. Важно подчеркнуть, что, хотя VExUS позволяет получить ценную информацию о состоянии гемодинамики, он не должен заменять тщательный сбор анамнеза и традиционные методы физического обследования, такие как оценка времени наполнения капилляров или исследование вен шеи [39]. Вместо этого его следует использовать в клиническом контексте для улучшения ухода за пациентами и принятия обоснованных решений о лечении.

Оборудование

Для VExUS требуется УЗ система с двухмерной визуализацией и функцией допплерографии, в частности цветной и импульсно-волновой допплерографии. Для этой цели подходит как секторный, так и конвексный датчик, хотя в зависимости от телосложения пациента может потребоваться использование разных типов датчиков. Например, по нашему опыту, конвексный датчик более эффективен для регистрации потоков при проведении допплерографии почек у пациентов в критическом состоянии. Рекомендуется подключить к аппарату модуль ЭКГ для одновременной записи ЭКГ и допплерограммы, чтобы облегчить их интерпретацию. Хотя можно использовать портативные УЗ аппараты, качество изображения в них может быть разным, поэтому при наличии ресурсов рекомендуется выбирать устройства высокого класса. Кроме того, портативные УЗ аппараты обычно не поддерживают ЭКГ. Как и при любом УЗИ, должны быть в наличии гель и перчатки.

Шаг 1: Нижняя полая вена.

Первым этапом VExUS является оценка максимального диаметра НПВ по короткой оси. Расположите датчик на 1-2 см ниже мечевидного отростка так, чтобы маркер ориентации датчика ("риска") находился на отметке "3 часа", и визуализируйте НПВ по её короткой оси через печень как акустическое окно (рисунок 11). Придвиньте датчик ближе к мечевидному отростку, если обзор затруднён из-за газов в кишечнике. Перейдите к виду по продольной оси, наклонив датчик вправо от пациента, чтобы сместить НПВ в центр, затем поверните датчик против часовой стрелки на 90 градусов от 3 до 12 ч. Такое вращение позволяет визуализировать длинную ось НПВ. Некоторые пользователи предпочитают сначала визуализировать длинную ось, и это допустимо. При измерении диаметра НПВ выберите место на 2 см ниже соединения ПП с НПВ (рисунок 12). Не используйте М-режим для измерений, так как в этом случае сложно контролировать положение курсора М-режима на протяжении всей фазы дыхания [36]. Так, индикатором гиповолемии считается переднезадний размер НПВ <1,5 см, вена при этом спадается более чем на 50% от своего исходного диаметра. Критерий гиперволемии: НПВ диаметром >2,0 см. Оценка волемического статуса возможна на основе индекса коллабирования НПВ, который рассчитывается как отношение разницы максимального размера НПВ на выдохе и минимального размера на вдохе к максимальному размеру НПВ, выраженная в процентах. Значения ин-

декса коллабирования НПВ 40% и менее — признак гиперволемии, 41-75% — эуволемии, >75% — гиповолемии.

При VExUS максимальный размер НПВ, меньший или равный 2 см, соответствует VExUS 0 степени (grade 0), что указывает на отсутствие системного застоя [8, 33].

Потенциальные сложности

НПВ можно спутать с расположенной рядом аортой. Чтобы дифференцировать брюшную аорту, обратите внимание на её расположение слева, отдельно от печени и наличие передних ветвей вне печени (таких как чревные и верхние брыжеечные артерии). Важно отметить, что для определения

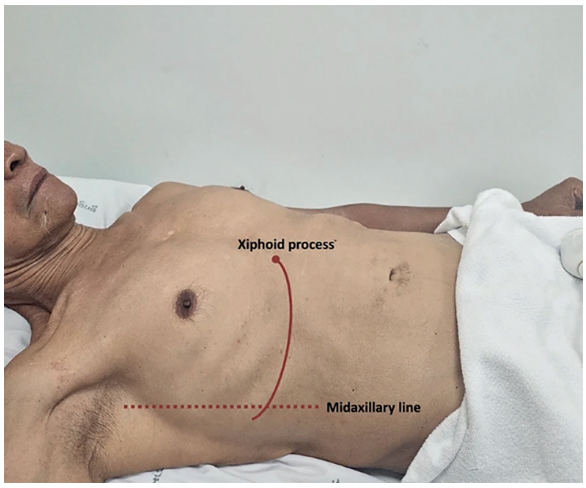


Рис. 13. Точка для среднеподмышечного доступа для визуализации ПВ, ВВ и почечной вен в рамках второго–четвертого шагов протокола VExUS.

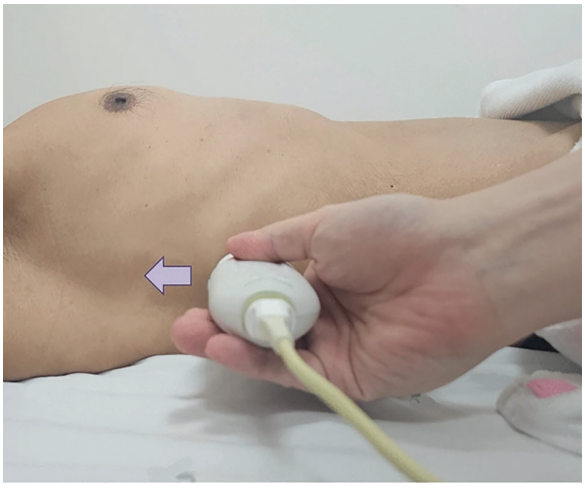


Рис. 14. Направление курсора датчика в среднеподмышечном доступе для визуализации ПВ и ВВ в рамках второго–третьего шагов протокола VExUS.

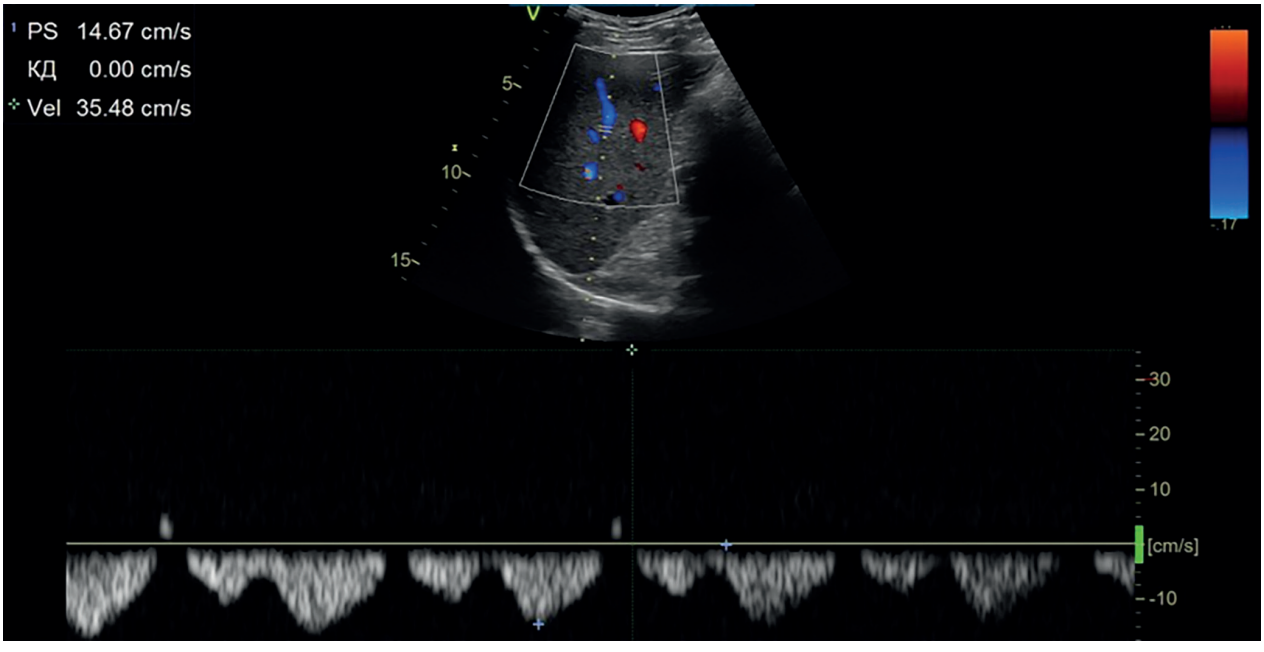


Рис. 15. Оценка кровотока в ПВ в рамках второго шага протокола VExUS с помощью цветного допплеровского картирования.

doi: 10.15829/ 3034-4123-2025-79

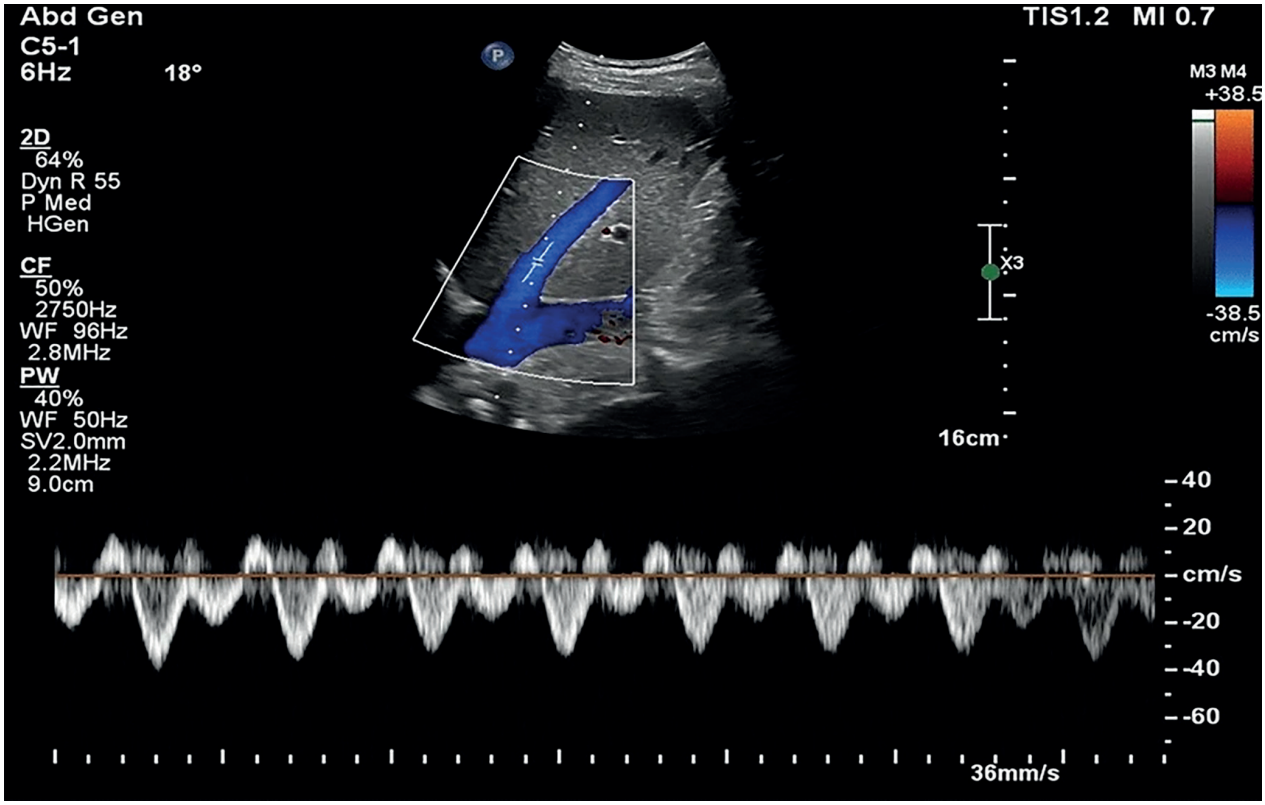


Рис. 16. Оценка кровотока в ПВ в рамках второго шага протокола VExUS импульсно-волновым допплером.

различий этих сосудов не следует полагаться только на пульсацию, так как НПВ может пульсировать при гипердинамических состояниях и ТР, иногда сильнее, чем аорта. Расширение НПВ может наблюдаться у спортсменов, тренирующихся на выносливость, без повышения давления ПП. Визуализация НПВ только в продольной оси может привести к эффекту цилиндра, когда двумерный УЗ луч пересекает трёхмерный сосуд по его периферии, а не в центре, что приводит к неточным измерениям диаметра. Визуализация НПВ исключительно в короткой оси может привести к ошибкам, например к путанице с соседним ПП или невозможности точно измерить расстояние от ПП и определить место для измерения.

Шаг 2: Печеночная вена.

Расположите датчик на 1-2 см ниже мечевидного отростка так, чтобы маркер на датчике был направлен на 12 ч (рисунок 13). Точка пересечения воображаемой линии, идущей от мечевидного отростка к срединно-подмышечной линии, позволяет визуализировать ПВ в коронарной проекции. Расположите датчик на пересечении воображаемой линии, идущей от мечевидного отростка к срединно-подмышечной линии, ориентируя маркер направления на правую подмышечную впадину пациента (стрелка), чтобы визуализировать ПВ (рисунок 14). Если возникают трудности с визуализацией ПВ, ее можно обнаружить с помощью цветного допплеровского картирования. В нормальном состоянии наличие потока синего цвета указывает на то, что кровь движется от ПВ к датчику и далее в НПВ. Включите режим импульсно-волновой допплерографии и поместите контрольный объем в ПВ на расстоянии не менее 1-2 см от места соединения ПВ с НПВ. Изучите форму волны в ПВ (рисунок 15). При оценке допплеровского спектра можно увидеть 2 фазы — систолическую (S) и диастолическую (D), измерять их скорость не нужно, в последующем будет важно их соотношение. Форма волны в ПВ состоит из двух положительных ретроградных волн (волны A и V) и двух отрицательных антеградных волн (волны S и D), указывающих на движение крови от сердца и к сердцу соответственно (рисунки 16-21). Одновременная регистрация ЭКГ помогает идентифицировать каждую волну: волна A соответствует зубцу P на ЭКГ, волна S совпадает с комплексом QRS, волна V возникает в конце систолы, а волна D — после зубца T (рисунок 17).

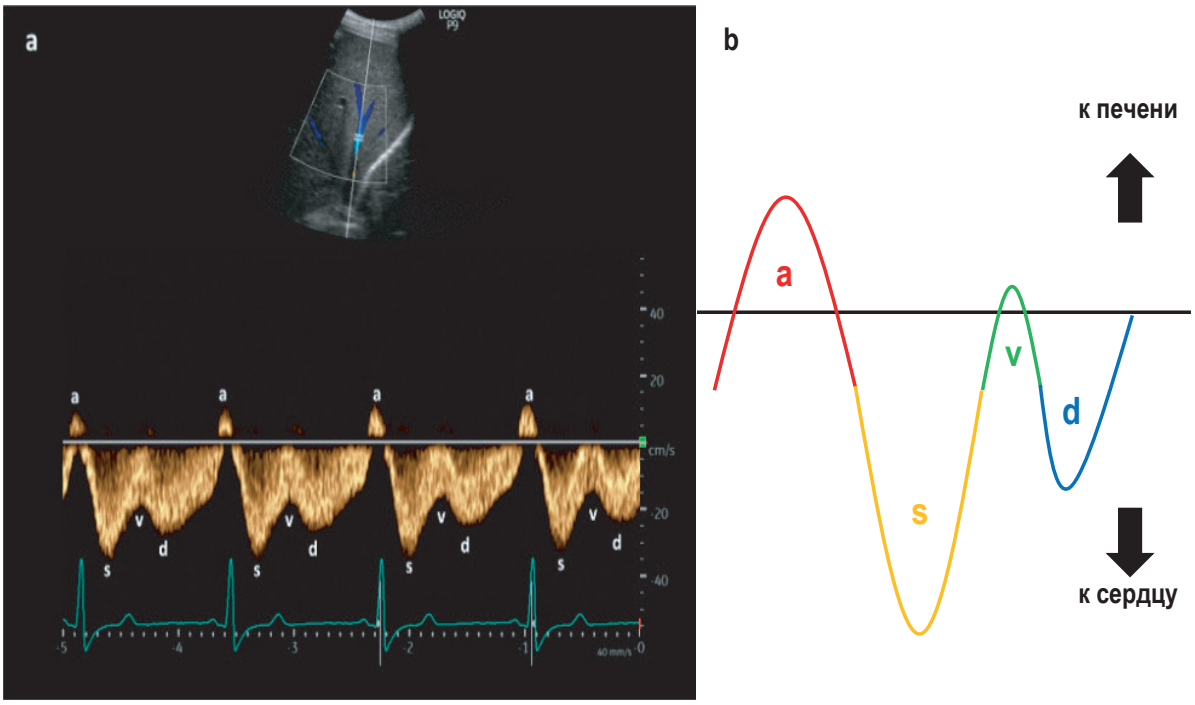


Рис. 17. Интерпретация импульсно-волнового допплеровского спектра в рамках второго шага протокола VExUS.

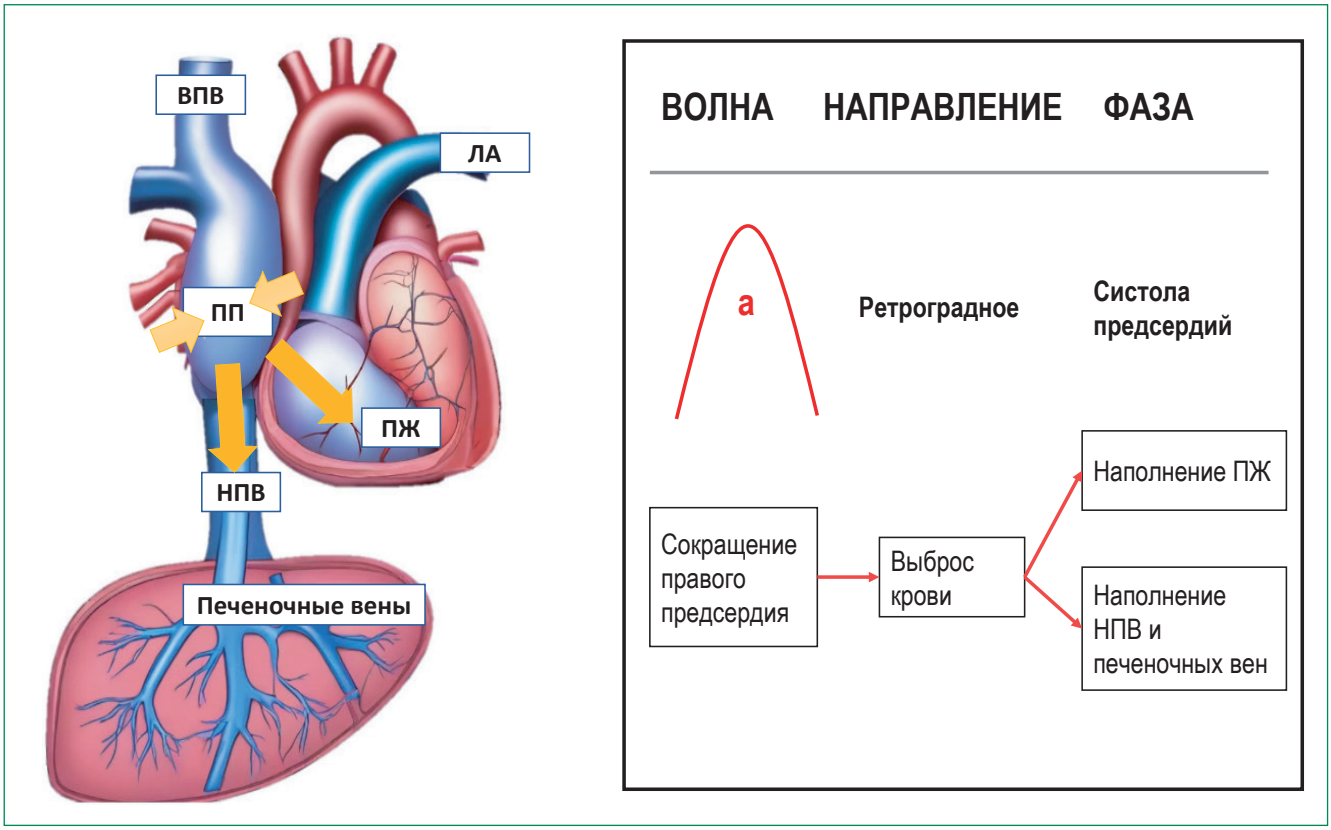


Рис. 18. Волна А возникает при сокращении ПП во время систолы предсердий, что приводит к повышению давления в ПП и оттоку крови обратно к печени.
Сокращения: ВПВ — верхняя полая вена, ЛА — легочная артерия, ЛЖ — левый желудочек, НПВ — нижняя полая вена, ПЖ — правый желудочек, ПП — правое предсердие.

doi: 10.15829/ 3034-4123-2025-79

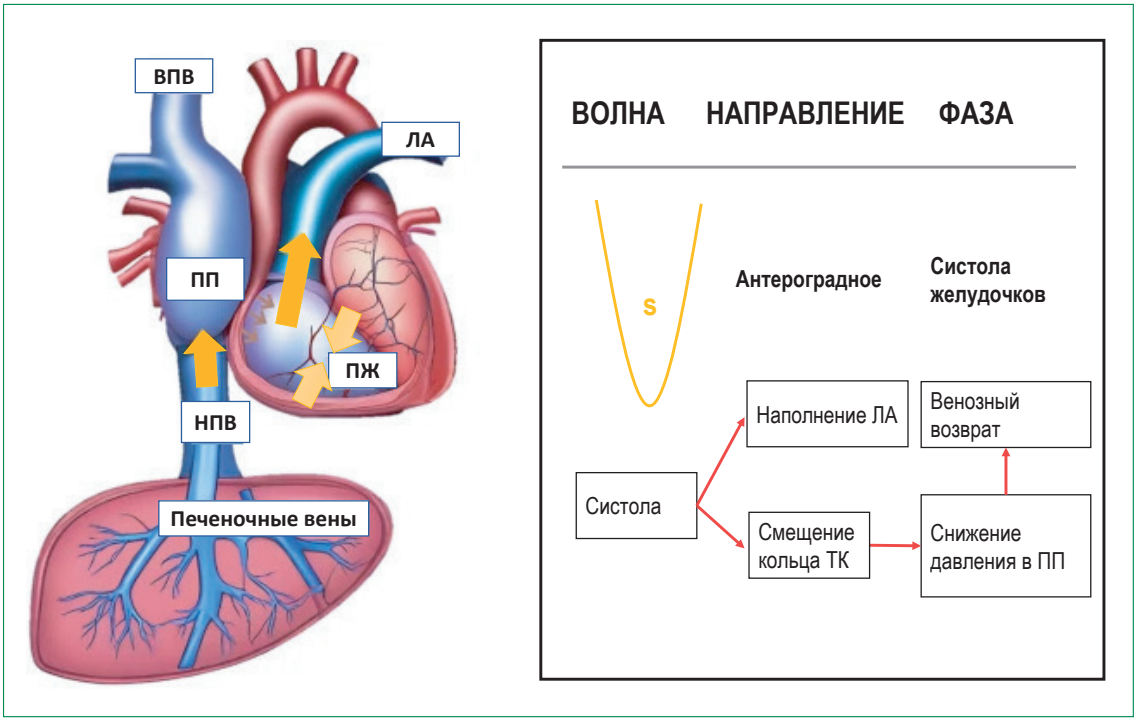


Рис. 19. Волна S возникает во время систолы желудочков, когда фиброзное кольцо трёхстворчатого клапана движется к верхушке желудочка, заставляя кровь поступать из верхней полой вены в НПВ и ПП, что приводит к возникновению антероградного кровотока и волны S.
Сокращения: ВПВ — верхняя полая вена, ЛА — легочная артерия, НПВ — нижняя полая вена, ПЖ — правый желудочек, ПП — правое предсердие, ТК — трикуспидальный клапан.

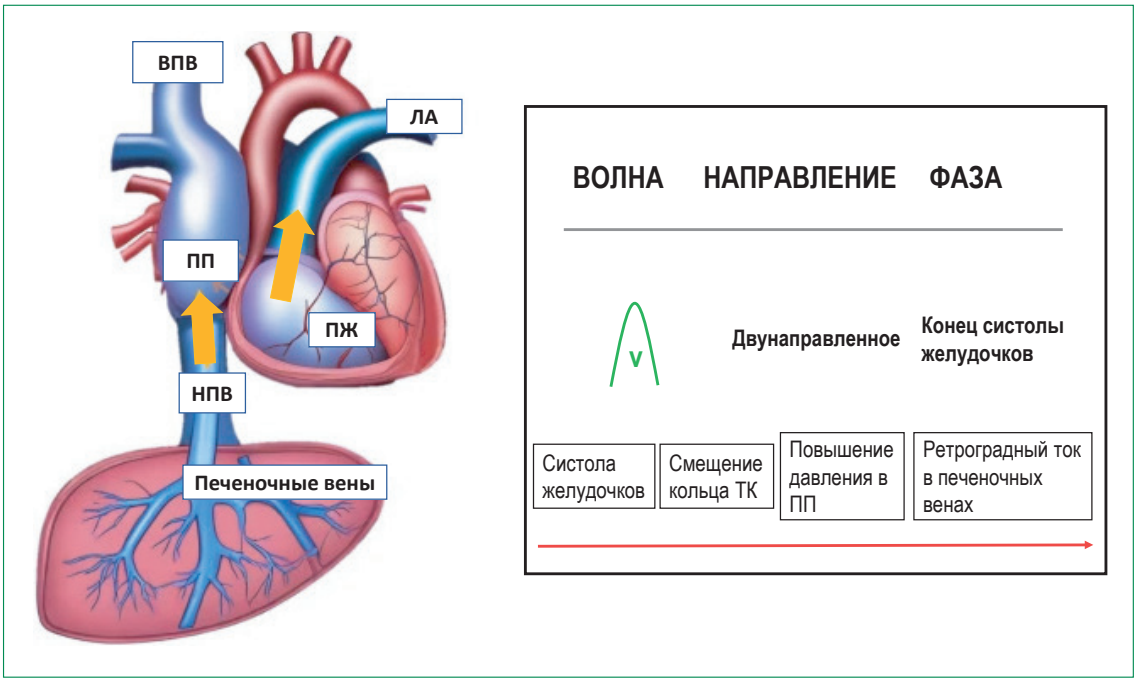


Рис. 20. Волна V, появляющаяся в конце систолы желудочков, представляет собой переходную фазу, когда фиброзное кольцо трикуспидального клапана возвращается в исходное положение, вызывая ретроградную волну, которая может проявляться как выше, так и ниже базовой линии.
Сокращения: ВПВ — верхняя полая вена, ЛА — легочная артерия, НПВ — нижняя полая вена, ПЖ — правый желудочек, ПП — правое предсердие, ТК — трикуспидальный клапан.

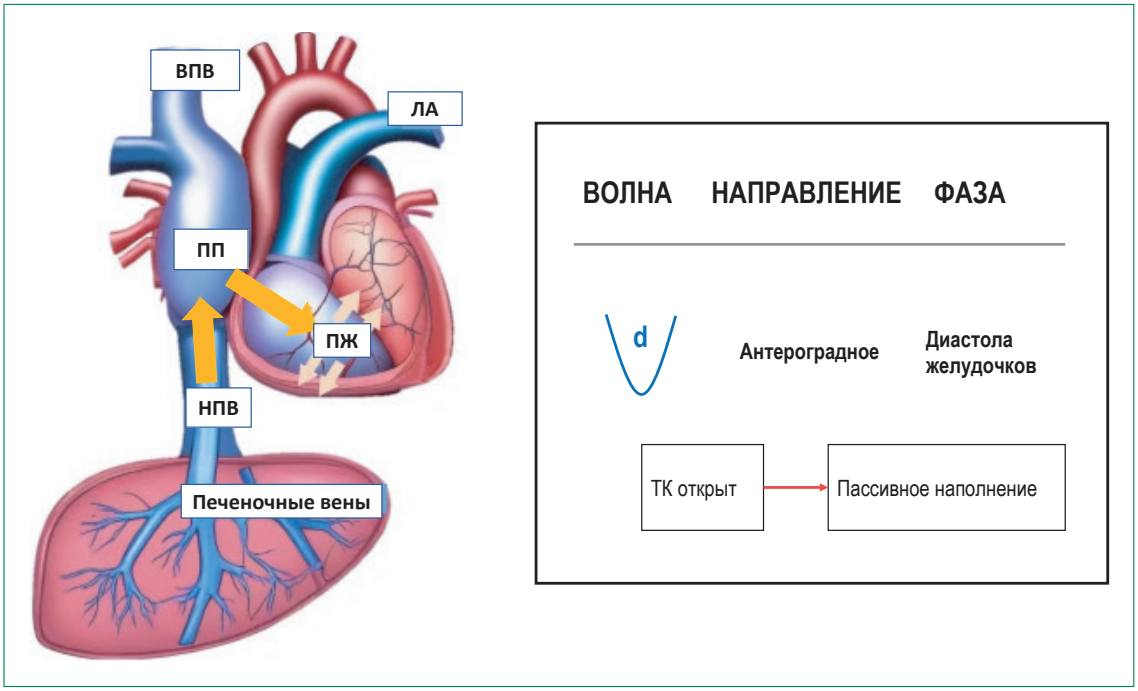


Рис. 21. Волна D возникает во время диастолы желудочков, когда открывается трёхстворчатый клапан, позволяя крови поступать из печёночной вены в НПВ и, в конечном счёте, в ПП, что приводит к возникновению антероградного тока и волны D.

Сокращения: ВПВ — верхняя полая вена, ЛА — легочная артерия, НПВ — нижняя полая вена, ПЖ — правый желудочек, ПП — правое предсердие, ТК — трикуспидальный клапан.

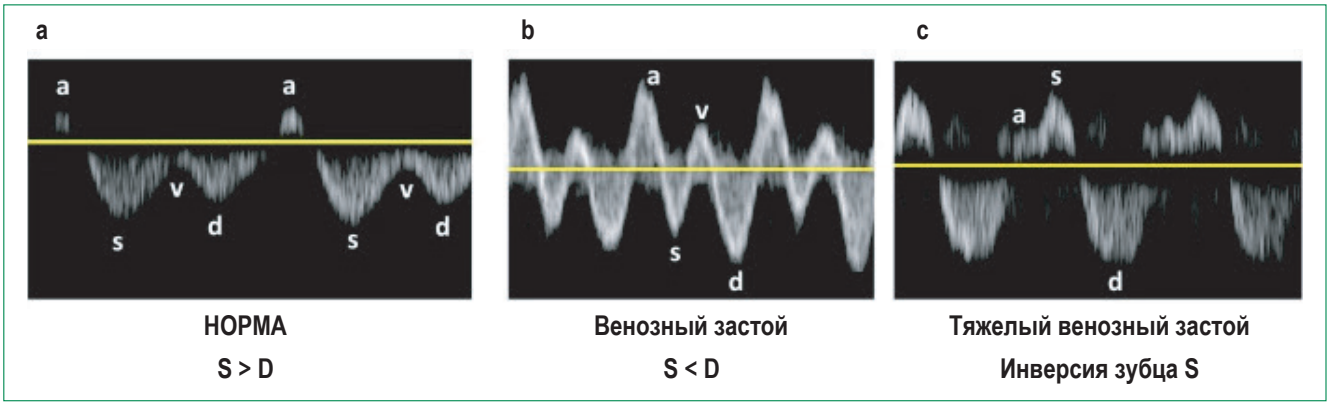


Рис. 22. В норме амплитуда зубца S превышает амплитуду зубца D. По мере повышения давления в ПП в сочетании с дисфункцией ПЖ и ТР при венозном застое легкой и средней степени тяжести амплитуда зубца S уменьшается и становится меньше амплитуды зубца D, а с при выраженном венозном застое зубец S меняет свое положение и поднимается выше изолинии, в то время как только зубец D остается ниже изолинии.

Волна S возникает во время систолы желудочков, когда фиброзное кольцо трёхстворчатого клапана движется к верхушке желудочка, заставляя кровь поступать из верхней полой вены в НПВ и ПП, что приводит к возникновению антероградного кровотока и волны S.

Обычно амплитуда S-волны больше, чем у D-волны. По мере увеличения частоты сердечных сокращений наряду с дисфункцией ПЖ и ТР амплитуда зубца S уменьшается и может даже измениться на противоположную, располагаясь выше базовой линии, оставляя только зубец D ниже базовой линии (рисунок 22).

Потенциальные трудности

- ФП может привести к отсутствию зубца А и уменьшению зубца S (S <D) без увеличения частоты сердечных сокращений. Другие нарушения ритма, такие как удлиненный интервал PR, могут

doi: 10.15829/ 3034-4123-2025-79

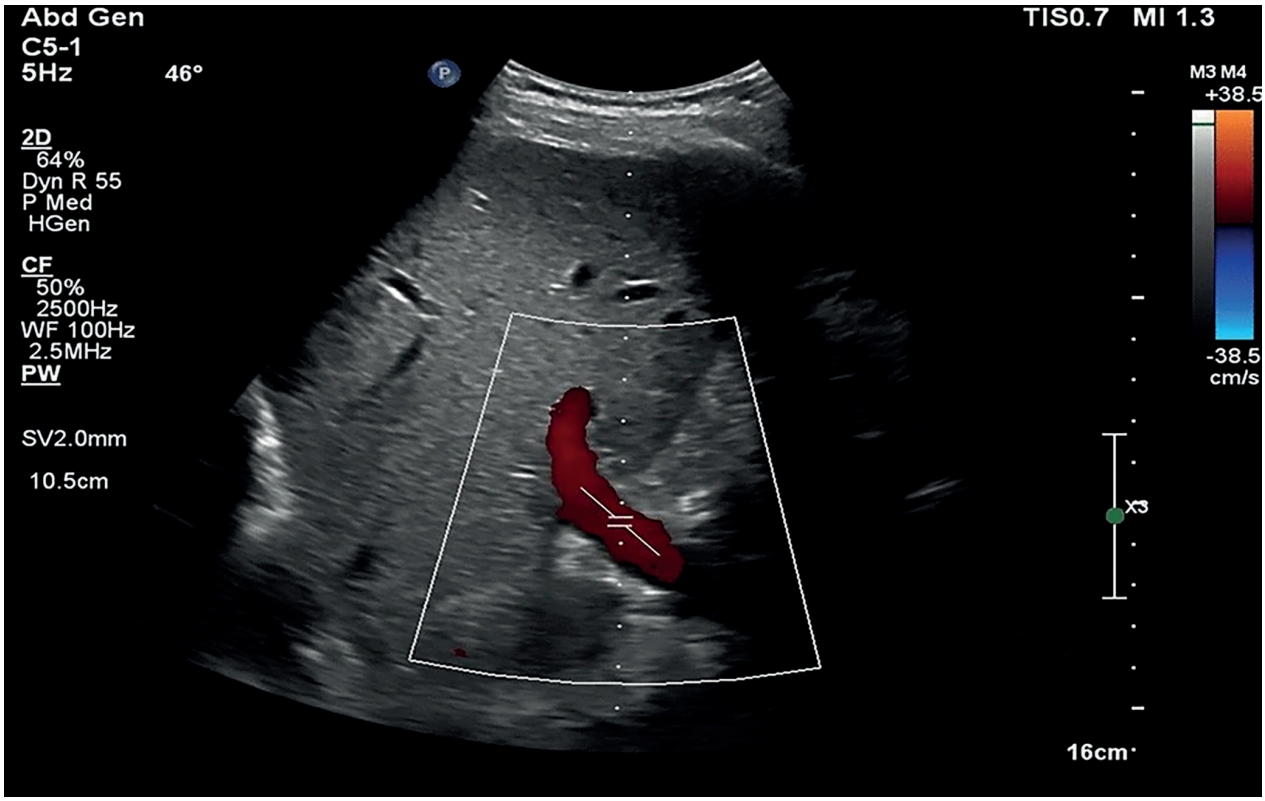


Рис. 23. Оценка кровотока в ВВ методом цветного допплеровского картирования.

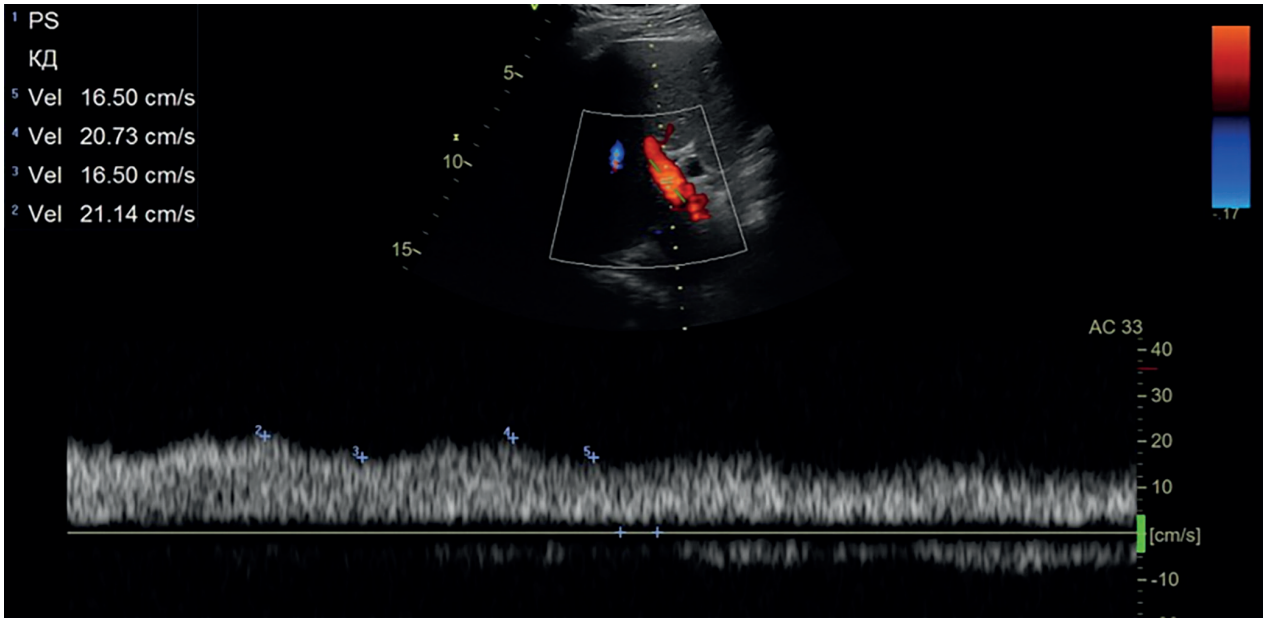


Рис. 24. Оценка кровотока в ВВ методом импульсно-волнового допплеровского исследования.

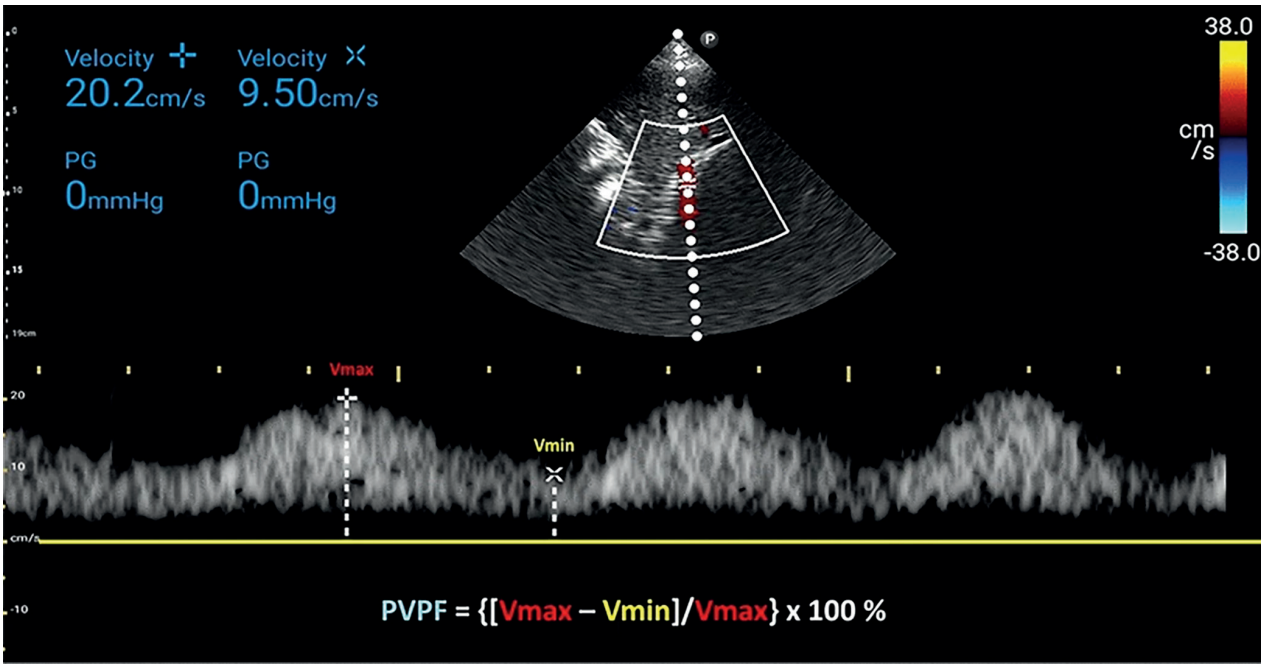


Рис. 25. Расчёт ФПВВ.
Сокращения: Vmax — максимальная скорость, Vmin — минимальная скорость.

приводить к ошибкам в интерпретации без синхронизации с ЭКГ.

- При таких заболеваниях, как цирроз печени и жировая инфильтрация, форма волны в ПВ может быть сглаженной, а сердечная фаза может отсутствовать.
- В случаях выраженной клапанной ТР может наблюдаться стойкое инвертирование зубца S, которое не проходит при коррекции гиперволемии. Важно отметить, что, хотя этот признак указывает на венозный застой и может быть связан с поражением органов, подверженных застою, он не может служить эффективным ориентиром для диуретической терапии и оценки волемического статуса.

Шаг 3: Воротная вена.

Расположите датчик в той же области, что и при регистрации формы волны в ПВ (рисунки 13, 14). Слегка сдвиньте его в каудальном направлении, чтобы увидеть печень и прилегающую к ней правую почку. Перемещайте датчик по передней части живота пациента, чтобы обнаружить ВВ. Если вам сложно определить расположение ВВ, воспользуйтесь методом визуализации цветового потока, чтобы точно определить её положение. В нормальном состоянии наблюдается непрерывный красный поток, указывающий на движение крови к датчику (рисунок 23).

Включите функцию импульсно-волновой допплерографии и поместите контрольный объем над главной ВВ для визуализации формы сигнала (рисунок 24). Уменьшите шкалу допплерографии, чтобы увеличить амплитуду сигнала и повысить точность расчета фракции пульсации ВВ (ФПВВ).

Измерение кровотока в ВВ проводится аналогично ПВ, для облегчения нахождения ВВ при УЗ исследовании следует помнить, что кровоток в ней направлен в противоположную сторону от ПВ и, следовательно, будет окрашиваться другим цветом при цветовой допплерографии. При оценке кровотока в ВВ в рамках протокола VExUS нужно измерить скорость кровотока в систолу и диастолу и определить их соотношение (преобладает систолический S или диастолический D поток) (рисунки 25, 26). Форма сигнала портальной вены обычно представляет собой непрерывную кривую с ограниченной пульсацией. Нормальная фракция пульсации портальной вены ((Vmax — Vmin)/Vmax ×100%) составляет <30% (рисунок 25).

Потенциальные трудности

У людей с нормальным весом и у спортсменов может наблюдаться повышенный индекс пульсации в ВВ без одновременного повышения давления в ПП. У пациентов с циррозом печени и портальной гипертензией форма волны в ПВ может демонстрировать низкоскоростной непрерывный поток или, в тяжелых случаях, гепатофугальный поток, то есть полное изменение направления потока. Кроме того, из-за артериовенозных соединений может наблюдаться повышенное давле-

doi: 10.15829/ 3034-4123-2025-79

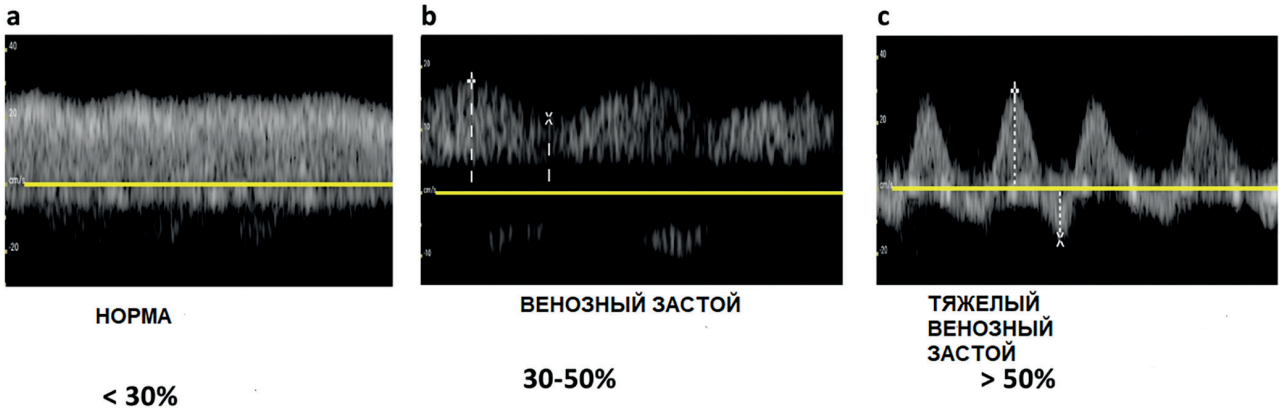


Рис. 26. Форма волны ПВ обычно представляет собой непрерывную кривую с ограниченной пульсацией и нормальным показателем ФПВВ (<30%). При венозном застое легкой или средней степени тяжести, характеризующемся повышенным давлением в ПП и дисфункцией ПЖ, показатель ФПВВ может превышать 30%, но оставаться <50%. с. Показатель ФПВВ >50%, с обратным систолическим током (ниже базовой линии) или без него, указывает на сильный застой.

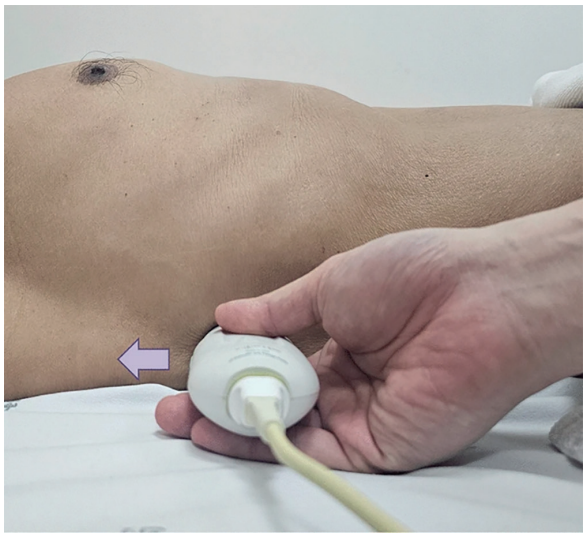


Рис. 27. Аксилярное окно на пересечении воображаемой линии, идущей от мечевидного отростка к подмышечной линии, ориентируясь на маркер в направлении правой подмышечной впадины пациента (стрелка), чтобы визуализировать внутрипочечную вену.

ние в ПВ, несмотря на нормальное давление в ПП. С другой стороны, у некоторых из этих пациентов передача давления из ПП в ПВ может быть ослаблена, что потенциально приводит к нормальному давлению в ПВ, несмотря на повышенное давление в ПП и ТР.

Шаг 4: Почечные сосуды.

Оценка почечного кровотока проводится одновременно в артерии и вене, с использованием конвексного или секторного датчика в режиме цветовой и импульсно-волновой допплерографии (рисунок 27). При УЗ сканировании выделяют артериальную фазу (сигнал направлен вверх) и венозную фазу (сигнал направлен вниз). Фиксируется венозная фаза и, по аналогии с портальной веной, отмечается соотношение систолического и диастолического потока (рисунок 28).

Для оценки по протоколу VExUS вместо главной почечной вены или сегментарных сосудов выбирают междолевые или дугообразные вены почек (рисунок 28) [20]. Это связано с тем, что вены, расположенные в паренхиме почек, дают представление о влиянии застойных явлений и интерстициального отёка на перфузию почек. Отдается предпочтение междолевым сосудам, так как их легче идентифицировать по сравнению с дугообразными венами, и они расположены параллельно УЗ лучу. Используйте аксилярное окно, расположив датчик на пересечении воображаемой линии, идущей от мечевидного отростка к задней подмышечной линии, при этом маркер ориентации должен быть направлен в сторону правой подмышечной впадины пациента. Слегка сдвиньте датчик в каудальном направлении, чтобы рассмотреть почку, отрегулируйте глубину, чтобы обеспечить надлежащую визуализацию всей почки. Затем воспользуйтесь функцией масштабирования, чтобы рассмотреть почечную паренхиму, включающую корковое вещество и медуллярные пирамиды. Включите цветную допплерографию и сфокусируйтесь на почечной паренхиме, чтобы увидеть сосуды (рисунок 29). Кровь в почечной артериальной системе, текущая к датчику, отображается красным цветом, а в венах, текущих от датчика, — синим. Если есть возможность, ис-

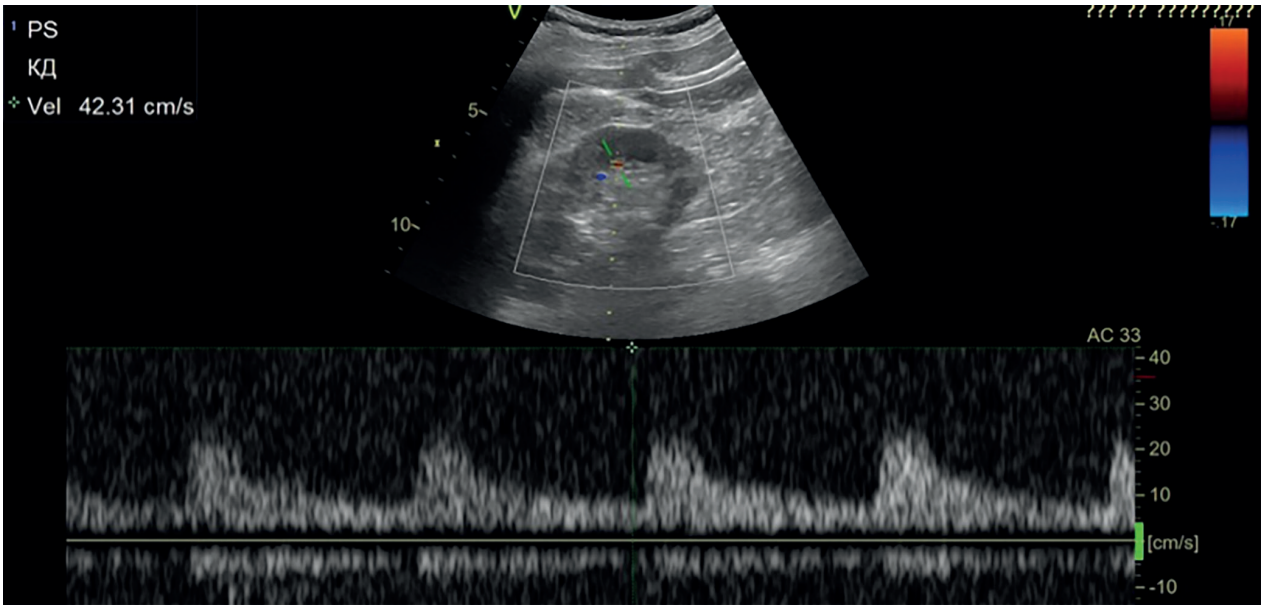


Рис. 28. Оценка кровотока в почечной вене методом цветного допплеровского картирования.

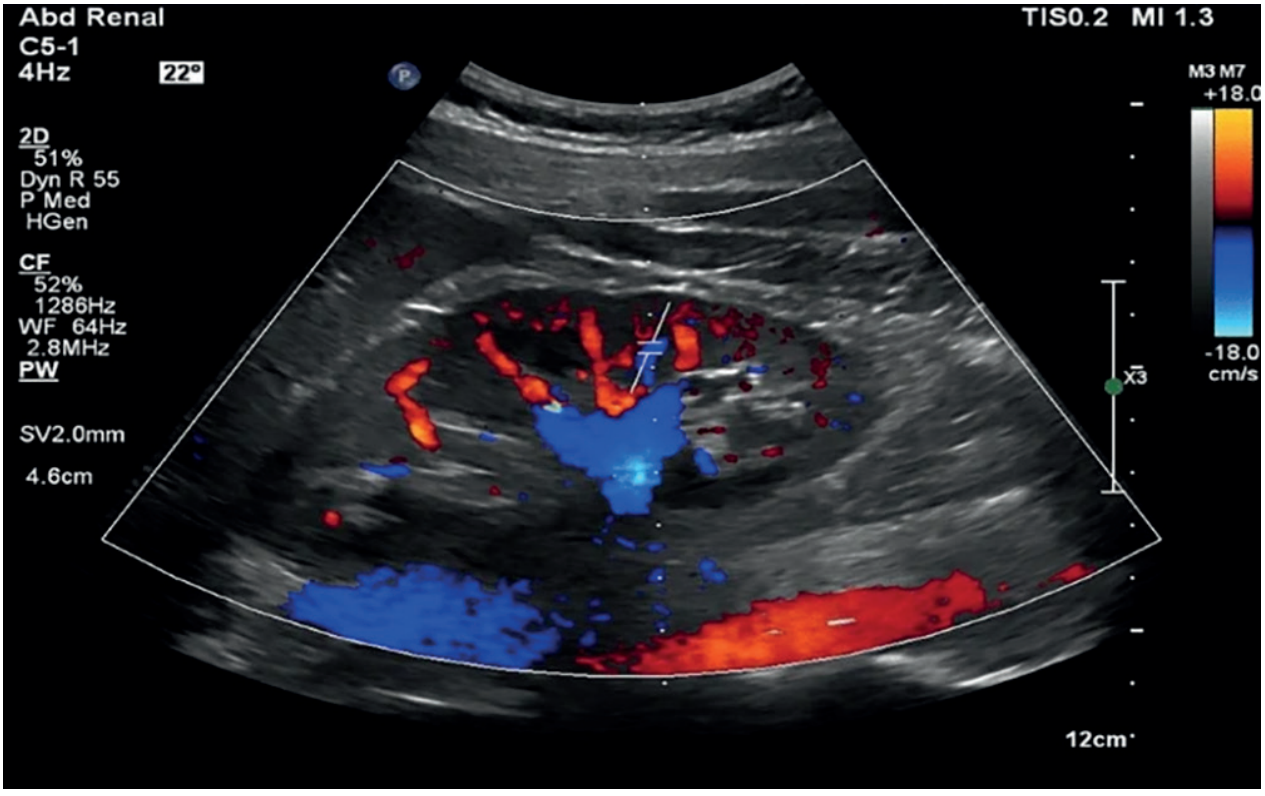


Рис. 29. Режим цветной и импульсно-волновой допплерографии с расположением контрольного объёма в пределах внутрипочечной вены.

doi: 10.15829/ 3034-4123-2025-79

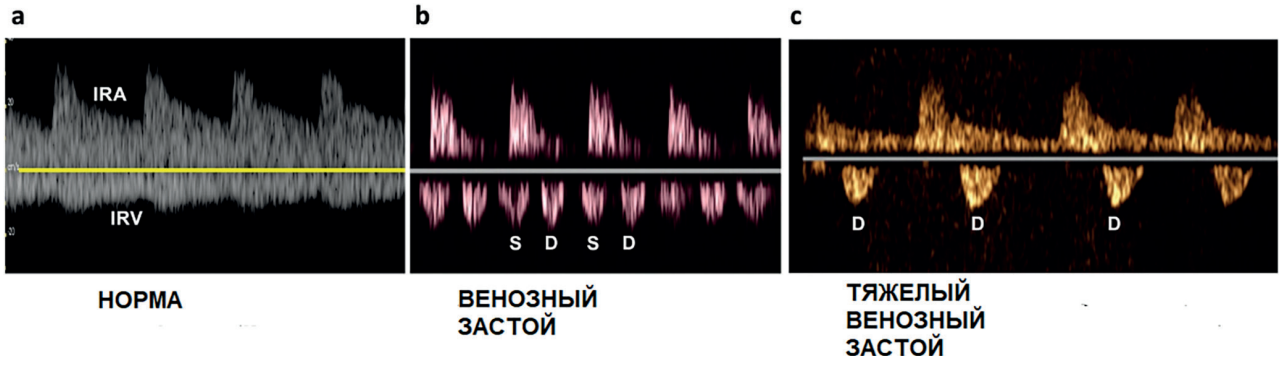


Рис. 30. В нормальных условиях кровоток во внутрипочечных венах демонстрирует непрерывную форму сигнала с минимальной пульсацией и без прерываний. Однако при венозном застое легкой или средней степени тяжести пульсация усиливается, а форма сигнала прерывается, что характеризуется отчетливыми систолическими (S) и диастолическими (D) волнами. При тяжелом застое происходит инверсия S-волны, как и при высоком венозном давлении, и ниже базовой линии остается только D-волна.

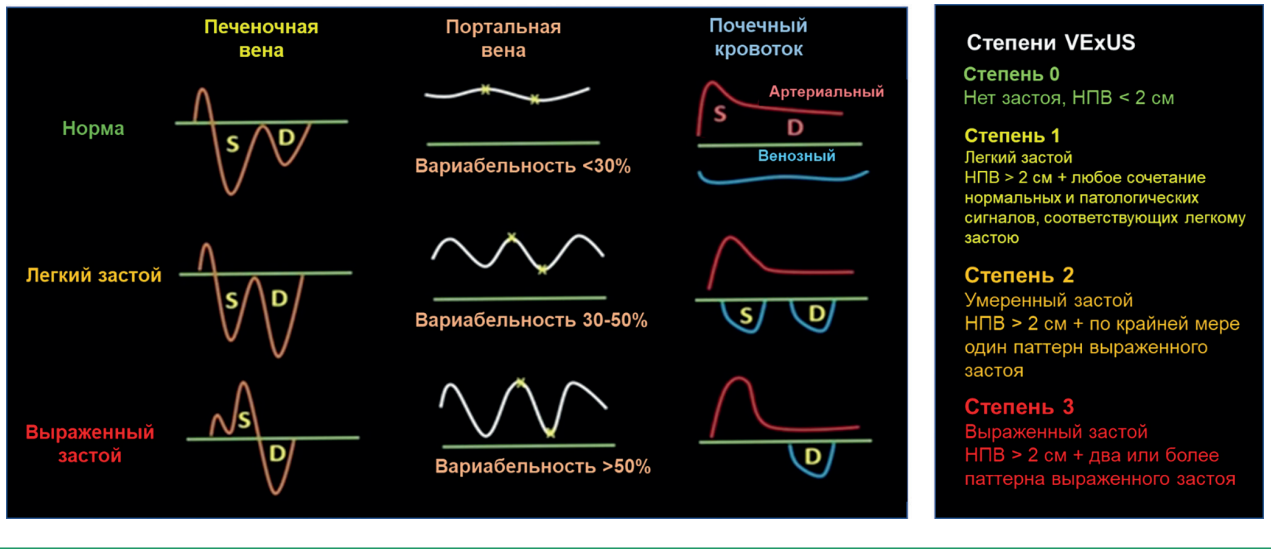


Рис. 31. Оценка степени выраженности венозного застоя по протоколу VExUS.

пользуйте импульсно-волновой допплер вместо цветового потока, так как он лучше распознаёт потоки с низкой скоростью (рисунок 30). Расположите контрольный объем импульсно-волновой допплерографии на междолевых сосудах, чтобы увидеть форму волны внутрипочечной вены, которая обычно отображается ниже базовой линии, а форма волны артерии — выше.

Потенциальные трудности

Технически сложно получить оптимальные изображения по сравнению с высокочастотной и низкочастотной визуализацией, особенно у пациентов, которые не могут задержать дыхание или следовать инструкциям. Не изучались пациенты с хронической болезнью почек или трансплантированной почкой.

Интерпретация VExUS

Если диаметр НПВ <2 см соответствует 0-й степени, что указывает на отсутствие застоя. Однако важно помнить о ранее упомянутых подводных камнях, связанных с размером НПВ. Если НПВ имеет округлую форму и расширена, что указывает на повышение давления в ВВ, можно продолжить исследование VExUS. Если диаметр НПВ превышает 2 см, выделяют три степени застоя в зависимости от тяжести нарушений, наблюдаемых при допплерографии ПВ, портальных и внутрипочечных вен (рисунок 31). При высокочастотной допплерографии умеренная аномалия характеризуется тем, что систолическая (S) волна меньше диастолической (D) волны, но всё же находится ниже базо-

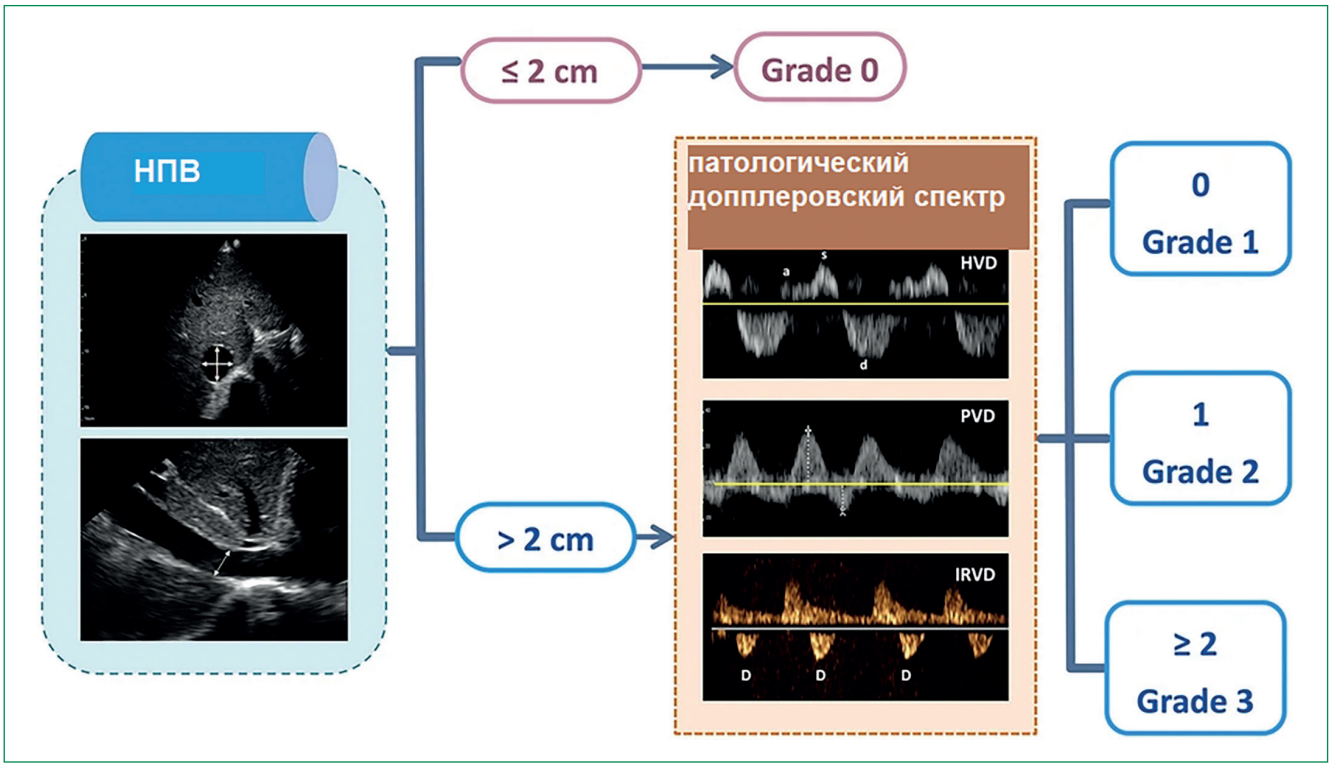


Рис. 32. Алгоритм интерпретации выраженности венозного застоя по протоколу VExUS.

вой линии. Патология считается выраженной, если S-волна инвертирована. При допплерографии ВВ умеренный застой характеризуется пульсативностью от 30 до 50%, а выраженный застой — пульсативностью 50% и выше. При импульсной допплерографии умеренный застой характеризуется пульсативностью с отчётливыми S- и D-компонентами, а выраженный застой — монофазностью с наличием только D-компонента. Отсутствие выраженных патологических зубцов, но наличие одного или нескольких слабовыраженных аномальных зубцов соответствует 1-й степени VExUS. Один выраженный патологический зубец соответствует 2-й степени. Наконец, две или более выраженных волны указывают на VExUS 3-й степени или на выраженное венозное полнокровие (рисунок 32).

Возможные ограничения метода

Оценка по шкале VExUS не позволяет отличить венозный застой, вызванный избытком объёма, от венозного застоя, вызванного избытком давления. По сути, это инструмент для оценки тяжести застоя в органах независимо от его причины и мониторинга реакции на диуретическую терапию. Результаты VExUS следует интерпретировать в клиническом контексте и сопоставлять с другими данными, полученными у постели пациента, включая клинические, лабораторные данные и результаты визуализации. Исследование всегда следует проводить в сочетании с ЭхоКГ и УЗИ легких. Например, пациентам с длительной легочной гипертензией и высоким показателем VExUS следует с осторожностью подходить к агрессивному выведению жидкости, так как их сердечный выброс может зависеть от высокого преднагрузки. Иногда при использовании легочных вазодилататоров в контексте дисфункции ПЖ наблюдается улучшение показателей VExUS [28]. Аналогичным образом, чрезмерное выведение жидкости у пациента с высоким показателем VExUS без учета того, что застойная СН вызвана перикардиальным выпотом, может привести к тампонаде из-за снижения внутрисердечного давления относительно давления в перикарде.

Интегрированное УЗИ пациента с ОДСН

Трансторакальная ЭхоКГ рекомендована в качестве ключевого исследования для оценки структуры и функции сердца, определения фенотипа СН на основе измерения ФВ ЛЖ, а также для выявления этиологии и патологических механизмов, лежащих в основе СН, и дальнейшего мониторинга лечения пациента. В актуальных отечественных рекомендациях также упоминается использование УЗИ легких в острых ситуациях для подтверждения диагноза ОДСН, особенно когда тестирование на натрийуретический пептид недоступно, поскольку застой в легких является одним из основных проявлений декомпенсации СН. Нам представляется,

что УЗ исследование легких, в сочетании с оценкой VExUS является важным дополнением протокола ЭхоКГ не только на стационарном, на амбулаторном этапе, которое позволит оптимизировать диспансерное наблюдение пациентов с СН.

Интегрированное УЗИ сердца, легких и венозного застоя в печени и почках может помочь понять и выявить органные последствия структурной или функциональной патологии сердца и потенциально индивидуализировать ведение пациента (персонализированная медицина). Оценка количества В-линий, гидроторакса и застойных явлений в печени и почках в режиме реального времени вместе с неинвазивными показателями гемодинамики, которые могут быть измерены с помощью ЭхоКГ, позволяет одновременно комплексно оценить волемический статус, что позволяет более точно поставить диагноз и начать лечение раньше. Важность совокупной оценки показателей внутрисердечной гемодинамики и волемического статуса подчеркивается в ряде исследований, которые показывают, что количество В-линий по данным УЗИ легких напрямую не коррелирует с уровнем диастолического давления в ЛЖ, о чем можно судить по параметрам измерения диастолической функции. Было показано, что у пациентов с одинаковым гемодинамическим профилем, степень застоя в легких, определяемая с помощью В-линий, может заметно различаться. Таким образом, ЭхоКГ полезна для понимания этиологии СН, в то время как УЗИ легких и протокол VExUS особенно полезны для определения степени застоя. Поэтому, когда это возможно, эти два аспекта — венозный застой и застой в легких — должны быть оценены при комплексном УЗИ с использованием оценки внутрисердечной гемодинамики и протоколов оценки застойных явлений по большому и малому кругам кровообращения.

Этот подход также может предоставить сопутствующую информацию о перфузии органов у пациентов с гипотонией и застойных явлениях в легких (по В-линиям) менее инвазивным способом по сравнению с катетеризацией правых отделов сердца. Интеграция УЗ легких с оценкой застоя в печени и почках также полезна, так как объединяет в себе различную информацию, поскольку диаметр НПВ и её коллабирование на вдохе являются показателями давления в ПП, а также отражают состояние внутрисосудистого объема, в то время как В-линии отражают внесосудистую жидкость в легких, которая может присутствовать у пациентов как с наличием так и отсутствием глобальной перегрузки жидкостью.

Важность применения на амбулаторном этапе расширенной оценки наличия и выраженности венозного застоя, а также динамического мониторинга, подчеркивается в ряде недавних исследований, из результатов которых делается вывод, что диуретическая терапия под контролем VExUS значительно диспансерное наблюдение у пациентов с СН, в том числе сопровождающейся хроническую болезнь почек, снижая риск развития гиповолемии и как следствие гипоперфузии органов и тканей. Однако, выполнение VExUS без понимания его технических аспектов может привести к клиническим ошибкам. Технические аспекты проведения VExUS включают нюансы, связанные с УЗИ НПВ, ПВ, ВВ и почечного кровотока, а также знание принципов допплерографии, владение оптимальными настройками аппарата УЗИ для избегания некорректных результатов измерений и артефактов. Кроме того, локальные структурные изменения, которые наблюдаются при заболеваниях печени и почек, влияют на допплеровские сигналы, подчеркивая необходимость тщательной интерпретации опытным оператором вне разрыва с клинической картиной заболевания.

Таким образом комплексный подход к оценке структуры и функции сердца, наличию и степени выраженности венозного застоя по малому и/или большом кругам кровообращения, в совокупности с измерением сердечного выброса дает врачу полную информацию, необходимую для лечения и диспансерного наблюдения пациента с СН.

Литература/References

1. Tereshchenko SN, Zhirov IV, Uskach TM, et al. Eurasian Association of Cardiology (EAC)/ National Society of Heart Failure and Myocardial Disease (NSHFMD) Guidelines for the diagnosis and treatment of chronic heart failure (2020). Eurasian heart journal. 2020;(3):6-76. (In Russ.) Терещенко С.Н., Жиров И.В., Ускач Т.М. и др. Клинические рекомендации Евразийской Ассоциации Кардиологов (ЕАК)/Национального Общества по Изучению Сердечной Недостаточности и заболеваний миокарда (НОИСН) по диагностике и лечению хронической сердечной недостаточности (2020) Евразийский Кардиологический Журнал. 2020;(3):6-76. doi:10.38109/2225-1685-2020-3-6-76.
2. Galyavich A.S., Tereshchenko S.N., Uskach T.M., et al. 2024 Clinical practice guidelines for Chronic heart failure. Russian Journal of Cardiology. 2024;29(11):6162. (In Russ.) Галявич А.С., Терещенко С.Н., Ускач Т.М. и др. Хроническая сердечная недостаточность. Клинические рекомендации 2024. Российский кардиологический журнал 2024;29(11):6162. doi:10.15829/1560-4071-2024-6162.
3. Cardiac Intensive Care. Third edition. David L.Brown. 2019 ELSEVIER. ISBN: 978-0-323-52993-8.
4. Papadimitriou L, Georgiopoulou VV, Kort S, et al. Echocardiography in Acute Heart Failure: Current Perspectives. J Card Fail. 2016;22(1):82-94. doi:10.1016/j.cardfail.2015.08.001.
5. Johannessen Ø, Myhre PL, Omland T. Assessing congestion in acute heart failure using cardiac and lung ultrasound — a review. Expert Rev Cardiovasc Ther. 2021;19(2):165-76. doi:10.1080/14779072.2021.1865155.
6. Nagueh SF, Smiseth OA, Appleton CP, et al. Recommendations for the Evaluation of Left Ventricular Diastolic Function by Echocardiography: An Update from the American Society of Echocardiography and the European Association of Cardiovascular Imaging. Eur Heart J Cardiovasc Imaging. 2016;17(12):1321-60. doi:10.1093/ehjci/jew082.
7. Theresa AM, Marco M, Marianna A, et al. 2021 ESC Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure: Developed by the Task Force for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure of the European Society of Cardiology (ESC) with the Special Contributio. Eur. Heart J. 2021; 42:3599-726.

8. Demi L, Wolfram F, Klersy C, et al. New International Guidelines and Consensus on the Use of Lung Ultrasound. J Ultrasound Med. 2023;42(2):309-44. doi:10.1002/jum.16088.
9. Aslanova RSh, Kobalava JD, Lapshin AA, et al. The clinical role of ultrasound assessment of venous hepatic congestion (VExUS) in a patient with decompensated chronic heart failure and cardiohepatic syndrome. Clinical pharmacology and therapy. 2021:30(3):76-80. (In Russ.) Асланова Р.Ш., Кобалава Ж.Д., Лапшин А.А. и др. Клиническая роль ультразвуковой оценки венозного печеночного застоя (VExUS) у пациента с декомпенсацией хронической сердечной недостаточности и сердечно-печеночным синдромом. Клиническая фармакология и терапия. 2021:30(3):76-80. EDN: QTJAGC.
10. Beaubien-Souligny W, Rola P, Haycock K, et al. Quantifying systemic congestion with Point-Of-Care ultrasound: development of the venous excess ultrasound grading system. Ultrasound J. 2020;12(1):16.
11. Koratala A, Romero-González G, Soliman-Aboumarie H, Kazory A. Unlocking the Potential of VExUS in Assessing Venous Congestion: The Art of Doing It Right. Cardiorenal Med. 2024;14(1):350-74. doi:10.1159/000539469.
12. Gargani L, Girerd N, Platz E, et al. Lung ultrasound in acute and chronic heart failure: a clinical consensus statement of the European Association of Cardiovascular Imaging (EACVI). Eur Heart J Cardiovasc Imaging. 2023;24(12):1569-82. doi:10.1093/ehjci/jead169.
13. Gargani L, Volpicelli G. How I do it: lung ultrasound. Cardiovasc Ultrasound. 2014;12:25. doi:10.1186/1476-7120-12-25.
14. Pivetta E, Goffi A, Nazerian P, et al. Lung ultrasound integrated with clinical assessment for the diagnosis of acute decompensated heart failure in the emergency department: a randomized controlled trial. Eur J Heart Fail. 2019;21:754-66.
15. Balik M, Plasil P, Waldauf P, et al. Ultrasound estimation of volume of pleural fluid in mechanically ventilated patients. Intensive Care Med. 2006;32:318-21.
16. Russell FM, Ehrman RR, Cosby K, et al. Diagnosing acute heart failure in patients with undifferentiated dyspnea: a lung and cardiac ultrasound (LuCUS) protocol. Acad Emerg Med. 2015;22:182-91.
17. Persichini R, Lai C, Teboul JL, et al. Venous return and mean systemic filling pressure: physiology and clinical applications. Crit Care. 2022;26(1):150. doi:10.1186/s13054-022-04024-x.
18. Guyton AC. Determination of cardiac output by equating venous return curves with cardiac response curves. Physiol Rev. 1955;35(1):123-9.
19. Guyton AC, Lindsey AW, Abernathy B, Richardson T. Venous return at various right atrial pressures and the normal venous return curve. Am J Physiol. 1957;189(3):609-15.
20. Nagueh SF, Kopelen HA, Zoghbi WA. Relation of mean right atrial pressure to echocardiographic and Doppler parameters of right atrial and right ventricular function. Circulation. 1996;93(6):1160-9. doi:10.1161/01.cir.93.6.1160.
21. Duerinckx AJ, Grant EG, Perrella RR, et al. The pulsatile portal vein in cases of congestive heart failure: correlation of duplex Doppler findings with right atrial pressures. Radiology. 1990;176(3):655-8. doi:10.1148/radiology.176.3.2202011.
22. Catalano D, Caruso G, DiFazzio S, et al. Portal vein pulsatility ratio and heart failure. J Clin Ultrasound. 1998;26(1):27-31. doi:10.1002/(sici)1097-0096(199801)26:1<27::aid-jcu6>3.0.co;2-l.
23. Tang WH, Kitai T. Intrarenal Venous Flow: A Window Into the Congestive Kidney Failure Phenotype of Heart Failure? JACC Heart Fail. 2016;4(8):683-6. doi:10.1016/j.jchf.2016.05.009.
24. Beaubien-Souligny W, Benkreira A, Robillard P, et al. Alterations in Portal Vein Flow and Intrarenal Venous Flow Are Associated With Acute Kidney Injury After Cardiac Surgery: A Prospective Observational Cohort Study. J Am Heart Assoc. 2018;7(19):e009961. doi:10.1161/JAHA.118.009961.
25. Chen CY, Zhou Y, Wang P, et al. Elevated central venous pressure is associated with increased mortality and acute kidney injury in critically ill patients: a meta-analysis. Crit Care. 2020;24(1):80. doi:10.1186/s13054-020-2770-5.
26. Chen KP, Cavender S, Lee J, et al. Peripheral Edema, Central Venous Pressure, and Risk of AKI in Critical Illness. Clin J Am Soc Nephrol. 2016;11(4):602-8. doi:10.2215/CJN.08080715.
27. Chen X, Wang X, Honore PM, et al. Renal failure in critically ill patients, beware of applying (central venous) pressure on the kidney. Ann Intensive Care. 2018;8(1):91. doi:10.1186/s13613-018-0439-x.
28. Spiegel R, Teeter W, Sullivan S, et al. The use of venous Doppler to predict adverse kidney events in a general ICU cohort. Crit Care. 2020;24(1):615. doi:10.1186/s13054-020-03330-6.
29. Damman K, van Deursen VM, Navis G, et al. Increased central venous pressure is associated with impaired renal function and mortality in a broad spectrum of patients with cardiovascular disease. J Am Coll Cardiol. 2009;53(7):582-8. doi:10.1016/j.jacc.2008.08.080.
30. Tabucanon T, Tang WHW. Right Heart Failure and Cardiorenal Syndrome. Cardiol Clin. 2020;38(2):185-202. doi:10.1016/j.ccl.2020.01.004.
31. Beaubien-Souligny W, Eljaiek R, Fortier A, et al. The Association Between Pulsatile Portal Flow and Acute Kidney Injury after Cardiac Surgery: A Retrospective Cohort Study. J Cardiothorac Vasc Anesth. 2018;32(4):1780-7. doi:10.1053/j.jvca.2017.11.030.
32. Stevenson LW, Perloff JK. The limited reliability of physical signs for estimating hemodynamics in chronic heart failure. JAMA. 1989;261(6):884-8.
33. Martindale JL, Wakai A, Collins SP, et al. Diagnosing Acute Heart Failure in the Emergency Department: A Systematic Review and Meta-analysis. Acad Emerg Med. 2016;23(3):223-42. doi:10.1111/acem.12878.
34. Koratala A, Reisinger N. POCUS for Nephrologists: Basic Principles and a General Approach. Kidney360. 2021;2(10):1660-8. doi:10.34067/KID.0002482021.
35. Koratala A, Kazory A. Point of Care Ultrasonography for Objective Assessment of Heart Failure: Integration of Cardiac, Vascular, and Extravascular Determinants of Volume Status. Cardiorenal Med. 2021;11(1):5-17. doi:10.1159/000510732.
36. Beaubien-Souligny W, Rola P, Haycock K, et al. Quantifying systemic congestion with Point-Of-Care ultrasound: development of the venous excess ultrasound grading system. Ultrasound J. 2020;12(1):16. doi:10.1186/s13089-020-00163-w.
37. Ostermann M, Hall A, Crichton S. Low mean perfusion pressure is a risk factor for progression of acute kidney injury in critically ill patients — A retrospective analysis. BMC Nephrol. 2017;18(1):151. doi:10.1186/s12882-017-0568-8.
38. Mahmud S, Koratala A. Assessment of venous congestion by Doppler ultrasound: a valuable bedside diagnostic tool for the new-age nephrologist. CEN Case Rep. 2021;10(1):153-5. doi:10.1007/s13730-020-00514-5.
39. Samant S, Koratala A. Point-of-care Doppler ultrasound in the management of hyponatremia: Another string to nephrologists' Bow. Clin Case Rep. 2021;9(8):e04687. doi:10.1002/ccr3.4687.

Отношения и деятельность: все авторы заявляют об отсутствии потенциального конфликта интересов, требующего раскрытия в данной статье.

Джиоева Ольга Николаевна (Olga N. Dzhioeva) — д.м.н., доцент, в.н.с. отдела фундаментальных и прикладных аспектов ожирения, директор Института профессионального образования, руководитель лаборатории кардиовизуализации, вегетативной регуляции и сомнологии, ORCID: 0000-0002-5384-3795;

Рогожкина Елизавета Александровна (Elizaveta A. Rogozhkina) — к.м.н., м.н.с. лаборатории кардиовизуализации, вегетативной регуляции и сомнологии отдела фундаментальных и прикладных аспектов ожирения, ORCID: 0000-0001-8993-7892;

Иванова Анна Александровна (Anna A. Ivanova) — к.м.н., м.н.с. отдела фундаментальных и прикладных аспектов ожирения, ORCID: 0000-0002-2812-959X;

Веденикин Тимофей Юрьевич (Timofey Yu. Vedenikin) — врач анестезиолог-реаниматолог отделения анестезиологии-реанимации №3 для лечения больных кардиологического профиля, ORCID: 0000-0001-5321-676X;

Драпкина Оксана Михайловна (Oxana M. Drapkina) — д.м.н., профессор, академик РАН, директор, ORCID: 0000-0002-4453-8430.

Адреса организаций авторов: ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины" Минздрава России, Петроверигский пер., 10, стр. 3, Москва, 101990, Россия; ГБУЗ города Москвы Городская клиническая больница им. В.В. Вересаева Департамента здравоохранения города Москвы, ул. Лобненская, д. 10. Москва, 127411, Россия.

Addresses of the authors' institutions: National Medical Research Center for Therapy and Preventive Medicine of the Ministry of Health of the Russian Federation, Petroverigsky Lane, 10, bld. 3, Moscow, 101990, Russia; Veresaev City Clinical Hospital, Lobnenskaya str., bld. 10, Moscow, 127411, Russia.

Первичная медико-санитарная помощь. 2025;2(4):138-164.
doi: 10.15829/ 3034-4123-2025-93
ISSN 3034-4123 (Print)
ISSN 3034-4565 (Online)

Первичная медико-санитарная помощь
Primary Health Care (Russian Federation)

Оказание медицинской помощи различным группам населения ***Редакционная статья***

Ведение пациентов с ожирением и хроническими неинфекционными заболеваниями врачом-терапевтом в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь. Методические рекомендации

Драпкина О. М.[1],
Мокрышева Н. Г.[2],
Грицаева Е. А.[1*],
Бернс С. А.[1],
Васюкова О. В.[2],
Горбачева А. М.[2],
Дроздова Л. Ю.[1],
Елиашевич С. О.[1],
Ершова Е. В.[2],
Зятенкова Е. В.[1],
Казакова М. П.[2],
Кононенко И. В.[2],
Мельниченко Г. А.[2],
Сухарева О. Ю.[2],
Трошина Е. А.[2],
Шестакова М. В.[2],
Шепель Р. Н.[1]

[1]ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины" Минздрава России, Москва, Российская Федерация

[2]ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр эндокринологии им. акад. И. И. Дедова" Минздрава России, Москва, Российская Федерация

*Corresponding author
(Автор, ответственный за переписку): evg7259@gmail.com

Поступила: 25.11.2025
Принята: 30.11.2025

CC BY 4.0

В методических рекомендациях рассматривается алгоритм ведения пациентов с ожирением и хроническими неинфекционными заболеваниями в учреждениях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь. Представленный алгоритм включает последовательное проведение мероприятий, направленных на оценку состояния пациента, сопутствующих заболеваний, разработку индивидуализированных планов лечения и коррекции медикаментозного лечения, а также регулярный мониторинг эффективности проводимой терапии. Представлены основные критерии мониторинга эффективности лечения с целью снижения риска развития осложнений и улучшения качества и продолжительности жизни пациентов в целом. Алгоритмизация и структурирование современных клинических рекомендаций и стандартов в аспекте динамического наблюдения делают пособие актуальным, практикоориентированным и полезным для специалистов здравоохранения, а включение научных данных обеспечивает высокую эффективность предлагаемых подходов и их применение в повседневной врачебной практике.
Методические рекомендации могут быть использованы врачами-организаторами здравоохранения, руководителями медицинских организаций первичной медико-санитарной помощи и их подразделений.

Ключевые слова: методические рекомендации, ожирение, хронические неинфекционные заболевания, первичная медико-санитарная помощь, мониторинг лечения, ведение пациентов.

Отношения и деятельность: нет.

Рецензенты:
Тарасова Л. В. — д.м.н., профессор, зав. кафедрой госпитальной терапии ФГБОУ ВО "Чувашский государственный университет им. И. Н. Ульянова", руководитель Республиканского гастроэнтерологического центра на базе БУ "Республиканская клиническая больница" Минздрава Чувашской Республики, главный внештатный специалист по терапии Минздрава Чувашской Республики (Чебоксары, Россия)
Куняева Т. А. — к.м.н., доцент, зам. главного врача по медицинской части ГБУЗ РМ "Мордовская республиканская центральная клиническая больница", главный внештатный специалист по терапии Приволжского федерального округа и Минздрава Республики Мордовия (Саранск, Россия)

Методические рекомендации утверждены на заседании Ученого совета ФГБУ "НМИЦ ТПМ" Минздрава России (протокол № 6 от 17 июня 2025 г.).

Для цитирования: Драпкина О. М., Мокрышева Н. Г., Грицаева Е. А., Бернс С. А., Васюкова О. В., Горбачева А. М., Дроздова Л. Ю., Елиашевич С. О., Ершова Е. В., Зятенкова Е. В., Казакова М. П., Кононенко И. В., Мельниченко Г. А., Сухарева О. Ю., Трошина Е. А., Шестакова М. В., Шепель Р. Н. Ведение пациентов с ожирением и хроническими неинфекционными заболеваниями врачом-терапевтом в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь. Методические рекомендации. *Первичная медико-санитарная помощь.* 2025;2(4):138-164. doi: 10.15829/3034-4123-2025-93. EDN: DATCMN

Primary Health Care (Russian Federation). 2025;2(4):138-164.
doi: 10.15829/ 3034-4123-2025-93
ISSN 3034-4123 (Print)
ISSN 3034-4565 (Online)

Management of patients with obesity and noncommunicable diseases by primary health care physicians. Guidelines

Drapkina O.M.[1],
Mokrisheva N.G.[2],
Gritsaeva E.A.[1*],
Berns S.A.[1],
Vasyukova O.V.[2],
Gorbacheva A.M.[2],
Drozdova L.Yu.[1],
Eliashevich S.O.[1],
Ershova E.V.[2],
Zyatenkova E.V.[1],
Kazakova M.P.[2],
Kononenko I.V.[2],
Melnichenko G.A.[2],
Sukhareva O.U.[2],
Troshina E.A.[2],
Shestakova M.V.[2],
Shepel R.N.[1]

[1]National Medical Research Center for Therapy and Preventive Medicine, Moscow, Russian Federation

[2]Dedov National Medical Research Center for Endocrinology, Moscow, Russian Federation

*Corresponding author: evg7259@gmail.com

Received: 25.11.2025
Accepted: 30.11.2025

These guidelines present an algorithm for managing patients with obesity and noncommunicable diseases in primary health care facilities. The presented algorithm includes measures aimed at assessing the patient's condition and comorbidities, developing individualized treatment plans and adjusting therapy, and regularly monitoring the therapy effectiveness. Key criteria for monitoring treatment effectiveness are presented to reduce the risk of complications and improve the overall quality of life and life expectancy of patients. The systematization and structuring of modern clinical guidelines and standards in terms of monitoring make this manual relevant, practice-oriented, and useful for healthcare professionals. The inclusion of research data ensures the high effectiveness of the proposed approaches and their application in routine health practice.

These guidelines can be used by healthcare administrators, heads of primary care facilities and related departments.

Keywords: guidelines, obesity, noncommunicable diseases, primary health care, treatment monitoring, patient management.

Relationships and Activities: none.

For citation: Drapkina O.M., Mokrisheva N.G., Gritsaeva E.A., Berns S.A., Vasyukova O.V., Gorbacheva A.M., Drozdova L.Yu., Eliashevich S.O., Ershova E.V., Zyatenkova E.V., Kazakova M.P., Kononenko I.V., Melnichenko G.A., Sukhareva O.U., Troshina E.A., Shestakova M.V., Shepel R.N. Management of patients with obesity and noncommunicable diseases by primary health care physicians. Guidelines. *Primary Health Care (Russian Federation).* 2025;2(4):138-164. doi: 10.15829/3034-4123-2025-93. EDN: DATCMN

АГ — артериальная гипертензия, АД — артериальное давление, БА — бронхиальная астма, ГПП-1 — глюкагоноподобный пептид-1, ДинН — динамическое наблюдение, ЖКТ — желудочно-кишечный тракт, ИзбМТ — избыточная масса тела, ИЛ-6 — интерлейкин-6, ИМТ — индекс массы тела, НАЖБП — неалкогольная жировая болезнь печени, ОТ — окружность талии, ПМСП — первичная медико-санитарная помощь, СД — сахарный диабет, СОАС — синдром обструктивного апноэ сна, ССЗ — сердечно-сосудистые заболевания, УДХК — урсодезоксихолевая кислота, ФП — фибрилляция предсердий, ХНИЗ — хронические неинфекционные заболевания, ХОБЛ — хроническая обструктивная болезнь легких, ХС ЛВП — холестерин липопротеинов высокой плотности, ХС ЛНП — холестерин липопротеинов низкой плотности, ХСН — хроническая сердечная недостаточность.

doi: 10.15829/ 3034-4123-2025-93

Введение

Широкая распространенность избыточной массы тела (ИзбМТ) и ожирения, являющихся основными факторами риска хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ), в последние десятилетия стала глобальной проблемой здравоохранения. По данным Всемирной организации здравоохранения почти треть мирового населения имеет избыточный вес, а 900 млн человек страдают ожирением (2024). За последние 40 лет число людей с ожирением утроилось, и, если тенденция сохранится, в ближайшее время его распространенность превысит 1 млрд [1].

В России более половины взрослого населения имеет избыточный вес, а ожирением страдает каждый третий. По данным Роспотребнадзора, за период с 2013 по 2018 гг. количество больных с ожирением почти удвоилось, при этом особенно быстро растет его распространенность среди детей [2]. Стереотипы, что лечением ожирения занимаются узкие специалисты (эндокринологи, диетологи) должны быть изменены. Врач любой специальности должен иметь настороженность в аспекте ИзбМТ и ожирения и мотивировать пациента на борьбу с лишним весом.

Выявление и лечение ожирения на ранних этапах может значительно снизить нагрузку на систему здравоохранения за счёт предупреждения развития многочисленных ассоциированных заболеваний. Своевременная диагностика нарушений обмена веществ, коррекция питания и образа жизни, а также медикаментозная поддержка позволят снизить заболеваемость и улучшить качество жизни пациентов.

Ключевую роль в данном процессе должны играть врачи-терапевты[1], работающие в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь (ПМСП). Именно они находятся на передовой и в борьбе с ожирением должны осуществлять не только профилактику, но и динамическое наблюдение (ДинН) в процессе лечения.

Зная, что ожирение ассоциировано с высокой социальной стигматизацией и нарушениями в психоэмоциональной сфере, важен фокус на коммуникацию и формирование доверительных отношений с пациентом. Благодаря регулярным медицинским осмотрам и раннему выявлению данной патологии, терапевты могут оперативно разработать и внедрить индивидуальные планы вмешательства, предотвращая развитие осложнений.

Таким образом, интеграция эффективных мер по выявлению и раннему лечению ожирения в практику ПМСП позволит не только улучшить состояние здоровья населения, но и существенно сократить затраты на дальнейшее лечение осложнений и ассоциированных хронических заболеваний.

Основными источниками информации о клинических аспектах проведения лечения и ДинН пациентов с ожирением с ХНИЗ являются Клинические рекомендации "Ожирение", 2024 г.[2], Междисциплинарные клинические рекомендации "Лечение ожирения и коморбидных заболеваний" 2021 г. [3], "Коморбидность пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями в практике врача-терапевта. Евразийское руководство" [4], методические рекомендации "Алиментарно-зависимые факторы риска хронических неинфекционных заболеваний и привычки питания: диетологическая коррекция в рамках профилактического консультирования" 2021 г. [5], "Профилактика хронических неинфекционных заболеваний в Российской Федерации. Национальное руководство 2022" [6], рекомендации Европейского общества по изучению ожирения [7].

ДинН за пациентами с ожирением I-II ст. с ХНИЗ осуществляют следующие медицинские работники медицинской организации (структурного подразделения иной организации, осуществляющей медицинскую деятельность), где пациент получает ПМСП:

1) врач-терапевт (врач-терапевт участковый, врач-терапевт участковый цехового врачебного участка, врач общей практики (семейный врач) — далее — врач-терапевт;

2) фельдшер (акушер) фельдшерско-акушерского пункта, фельдшер фельдшерского здравпункта в случае возложения на них руководителем медицинской организации отдельных функций лечащего врача, в том числе по проведению диспансерного наблюдения, в порядке, установленном приказом Минздрава России[3].

Ключевым критерием постановки диагноза является значение индекса массы тела (ИМТ). Для диагностики абдоминального (висцерального) ожирения рекомендуется оценить окружность талии (ОТ)[2]:

Абдоминальное ожирение: ОТ ≥80 см для женщин и ≥94 см для мужчин;

[1] Врач-терапевт — врач-терапевт участковый, врач общей практики (семейный врач), врач-терапевт участковый цехового врачебного участка, фельдшер фельдшерско-акушерского пункта (фельдшерского здравпункта) в случае возложения на него руководителем медицинской организации отдельных функций лечащего врача, в том числе по проведению диспансерного наблюдения, в порядке, установленном Приказом Минздрава России от 27 марта 2025 г. № 155н.

[2] Клинические рекомендации Минздрава России "Ожирение" 2024 г. https://cr.minzdrav.gov.ru/view-cr/28_3.

[3] Приказ Минздрава России от 27 марта 2025 г. № 155н "Об утверждении порядка возложения руководителем медицинской организации при организации оказания первичной медико-санитарной помощи и скорой медицинской помощи на фельдшера, акушерку отдельных функций лечащего врача по непосредственному оказанию медицинской помощи пациенту в период наблюдения за ним и его лечения, в том числе по назначению и применению лекарственных препаратов, включая наркотические лекарственные препараты и психотропные лекарственные препараты"(вступает в силу 01.09.2025).

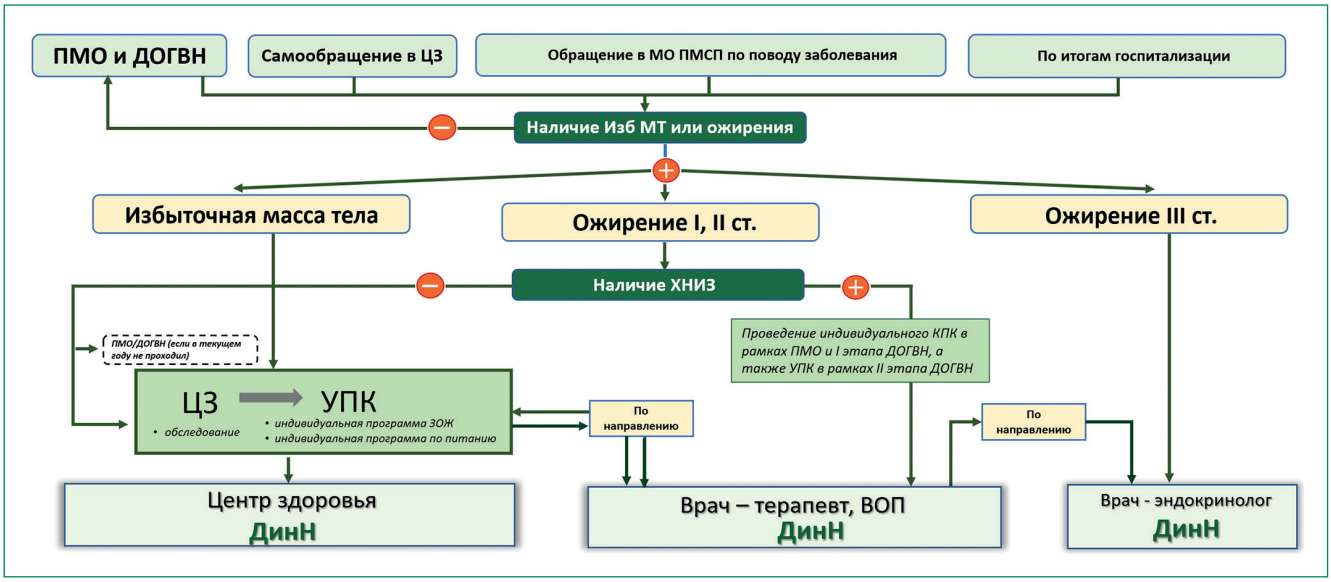


Рис. 1. Маршрутизация пациента с ИзбМТ или ожирением в условиях ПМСП.
Сокращения: ВОП — врач общей практики (семейной медицины), ДинН — динамическое наблюдение, ДОГВН — диспансеризация определенных групп взрослого населения, КПК — краткое профилактическое консультирование, МО ПМСП — медицинская организация, оказывающая первичную медико-санитарную помощь, ПМО — профилактический медицинский осмотр, ХНИЗ — хронические неинфекционные заболевания, УПК — углубленное профилактическое консультирование, ЦЗ — центр здоровья.

— ИзбМТ: ИМТ 25-29,9 кг/м^2;
— Ожирение I ст.: ИМТ 30-34,9 кг/м^2;
— Ожирение II ст.: ИМТ 35-39,9 кг/м^2;
— Ожирение III ст.: ИМТ ≥40 кг/м^2.

Рекомендуется проводить совместную оценку ИМТ и ОТ, так как комбинация этих показателей является более точным предиктором рисков для здоровья.

ИМТ не используется для диагностики ожирения у пожилых людей, спортсменов, у лиц с чрезмерно развитой мускулатурой, беременных женщин, лиц с ампутированными конечностями, с выраженными отеками, поскольку данный показатель не является достоверно отражающим содержание жировой ткани в организме[2].

Для эффективной маршрутизации необходимо различать фенотипы повышенной массы тела, какие группы пациентов подлежат ДинН в центрах здоровья, какие наблюдаются у врачей-терапевтов, а кого следует направить сразу к эндокринологу (рисунок 1).

В Центрах здоровья наблюдаются пациенты с изолированным абдоминальным ожирением, ИзбМТ и ожирением I-II ст. без ХНИЗ; у врача-терапевта — пациенты с ожирением I-II ст. с ХНИЗ; у врача эндокринолога — пациенты с ожирением III степени.

Алгоритм приема в рамках ДинН пациента с ожирением I-II ст. с ХНИЗ врачом терапевтом представлен в таблице 1 [8].

План ДинН предусматривает общение с пациентом 1 раз в 3 мес. в первые полгода, далее не реже 1 раза в 6-12 мес. В случае назначения медикаментозной терапии ожирения, учитывая особенности титрации доз ряда препаратов, — не реже 1 раза в месяц в первые 3 мес., далее 1 раз в 3 мес.

Целью ДинН является снижение массы тела до такого уровня, при котором достигается максимально возможное уменьшение риска для здоровья и улучшение течения заболеваний, ассоциированных с ожирением; поддержание достигнутого результата и улучшение качества жизни пациентов.

При лечении ожирения I-II ст. с ХНИЗ тактика лечения выбирается путем оценки терапевтического потенциала каждого метода в каждом конкретном случае, оценивается общее состояние пациента и наличие у него ассоциированных с ожирением заболеваний/состояний, обсуждаются целевые показатели снижения массы тела, исходя из полученных данных. При этом терапия сопутствующих ХНИЗ осуществляется согласно актуальным клиническим рекомендациям ведения пациентов с соответствующими нозологиями, а при подозрении на вторичное (симптоматическое) ожирение, при неэффективности лечения или предполагаемых показаниях к хирургическому лечению пациент должен быть направлен к эндокринологу, который совместно с другими узкими специалистами (хирург, врач-кардиолог, врач-гастроэнтеролог, психотерапевт и др.) выберет дальнейшую оптимальную стратегию лечения.

В целом, для всех пациентов с ожирением эффективным снижением считается снижение массы тела на 5-10% от исходной за 3-6 мес. терапии

doi: 10.15829/ 3034-4123-2025-93

Таблица 1

Алгоритм приема (осмотра, консультации) пациентов с ожирением и ХНИЗ врачом-терапевтом в медицинских организациях, оказывающих ПМСП

Заболевание в соответствии с клинической классификацией (код МКБ-10)[4]	Регулярность (периодичность) приемов	Рекомендуемые объем и структура предусмотренных вмешательств
1	2	3
Ожирение I-II ст. (ИМТ 30-39,9) в сочетании с ХНИЗ E66	**Первое посещение:** при взятии на ДинН. **Далее** — 1 раз в 3 мес. в первые полгода, далее не реже 1 раза в 6-12 мес. в случае назначения медикаментозной терапии не реже 1 раза в мес. в первые 3 мес., далее 1 раз в 3 мес. **Длительность наблюдения** — до достижения нормальной/ избыточной массы тела и ее успешного удержания минимум в течение года	**Сбор жалоб и оценка их динамики** У лиц с ожирением I-II ст. степени какие-либо специфические жалобы могут отсутствовать; Возможны жалобы на: • увеличение массы тела; • жалобы, характерные для ССЗ (повышение АД, боли в левой половине грудной клетки различного характера, сердцебиение, одышка при физической нагрузке, и др.); • жалобы, характерные для СОАС (храп, остановки дыхания во сне, нарушение сна, частые ночные пробуждения, дневная сонливость, снижение внимания, снижение когнитивных функций, утренняя головная боль, никтурия); • жалобы, характерные для патологии ЖКТ, НАЖБП (боли в правом подреберье, слабость, нарушение стула); • жалобы, характерные для нарушения углеводного обмена (сухость во рту, частое мочеиспускание, жажда, слабость, быстрая утомляемость, снижение памяти, кожный зуд, фурункулез, грибковые инфекции, плохое заживление ран, рецидивирующие мочеполовые инфекции); • жалобы, характерные для заболеваний органов дыхания (кашель с мокротой или без, одышка, частые ОРВИ); • жалобы, характерные для нарушения репродуктивного здоровья (нарушение менструального цикла, эректильная дисфункция). • Жалобы, характерные для заболеваний, где прибавка массы тела является симптомом (сухость кожи, выпадение волос, сонливость, стремительный немотивированный набор массы тела за короткий период времени, мышечная слабость, отеки, пигментация, стрии и др.). **Сбор анамнеза** **Анамнез настоящего заболевания (*anamnesis morbi*)** • обсудить стаж повышенной массы тела, в частности уточнить максимальную массу тела в течение жизни и комфортную массу тела (возраст); • обсудить изменения массы тела, взаимосвязь с питанием, уровнем физической активности и длительностью сна. • изучить индивидуальный опыт борьбы с повышенной массой тела (диеты, фитнес, пищевые добавки, лекарства и др.) • выполнить расчет физиологической суточной энергетической ценности с учетом физиологической массы тела и физических нагрузок (Приложение 1). **История жизни (*anamnesis vitae*)** • *наличие сопутствующих заболеваний* (отмечалось ли ранее повышение артериального давления, принимает ли пациент антигипертензивные средства; были ли в анамнезе инфаркт миокарда, острое нарушение мозгового кровообращения, желчнокаменная болезнь, панкреатит, вирусный гепатит; важно исключить заболевания, которые могли бы привести к развитию симптоматического (вторичного) ожирения) • *лекарственный анамнез* (информация (наименование, дозы и длительность приема) о всех принимаемых лекарственных препаратах, как рецептурных, так и безрецептурных, в том числе — витаминах, биологически активных добавках и растительных препаратах, провести учет их совместимости и влияние на всасывание, метаболизм и выведение друг друга); • *биографические данные* (как рос и развивался, какие особенности и условия были в детстве) • *оценка репродуктивной функции* (регулярность/наличие менструального цикла у женщин, количество беременностей, родов) • *трудовой анамнез* (с какого возраста, где и кем работает, наличие профессиональных вредностей; режим труда: продолжительность работы, ее темп, напряженность, перерывы в работе, умственная или физическая, дневная или ночная работа) • *бытовой анамнез* (жилищные и санитарно-бытовые условия проживания; финансово-экономические условия)

[4] Международная классификация болезней 10-го пересмотра, https://mkb-10.com/index.php?pid=8073.

Таблица 1. Продолжение

Заболевание в соответствии с клинической классификацией (код МКБ-10)	Регулярность (периодичность) приемов	Рекомендуемые объем и структура предусмотренных вмешательств
1	2	3
		• *семейный анамнез и наследственность* (наличие у родственников распространённых заболеваний, имеющих наследственный генез или характеризующихся наследственной предрасположенностью — гиперлипидемия, СД, артериальная гипертензия (АГ), внезапная сердечная смерть; при наличии детей — уточнить наличие у них ИзбМТ и ожирения) • *оценка факторов риска развития заболеваний:* поведенческие (курение, прием алкоголя, нерациональное питание, низкая физическая активность и физиологические (гипергликемия, гиперлипидемия, повышенный уровень АД) • *перенесенные заболевания* (заболевания, перенесенные в детском возрасте, операции, травмы, ранения, контузии) • *аллергологический анамнез* (непереносимость запахов, продуктов, лекарственных препаратов, вакцин и сывороток, наличие аллергических реакций, их причинность и сезонность); • *приверженность к лечению* (определение приверженности к проводимому лечению и его эффективности по оценке самого пациента, выяснение причин невыполнения ранее назначенного лечения (Приложение 9)); • *страховой анамнез* (наличие больничного листа с даты предыдущего приема (осмотра, консультации), его причина, продолжительность и повод; наличие инвалидности — с какого возраста, причина и группа). **Физикальное обследование:** • осмотр кожных покровов (стрии, характер оволосения, наличие участков гиперпигментации, которые чаще всего локализуются в подмышечных впадинах, на задней поверхности шеи, в кожных складках, в паховой области, пупке). При подозрении на вторичное (симптоматическое) ожирение пациент должен быть направлен к эндокринологу. • объективное исследование органов и систем ✓ измерение АД (с использованием манжеты, размер которой должен соответствовать окружности плеча пациента); ✓ измерение ОТ; ✓ измерение массы тела; ✓ рассчитать ИМТ по формуле: отношение массы тела (в килограммах) к квадрату роста (в метрах); ✓ рассчитать соотношение ОТ/росту; ✓ аускультация сердца и легких (внимание к таким проявлениям как акцент 2 тона над аортой, ослабление дыхания в нижних отделах лёгких, наличие хрипов); ✓ осмотр, пальпация и перкуссия живота (увеличение размеров печени); **Лабораторные исследования** • Общий анализ крови; биохимический анализ крови (общий холестерин, ХС ЛНП, ХС ЛВП, триглицериды, мочевина, мочевая кислота, определение активности АЛТ, АСТ, гамма-ГТ, общий билирубин, креатинин с расчетом скорости клубочковой фильтрации) — 1 раз в год. • С целью диагностики нарушений углеводного обмена всем пациентам рекомендуется обследование в соответствии с общепринятыми рекомендациями по их диагностике, включая исследование уровней глюкозы в крови и исследование уровня гликированного гемоглобина в крови, а также, при необходимости, проведение перорального глюкозотолерантного теста. При нормальных значениях рекомендовано проведение скрининга 1 раз в 3 года. Лицам с предиабетом в рамках диспансерного наблюдения — 1 раз в год. • Всем пациентам, обратившимся впервые — определение уровня тиреотропного гормона. При подозрении на эндокринные причины ожирения (нарушение менструального цикла, галакторея, неконтролируемая АГ и др.) — рекомендовано направить на исследование уровня пролактина в крови, на проведение тестов первой линии для исключения эндогенного гиперкортицизма (исследование уровня свободного кортизола в моче и/или ночной подавляющий тест с 1 мг дексаметазона и/или исследование уровня свободного кортизола в слюне) с дальнейшей консультацией эндокринолога. • Учитывая наличие ХНИЗ — дополнительные методы обследования, согласно клиническим рекомендациям (индивидуально, в зависимости от того, по какому из ХНИЗ реализуется диспансерное наблюдение)

doi: 10.15829/ 3034-4123-2025-93

Таблица 1. Продолжение

Заболевание в соответствии с клинической классификацией (код МКБ-10)	Регулярность (периодичность) приемов	Рекомендуемые объем и структура предусмотренных вмешательств
1	2	3
		Инструментальные исследования • Всем пациентам рекомендуется проведение УЗИ органов брюшной полости (комплексное) при наличии изменений в показателях АЛТ, АСТ, гамма-ГТ, общий билирубин, для своевременной диагностики осложнений со стороны ЖКТ. Если данные заболевания уже установлены — осуществление диспансерного наблюдения в соответствии с клиническими рекомендациями. • УЗИ БЦА (при наличии изменений в показателях ЛНП, триглицериды для своевременной диагностики осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы) • Возможно проведение биоимпедансометрии (при наличии оборудования) для оценки композитного состава тела и определение фенотипа повышенной массы тела (Приложение 8). • При наличии клинических проявлений СОАС рекомендуется проведение кардиореспираторного мониторинга в ночные часы • Учитывая наличие ХНИЗ — дополнительные методы обследования, согласно клиническим рекомендациям (индивидуально, в зависимости от того, по какому из ХНИЗ реализуется диспансерное наблюдение) **Оценка достижения целевых показателей здоровья** • снижение массы тела на 5-10% за 3-6 мес. терапии; бóльшую (15-20% и более) потерю массы тела можно рекомендовать для пациентов с ИМТ ≥35 кг/м^2 при наличии коморбидных заболеваний; • пациентам, достигшим клинически значимого снижения массы тела, рекомендуется удержание веса не менее 1 года под наблюдением; на этапе удержания массы тела целесообразно регулярное консультирование с врачом терапевтом или специалистом по медицинской профилактике (очное или дистанционное), контроль массы тела (взвешивание не реже 1 раза в неделю), сохранение или расширение режима аэробных физических нагрузок, эукалорийное сбалансированное питание; • заболеваний и компенсация метаболических нарушений, ассоциированных с ожирением. **Оценка риска неблагоприятных событий** (при постановке на учет и далее ежегодно) • Расчет 10-летнего риска развития фатальных сердечно-сосудистых событий у пациентов с неустановленным диагнозом того или иного ССЗ (шкала SCORE), использование электронного калькулятора, разработанного коллективом экспертов ФГБУ "НМИЦ ТПМ" Минздрава России, который позволяет оценить риск смерти от всех причин, смерти от сердечно-сосудистых причин и госпитализации по поводу ССЗ[5] • оценка риска развития СД 2 типа по шкале FINDRISC (Приложение 7) **Установление или уточнение показаний к направлению на консультации к врачам-специалистам. Оценка результатов консультаций врачей-специалистов, в том числе с использованием телемедицинских технологий (по показаниям) и оценка результатов консультаций** (Приложение 5) • врач-эндокринолог; • врач-диетолог; • врач-физической и реабилитационной медицины; • врач-гинеколог; • врач-уролог; • врач-кардиолог; • врач-гастроэнтеролог; • врач-сомнолог; • врач-психиатр или врач-психотерапевт.

5 Свидетельство о государственной регистрации программы для ЭВМ от 18.11.2024 № 2024687325 (ссылка по QR-коду).

Таблица 1. Продолжение

Заболевание в соответствии с клинической классификацией (код МКБ-10)	Регулярность (периодичность) приемов	Рекомендуемые объем и структура предусмотренных вмешательств
1	2	3
		Установление или уточнение диагноза (–ов) заболевания (–ний) (состояния (–ний)). На основании жалоб, данных осмотра и лабораторно-инструментального обследования. При подозрении на наличие ХНИЗ, не выявленного ранее, декомпенсации текущего ХНИЗ — направление на консультацию к врачу-специалисту (при необходимости). **Назначение по медицинским показаниям профилактических, диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий:** • проведение индивидуального краткого профилактического консультирования (включает обсуждение всех индивидуальных факторов риска, рекомендации по профилактике всех модифицируемых факторов, психоэмоционального стресса, что важно для всех пациентов, особенно с отягощенным наследственным анамнезом (проводится на каждом приеме, а также в рамках ПМО и ДОГВН)); • направление на вакцинацию; • назначение (корректировка) медикаментозного лечения (Приложения 2, 3, 4); • определение наличия показаний и отсутствия противопоказаний для направления на санаторно-курортное лечение. **Информирование пациента о результатах проведенного приема (осмотра, консультации)** • выдача рекомендаций, информации о рациональном питании, физической активности, форм рецептурных бланков на лекарственные препараты; • информирование о необходимости регулярных посещений (осмотров, консультации) в рамках ДинН; • информирование о рекомендуемой дате следующего приема (осмотра, консультации); **Оформление медицинской документации** • форма № 025/у "Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях"; • форма № 025-1/у "Талон пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях"; • форма № 057/у-04 "Направление на госпитализацию, восстановительное лечение, обследование, консультацию" (при необходимости); • внесение информации о результатах приема (осмотра, консультации) в электронную медицинскую карту медицинской информационной системы.

Сокращения: АГ — артериальная гипертензия, АД — артериальное давление, АЛТ — аланинаминотрансфераза, АСТ — аспартатаминотрансфераза, гамма-ГТ — гамма-глутамилтранспептидаза, ДинН — динамическое наблюдение, ДОГВН — диспансеризация определенных групп взрослого населения, ЖКТ — желудочно-кишечный тракт, ИзбМТ — избыточная масса тела, ИМТ — индекс массы тела, НАЖБП — неалкогольная жировая болезнь печени, ОРВИ — острая респираторная вирусная инфекция, ОТ — окружность талии, ПМО — профилактический медицинский осмотр, СД — сахарный диабет, СОАС — синдром обструктивного апноэ сна, ССЗ — сердечно-сосудистые заболевания, УЗИ — ультразвуковое исследование, ХНИЗ — хронические неинфекционные заболевания, ХС ЛВП — холестерин липопротеинов высокой плотности, ХС ЛНП — холестерин липопротеинов низкой плотности.

и удержание результата в течение года, что позволяет уменьшить риски для здоровья, а также улучшить течение заболеваний, ассоциированных с ожирением. Бóльшую (15-20% и более) потерю массы тела можно рекомендовать для пациентов с ИМТ ≥35 кг/м^2 при наличии коморбидных заболеваний (Приложение 6) [3]. Если зафиксирована неэффективность терапевтических мер необходимо скорректировать схемы лечения, как в аспекте немедикаментозных методов, так и фармакотерапии.

В случае отсутствия эффективного снижения массы тела, при увеличении ИМТ до значения 40 кг/м^2 и выше, при неэффективности медикаментозной терапии пациенту показана консультация врача-эндокринолога не реже 1 раза в год.

Пациентам, достигшим клинически значимого снижения массы тела (≥5% от исходной), рекомендуется удержание веса. Если целевые значения достигнуты, на этапе удержания массы тела рекомендуется самостоятельный регулярный контроль массы тела (взвешивание не реже 1 раза в неделю), сохранение или расширение режима аэробных физических нагрузок, эукалорийное сбалансированное питание.

 doi: 10.15829/ 3034-4123-2025-93

Приложение 1

Немедикаментозное методы лечения ожирения
(адаптировано из Клинический рекомендаций "Ожирение (взрослые)", 2024[2])

Фундаментом профилактики и лечения ожирения является модификация образа жизни. Немедикаментозная терапия является основой лечения ожирения и рекомендуется как первый, обязательный и постоянный этап лечения. Всем пациентам, страдающим ожирением, с целью снижения массы тела рекомендуется гипокалорийная диета (дефицит 500-700 ккал от физиологической потребности с учетом массы тела, возраста и пола), сбалансированная по пищевым ингредиентам; на этапе поддержания достигнутой массы тела — сбалансированная по пищевым ингредиентам эукалорийная диета. Голодание не рекомендуется в связи с отсутствием данных о его эффективности и безопасности в лечении ожирения в долгосрочном прогнозе.

Алгоритм расчета калорийности суточного рациона:

для женщин:

- 18-30 лет: (0,0621 х вес в кг +2,0357) х 240
- 31-60 лет: (0,0342 х вес в кг + 3,5377) х 240
- старше 60 лет: (0,0377 х вес в кг + 2,7546) х 240

для мужчин:

- 18-30 лет: (0,0630 х вес в кг + 2,8957) х 240
- 31-60 лет: (0,0484 х вес в кг + 3,6534) х 240
- старше 60 лет: (0,0491 х вес в кг + 2,4587) х 240

Если Вы ведете малоподвижный образ жизни, полученную величину умножайте на 1,1, при умеренной физической активности — на 1,3, при физической работе или активных занятиях спортом — на 1,5.

Для расчета суточной калорийности рациона питания, необходимой для снижения веса из полученной величины калорийности суточного рациона необходимо отнять 20% (500-600 ккал). Если фактический рацион питания превышает 3000 ккал в сутки, снижать потребление пищи необходимо постепенно — на 300-500 ккал в неделю до достижения рассчитанной индивидуальной нормы калорий.

Распределение калорийности рациона на 3-5 приемов пищи рекомендовано по схеме:

- Завтрак — 25%
- Второй завтрак — 15%
- Обед — 35%
- Полдник –10%
- Ужин –15%

Большее потребление энергии днем предпочтительнее, чем в вечернее и ночное время.

Для облегчения контроля за калорийностью и сбалансированностью рациона рекомендуется использование специализированных продуктов лечебного и диетического профилактического питания в виде гипокалорийных пищевых продуктов, сбалансированных по составу пищевых ингредиентов, обеспечивающих не менее 16 г белка при калорийности 200 ккал на прием пищи. Специализированные продукты питания могут использоваться в качестве заменителей одного или нескольких приемов пищи в день курсами по 12 нед. и более [9-14].

При формировании рационального питания на долю углеводов следует выделять от 45 до 65% поступления энергии от суточной нормы (оптимальное потребление 50-55%), за счет ограничения легкоусвояемых и рафинированных углеводов. Рекомендовано резко ограничить сладости, выпечку и другие кондитерские изделия. Предпочтение следует отдавать цельнозерновым продуктам с высоким содержанием пищевых волокон; овощам и фруктам, которых в ежедневном рационе должно быть не менее 400-500 г. Употребление перечисленных продуктов обеспечивают организм микроэлементами, пищевыми волокнами и помогают контролировать энергоемкость рациона.

В процессе снижения массы тела важно следить за достаточным содержанием белка в рационе. Оптимальным считается не менее 20 г белка на каждый основной прием пищи. К рекомендуемым источникам белка следует отнести — белок яйца, нежирные сорта рыбы, птицы без кожи; говядина, кролик, молочные продукты, творог и бобовые.

Самым калорийным макронутриентом рациона являются жиры. Именно этот компонент необходимо ограничивать особенно, снижая квоту насыщенных и трансжиров в рационе. В структуре потребления жиров следует рекомендовать употреблять ненасыщенные жиры, входящие в состав рыбы, жидких не-

ГРУППЫ ПИЩЕВЫХ ПРОДУКТОВ (грамм в день)	Суточная потребность в энергии, ккал							
	1600	1800	2000	2200	2400	2600	2800	3000
Овощи (свекла, морковь, все виды капуст, болгарский перец, помидоры, кабачки)	300	375	375	450	450	525	525	600
Фрукты и ягоды (яблоко, груша, цитрусовые, киви, вишня, брусника)	225	225	300	300	300	300	375	375
Цельнозерновые (сваренные крупы: гречка, нешлифованный рис, овёс, кукурузная, ячневая; хлеб, хлебцы, макароны и др.)	141	170	170	198	226	255	283	283
Бобовые (сваренные фасоль, горох, нут, чечевица)	40	40	50	50	70	100	100	110
Орехи, семена (грецкий, миндаль, фундук, семя тыквы и подсолнечника)	16	16	20	20	20	20	24	24
Нерафинированное растительное масло (подсолнечное, кукурузное, оливковое, льняное и др.)	22	24	27	29	31	34	36	44
Молочные продукты (творог 2-5%, йогурт, молоко, ряженка и др.)	400	400	420	420	420	450	450	450
Белковые продукты (приготовленное мясо, рыба, птица, белок яйца)	142	156	200	200	220	220	230	230
Резерв ккал на другие цели (ккал/день) (% от суточной энергоемкости системы питания)	100 6%	140 8%	240 12%	250 11%	320 13%	350 13%	370 3%	440 15%

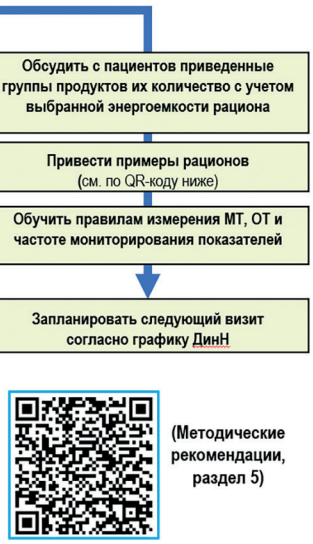


Рис. 2. Алгоритм выбора состава рациона питания в зависимости от рекомендуемой суточной энергоемкости рациона, применяемым при ведении пациентов с ИзбМТ в Центрах здоровья
Сокращения: ДинН — динамическое наблюдение, МТ — масса тела, ОТ — окружность талии.

рафинированных растительных масел, семян, орехов. Однако следует помнить о высокой калорийности перечисленных продуктов.

При обсуждении с пациентом рекомендаций по питанию дополнительно можно использовать алгоритм выбора состава рациона питания в зависимости от рекомендуемой суточной энергоемкости рациона, применяемый при ведении пациентов с ИзбМТ и ожирением в Центрах здоровья [15] (рисунок 2).

С целью визуализации и облегчения понимания реальных объемов можно использовать такие мерные единицы как ложки, чашки, правило тарелки здорового питания, а также использовать методическое пособие по количественной оценке потребляемой пищи "Атлас порций пищевых продуктов и блюд" [16]. Испытывая жажду, рекомендовано пить воду и несладкие напитки. При соблюдении питьевого режима рекомендовано избегать употребления большого количество кофе и чая, а также исключить сладкие газированные напитки и соки.

Аэробная **физическая активность** умеренной интенсивности (150 мин в неделю, что эквивалентно 30 мин в большинство из дней) показана всем пациентам с ИзбМТ и ожирением, если нет противопоказаний для ее выполнения.

Физические тренировки могут выполняться в индивидуальном формате и/или в организованных группах в лечебном учреждении /или в домашних условиях после обучения и освоения программы. Персонализированная программа физических тренировок должна включать регулярные физические аэробные (динамические) нагрузки от низкой до умеренной интенсивности, которые сочетаются с комплексами лечебной гимнастики и дыхательными упражнениями. При оптимизации двигательной активности необходимо учитывать индивидуальные возможности пациентов, в случае ограничений необходимо рекомендовать пациентам активизировать свой быт и расширить физическую активность на столько, на сколько это позволяет состояние здоровья. Увеличение уровня физической активности (преимущественно аэробной) рекомендовано на этапе снижения массы тела; более интенсивные физические нагрузки (от 200 до 300 мин в неделю) могут быть рекомендованы для удержания веса в долгосрочной перспективе.

Пациентам с ожирением рекомендуется индивидуальное или групповое терапевтическое обучение, направленное на изменение образа жизни, квалифицированным медицинским специалистом по структурированной программе в групповом (Школа здоровья) или индивидуальном порядке.

Ежедневный самоконтроль питания подразумевает запись потребляемых продуктов и блюд, а также других аспектов пищевого поведения (времени и места приема пищи, эмоционального аспекта и т.д.) в дневник. Самоконтроль может помочь пациентам определить дисфункциональные признаки пищевого поведения и выработать совместно со специалистом оптимальный подход к его модификации.

 doi: 10.15829/ 3034-4123-2025-93

Приложение 2

Стратегия медикаментозного лечения в соответствии с Клиническими рекомендациями "Ожирение", 2024[2]

1. Назначение препаратов, зарегистрированных в качестве лекарственных средств для лечения ожирения (A08A: Препараты для лечения ожирения, кроме диетических продуктов), рекомендовано пациентам, которые не могут достичь клинически значимого снижения массы тела на фоне немедикаментозных методов лечения и/или на этапе удержания достигнутого результата. При этом при наличии хотя бы одного осложнения, ассоциированного с ожирением, назначение фармакотерапии показано сразу на фоне немедикаментозных методов лечения.
2. Назначение препаратов для лечения ожирения рекомендовано при ИМТ ≥30 кг/м^2 или ИМТ ≥27 кг/м^2 при наличии факторов риска и/или коморбидных заболеваний.
3. Оценку эффективности лекарственной терапии ожирения рекомендуется проводить спустя 3 мес. после начала лечения. Неэффективным может считаться снижение массы тела менее чем на 5% от исходной в течение 3 мес., что требует коррекции терапии.
4. Оценку безопасности терапии рекомендуется проводить спустя 1-3 мес. от момента назначения препарата и не реже, чем раз в 3 мес. в дальнейшем.
5. Не рекомендуется назначение пищевых добавок или биологически активных добавок в связи с отсутствием данных об их эффективности и безопасности в лечении ожирения.
6. В настоящее время на территории Российской Федерации зарегистрированы следующие препараты для лечения ожирения: орлистат, сибутрамин, лираглутид, сибутрамин + метформин, семаглутид, тирзепатид (не вошел в актуальные клинические рекомендации, т.к. зарегистрирован позже их последнего обновления, ожидается включение в обновленные клинические рекомендации "Ожирение (взрослые)" и "Сахарный диабет 2 типа у взрослых").
7. При назначении лекарственных средств для лечения ожирения (A08A: Препараты для лечения ожирения, кроме диетических продуктов) на этапе прегравидарной подготовки в рамках естественного цикла или в рамках подготовки к вспомогательным репродуктивным технологиям при рекомендуется информировать пациентку о необходимости контрацепции.

Приложение 3

"Азбука" медикаментозной терапии ожирения
(выдержка из Клиническими рекомендациями "Ожирение", 2024 с дополнениями[2])

Орлистат

— препарат периферического действия для лечения ожирения, **рекомендуется** пациентам с ИМТ ≥30 кг/м^2 или ИМТ ≥27 кг/м^2 при наличии факторов риска и/или коморбидных заболеваний в дозе 120 мг 3 раза в сутки во время еды или не позже часа после нее для снижения массы тела. Разрешенная максимальная длительность лечения составляет 4 года

Комментарии. *Орлистат, будучи специфическим, длительно действующим ингибитором желудочно-кишечной липазы, оказывает терапевтический эффект в пределах желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) и не обладает системными эффектами: препятствует расщеплению и последующему всасыванию жиров, поступающих с пищей (около 30%), создавая тем самым дефицит энергии, что приводит к снижению массы тела.*

Орлистат способствует также снижению гиперхолестеринемии, причем независимо от степени снижения массы тела. Если прием пищи пропускают или пища не содержит жира, то прием препарата можно пропустить. Применение орлистата у больных ожирением позволяет существенно улучшить профиль факторов риска сахарного диабета (СД) 2 типа, ССЗ и других заболеваний, ассоциированных с ожирением, что может благоприятно влиять на прогноз у этой категории больных. Данных, позволяющих судить о влиянии орлистата на общую смертность или смертность от сердечно-сосудистых заболевания (ССЗ), в настоящее время нет. Важным преимуществом препарата является его периферическое действие только в пределах ЖКТ и отсутствие системных эффектов.

Орлистат противопоказан при острых панкреатитах и заболеваниях, сопровождающихся диареей, синдромом хронической мальабсорбции, холестазом. Орлистат повышает вероятность образования камней в желчном пузыре, однако рациональное потребление жиров не приводит к снижению моторики желчного пузыря. С учетом механизма действия, к числу побочных эффектов препарата относятся жирный стул, маслянистые выделения из прямой кишки, императивные позывы на дефекацию, учащение дефекации и недержание кала, боли в животе, выделение газов с некоторым количеством отделяемого. Выраженность и продолжительность побочных эффектов напрямую зависят от приверженности пациентов лечению и соблюдения рекомендаций по ограничению жиров в пище. Если рекомендованы поливитамины, их следует принимать не ранее, чем через 2 ч после приема орлистата или перед сном.

Сибутрамин

— препарат центрального действия для лечения ожирения, **рекомендуется** пациентам с ИМТ ≥30 кг/м^2 или ИМТ ≥27 кг/м^2 при наличии факторов риска и/или коморбидных заболеваний; в качестве начальной дозы сибутрамина, в т.ч. сибутрамина + целлюлоза микрокристаллическая, **рекомендуется** 10 мг утром, ежедневно, независимо от приема пищи. Если масса тела за первый месяц лечения снизилась менее чем на 2 кг, **рекомендуется** увеличить дозу до 15 мг сибутрамина при условии хорошей его переносимости. Если за 3 месяца приема масса тела уменьшилась менее, чем на 5% от исходной, лечение считается неэффективным. Разрешенная максимальная длительность лечения составляет 1 год.

Комментарии. *Сибутрамин, будучи ингибитором обратного захвата серотонина, норадреналина и, в меньшей степени, допамина, в синапсах центральной нервной системы, в том числе в комбинации с микрокристаллической целлюлозой, имеет двойной механизм действия: с одной стороны, он ускоряет чувство насыщения, снижая количество потребляемой пищи, с другой стороны — увеличивает энергозатраты организма, что в совокупности приводит к отрицательному балансу энергии.*

Сибутрамин обеспечивает эффективное снижение массы тела вне зависимости от пола, возраста и наличия сопутствующих заболеваний. Чем выше исходный ИМТ, тем более интенсивного снижения массы тела можно ожидать. Сибутрамин обеспечивает эффективную и устойчивую потерю массы тела, улучшает метаболические показатели: достоверно снижает уровень триглицеридов, общего холестерина, холестерин липопротеинов низкой плотности (ХС ЛНП), холестерина липопротеинов высокой плотности (ХС ЛВП), уменьшает содержание мочевой кислоты в плазме крови, снижает уровень гликированного гемоглобина. Лечение ожирения сибутрамином требует обязательного постоянного врачебного наблюдения.

Контроль артериального давления (АД) и пульса необходим у всех больных до начала лечения, далее с 1-го по 3-й мес. лечения — каждые 2 нед., с 4-го по 6-й мес. — ежемесячно, с 6-го по 12-й мес. — каждые 3 мес. Препарат отменяют при двукратном зарегистрированном учащении пульса более чем на 10 уд./мин, повышении АД более чем на 10 мм рт.ст., а также в случае, если оно при двух повторных измерениях превышает 140/90 мм рт.ст. при ранее компенсированной артериальной гипертонии (АГ). Препарат не может быть назначен пациентам с неконтролируемой (АД >145/90 мм рт.ст.) АГ (контролируемая артериальная гипертония не является противопоказанием к применению сибутрамина), ишемической болезнью сердца, декомпенсацией хронической сердечной недостаточностью (ХСН), нарушением ритма сердца, цереброваскулярными заболеваниями (инсультом, транзиторными нарушениями мозгового кровообращения), окклюзионными заболеваниями периферических артерий, возрасте старше 65 лет, при тяжелых поражениях печени и почек, которые могут встречаться при ожирении, в случае одновременного приема или спустя менее 2 недель после отмены ингибиторов моноаминооксидазы типа А, ингибиторов моноаминооксидазы типа В или других препаратов, действующих на центральную нервную систему (в т.ч. антидепрессантов), при серьезных нарушениях питания и психических заболеваниях, тиреотоксикозе, феохромоцитоме, закрытоугольной глаукоме, доброкачественной гиперплазии предстательной железы. Такие побочные действия, как тошнота, потеря аппетита, запор, сухость во рту, изменение вкуса, бессонница, головная боль, возбуждение, потливость обычно слабо выражены, отмечаются лишь в начале лечения, имеют преходящий характер и, как правило, не требуют отмены терапии.

Лираглутид

— аналог глюкагоноподобного пептида-1 (ГПП-1), **рекомендуется** пациентам с ИМТ ≥30 кг/м^2 или ИМТ ≥27 кг/м^2 при наличии факторов риска и/или коморбидных заболеваний; начальная доза составляет 0,6 мг подкожно 1 раз в сутки, с последующей стандартной титрацией (доза увеличивается на 0,6 мг с интервалами не менее одной недели для улучшения желудочно-кишечной переносимости до достижения терапевтической — 3,0 мг в сутки). При отсутствии снижения массы тела на 5% и более от исходной за 3 месяца применения лираглутида в суточной дозе 3,0 мг лечение прекращают.

Комментарии. *Лираглутид регулирует аппетит с помощью усиления чувства наполнения желудка и насыщения, одновременно ослабляя чувство голода и уменьшая предполагаемое потребление пищи. Лираглутид не увеличивает 24-ч расход энергии. Лираглутид 3,0 мг обеспечивает эффективную и устойчивую потерю массы тела, положительно влияет на динамику кардио-метаболических факторов риска на фоне снижения массы тела. Лираглутид 3,0 мг может рассматриваться как предпочтительный вариант для пациентов с ожирением и наличием сопутствующих ССЗ в связи с доказанным снижением сердечно-сосудистых рисков, устойчивым снижением массы тела в течение трех лет терапии, снижением тяжести ночного апноэ, значительным снижением риска развития СД 2 типа и благоприятным профилем безопасности и переносимости.*

Препарат противопоказан при медуллярном раке щитовидной железы в анамнезе, в т.ч. семейном, множественной эндокринной неоплазии 2 типа, тяжелой депрессии, суицидальных мыслях или поведении, в т.ч. в анамнезе, почечной и печеночной недостаточности тяжелой степени, ХСН IV функционального класса (в соответствии с классификацией NYHA), у пациентов в возрасте ≥75 лет.

Применение лираглутида у пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника и диабетическим парезом желудка не рекомендуется, поскольку оно связано с транзиторными нежелательными реакциями со стороны ЖКТ, включая тошноту, рвоту и диарею. С осторожностью прием препарата у пациентов с печеночной недостаточностью легкой и средней степени тяжести, заболеваниями щитовидной железы и наличием острого панкреатита в анамнезе.

Семаглутид

— это аналог ГПП-1, является физиологическим регулятором пищевого поведения и углеводного обмена, рекомендуется пациентам с ИМТ ≥30 кг/м^2 или ИМТ ≥27 кг/м^2 при наличии факторов риска и/или коморбидных заболеваний, таких как предиабет, СД 2 типа, АГ, дислипидемия, синдром обструктивного апноэ сна (СОАС) или ССЗ в качестве дополнения к низкокалорийной диете и физической активности. Начальная доза семаглутида составляет 0,25 мг подкожно 1 раз в неделю, с последующей стандартной титрацией (0,5 мг, 1 мг, 1,7 мг до достижения терапевтической дозы — 2,4 мг) с интервалами 4 нед. для улучшения желудочно-кишечной переносимости. Лечение семаглутидом прекращают при отсутствии снижения массы тела на 5% и более от исходной через 12 нед. приема препарата в дозе 2,4 мг или максимально переносимой дозе.

Комментарии. *В клинических исследованиях было показано, что семаглутид 2,4 мг приводит к клинически значимому и устойчивому снижению массы тела у пациентов с ожирением или ИзбМТ. Это достигается за счет уменьшения потребления калорий, чувства голода, тяги к еде и снижения предпочтения к приёму пищи с высоким содержанием жиров. При приеме семаглутида в дозе 2,4 мг наблюдалось снижение уровня глюкозы крови и уменьшение секреции глюкагона, улучшение ряда кардиометаболических параметров, включая ОТ, гликированный гемоглобин, АД, липидный профиль, функции печени и общего физического состояния.*

В исследованиях семаглутид продемонстрировал не только улучшение антропометрических показателей, но и снижение смертности от сердечно-сосудистых осложнений у пациентов с СД 2 типа. Эффективность продемонстрирована независимо от возраста, пола, расы, этнической принадлежности, исходной массы тела, ИМТ, наличия СД 2 типа и функции почек. Учитывая доказанную эффективность и благоприятный профиль безопасности, семаглутид 2,4 мг может рассматриваться как оптимальный вариант для долгосрочной терапии пациентов с ожирением или ИзбМТ и высокими сердечно-сосудистыми рисками.

Противопоказаниями для применения семаглутида в дозе 2,4 мг являются непереносимость семаглутида или любых других компонентов препарата, медуллярный рак щитовидной железы в анамнезе, в том числе в семейном, множественная эндокринная неоплазия 2 типа, СД 1 типа, диабетический кетоацидоз, печеночная недостаточность тяжелой степени, терминальная стадия почечной недостаточности (клиренс креатинина <15 мл/мин), ХСН IV функционального класса (в соответствии с классификацией NYHA.

Семаглутид 2,4 мг не рекомендован при использовании других препаратов для снижения массы тела, диабетической ретинопатии, вторичном ожирении на фоне эндокринологических заболеваний, расстройствах пищевого поведения, применении лекарственных препаратов, которые могут привести к повышению массы тела, при воспалительных заболеваниях кишечника, при задержке опорожнения желудка на фоне СД (диабетическом гастропарезе). С осторожностью прием препарата у пациентов с легкой и умеренной степенью печеночной недостаточности, заболеваниями щитовидной железы и наличием острого панкреатита в анамнезе. Имеется ограниченный опыт применения семаглутида в дозе 2,4 мг у пациентов в возрасте 75 лет и старше. Наиболее частые нежелательные реакции при применении семаглутида (головная боль, тошнота, рвота, диарея, запор, боль в животе), как правило, отмечаются в начале лечения, носят транзиторный характер и не требуют отмены терапии.

При применении агонистов рецепторов ГПП-1 необходимо уделять большое внимание вопросам диетотерапии для предупреждения побочных эффектов от снижения аппетита (дефицит белка в рационе, снижение мышечной массы, недостаточность микроэлементов и витаминов и др.), а также с целью формирования новых пищевых привычек, которые будут способствовать удержанию массы тела после курса лечения. С целью сохранения сбалансированности рациона на фоне его низкой калорийности можно использовать специализированные продукты лечебного питания, предназначенные для снижения веса, в качестве заменителей одного или нескольких приемов пищи в день [17, 18]. Добавление таких продуктов позволяет пациенту сохранить мышечную массу, привыкнуть к уменьшению порций, научиться управлять суточной энергетической ценностью рациона, дает чувство сытости, необходимое для высокой приверженности низкокалорийной диете.

Тирзепатид

— это двойной агонист ГПП-1 и рецепторов глюкозозависимого инсулинотропного полипептида, является физиологическим регулятором пищевого поведения и углеводного обмена, рекомендуется пациентам с ИМТ ≥30 кг/м^2 или ИМТ ≥27 кг/м^2 при наличии факторов риска и/или коморбидных заболеваний, таких как предиабет, СД 2 типа, АГ, дислипидемия, СОАС или ССЗ в качестве дополнения к низкокалорийной диете и физической активности. Начальная доза тирзепатида составляет 2,5 мг подкожно 1 раз в неделю, с последующей титрацией (на 2,5 мг не чаще одного раза в месяц, максимальная доза составляет 15 мг/нед.)[6].

Комментарии. *Препарат в настоящее время не входит в актуальные клинические рекомендации.*

[6] Государственный реестр лекарственных средств https://grls.rosminzdrav.ru/GRLS.aspx?RegNumber=&MnnR=%d0%a2%d0%b8%d1%80%d0%b7%d0%b5%d0%bf%d0%b0%d1%82%d0%b8%d0%b4&lf=&TradeNmR=&OwnerName=&MnfOrg=&MnfOrgCountry=&isfs=0&regtype=1%2c6&pageSize=10&token=cf1663bd-9407-4f12-8003-e58b57d23a26&order=Registered&orderType=desc&pageNum=1.

 doi: 10.15829/ 3034-4123-2025-93

Комбинированные препараты для лечения ожирения

Препарат **метформин+сибутрамин**, имеющий в своем составе **сибутрамин** (A08AA10), препарат центрального действия для лечения ожирения, и **метформин** (A10BA02), гипогликемический препарат, кроме инсулинов, рекомендуется для коррекции массы тела и улучшения липидного и углеводного обменов у пациентов: с ИМТ >30 кг/м^2 (алиментарное ожирение); с ИМТ=27 кг/м^2 и более в сочетании с СД 2 типа и дислипидемией; с ИМТ=30 кг/м^2 и более с предиабетом и дополнительными факторами риска развития СД 2 типа, у которых изменения образа жизни не позволили достичь адекватного гликемического контроля.

Рекомендуется принимать препарат в начальной дозе 10 мг сибутрамина и 850 мг метформина в сутки. Препарат следует принимать утром, не разжевывая и запивая достаточным количеством жидкости как натощак, так и в сочетании с приемом пищи. Увеличение дозы до 15 мг сибутрамина + 850 мг метформина возможно, если в течение месяца не достигнуто снижение массы тела на 2 кг и более, но не ранее, чем через 4 нед. от начала лечения. Лечение не должно продолжаться более 3 мес. у пациентов, которым не удалось за этот период добиться снижения массы тела на 5% от исходного уровня при приёме препарата в максимальной дозе. Длительность непрерывного лечения не более 1 года.

Комментарии. *Совместное применение сибутрамина с метформином как в виде комбинированного приема, так и в виде комбинированного препарата повышает терапевтическую эффективность используемой комбинации у пациентов с ИзбМТ и нарушениями углеводного обмена. Сибутрамин + метформин повышает эффективность терапии ожирения и способствует восстановлению метаболического здоровья даже у пациентов без дополнительных нарушений углеводного обмена. На фоне терапии снижение массы тела сопровождается клинически значимым уменьшением ОТ и улучшением липидного профиля, что доказывает эффективность препарата в отношении снижении риска развития осложнений и отвечает основным целям терапии ожирения. Рекомендуемая длительность приёма сибутрамина с метформином как в виде комбинированного приема, так и в виде комбинированного препарата составляет не менее 6 мес. для выработки правильных привычек питания и удержания достигнутого результата по снижению массы тела. Контролируемая артериальная гипертензия (АД <145/90 мм рт.ст.) не является противопоказанием к применению препарата. Препарат не следует принимать при наличии диабетического кетоацидоза, нарушении функции печени и почек (клиренс креатинина <45 мл/мин), а также при наличии противопоказаний к приему сибутрамина. Во время приема препарата следует избегать прием алкоголя, а также лекарственных средств, содержащих этанол.*

- При наличии у пациента с ожирением нарушений углеводного обмена, в том числе состояний, ассоциированных с инсулинорезистентностью (нарушенная гликемия натощак, нарушенная толерантность к глюкозе), с целью снижения риска развития СД 2 или увеличения периода до его манифестации рекомендуется назначение метформина, лираглутида или метформин + сибутрамин.

Приложение 4

Алгоритм выбора лекарственной терапии ожирения в зависимости от наличия ассоциированных заболеваний/состояний[2]

	Орлистат	Сибутрамин Сибутрамин+метформин	Агонисты рецепторов ГПП-1
Артериальная гипертензия	+	+/-	+
Ишемическая болезнь сердца, цереброваскулярная болезнь	+	–	+
Хроническая сердечная недостаточность	+	–	+
Панкреатит	+	+	+/-
Медуллярный рак щитовидной железы	+	+	–
Желчнокаменная болезнь	+/-	+	+/-
Холестаз	–	+	+
Заболевания желудочно-кишечного тракта, сопровождающиеся диареей	–	+	+/-
Предиабет	+	+	+

Сокращение: ГПП-1 — глюкагоноподобный пептид-1.

doi: 10.15829/ 3034-4123-2025-93

Приложение 5

Консультации врачей-специалистов по медицинским показаниям, в том числе с применением телемедицинских технологий[2]

Пациенту с ожирением по показаниям могут быть рекомендованы:

- углубленное профилактическое консультирование в Центре здоровья/ Школа здоровья для пациентов с ожирением, с целью получения информации по здоровому питанию и правильному планированию приема пищи;
- прием (осмотр, консультация) врача-диетолога (при наличии) при неэффективности немедикаментозных методов лечения в течение 3-6 мес. с целью коррекции рациона;
- прием (осмотр, консультация) врача-эндокринолога — при подозрении на вторичное (симптоматическое) ожирение; в случае отсутствия снижения массы тела в течение 12 мес. на 5-10%; при увеличении ИМТ до значения 40 кг/м^2 и выше; при неэффективности медикаментозной терапии не реже 1 раза в год;
- прием (осмотр, консультация) врача физической и реабилитационной медицины (при наличии) — пациентам, имеющим нарушения, препятствующие выполнению физических упражнений и адекватной двигательной активности;
- прием (осмотр, консультация) врача-гастроэнтеролога — пациентам с ожирением, неалкогольной жировой болезнью печени (НАЖБП), с факторами риска развития неалкогольного стеатогепатита и цирроза печени, с целью решения вопроса о необходимости пункционной биопсии печени;
- прием (осмотр, консультация) врача-кардиолога — пациентам с ожирением и АГ при недостижении целевого уровня АД, с целью назначения или коррекции антигипертензивной терапии;
- прием (осмотр, консультация) врача-кардиолога — пациентам с ожирением и дислипидемией при недостижении целевых показателей липидного обмена, с целью назначения или коррекции гиполипидемической терапии;
- прием (осмотр, консультация) врача-кардиолога — пациентам с ожирением и клиническими признаками ишемической болезни сердца, ХСН с целью определения показаний к проведению дополнительных обследований, назначения или коррекции терапии;
- прием (осмотр, консультация) врача гинеколога — пациенткам с ожирением и нарушениями менструального цикла, бесплодием или симптомами гиперандрогении (акне, гирсутизм или андрогенная алопеция) рекомендуется обследование для исключения синдрома поликистозных яичников;
- прием (осмотр, консультация) врача-уролога — мужчинам с ожирением при наличии жалоб и клинических симптомов гипогонадизма, с целью диагностики и лечения гипогонадизма;
- прием (осмотр, консультация) врача-сомнолога (при наличии) — пациентам с подозрением на наличие СОАС, с целью проведения кардиореспираторного мониторинга в ночные часы (при наличии) и выявлению нарушений.
- прием (осмотр, консультация) врача-психотерапевта (при наличии), специализирующегося в области соматических заболеваний и психосоматических расстройств, с целью оценки психоэмоциональных нарушений.

Приложение 6

Целевые показатели снижения массы тела на фоне лечения ожирения в зависимости от наличия у пациента коморбидных заболеваний[2]

Цель лечения:

- постепенное снижение массы тела до такого уровня, при котором достигается максимально возможное уменьшение риска для здоровья и компенсация заболеваний, ассоциированных с ожирением;
- поддержание достигнутого результата;
- улучшение качества жизни больных.

Целевые показатели снижения массы тела на фоне лечения ожирения в зависимости от наличия у пациента коморбидных заболеваний.

Коморбидные заболевания	Рекомендуемое снижение массы тела	Ожидаемый результат
Метаболический синдром	10%	Профилактика развития СД 2 типа
СД 2 типа	5-15%	Снижение гликированного гемоглобина, сокращение приема ПССП, ремиссия СД 2 типа
Дислипидемия	5-15%	Снижение уровня ТГ, повышение уровня ХС ЛВП, снижение ХС ЛНП
АГ	5-15%	Снижение АД, сокращение приема антигипертензивных средств
НАЖБП	>10%	Снижение содержания липидов и уменьшения воспалительных изменений в печени
СПКЯ	5-15%	Овуляция, уменьшение гирсутизма, снижение уровня андрогенов, повышение чувствительности к инсулину
СОАС	7-11%	Снижение индекса апноэ/гипопноэ
Бронхиальная астма	7-8%	Улучшение объема форсированного выдоха за 1 сек. (FEV1)
ГЭРБ	>10%	Уменьшение симптомов

Сокращения: АГ — артериальная гипертония, АД — артериальное давление, ГЭРБ — гематоэнцефалический барьер, НАЖБП — неалкогольная жировая болезнь печени, ПССП — пероральные сахароснижающие препараты, СД — сахарный диабет, СОАС — синдром обструктивного апноэ сна, СПКЯ — синдром поликистозных яичников, ТГ — триглицериды, ХС ЛВП — холестерин липопротеинов высокой плотности, ХС ЛНП — холестерин липопротеинов низкой плотности.

Пациентам, достигшим клинически значимого снижения массы тела, рекомендуется удержание веса. На этапе удержания массы тела рекомендуется регулярное консультирование с врачом терапевтом или со специалистом по медицинской профилактике (очное или дистанционное), регулярный контроль массы тела (взвешивание не реже 1 раза в неделю), сохранение или расширение режима аэробных физических нагрузок, эукалорийное сбалансированное питание.

Ожирение и коморбидные заболевания [4]

Ожирение патогенетически ассоциировано с развитием целого ряда заболеваний (кардиометаболических, онкологических, бронхо-легочных, патологии суставов и др.). Самые известные "портреты" коморбидности согласно эпидемиологическим данным практически всегда включают в себя ожирение. Диспансерное наблюдение при наличии данных заболеваний реализуется согласно соответствующим актуальным клиническим рекомендациям. Особенности течения наиболее часто ассоциированных с ожирением заболеваний представлены в данном приложении.

Сахарный диабет 2 типа

Установлено, что ожирение является одним из факторов риска развития резистентности к инсулину и СД 2 типа. Это связано с тем, что висцеральная жировая ткань высвобождает в кровоток большое количество свободных жирных кислот, адипокинов и сигнальных молекул, которые могут участвовать в развитии инсулинорезистентности. Кроме того, сама гипоксия жировой ткани в условиях гипертрофии адипоцитов, окислительный стресс и дисфункция эндоплазматического ретикулума на клеточном уровне способствуют нарушению рецепции к инсулину. Согласно статистическим данным ~80% пациентов с СД 2 типа страдают ожирением. У лиц с ожирением в 6 раз выше частота впервые возникшего СД 2 типа, чем с ИМТ<30 кг/м^2. При наличии ожирения у пациента с нарушениями углеводного обмена значительно усложняется управление заболеванием. На стадии предиабета необходимо приложить макси-

мум усилий и мотивировать пациента на нормализацию массы тела, с целью предотвращения манифестации СД [19]. В последние десятилетия разработаны сахароснижающие препараты, которые не только контролируют уровень гликемии, но и благоприятно влияют на массу тела, способствуя ее снижению (агонисты рецепторов ГПП-1, двойные агонисты рецепторов ГПП-1 и глюкозозависимого инсулинотропного полипептида, глифлозины). При выборе стратегии лечения пациента с СД 2 типа и ожирением необходимо выбирать именно такие препараты. Несмотря на благоприятное воздействие глифлозинов на снижение массы тела, данная группа не является препаратами лечения ожирения. Диспансерное наблюдение пациентов с СД 2 типа осуществляется врачом-терапевтом участковым и эндокринологом [20].

В ряде случаев, при значимом снижении массы тела на фоне эффективного лечения, в том числе хирургического, у пациентов с СД 2 типа может наступить ремиссия СД.

Артериальная гипертензия

Как известно, ожирение связано с повышенным риском развития гипертонической болезни. При этом у пациентов с ожирением чаще регистрируется тяжелая АГ 3 степени, чем у больных с ИМТ <30 кг/м^2. Согласно моделям логистической регрессии, ожирение в 2,7 раза увеличивает шанс наличия АГ. По данным Framingham study, прибавка в весе на 1 кг способствует повышению АД на 1 мм рт.ст. Результаты эпидемиологических исследований свидетельствуют о том, что при поправке на возраст, образование, статус курения, потребление алкоголя и повышенную частоту сердечных сокращений, вероятность наличия АГ увеличивается с ростом частоты ожирения среди мужчин — от 5,5 до 12 раз, среди женщин — от 4,5 до 18 раз. При этом АГ является наиболее частым фактором риска, встречающимся при ожирении, — отношение шансов ассоциации между ожирением и АГ среди лиц обоего пола — 2,71 и 2,52 у мужчин и женщин, соответственно. Гипертензия, ассоциированная с ожирением, возникает из-за сложного взаимодействия нескольких механизмов, включая неадекватную активацию симпатической нервной системы, ренин-ангиотензин-альдостероновой системы, дисфункцию адипоцитов и нарушение натрийуреза. Кроме этого, при ожирении наблюдается увеличение количества паранефральной жировой ткани, что вызывает компрессию почки, хроническое воспаление, снижение кровотока и увеличение реабсорбции натрия.

Сочетание ожирения и АГ существенно увеличивает риск развития микро- и макрососудистых осложнений и способствует увеличению сердечно-сосудистой смертности. В терапии АГ у пациентов с ожирением одним из базовых аспектов лечения является изменение образа жизни и нормализация массы тела. Уменьшение массы тела на 5-10% от исходной приводит к достоверному снижению риска развития сердечно-сосудистых осложнений у пациентов с АГ и ожирением. Диспансерное наблюдение пациентов с АГ осуществляется врачом-терапевтом участковым и эндокринологом [21].

Метаболический синдром и гиперлипидемия

До 70% пациентов с ожирением имеют сопутствующую гиперлипидемию, которая клинически проявляется повышенным уровнем ХС ЛНП, сниженным уровнем ХС ЛВП и гипертриглицеридемией. Патофизиология данного процесса многофакторная, связана с нутритивным статусом, повышенной выработкой свободных жирных кислот и сниженной способностью к расщеплению и метаболизму триглицеридов. В исследованиях было показано, что 70% пациентов с ожирением имеют метаболический синдром — совокупность клинических признаков, которая включает абдоминальное ожирение, нарушения липидного обмена, АГ, повышение уровня глюкозы крови натощак и гиперурикемию. Влияние снижения массы тела на уровень показателей липидного профиля доказало свою эффективность во многочисленных исследованиях аспектов как немедикаментозного лечения, так и фармакотерапии ожирения. Поэтому, когда назначается гиполипидемическая терапия крайне важно делать акцент и на необходимости и мерах борьбы с ожирением.

Хроническая сердечная недостаточность

Данные последнего десятилетия свидетельствуют о том, что ожирение более чем на 50% увеличивает риск развития ХСН со сниженной фракцией выброса. Известно, что эта патология является результатом гипертрофии левого желудочка вследствие увеличения сердечного выброса при снижении функции миокарда из-за липотоксичности и системного воспаления. Кроме этого, установлено нарушение функции клеточных белков из-за повышенного гликозилирования связей коллагена, что приводит к диастолической дисфункции. Дополнительную нагрузку на сердечную мышцу оказывает увеличение толщины эпикардиального жира. В последние десятилетия в арсенале кардиологов появились препараты из группы ингибиторов натрий глюкозного котранспортера 2 типа (глифлозинов), назначение которых при ХСН не

только реализует рено- и кардиопротекцию, но и благоприятно влияют на массу тела. Снижение массы тела приводит к снижению нагрузки и к облегчению клинических проявлений ХСН.

Фибрилляция предсердий

Результаты ряда исследований последних десятилетий показали повышение риска развития фибрилляции предсердий (ФП) у пациентов с ожирением. Исследование Framingham выявило, что на каждую единицу увеличения ИМТ (>30 кг/м^2) риск ФП растет на 5%. Среди множества механизмов развития ФП при ожирении следует отметить главный: ремоделирование миокарда через увеличение количества висцеральной эпикардиальной жировой ткани (а также внутри стенки левого предсердия), замещение кардиомиоцитов фиброзной тканью и атрофию кардиомиоцитов, развитие электрической диссоциации. Кроме этого, паракринное воздействие высвобождаемых жировой тканью адипокинов усугубляет электрическую гетерогенность миокарда.

Неалкогольная жировая болезнь печени

НАЖБП тесно ассоциирована с ожирением и метаболическим синдромом, что значительно повышает риск ССЗ и отражается на продолжительности жизни[7]. По данным Всемирной гастроэнтерологической организации, у пациентов с НАЖБП и ожирением смертность намного выше, чем в общей популяции. Увеличение смертности связано как с гепатологической составляющей заболевания (развитием фиброза, цирроза печени и гепатоцеллюлярной карциномы в результате прогрессирования НАЖБП), так и с кардиометаболической (НАЖБП — независимый фактор риска ССЗ и смертности)[7] [22]. При морбидном ожирении частота НАЖБП возрастает до 95-100%. Причем, среди мужчин НАЖБП встречается чаще чем среди женщин (38,5% против 26,6%). В основе лечения НАЖБП лежит изменение образа жизни. Однако метаанализы последних лет свидетельствуют о неопределенности влияния вмешательств в образ жизни пациентов с НАЖБП на долгосрочный прогноз и исходы заболевания в связи с относительно короткими (не более 2 лет) сроками проведенных исследований и их неоднородностью. Пациентам с НАЖБП рекомендовано назначение урсодезоксихолевой кислоты (УДХК), с целью уменьшения содержания липидов в гепатоцитах, уменьшения воспаления и профилактики прогрессирования фиброза[7]. Помимо этого, УДХК рекомендована к назначению пациентам НАЖБП и ассоциированными кардиометаболическими состояниями: с сахарным диабетом 2 типа, дислипидемией и АССЗ, ожирением. Пациентам с ожирением назначение УДХК рекомендовано на весь период снижения массы тела с целью профилактики образования конкрементов в желчном пузыре[7] [23]. Также отмечено, что семаглутид при лечении пациентов с ожирением и НАЖБП снижает воспаление и может способствовать обратному развитию заболевания.

Ожирение и онкологические заболевания

В отчете Международного агентства по изучению рака за 2020 г. были представлены убедительные доказательства взаимосвязи ожирения с риском развития 13 различных видов рака. Постменопаузальный рак молочной железы, колоректальный рак, рак эндометрия, пищевода, поджелудочной железы, почек, печени, желудка, желчного пузыря, яичников, щитовидной железы, множественная миелома и менингиома входят в число онкологических заболеваний, которые чаще всего развиваются у людей с ожирением. Важно, что три наиболее сложных для лечения видов рака — рак поджелудочной железы, пищевода и желчного пузыря, а также два наиболее распространенных — рак молочной железы и колоректального рак, ассоциированы с ожирением. Установлено, что при увеличении ИМТ на каждые 5 кг/м^2 риска развития рака прямой кишки увеличивается на 9%, рака желчевыводящих путей — на 5,6%. Риск постменопаузального рака молочной железы у женщин, которые никогда не получали заместительную гормональную терапию, составлял 11% на каждые 5 кг веса, прибавляемого во взрослом возрасте, в то время как риск рака эндометрия повышался на 21% на каждые 0,1 кг увеличения массы тела.

Ожирение и синдром обструктивного апноэ сна

Ожирение является основным модифицируемым фактором риска развития СОАС. Согласно данным исследований, снижение веса всего на 5% от исходного уже способствует снижению частоты нарушений дыхания во сне. И, напротив, на каждые 10% увеличения массы тела индекс апноэ/гипопноэ увеличивался на 32%. СОАС диагностируется более чем у 30% людей с ожирением и у 50-98% людей с морбидным ожирением. Оба состояния повышают рис развития тяжелых кардиометаболических осложнений. Ряд авторов подчеркивают, что отложение висцерального жира в мягких тканях глотки способствует суже-

[7] Клинические рекомендации Минздрава России "Неалкогольная жировая болезнь печени" 2024 г. https://cr.minzdrav.gov.ru/view-cr/748_2.

нию верхних дыхательных путей. Было установлено, что окружность шеи является более значимым предиктором развития нарушений дыхания во сне, чем ИМТ, и этот факт отражает ключевую роль наличия жировых отложений в области глотки для развития СОАС. В свою очередь, апноэ усугубляет тяжесть метаболических нарушений.

Хроническая обструктивная болезнь легких

У пациентов с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) часто встречается мультиморбидность, усугубляющая риск неблагоприятных исходов [24]. Сочетание ХОБЛ с выраженным ожирением ухудшает прогноз течения заболевания. Системное воспаление, проявляющееся увеличением уровня фибриногена, С-реактивного белка, изменениями уровней других маркеров, а также оксидативный стресс, характерный для ХОБЛ, приводят к ремоделированию сосудов, активации прокоагулянтных и других факторов, увеличивающих риск ССЗ. Прогностическим биомаркером, связанным с риском обострения и смерти при ХОБЛ, является фибриноген. ИзбМТ и ожирение способствуют более раннему развитию АГ при ХОБЛ. Кроме того, у лиц с ожирением часто наблюдается снижение дыхательного объема легких и ухудшение вентиляции, что может усугублять симптомы ХОБЛ. Многие автору пишут о том, что ожирение оказывает неоднозначное влияние на течение ХОБЛ, отмечая что что пациенты с ХОБЛ и ИзбМТ или ожирением I степени имеют более благоприятный прогноз в отношении обострений ХОБЛ и выживаемости. Этот феномен известен как "парадокс ожирения". Дополнительными защитными свойствами обладает бурая жировая ткань, которая подавляет системное воспаление при ХОБЛ, что также может способствовать улучшению прогноза.

Бронхиальная астма

У пациентов с бронхиальной астмой (БА) чаще регистрируют ожирение, чем у пациентов без БА, и среди лиц с ожирением чаще встречаются пациенты с БА. Однако, респираторные симптомы, связанные с ожирением, могут имитировать симптомы БА. Ожирение может приводить как к гиподиагностике, так и гипердиагностике БА. Гипердиагностика БА у пациентов с ожирением может достигать 30%. Не исключена и гиподиагностика БА у больных ожирением. Необходимо у пациентов с ожирением при подозрении на БА доказать вариабельность обструкции дыхательных путей для верификации данного заболевания. Кроме того, при ожирении следует дифференцировать симптомы БА от симптомов, связанных с механической рестрикцией дыхательных путей и/или СОАС, а также с симптомами астмы физического усилия.

Наличие ожирения способствует более тяжелому течению БА, плохому контролю, риску обострений. Патогенетически БА и ожирение связывают системное воспаление, окислительный стресс, активация макрофагов. Отдельно выделяют фенотип "БА у пациентов с ожирением", характеризующийся другим типом воспалительной реакции (не эозинофильным), более тяжелым течением, резистентностью к обычной терапии, поздним началом и преимущественно развивающимся у лиц женского пола. В основе патофизиологических механизмов фенотипа БА с ожирением лежит системное воспаление, изменение уровней адипокинов и механический стресс. Клетки жировой ткани вырабатывают различные воспалительные цитокины, например, лептин, фактор некроза опухоли-α и интерлейкин-6 (ИЛ-6), которые в свою очередь запускают ряд патогенетических механизмов, лежащих в основе метаболических нарушений и ССЗ, а также участвуют в патогенезе бронхообструкции. ИЛ-6 повышен у пациентов с тяжелой неконтролируемой БА, страдающих ожирением: экспрессия ИЛ-6 в мокроте и его уровень в сыворотке крови не только связаны с обструкцией бронхов и тяжелой БА, но и способствуют развитию резистентности к инсулину, что, в свою очередь, активирует воспаление жировой ткани. Кроме того, ассоциированные с ожирением заболевания могут дополнительно ухудшать течение БА: гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, СОАС и др. Пациентам с БА и ожирением рекомендованы мероприятия по снижению массы тела [25]. Отмечают улучшение функции внешнего дыхания и облегчение симптомов БА при снижении массы тела даже на 5-10% от исходной.

Изменения биомеханики дыхания, связанные с ожирением, ведут к изменению функции внешнего дыхания, что необходимо учитывать при проведении спирометрии. Установлено, что при ожирении снижаются функциональная остаточная емкость легких, резервный объем выдоха, жизненная емкость легких. Объем форсированного выдоха за 1 секунду и форсированная жизненная емкость легких обычно незначительно снижены, а их соотношение остается в пределах нормальных значений, исключение составляют пациенты с морбидным ожирением, у которых данные показатели также значительно изменены.

Приложение 7

ОПРОСНИК FINDRISC[8]:
Назначение: выявление риска предиабета и сахарного диабета 2 типа

Назначение: выявление риска предиабета и СД 2 типа.

Инструкция: ответьте на все 8 вопросов опросника. Для каждого вопроса выберите 1 правильный ответ и отметьте его в соответствующем квадратике. Сложите все баллы, соответствующие Вашим ответам на вопросы. Используйте Ваш суммарный балл для определения Вашего риска развития СД 2 типа или предиабета.

Передайте заполненный опросник Вашему врачу/медсестре и попросите их объяснить Вам результаты опросника.

1. Возраст

- До 45 лет ***0 баллов***
- 45-54 года ***2 балла***
- 55-64 года ***3 балла***
- Старше 65 лет ***4 балла***

2. Индекс массы тела

ИМТ позволяет выявить наличие у Вас избыточного веса или ожирения. Вы можете подсчитать свой ИМТ сами:

вес__(кг): (рост__ (м)^2 = __кг/м^2

- Менее 25 кг/м^2 ***0 баллов***
- 25-30 кг/м^2 ***1 балл***
- Больше 30 кг/м^2 ***3 балла***

3. Окружность талии

ОТ также указывает на наличие у Вас избыточного веса или ожирения.

Мужчины/Женщины

- <94 см/ <80 см ***0 баллов***
- 94-102 см/ 80-88 см ***3 балла***
- >102 см/ >88 см ***4 балла***

4. Как часто Вы едите овощи, фрукты или ягоды?

- Каждый день ***0 баллов***
- Не каждый день ***1 балл***

5. Занимаетесь ли Вы физическими упражнениями регулярно?

Делаете ли Вы физические упражнения по 30 мин каждый день или 3 ч в течение недели?

- Да ***0 баллов***
- Нет ***2 балла***

6. Принимали ли Вы когда-либо регулярно лекарства для снижения АД?

- Нет ***0 баллов***
- Да ***2 балла***

7. Обнаруживали ли у Вас когда-либо уровень глюкозы (сахара) крови выше нормы (во время диспансеризации, проф. осмотра, во время болезни или беременности)?

- Нет ***0 баллов***
- Да ***5 баллов***

8. Был ли у Ваших родственников СД 1 или 2 типа?

- Нет ***0 баллов***
- Да: дедушка/бабушка, тетя/дядя, двоюродные братья/сестры ***3 балла***
- Да: родители, брат/сестра или собственный ребенок ***5 баллов***

РЕЗУЛЬТАТЫ: ***Сумма баллов*** ____

[8] Клинические рекомендации Минздрава России "Сахарный диабет 2 типа у взрослых" 2024 г. https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/290_2.

 doi: 10.15829/ 3034-4123-2025-93

КЛЮЧ К ОПРОСНИКУ:

Общее количество баллов	Уровень риска СД 2	Вероятность развития СД 2
Менее 7	Низкий риск	1 из 100, или 1%
7-11	Слегка повышен	1 из 25 или 4%
11-14	Умеренный	1 из 6, или 17%
15-20	Высокий	1 из 3, или 33%
Более 20	Очень высокий	1 из 2, или 50%

Ваш риск развития СД в течение 10 лет составит:

Если Вы набрали <12 баллов: у Вас хорошее здоровье и Вы должны продолжать вести здоровый образ жизни.

Если Вы набрали 12–14 баллов: возможно, у Вас предиабет. Вы должны посоветоваться со своим врачом, как Вам следует изменить образ жизни.

Если Вы набрали 15–20 баллов: возможно, у Вас предиабет или СД 2 типа. Вам желательно проверить уровень глюкозы (сахара) в крови. Вы должны изменить свой образ жизни. Не исключено, что Вам понадобятся и лекарства для снижения уровня глюкозы (сахара) в крови.

Если Вы набрали >20 баллов: по всей вероятности, у Вас есть СД 2 типа. Вы должны проверить уровень глюкозы (сахара) в крови и постараться его нормализовать. Вы должны изменить свой образ жизни и Вам понадобятся и лекарства для контроля за уровнем глюкозы (сахара) в крови.

Приложение 8

Исследование компонентного состава тела методом биоимпедансометрии [26]

Метод, основанный на оценке разницы электрического сопротивления различных тканей, при наличии необходимого оборудования может использоваться с целью оценки динамики изменений в процессе снижения массы тела, а также в особых ситуациях, когда при выявлении ожирения нельзя использовать ИМТ (при наличии чрезмерно развитой мускулатуры, отеков, больших образований, после ампутаций конечностей, при саркопении у пожилых лиц и др.)

Последовательность выполнения биоимпедансометрии

1. Определение антропометрических показателей (масса тела, рост, ОТ и окружность бедер);
2. Ввод данных и наложение электродов;
3. Сохранение первичного протокола исследования (параметров состава тела и интенсивности обмена веществ);
4. Определение диапазона нормальных значений;
5. Анализ полученных данных и заключение.

Противопоказания к проведению: наличие кардиостимулятора или других электронных устройств

Алгоритм оценки параметра "жировая масса тела"

- Определите рекомендуемую верхнюю границу нормы количества жировой массы (кг);
- Сопоставьте с исходными данными у пациента;
- При наличии избытка жировой массы тела:

1) рассчитайте целевое снижение жировой массы тела до верхней границы нормы (это цель-максимум в долгосрочной перспективе).

2) рассчитайте ближайшую цель в достижении результата — минус 5-10% от исходной массы тела (к примеру, исходно масса тела 100кг, следовательно, ближайшая цель — минус 5-10кг)

Цель: подтвердить/исключить наличие прироста массы тела вне зависимости от критерия ИМТ.

Алгоритм оценки параметра "скелетно-мышечная масса"

- Определите рекомендуемую нижнюю границу нормы количества скелетно-мышечной массы (кг);
- Сопоставьте с исходными данными у пациента;
- При наличии дефицита скелетно-мышечной массы оцените количество жировой массы тела. При наличии избытка жировой массы тела и снижении скелетно-мышечной массы подтверждается наличие саркопенического ожирения.

Цель: исключить саркопеническое ожирение у лиц со сниженной функцией скелетных мышц согласно динамометрии.

Алгоритм оценки параметров "общая жидкость" и "внеклеточная жидкость"

- Определите рекомендуемую верхнюю границу нормы для данных параметров (кг);
- Сопоставьте с исходными данными у пациента;
- При наличии избытка жидкости — ожидаемая скорость снижения массы тела от минус 0,5 до 1 кг в нед.;
- При нормальном диапазоне количества жидкости в организме — ожидаемая скорость снижения массы тела от минус 0,3 до 0,5 кг в неделю.

Цель: оценить прогноз скорости процесса снижения массы тела у лиц с повышенной массой тела.

doi: 10.15829/ 3034-4123-2025-93

Приложение 9

Шкала приверженности Национального общества доказательной фармакотерапии [27]

Шкала приверженности Национального общества доказательной фармакотерапии

Опросник для оценки приверженности лекарственной терапии «Общая фактическая приверженность» (модифицированный вариант)

Нарушаете ли Вы рекомендации Вашего лечащего врача в отношении приема лекарственных препаратов (регулярности приема, соблюдения дозировки препарата, кратности и времени приема лекарственного средства и т.д.)? *(можно выбрать только один ответ)*		
☐	*1) Да, я не стал принимать назначенные препараты*	4 балла
☐	*2) Да, я прекратил начатый прием препаратов*	3 балла
☐	*3) Да, я принимаю лекарство нерегулярно, самостоятельно прекращаю прием лекарства или меняю дозу, кратность, время приема препаратов*	2 балла
☐	*4) Да, я иногда забываю принять препараты*	1 балл
☐	*5) Нет, я принимаю лекарства строго согласно рекомендациям врача*	0 баллов
Если Вы не стали принимать или прекратили прием назначенных лекарственных препаратов, назовите ведущую причину этого *(можно выбрать только один ответ)*		
☐	*1) Забываю принять препараты*	
☐	*2) Опасаюсь побочных эффектов, вреда здоровью при длительном приеме лекарств*	
☐	*3) Возникли побочные эффекты лекарственной терапии*	
☐	*4) Отсутствие ощутимого эффекта (улучшения) от лечения*	
☐	*5) Принимаю очень много разных лекарственных препаратов*	
☐	*6) У меня очень сложная схема приема лекарств (много раз в день, помногу таблеток)*	
☐	*7) Высокая цена препаратов*	
☐	*8) Сомневаюсь в необходимости назначенного мне лечения*	
☐	*9) Не хочу принимать лекарства постоянно, длительно*	
☐	*10)Другое (укажите)*_____ _____	

Ключ (интерпретация)

0 баллов – полная приверженность;

1 балл – частичная, неполная приверженность, ненамеренные нарушения врачебных рекомендаций;

2 балла – частичная, неполная приверженность, намеренные нарушения врачебных рекомендаций;

3 балла – частичная, вторичная неприверженность;

4 балла – полная, первичная неприверженность.

Литература/References

1. Alferova VI, Mustafina SV. The prevalence of obesity in the adult population of the Russian Federation (literature review). Obesity and metabolism. 2022;19(1):96-105. (In Russ.) Алфёрова В.И., Мустафина С.В. Распространенность ожирения во взрослой популяции Российской Федерации (обзор литературы). Ожирение и метаболизм. 2022;19(1):96-105. doi:10.14341/omet12809.
2. Bondareva EA, Troshina EA. Obesity. Reasons, features and prospects. Obesity and metabolism. 2024;21(2):174-87. (In Russ.) Бондарева Э.А., Трошина Е.А. Ожирение. Причины, типы и перспективы. Ожирение и метаболизм. 2024;21(2):174-87. doi:10.14341/omet13055.
3. Dedov II, Shestakova MV, Melnichenko GA, et al. Interdisciplinary clinical practice guidelines "Management of obesity and its comorbidities". Obesity and metabolism. 2021; 18(1):5-99. (In Russ.) Дедов И.И., Шестакова М.В., Мельниченко Г.А. и др. Междисциплинарные клинические рекомендации "Лечение ожирения и коморбидных заболеваний". Ожирение и метаболизм. 2021;18(1):5-99. doi:10.14341/omet12714.
4. Drapkina OM, Kontsevaya AV, Kalinina AM, et al. Comorbidity of patients with noncommunicable diseases in general practice. Eurasian guidelines. Cardiovascular Therapy and Prevention. 2024;23(3):3996. (In Russ.) Драпкина О.М., Концевая А.В., Калинина А.М. и др. Коморбидность пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями в практике врача-терапевта. Евразийское руководство. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2024;23(3):3696. doi:10.15829/1728-8800-2024-3996.
5. Drapkina OM, Karamnova NS, Kontsevaya AV, et al. Russian Society for the Prevention of Noncommunicable Diseases (ROPNIZ). Alimentary-dependent risk factors for chronic non-communicable diseases and eating habits: dietary correction within the framework of preventive counseling. Methodological Guidelines. Cardiovascular Therapy and Prevention. 2021;20(5):2952. (In Russ.) Драпкина О.М., Карамнова Н.С., Концевая А.В. и др. Российское общество профилактики неинфекционных заболеваний (РОПНИЗ). Алиментарно-зависимые факторы риска хронических неинфекционных заболеваний и привычки питания: диетологическая коррекция в рамках профилактического консультирования. Методические рекомендации. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2021;20(5):2952. doi:10.15829/1728-8800-2021-2952.
6. Drapkina OM, Kontsevaya AV, Kalinina AM, et al. 2022 Prevention of chronic noncommunicable diseases in the Russian Federation. National guidelines. Cardiovascular Therapy and Prevention. 2022;21(4):3235. (In Russ.) Драпкина О.М., Концевая А.В., Калинина А.М. и др. Профилактика хронических неинфекционных заболеваний в Российской Федерации. Национальное руководство 2022. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2022;21(4):3235. doi:10.15829/1728-8800-2022-3235.
7. Schutz D, Busetto L, Dicker D, et al. European Practical and Patient-Centred Guidelines for Adult Obesity Management in Primary Care. Obes Facts. 2019;12(1):40-66. doi:10.1159/000496183.
8. Shepel RN, Ipatov PV, Drozdova LYu, et al. Algorithm of appointment (examination; consultation) of patients under follow-up care by a general practitioner. Cardiovascular Therapy and Prevention. 2025;24(3):4372. (In Russ.) Шепель Р.Н., Ипатов П.В. и др. Алгоритм диспансерного приема (осмотра, консультации) врачом-терапевтом пациентов, состоящих под диспансерным наблюдением. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2025;24(3):4372. doi:10.15829/1728-8800-2025-4372.
9. Ard JD, Lewis KH, Cohen SS, et al. Differences in treatment response to a total diet replacement intervention versus a food-based intervention: A secondary analysis of the OPTIWIN trial. Obes Sci Pract. 2020:1-10. doi:10.1002/osp4.444.
10. Ard J, Lewis K, Rothberg A, et al. Effectiveness of a total meal replacement program on weight loss: Results from the OPTIWIN study. Obesity. 2018;27:22-9. doi:10.1002/oby.22303.
11. Steven S, Hollingsworth KG, Al-Mrabeh A, et al. Very Low-Calorie Diet and 6 Months of Weight Stability in Type 2 Diabetes: Pathophysiological Changes in Responders and Nonresponders. Diabetes Care. 2016;39(5):808-15. doi:10.2337/dc15-1942. Erratum in: Diabetes Care. 2018;41(6):1321. doi:10.2337/dc18-er06.
12. Colles SL, Dixon JB, Marks P, et al. Preoperative weight loss with a very-low-energy diet: quantitation of changes in liver and abdominal fat by serial imaging. Am J Clin Nutr. 2006;84(2):304-11. doi:10.1093/ajcn/84.1.304.
13. Bischoff SC, Damms-Machado A, Betz C, et al. Multicenter evaluation of an interdisciplinary 52-week weight loss program for obesity with regard to body weight, comorbidities and quality of life--a prospective study. Int J Obes (Lond). 2012;36(4):614-24. doi:10.1038/ijo.2011.107.
14. Roesler A, Marshall S, Rahimi-Ardabili H, et al. Choosing and following a very low calorie diet program in Australia: A quasi-mixed methods study to understand experiences, barriers, and facilitators in a self-initiated environment. Nutr Diet. 2020:1-16. doi:10.1111/1747-0080.12645.
15. Drapkina OM, Mokrysheva NG, Eliashevich SO, et al. Management of overweight and obese patients without noncommunicable diseases in primary care facilities. Guidelines. Primary Health Care (Russian Federation). 2025;2(3):115-134. (In Russ.) Драпкина О.М., Мокрышева Н.Г., Елиашевич С.О. и др. Ведение пациентов с избыточной массой тела и ожирением без хронических неинфекционных заболеваний в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь. Методические рекомендации. Первичная медико-санитарная помощь. 2025;2(3):115-34. doi:10.15829/3034-4123-2025-77. EDN: BNQMFG
16. Karamnova NS, Izmailova OV, Kalinina AM, et al. Methodical manual on the quantitative assessment of food consumed "Atlas of portions of food and dishes". Polygraphy for Business LLC, 2018. p. 110. (In Russ.) Карамнова Н.С., Измайлова О.В., Калинина А.М. и др. Методическое пособие, по количественной оценке, потребленной пищи "Атлас порций пищевых продуктов и блюд". ООО "Полиграфия для бизнеса", 2018. с. 110. ISBN: 978-5-600-02141-9.
17. Mozaffarian D, Agarwal M, Aggarwal M, et al. Nutritional priorities to support GLP-1 therapy for obesity: A joint Advisory from the American College of Lifestyle Medicine, the American Society for Nutrition, the Obesity Medicine Association, and The Obesity Society. Obesity (Silver Spring). 2025;129. doi:10.1002/oby.24336.
18. Lee CY. A Combination of Glucagon-Like Peptide-1 Receptor Agonist and Dietary Intervention Could Be a Promising Approach for Obesity Treatment. Front. Endocrinol. 2021;2:748477. doi:10.3389/fendo.2021.748477.
19. Drapkina OM, Mokrysheva NG, Shestakova MV, et al. Outpatient follow-up of patients with prediabetes by a general practitioner in primary health care. Methodological recommendations (edition 2). Moscow: ROPNIZ, 2024. (In Russ.) Драпкина О.М., Мокрышева Н.Г., Шестакова М.В. и др. Диспансерное наблюдение пациентов с предиабетом врачом-терапевтом в первичном звене здравоохранения. Методические рекомендации (издание 2). М.: РОПНИЗ, 2024. ISBN: 978-5-6052598-2-4. doi:10.15829/ROPNIZ-d100-2024.
20. Drapkina OM, Svishcheva AA, Lavrenova EA, Shepel RN. Implementation of programs for early detection of type 2 diabetes mellitus and dispensary monitoring of patients with this disease in health care systems: international and national experience. Primary Health Care (Russian Federation). 2025;2(2):34-44. (In Russ.) Драпкина О.М., Свищева А.А., Лавренова Е.А., Шепель Р.Н. Реализация программ раннего выявления сахарного диабета 2 типа и диспансерного наблюдения пациентов с данным заболеванием в системах здравоохранения: международный и отечественный опыт. Обзор литературы. Первичная медико-санитарная помощь. 2025;2(2):34-44. doi:10.15829/3034-4123-2025-56.
21. Drapkina OM, Boytsov SA, Atyunina IV, et al. Outpatient follow-up of hypertensive patients by a primary care physician. Guidelines. Primary Health Care (Russian Federation). 2025;2(2):206-236. (In Russ.) Драпкина О.М., Бойцов С.А., Атюнина И.В. и др. Диспансерное наблюдение пациентов с артериальной гипертензией врачом-терапевтом в первичном звене здравоохранения. Методические рекомендации. Первичная медико-санитарная помощь. 2025;2(2):135-64. doi:10.15829/3034-4123-2025-55. EDN: RRZSLK
22. Mantovani A, Csermely A, Petracca G, et al. Non-alcoholic fatty liver disease and risk of fatal and non-fatal cardiovascular events: an updated systematic review and meta-analysis. Lancet Gastroenterol Hepatol. 2021;6(11):903-13. doi:10.1016/S2468-1253(21)00308-3.
23. Bischoff SC, Barazzoni R, Busetto L, et al. European guideline on obesity care in patients with gastrointestinal and liver diseases — Joint European Society for Clinical Nutrition and Metabolism / United European Gastroenterology guideline. United European Gastroenterol J. 2022;10(7):663-720. doi:10.1002/ueg2.12280.
24. Drapkina OM, Avdeev SN, Smirnova MI, et al. Outpatient monitoring of patients with chronic obstructive pulmonary disease by a primary care physician. Guidelines. Primary Health Care (Russian Federation). 2025;2(2):135-64. (In Russ.) Драпкина О.М., Авдеев С.Н., Смирнова М.И. и др. Диспансерное наблюдение пациентов с хронической обструктивной болезнью легких в первичном звене здравоохранения. Методические рекомендации. Первичная медико-санитарная помощь. 2025; 2(2):135-64. doi:10.15829/3034-4123-2025-42. EDN: YNVNQE.
25. Drapkina OM, Avdeev SN, Smirnova MI, et al. Outpatient follow-up of patients with asthma by a primary care physician. Guidelines. Primary Health Care (Russian Federation). 2025;2(2):165-205. (In Russ.) Драпкина О.М., Авдеев С.Н., Смирнова М.И. и др. Диспансерное наблюдение пациентов с бронхиальной астмой врачом-терапевтом в первичном звене здравоохранения. Методические рекомендации. Первичная медико-санитарная помощь. 2025;2(2):165-205. doi:10.15829/3034-4123-2025-43. EDN: YQNQOU
26. Drapkina OM, Drozdova LYu, Kontsevaya AV, et al. Providing medical care to patients with risk factors for developing chronic noncommunicable diseases in adult health centers. Methodological recommendations. M.: ROPNIZ, LLC "SILICEA-POLYGRAPH" 2025. 164 p. (In Russ.) Драпкина О.М., Дроздова Л.Ю., Концевая А.В. и др. Оказание медицинской помощи пациентам с факторами риска развития хронических неинфекционных заболеваний в центрах здоровья для взрослых. Методические рекомендации. М.: РОПНИЗ, ООО "СИЛИЦЕЯ-ПОЛИГРАФ" 2025 г. 164 с. ISBN: 978-5-6053845-8-8. doi:10.15829/ ROPNIZ-d108-2025. EDN: HKMNQW
27. Lukina YuV, Kutishenko NP, Martsevich SYu, Drapkina OM. The Questionnaire Survey Method in Medicine on the Example of Treatment Adherence Scales. Rational Pharmacotherapy in Cardiology. 2021;17(4):576-83. (In Russ.) Лукина Ю.В., Кутишенко Н.П., Марцевич С.Ю., Драпкина О.М. Разработка и валидизация новых опросников в медицине на примере шкалы приверженности лекарственной терапии. Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии. 2021;17(4):576-83. doi:10.20996/1819-6446-2021-08-02.

Отношения и деятельность: все авторы заявляют об отсутствии потенциального конфликта интересов, требующего раскрытия в данной статье.

Драпкина Оксана Михайловна (Oxana M. Drapkina) — д.м.н., профессор, академик РАН, директор, зав. кафедрой терапии и профилактической медицины ФГБОУ ВО "Российский университет медицины" Минздрава России, ORCID: 0000-0002-4453-8430;

Мокрышева Наталья Георгиевна (Natalia G. Mokrysheva) — д.м.н., профессор, академик РАН, директор, зав. кафедрой персонализированной и трансляционной медицины, ORCID: 0000-0003-2604-8347;

Грицаева Евгения Александровна (Evgenia A. Gritsaeva) — эндокринолог-диетолог, н.с. отдела научно-стратегического развития первичной медико-санитарной помощи, врач-методист отдела мониторинга качества медицинской помощи центра организационно-методического управления и анализа качества медицинской помощи в регионах, ORCID: 0000-0003-1429-8154;

Бернс Светлана Александровна (Svetlana A. Berns) — д.м.н., профессор, руководитель отдела изучения патогенетических аспектов старения, зав. кафедрой терапии и общей врачебной практики с курсом гастроэнтерологии Института профессионального образования и аккредитации, ORCID: 0000-0003-1002-1895;

Васюкова Ольга Владимировна (Olga V. Vasyukova) — к.м.н., руководитель центра лечения и профилактики метаболических заболеваний и ожирения, врач-детский эндокринолог, ORCID: 0000-0002-9299-1053;

Горбачева Анна Максимовна (Anna M. Gorbacheva) — к.м.н., руководитель отдела моделирования и оценки эффективности медицинских технологий в эндокринологии Координационного Совета, врач-эндокринолог отделения патологии околощитовидных желез и нарушений минерального обмена, ORCID: 0000-0003-2669-9457;

Дроздова Любовь Юрьевна (Lubov Y. Drozdova) — к.м.н., руководитель отдела стратегического планирования и внедрения профилактических технологий, главный внештатный специалист по медицинской профилактике Минздрава России, ORCID: 0000-0002-4529-3308;

Елиашевич Софья Олеговна (Sofia O. Eliashevich) — к.м.н., врач-терапевт, диетолог, руководитель лаборатории изучения и коррекции пищевого поведения отдела фундаментальных и прикладных аспектов ожирения, ORCID: 0000-0003-0143-0849;

Ершова Екатерина Владимировна (Ekaterina V. Ershova) — к.м.н., врач-эндокринолог, в.н.с. отделения терапии заболеваний щитовидной железы, надпочечников и ожирения, ORCID:0000-0002-6220-4397;

Зятенкова Елена Витальевна (Elena V. Zyatenkova) — к.м.н., руководитель клиники предиктивной и интегративной медицины, врач-терапевт, кардиолог, гастроэнтеролог, врач превентивной и интегративной медицины, ORCID:0000-0002-7775-1393;

Казакова Мария Петровна (Maria P. Kazakova) — руководитель группы по организационно-методической работе по борьбе с ожирением Координационного совета, врач-эндокринолог отдела терапевтической эндокринологии, ORCID: 0000-0002-9963-6783;

Кононенко Ирина Владимировна (Irina V. Kononenko) — руководитель отдела по вопросам исследований и разработок Координационного совета, врач-эндокринолог КДО, доцент кафедры диабетологии и диетологии Института высшего и дополнительного профессионального образования, ORCID: 0000-0003-4929-1526;

Мельниченко Галина Афанасьевна (Galina A. Melnichenko) — д.м.н., профессор, академик РАН, зам. директора по научной работе, зав. кафедрой клинической эндокринологии Института высшего и дополнительного профессионального образования, ORCID: 0000-0002-5634-7877;

Сухарева Ольга Юрьевна (Olga Y. Sukhareva) — к.м.н., в.н.с. отделения диабетической болезни почек и посттрансплантационной реабилитации Института диабета, доцент кафедры диабетологии и диетологии Института высшего и дополнительного профессионального образования, ORCID: 0000-0002-3443-7206;

Трошина Екатерина Анатольевна (Ekaterina A. Troshina) — д.м.н., профессор, чл.-корр. РАН, зам. директора; директор института клинической эндокринологии, ORCID: 0000-0002-8520-8702;

Шестакова Марина Владимировна (Marina V. Shestakova) — д.м.н., профессор, академик РАН, зам. директора; директор Института диабета, зав. кафедрой диабетологии и диетологии Института высшего и дополнительного профессионального образования, ORCID: 0000-0003-3893-9972;

Шепель Руслан Николаевич (Ruslan N. Shepel) — к.м.н., зам. директора по перспективному развитию медицинской деятельности, руководитель отдела научно-стратегического развития первичной медико-санитарной помощи, в.н.с. отдела научно-стратегического развития первичной медико-санитарной помощи, доцент кафедры общественного здоровья и организации здравоохранения, ORCID: 0000-0002-8984-9056.

Адреса организаций авторов: ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины" Минздрава России, Петроверигский пер., 10, стр. 3, Москва, 101990, Россия; ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр эндокринологии им. акад. И. И. Дедова" Минздрава России, ул. Дмитрия Ульянова, д. 11, Москва, 117292, Россия.

Addresses of the authors' institutions: National Medical Research Center for Therapy and Preventive Medicine of the Ministry of Health of the Russian Federation, Petroverigsky Lane, 10, bld. 3, Moscow, 101990, Russia; Dedov National Medical Research Center for Endocrinology, Dmitry Ulyanov str., 11, Moscow, 117292, Russia.

Первичная медико-санитарная помощь. 2025;2(4):165-180.
doi: 10.15829/ 3034-4123-2025-97
ISSN 3034-4123 (Print)
ISSN 3034-4565 (Online)

Первичная медико-санитарная помощь
Primary Health Care (Russian Federation)

Форма медицинской документации "Прием пациента медицинской сестрой/медицинским братом". Методическая инструкция

Крякова М. Ю.[1*],
Введенский Г. Г.[2],
Сон И. М.[3],
Меньшикова Л. И.[3],
Шепель Р. Н.[1,4],
Ипатов П. В.[1],
Каракулина Е. В.[5],
Щеголев П. Е.[5],
Драпкина О. М.[1,4]

[1]ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины" Минздрава России, Москва, Российская Федерация

[2]АНО "Московский центр инновационных технологий в здравоохранении", Москва, Российская Федерация

[3]ФГБОУ ДПО "Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования" Минздрава России, Москва, Российская Федерация

[4]ФГБОУ ВО "Российский университет медицины" Минздрава России, Москва, Российская Федерация

[5]Министерство здравоохранения Российской Федерации, Москва, Российская Федерация

*Corresponding author
(Автор, ответственный за переписку):
MKryakova@gnicpm.ru

Методическая инструкция разработана в результате реализации пилотного проекта по внедрению бригадной формы организации труда на терапевтическом участке с организацией самостоятельного приема пациентов медицинской сестрой участковой и содержит шаблон формы для заполнения медицинской сестрой (медицинским братом) на самостоятельном приеме пациента и порядок ее заполнения.
Применение данной методической инструкции персоналом любых других организаций не ограничивается. Ответственность за правильное использование данной методической инструкции лежит на лице, ее использующем.

Ключевые слова: первичная медико-санитарная помощь, бригадная форма организации труда, терапевтический участок, медицинская сестра участковая, форма медицинской документации.

Отношения и деятельность: нет.

Благодарности. Авторы выражают благодарность Министерству здравоохранения Кузбасса, министерству здравоохранения Новосибирской области, региональным центрам организации первичной медико-санитарной помощи Кемеровской области-Кузбасса и Новосибирской области, медицинским организациям и членам рабочих групп за участие в пилотном проекте.

Организация-разработчик: Федеральное государственное бюджетное учреждение "Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины" Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Настоящая методическая инструкция не может быть полностью или частично воспроизведена, тиражирована и распространена в качестве официального издания без ссылки на ФГБУ "НМИЦ ТПМ" Минздрава России.

Рецензенты:
Купеева И. А. — д.м.н., доцент, профессор кафедры контрольно-надзорной деятельности и лицензирования в здравоохранении ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России (Москва, Россия);
Ярочкина Н. В. — директор ГБПОУ "Самарский медицинский колледж им. Н. Ляпиной" (Самара, Россия).

Методическая инструкция утверждена на заседании Ученого совета ФГБУ "НМИЦ ТПМ" Минздрава России (протокол № 3 от 18 марта 2025 г.).

Для цитирования: Крякова М. Ю., Введенский Г. Г., Сон И. М., Меньшикова Л. И., Шепель Р. Н., Ипатов П. В., Каракулина Е. В., Щеголев П. Е., Драпкина О. М. Форма медицинской документации "Прием пациента медицинской сестрой/медицинским братом". Методическая инструкция. *Первичная медико-санитарная помощь.* 2025;2(4):165-180. doi: 10.15829/3034-4123-2025-97. EDN: XTMFKK

Поступила: 25.11.2025
Принята: 30.11.2025

CC BY 4.0

Primary Health Care (Russian Federation). 2025;2(4):165-180.
doi: 10.15829/ 3034-4123-2025-97
ISSN 3034-4123 (Print)
ISSN 3034-4565 (Online)

Healthcare record form "Patient Admission by a Nurse". Guideline

Kryakova M. Yu.[1*], Vvedensky G. G.[2], Son I. M.[3], Menshikova L. I.[3], Shepel R. N.[1,4], Ipatov P. V.[1], Karakulina E. V.[5], Shchegolev P. E.[5], Drapkina O. M.[1,4]

[1]National Medical Research Center for Therapy and Preventive Medicine, Moscow, Russian Federation

[2]Moscow Center for Innovative Technologies in Healthcare, Moscow, Russian Federation

[3]Russian Medical Academy of Continuous Professional Education, Moscow, Russian Federation

[4]Russian University of Medicine, Moscow, Russian Federation

[5]Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, Russian Federation

*Corresponding author: MKryakova@gnicpm.ru

Received: 25.11.2025
Accepted: 30.11.2025

This guideline was developed as a result of a pilot project to introduce a holacracy at a primary care site with independent patient admissions by a district nurse. It contains a template for the form to be completed by a nurse during an independent patient admission and the procedure for completing it.
The use of this guideline by personnel of any other facilities is not limited. Responsibility for its correct use lies with the person using it.

Developer: National Medical Research Center for Therapy and Preventive Medicine. This guideline may not be reproduced, distributed in whole or in part as an official publication without reference to the National Medical Research Center for Therapy and Preventive Medicine.

Keywords: primary health care, holacracy, primary care site, district nurse, healthcare record form.

Relationships and Activities: none.

Acknowledgments. The authors are grateful to the Ministry of Health of Kemerovo Region, the Ministry of Health of the Novosibirsk Region, regional primary healthcare centers of the Kemerovo and Novosibirsk Regions, medical facilities and members of the working groups for participation in the pilot project.

For citation: Kryakova M. Yu., Vvedensky G. G., Son I. M., Menshikova L. I., Shepel R. N., Ipatov P. V., Karakulina E. V., Shchegolev P. E., Drapkina O. M. Healthcare record form "Patient Admission by a Nurse". Guideline. *Primary Health Care (Russian Federation).* 2025;2(4):165-180. doi: 10.15829/3034-4123-2025-97. EDN: XTMFKK

АД — артериальное давление, БА — бронхиальная астма, ВГД — внутриглазное давление, ЗНО — злокачественное новообразование, ИМТ — индекс массы тела, ПМСП — первичная медико-санитарная помощь, СД — сахарный диабет, ССЗ — сердечно-сосудистые заболевания, ЧДД — частота дыхательных движений, PS — пульс, SpO_2 — насыщение гемоглобина крови кислородом (сатурация), измеряемая пульсоксиметром.

Введение

Целями государственной политики в сфере здравоохранения являются снижение смертности, увеличение продолжительности жизни населения, обеспечение оптимальной доступности медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь (ПМСП), обеспечение всех граждан профилактическими мероприятиями не реже одного раза в год, ликвидация дефицита кадров в медицинских организациях, оказывающих ПМСП.

Вместе с тем в вопросах доступности медицинской помощи акцент делается на врача-терапевта участкового, а медицинская сестра участковая рассматривается только как вспомогательный персонал. В 2014 г. приказом Минздрава России от 25.06.2014 № 309 была утверждена "дорожная карта" (план мероприятий) по расширению функций специалистов со средним медицинским образованием. Целями реализации мероприятий были укрепление кадрового потенциала специалистов со средним медицинским образованием, оптимизация их деятельности на основе пересмотра функциональных обязанностей, повышение профессиональной привлекательности в современной системе здравоохранения и формирование новой организационно-правовой модели деятельности специалистов со средним медицинским образованием.

В 2022 г. Минздравом России совместно с ФГБУ "НМИЦ ТПМ" Минздрава России был инициирован пилотный проект в Новосибирской области и Кемеровской области-Кузбассе по внедрению новых организационных технологий в работу на терапевтическом участке, одним из ключевых моментов которого являлось изменение содержания деятельности медицинской сестры участковой.

1. Область применения

1.1. Настоящая методическая инструкция определяет шаблон формы медицинской документации "Прием пациента медицинской сестрой / медицинским братом" и порядок ее заполнения (в том числе в форме электронного документа).

1.2. Настоящая методическая инструкция предназначена для применения в медицинских организациях любой формы собственности, внедривших самостоятельный прием пациентов медицинской сестрой (медицинским братом) в процессы оказания медицинской помощи.

1.3. Форма медицинской документации "Прием пациента медицинской сестрой / медицинским братом" предназначена для заполнения медицинской сестрой (медицинским братом), ведущей самостоятельный прием пациентов в медицинской организации или на дому.

2. Нормативные ссылки и ссылки на иные использованные источники

2.1. Нормативные правовые акты внешнего происхождения:

2.1.1. Конституция Российской Федерации;

2.1.2. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации";

2.1.3. Приказ Минздрава России от 14.04.2025 № 202н "Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению";

2.1.4. Приказ Минздрава России от 15.03.2022 № 168н "Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми";

2.1.5. Приказ Минтруда России от 31.07.2020 № 475н "Об утверждении профессионального стандарта "Медицинская сестра/медицинский брат";

2.1.6. Приказ Минздравсоцразвития России от 21.06.2006 № 490 "Об организации деятельности медицинской сестры участковой";

2.1.7. Приказ Минздрава России от 25.06.2014 № 309 "Об утверждении плана мероприятий ("дорожная карта") по расширению функций специалистов со средним медицинским образованием";

2.1.8. Приказ Минздравсоцразвития России от 11.05.2007 № 324 "Об утверждении критериев оценки эффективности деятельности медицинской сестры участковой на терапевтическом участке";

2.1.9. Приказ Минздрава России от 13.05.2025 № 274н "Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков их ведения";

2.1.10. Национальный стандарт Российской Федерации ГОСТ Р 52623.3-2015 "Технологии выполнения простых медицинских услуг. Манипуляции сестринского ухода" (утв. приказом Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии Российской Федерации от 31 марта 2015 г. № 199-ст).

2.2. Иные использованные источники:

2.2.1. Меньшикова Л. И., Сон И. М., Крякова М. Ю. и др. Проблемы организации первичной медико-санитарной помощи в условиях кадрового дисбаланса врачей-терапевтов участковых и пути их решения (обзор литературы). Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. 2023;2:771-803. doi:10.24412/2312-2935-2023-2-771-803. EDN: CCVMUO.

2.2.2. Сон И. М., Крякова М. Ю., Меньшикова Л. И. и др. Мнение специалистов и пациентов об организации оказания первичной медико-санитарной помощи и предложения по ее совершенствованию. Современные проблемы здравоохранения

и медицинской статистики. 2023;(4):1027-48. doi:10.24412/2312-2935-2023-4-1027-1048.

2.2.3. Крякова М.Ю., Драпкина О.М., Шепель Р.Н., Каракулина Е.В., Купеева И.А., Щеголев П.Е., Сон И.М. Расширение клинической роли медицинской сестры участковой: правовые аспекты и практический опыт. Первичная медико-санитарная помощь. 2024;1(1):32-45. doi:10.15829/3034-4123-2024-20. EDN: QFRXSK.

2.2.4. Драпкина О.М., Карамнова Н.С., Концевая А.В. и др. Российское общество профилактики неинфекционных заболеваний (РОПНИЗ). Алиментарно-зависимые факторы риска хронических неинфекционных заболеваний и привычки питания: диетологическая коррекция в рамках профилактического консультирования. Методические рекомендации. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2021;20(5):2952. doi:10.15829/1728-8800-2021-2952.

2.2.5. Драпкина О.М., Дроздова Л.Ю., Калинина А.М. и др. Организация проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения: методические рекомендации. Издание 2-е. М.: ФГБУ "НМИЦ ТПМ" Минздрава России, 2020. с. 232. ISBN: 978-5-6043991-1-8.

2.2.6. Нутрициология и клиническая диетология: национальное руководство под ред. В.А. Тутельяна, Д.Б. Никитюка. Москва: ГОЭТАР-Медиа, 2020. 656 с. ISBN: 978-5-9704-5352-0.

2.2.7. Карамнова Н.С., Шальнова С.А., Деев А.Д. и др. от имени участников исследования ЭССЕ-РФ. Характер питания взрослого населения по данным эпидемиологического исследования ЭССЕ-РФ. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2018; 17(4):61-6. doi:10.15829/1728-8800-2018-4-61-66.

2.2.8. 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;22(2):101-6. doi:10.17116/profmed201922021101.

2.2.9. Респираторная медицина: руководство: в 4 т. Под ред. А.Г. Чучалина. 3-е изд., доп. и перераб. Москва: ПульмоМедиа, 2024. Т. 1. 668 с. doi:10.18093/987-5-6048754-9-0.

3. Основные положения

В соответствии с Положением об организации деятельности медицинской сестры участковой, утвержденным приказом Минздравсоцразвития России от 21.06.2006 № 490, функциональные обязанности медицинской сестры участковой на прикрепленном врачебном (терапевтическом) участке в рамках своей компетенции включают:

— формирование совместно с врачом-терапевтом участковым врачебного (терапевтического) участка из прикрепленного к нему населения, ведение персонального учета, информационной (компьютерной) базы данных состояния здоровья обслуживаемого населения, участие в формировании групп диспансерных больных;

— организация амбулаторного приема врача-терапевта участкового, подготовка к работе приборов, инструментов, обеспечение бланками рецептов, направлений;

— проведение мероприятий по санитарно-гигиеническому воспитанию и образованию обслуживаемого населения, консультирование по вопросам формирования здорового образа жизни;

— осуществление профилактических мероприятий по предупреждению и снижению заболеваемости, выявление ранних и скрытых форм заболеваний, социально значимых болезней и факторов риска, организация и проведение занятий в школах здоровья;

— изучение потребности обслуживаемого населения в оздоровительных мероприятиях и разработка программ проведения этих мероприятий;

— осуществление диспансерного наблюдения больных, в том числе имеющих право на получение набора социальных услуг, в установленном порядке;

— организация проведения диагностики и лечения заболеваний и состояний, в том числе восстановительного лечения больных в амбулаторных условиях, дневном стационаре и стационаре на дому;

— проведение доврачебных осмотров, в том числе профилактических, с записью в медицинской карте амбулаторного больного;

— оказание неотложной доврачебной медицинской помощи больным при острых заболеваниях, травмах, отравлениях и других неотложных состояниях в амбулаторных условиях, дневном стационаре и стационаре на дому;

— оформление направления больных на консультации к врачам-специалистам, в том числе для стационарного и восстановительного лечения по медицинским показаниям;

— проведение мероприятий по профилактике инфекционных заболеваний, организация и проведение противоэпидемических мероприятий и иммунопрофилактики в установленном порядке;

— оформление документации по экспертизе временной нетрудоспособности в установленном порядке и документов для направления на медико-социальную экспертизу;

— оформление заключения о необходимости направления пациентов по медицинским показаниям на санаторно-курортное лечение;

— взаимодействие с медицинскими организациями государственной, муниципальной и част-

ной систем здравоохранения, страховыми медицинскими компаниями, иными организациями;

— организация совместно с органами социальной защиты населения медико-социальной помощи отдельным категориям граждан: одиноким, престарелым, инвалидам, хроническим больным, нуждающимся в уходе;

— руководство деятельностью младшего медицинского персонала, осуществляющего ПМСП;

— обеспечение врача-терапевта участкового необходимыми медикаментами, стерильными инструментами, спецодеждой;

— ведение медицинской документации в установленном порядке, анализ состояния здоровья прикрепленного населения и деятельности врачебного (терапевтического) участка.

В соответствии с профессиональным стандартом "Медицинская сестра/медицинский брат", утвержденным приказом Минтруда России от 31.07.2020 № 475н, к компетенции медицинской сестры относится в том числе выполнение следующих трудовых функций:

— проведение оценки функциональной активности и самостоятельности пациента в самообслуживании, передвижении, общении; выявление потребности в посторонней помощи и сестринском уходе;

— выполнение медицинских манипуляций при оказании медицинской помощи пациенту;

— выявление факторов риска падений, развития пролежней, осуществление профилактики пролежней, контактного дерматита, включая позиционирование и перемещение в постели, передвижение и транспортировку пациента с частичной или полной утратой способности самообслуживания, передвижения и общения;

— проведение динамического наблюдения за показателями состояния здоровья пациента с последующим информированием лечащего врача;

— оказание медицинской помощи в неотложной форме при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, отравлениях, травмах;

— оценка интенсивности и характера болевого синдрома с использованием шкал оценки боли;

— осуществление сестринского ухода за пациентом, в том числе в терминальной стадии болезни;

— участие в проведении мероприятий медицинской реабилитации.

Разработанная форма "Прием пациента медицинской сестрой/медицинским братом" предназначена для заполнения медицинской сестрой (медицинским братом), осуществляющей самостоятельный прием пациентов в медицинской организации или на дому, а также патронаж маломобильных и немобильных пациентов на дому, содержит вопросы, позволяющие уточнить анамнез заболевания, оценить состояние пациента, внести информацию о выполненных манипуляциях, проведенном профилактическом консультировании или обучении пациента на текущем приеме. Порядок заполнения формы содержит основную информацию о правилах заполнения форм).

 doi: 10.15829/ 3034-4123-2025-97

Форма медицинской документации

"Прием пациента медицинской сестрой / медицинским братом"

1. Оказание доврачебной медицинской помощи:
☐ В медицинской организации
☐ На дому
2. Дата посещения "____" _____ 20___ г. Время _____
3. Посещения: по заболеваниям (коды A00 — T98) — 1, из них: в неотложной форме — 1.1;
активное посещение — 1.2; диспансерное наблюдение — 1.3;
с профилактической и иными целями (коды Z00 — Z99) — 2: медицинский осмотр — 2.1; диспансеризация — 2.2; комплексное обследование — 2.3; паллиативная
медицинская помощь — 2.4; патронаж — 2.5; другие обстоятельства — 2.6
4. Жалобы (со слов пациента): _____
_____
_____
_____
4.1. Наличие боли
☐ Нет
☐ Да:
локализация: _____
характер *(нужное подчеркнуть)*:
сжимающая, колющая, ноющая, давящая, жгущая, пульсирующая, простреливающая, мигрирующая, стереотипичная (приступы боли, похожие один на другой), не стереотипичная (приступы боли разные, отличаются друг от друга), острая, тупая
интенсивность по 10 б/ш:
☐ 0 баллов — боли нет
☐ 1-3 балла — боль незначительная
☐ 4-6 баллов — боль умеренная
☐ 7-9 баллов — боль выраженная
☐ 10 баллов — боль невыносимая
☐ быстро или медленно меняющаяся интенсивность от ___ до___баллов
иррадиация (зона распространения) _____
_____
зона распространения (нужное подчеркнуть): постоянная (одинаковая), разная
время появления _____
темп появления _____
факторы, вызывающие или усиливающие появление боли _____
_____
факторы, уменьшающие или купирующие боль_____
боль сопровождается *(нужное подчеркнуть)* слабостью, потливостью, страхом смерти, сердцебиением, одышкой, перистальтикой, отрыжкой, отхождением газов
Дополнительно _____
_____
_____
4.2. Получает противоболевую терапию:
☐ Нет
☐ Да *(указать, какую):* _____
_____
4.3. Повышения температуры
☐ Нет
☐ Да, указать значение _____°C
4.4. Наличие одышки
☐ Нет
☐ Да:

связана *(нужное подчеркнуть)* с физической нагрузкой, с горизонтальным или иным положением тела
характер *(нужное подчеркнуть)* инспираторная, экспираторная
продолжительность _____
факторы, купирующие или уменьшающие одышку _____
_____
Дополнительно _____
_____
Указать используемые/-й инструмент/-ы опроса (вопросники, шкалы) для оценки степени выраженности одышки и результат _____
_____

4.5. Наличие кашля
- ☐ Нет
- ☐ Да:

характер:
- ☐ постоянный
- ☐ приступообразный

наличие мокроты:
- ☐ Нет
- ☐ Да, характеристика мокроты_____

*Дополнительно (связь с переменой тела, триггеры, раздражающие агенты, боль при кашле, другое)*_____
_____
_____

4.6. Наличие кровохарканья
- ☐ Нет
- ☐ Да

4.7. Наличие тошноты
- ☐ Нет
- ☐ Да

4.8. Наличие рвоты
- ☐ Нет
- ☐ Да

4.9. Аппетит:
- ☐ Сниженный
- ☐ Повышенный
- ☐ Нормальный

Дополнительно _____
_____

4.10. Стул:
- ☐ Ежедневно
- ☐ Не регулярно
- ☐ Наличие запора
- ☐ Учащенный, до ____ раз в сутки
- ☐ Оформленный
- ☐ Неоформленный
- ☐ Наличие примесей, их характер _____
- ☐ Дегтеобразный (черный блестящий)

Дополнительно (цвет, др. характеристики) _____
_____
_____

4.11. Мочеиспускание:
- ☐ Жалоб нет
- ☐ Поллакиурия (учащенное)
- ☐ Ноктурия (ночью 1 и более раз)
- ☐ Ургентность (внезапный позыв)
- ☐ Недержание мочи / энурез
- ☐ Слабая струя мочи

- ☐ Прерывистое мочеиспускание
- ☐ Натуживание
- ☐ Анурия (диурез составляет не более 50 мл в сутки без позывов к мочеиспусканию)
- ☐ Острая задержка мочи (ишурия)
  состояние, при котором невозможно самостоятельно опорожнить наполненный мочевой пузырь
- ☐ Подкапывание мочи
- ☐ Ощущение неполного опорожнения
- ☐ Болезненное

Дополнительно (цвет, др. характеристики) _____
_____
_____

4.12. Наличие отеков
- ☐ Нет
- ☐ Да, локализация: _____
  _____
  _____

Дополнительно _____
_____
_____

4.13. Наличие похудания
- ☐ Нет
- ☐ Да, на _____кг за (указать промежуток времени) _____

Дополнительно _____
_____

4.14. Сон:
- ☐ Жалоб нет
- ☐ Инсомния (бессонница)
- ☐ Гиперсомния (увеличенная продолжительность сна)
- ☐ Парасомния (кошмарные сны, лунатизм и т.д.)
- ☐ Нарушение циркадных ритмов
- ☐ Сильный храп, мешающий спать другим
- ☐ Апноэ (нарушение/остановка дыхания во сне)
- ☐ Расстройства движений во сне

Дополнительно _____
_____

4.15. Наличие жалоб общего характера (нужное подчеркнуть) чувство жара, озноб, чрезмерная потливость, недомогание, общая слабость, повышенная утомляемость, жажда
Дополнительно _____
_____

5. Анамнез
5.1. Условия труда:
- ☐ Не работает
- ☐ Оптимальные
- ☐ Допустимые
- ☐ Вредные
- ☐ Опасные

Дополнительно _____
_____

5.2. Условия проживания и быта:
- ☐ Благоприятные
- ☐ Неблагоприятные *(уточнить, какие)* _____
_____
_____

5.3. Соблюдение назначенной врачом/фельдшером схемы лечения:
- ☐ Да
- ☐ Нет

Уточнение схемы лечения _____
_____
_____
Уточнение нарушения схемы лечения, причины нарушения _____
_____

5.4. Использование технических средств лечения/адаптации:

☐ Нет
☐ Да *(указать, какие)* _____
_____
_____
_____

5.4.1. Исправность технических средств лечения/адаптации (*подчеркнуть:* оценка не проводилась/оценка проводилась/указано со слов пациента):

☐ Да
☐ Нет

Дополнительно _____
_____

5.4.2. Правильность использования технических средств лечения / адаптации (подчеркнуть: оценка не проводилась / оценка проводилась / указано со слов пациента):

☐ Да
☐ Нет

Дополнительно _____
_____

5.5. Степень социальной адаптации:

☐ Полная
☐ Неполная

Дополнительно _____
_____

5.6. Степень самоухода:

☐ Полностью обслуживает себя
☐ Уход организован членами семьи
☐ Получает медико-социальную помощь
☐ Нуждается в медико-социальной помощи

Дополнительно _____
_____

5.7. Наличие существенных ограничений в повседневной жизни из-за:

— снижения зрения
☐ Да
☐ Нет
— снижения слуха
☐ Да
☐ Нет

Дополнительно _____
_____

5.8. Наличие случаев падений за прошедший (подчеркнуть) период / 12 мес.:

☐ Нет
☐ Да

Дополнительно _____
_____

5.9. Наличие переломов при минимальном уровне травмы (при падении с высоты своего роста), за исключением переломов черепа и костей кистей и стоп) за прошедший (*подчеркнуть*) период/12 мес.:

☐ Нет
☐ Да

Дополнительно _____
_____

 doi: 10.15829/ 3034-4123-2025-97

5.10. Семейный анамнез (наличие ССЗ/случаев смерти от ССЗ, ЗНО, БА, СД (отец, мать, родные братья и сестры)

_____

_____

Дополнительно _____

5.11. Эпидемиологический анамнез _____

_____

5.12. Сведения о прививке за прошедший период / год, наименование вакцины, дата:

_____

_____

5.13. Исследование органов грудной клетки за прошедший период/год:

☐ Не проводилось

☐ Проводилось *(указать дату последнего исследования, вид исследования, результаты)*:

_____

_____

5.14. Аллергологический анамнез:

☐ Не отягощен

☐ Отягощен (*указать*)_____

_____

5.15. Характер питания:

5.15.1. Частота приема пищи в течение дня (кол-во раз) _____

5.15.2. Содержание соли в рационе:

☐ Не досаливает приготовленную пищу

☐ Досаливает приготовленную пищу, предварительно пробуя

☐ Досаливает приготовленную пищу, предварительно не пробуя

5.15.3. Частота употребления следующих продуктов:

Наименование продуктов	Не употребляет/ употребляет редко	1-2 раза в мес.	1-2 раза в нед.	Ежедневно /почти ежедневно
Овощи (кроме картофеля)				
Фрукты, включая ягоды и сухофрукты				
Крупы				
Бобовые (фасоль, чечевица, горох и др.)				
Картофель				
Макаронные изделия				
Молоко, кефир, йогурт, творог				
Сметана, сливки				
Сыр				
Рыба				
Птица				
Мясо				
Колбасы, сосиски, субпродукты				
Соления и маринованные продукты				
Сладости и кондитерские изделия (конфеты, варенье, печенье и др.)				

5.15.4. Жирность наиболее часто используемых молочных продуктов:

Молоко, кефир, йогурт	☐ 0-1,0%	☐ 1,2-2,5%	☐ 2,7% и выше	Затрудняется ответить
Сметана, сливки	☐ 5,0-10%	☐ 10,0-15,0%	☐ 20,0% и выше	Затрудняется ответить
Творог	☐ 0-2,0%	☐ 2,0-5,0%	☐ 5,0% и выше	Затрудняется ответить
Сыр	☐ 4,0-8,0%	☐ 9,0-19,0%	☐ 20,0% и выше	Затрудняется ответить

Дополнительно _____

_____

5.16. Проведено анкетирование/опрос на выявление факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний, обострений имеющихся заболеваний и др.:

☐ Нет
☐ Да (*указать используемый инструмент опроса и результат*)

_____
_____

5.16.1. Употребление никотин-содержащей продукции (курение всех видов и др.):

☐ Нет
☐ Да (сколько сигарет в день _____ шт.)

5.16.2. Употребление алкоголя:

☐ 1-2 р. в месяц
☐ 1-2 р. в неделю
☐ Более 3 раз в неделю
☐ Иное _____

5.16.3. Физическая активность:

☐ Низкая
☐ Умеренная
☐ Высокая

5.16.4. *Дополнительно* _____
_____
_____

6. Объективный статус

6.1. Общее состояние:

☐ Удовлетворительное
☐ Средней тяжести
☐ Тяжелое

6.2. Статус мобильности:

☐ Самостоятельно
☐ Ограничен
☐ Не мобилен

6.3. Положение:

☐ Активное
☐ Пассивное
☐ Вынужденное

6.4. Антропометрия:

Рост _____ см
Вес _____ кг
ИМТ (вес (кг)/рост (м)^2) _____
Окружность талии _____ см
Иное _____

6.5. Инструментальные исследования:

Температура тела _____ °С
АД _____ мм рт.ст.
ЧДД _____ мин
PS _____ уд./мин
Сатурация SpO_2 _____ %
ВГД _____ мм рт.ст.

6.6. Лабораторные исследования (*полученное значение в случае выполнения*):

☐ Не выполнялись
☐ Глюкоза (экспресс-метод) — _____ ммоль/л
☐ Холестерин (экспресс-метод) — _____ммоль/л
☐ Иное _____

6.7. Кожные покровы:

 doi: 10.15829/ 3034-4123-2025-97

6.7.1. Цвет:
- ☐ Физиологической окраски
- ☐ Бледные
- ☐ Гиперемированные
- ☐ Желтушные

Дополнительно _____
_____
Волосистая часть головы _____
_____
_____
6.7.2. Высыпания:
- ☐ Нет
- ☐ Да, локализация, характер _____

_____
6.7.3. Пролежни:
- ☐ Нет
- ☐ Да (локализация и оценка)_____

_____
_____
6.7.4. Трофические язвы
- ☐ Нет
- ☐ Да (локализация и оценка) _____

_____
_____
6.7.5. Влажность, сухость (*нужное подчеркнуть*)
_____
_____
_____
6.7.6. Дополнительно _____
_____
6.8. Видимые слизистые
6.8.1. Полость рта:
6.8.1.1. Цвет слизистой _____
6.8.1.2. Миндалины
- ☐ Обычные
- ☐ Рыхлые
- ☐ Увеличены
- ☐ Уменьшены
- ☐ Удалены

Дополнительно _____
_____
6.8.2. Губы:
6.8.2.1. Цвет _____
6.8.2.2. Наличие изменений
- ☐ Нет
- ☐ Да (*указать, какие*) _____

_____
Дополнительно _____
_____
6.8.3. Язык:
- ☐ Сухой
- ☐ Влажный
- ☐ Чистый
- ☐ Обложен налетом

Дополнительно _____
_____

6.9. Периферические лимфатические узлы:
- ☐ Не увеличены
- ☐ Увеличены, локализация: _____
_____
- ☐ Болезненны при пальпации, локализация _____
_____

6.10. Видимые отеки:
- ☐ Нет,
- ☐ Да, локализация _____
_____
_____

6.11. Отеки пальпаторно:
- ☐ Нет
- ☐ Да, локализация, характер *(мягкие (чаще почечные — вмятина быстро исчезает после пальцевого нажатия), плотные (чаще сердечные — вмятина долго не исчезает после пальцевого нажатия)*

_____
_____

7. Выполненные медицинские манипуляции (ФИО назначившего врача/фельдшера):
_____
- ☐ Не назначено
- ☐ Внутримышечная инъекция (*указать препарат, дозировку*) _____
_____
- ☐ Внутривенная инъекция (*указать препарат, дозировку*) _____
_____
- ☐ Внутрикожная инъекция (*указать препарат, дозировку*) _____
_____
- ☐ Забор биологического материала для проведения лабораторных исследований (*вид материала, вид исследования*): _____
_____
_____
- ☐ Иные процедуры (*указать, какие*) _____
_____
_____
_____

8. Процедуры сестринской помощи:
- ☐ Не назначено
- ☐ Да (*указать, какие*) _____
_____
_____
_____
_____

9. Проведено краткое профилактическое консультирование:
- ☐ Нет
- ☐ Да (*указать тему*)

_____
_____
_____
_____

10. Проведено обучение:
- ☐ Нет
- ☐ Да (*указать тему*)

_____
_____
_____
_____

 doi: 10.15829/ 3034-4123-2025-97

11. Заключение
11.1. Пациент компенсирован:
- ☐ Да
- ☐ Нет (*укажите показатели декомпенсации*)

_____
_____
11.2. Пациент нуждается в консультации врача/фельдшера:
- ☐ Нет
- ☐ В срочной (*указать повод*)
- ☐ В плановой (*указать повод*)

_____
_____
11.3. Пациент нуждается в мероприятиях сестринской помощи:
- ☐ Нет
- ☐ Да (*укажите необходимый объем вмешательств*)

_____
_____
11.4. Пациент нуждается в привлечении социальных служб:
- ☐ Нет
- ☐ Да (*укажите необходимый объем вмешательств*)

_____
_____
11.5. *Дополнительно* _____
_____
_____

_____ /_____/
ФИО Подпись

Порядок заполнения
формы медицинской документации
"Прием пациента медицинской сестрой/медицинским братом"

1. Форма медицинской документации "Прием пациента медицинской сестрой/медицинским братом" (далее — Форма) заполняется медицинскими работниками, соответствующими требованиям профессионального стандарта "Медицинская сестра/медицинский брат", утвержденного приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 31 июля 2020 г. № 475н "Об утверждении профессионального стандарта "Медицинская сестра/медицинский брат" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 4 сентября 2020 г., регистрационный № 59649), медицинской организации (иной организации), оказывающей медицинскую помощь в амбулаторных условиях (далее — медицинский работник).
2. Форма заполняется на каждого обратившегося пациента.
3. Форма заполняется в форме электронного документа, подписанного с использованием усиленной квалифицированной электронной подписи медицинского работника, в соответствии с порядком организации системы документооборота в сфере охраны здоровья в части ведения медицинской документации в форме электронных документов, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации в соответствии с пунктом 11 части 2 статьи 14 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" и (или) на бумажном носителе, подписываемым медицинским работником.
4. В Форме отмечаются данные опроса и осмотра пациента, проводимых медицинским работником в рамках компетенции, определенной законодательством Российской Федерации. Записи производятся на русском языке, аккуратно, все необходимые в Форме исправления делаются незамедлительно, подтверждаются подписью медицинского работника, заполняющего Форму. Допускается запись наименований лекарственных препаратов для медицинского применения на латинском языке.
5. В пункте 1 Формы указываются условия оказания медицинской помощи.

6. В пункте 2 Формы указываются дата посещения и время.
7. В пункте 3 Формы указывается вид посещения пациента.
8. В пункте 4 Формы указываются жалобы пациента.
9. В пункте 5 Формы указывается анамнез пациента, в том числе результаты проведенного анкетирования или опроса пациента на выявление факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний (указываются выявленные факторы риска), с целью оценки состояния пациента с установленным хроническим неинфекционным заболеванием, с целью оценки течения заболевания по соответствующим валидированным опросникам (вопросникам, анкетам).
10. В пункте 6 Формы указываются данные объективного статуса пациента, в том числе данные осмотра, антропометрии, лабораторных и инструментальных исследований. В подпунктах 6.4-6.6 пункта 6 Формы в случае, если исследования во время текущего посещения не проводились, в графе ставится прочерк.
11. В пункте 7 Формы указываются выполненные по назначению врача/фельдшера медицинские манипуляции во время текущего посещения (приема пациента).
12. В пункте 8 Формы указываются выполненные процедуры сестринской помощи во время текущего посещения (в том числе осуществление профилактики пролежней, контактного дерматита, постановку горчичников, банок; применение грелки, пузыря со льдом; наложение компресса; катетеризацию периферических вен; непрерывное внутривенное введение лекарственных препаратов; внутрипросветное введение в центральный венозный катетер антисептиков и лекарственных препаратов; осуществление ухода за сосудистым катетером и иные процедуры).
13. В пункте 9 Формы указываются данные проведенного профилактического консультирования пациента в зависимости от состояния пациента (в том числе по вопросам профилактики хронических неинфекционных заболеваний, по вопросам здорового образа жизни, режима труда и отдыха, здорового питания, по вопросам контроля показателей состояния здоровья, использования медицинских изделий в домашних условиях, по соблюдению назначенной врачом/фельдшером схемы лечения и формированию приверженности проводимому лечению, иным вопросам).
14. В пункте 10 Формы указываются данные проведенного обучения пациента и/или родственников пациента и/или законных представителей (по вопросам ухода за маломобильными и немобильными пациентами, уходу за кожными покровами и слизистыми оболочками, применению технических средств лечения/адаптации, иным вопросам).
15. В пункте 11 Формы отражается заключение по результатам проведенного медицинским работником приема пациента.
16. Заполненная и подписанная медицинским работником Форма вклеивается в медицинскую карту пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

Заключение

Данная методическая инструкция разработана и составлена в соответствии с положениями нормативных правовых актов, регламентирующих деятельность медицинских сестер, в том числе участковых, а также с учетом методических рекомендаций ведущих специалистов по проведению профилактических мероприятий.

Внедрение формы в практическое здравоохранение позволит унифицировать подходы к проведению самостоятельного приема пациента медицинской сестрой (медицинским братом), может быть основанием для разработки нормативов времени на прием одного пациента медицинской сестрой, совершенствовать преемственность в работе между врачебным и средним медицинским персоналом. Данные форм могут быть использованы для учета рабочего времени и выполненной работы, а также при планировании ресурсов ПМСП.

Крякова Мария Юрьевна (Mariia Y. Kriakova) — к.м.н., врач-методист отдела по внедрению научных исследований и разработок Центра организационно-методического управления и анализа качества медицинской помощи в регионах, ORCID: 0000-0003-1941-3860;

Введенский Георгий Георгиевич (Georgii G. Vvedenskii) — начальник информационно-аналитического управления Департамента цифровой трансформации, ORCID: 0000-0002-1217-7028;

Сон Ирина Михайловна (Irina M. Son) — д.м.н., профессор, заслуженный деятель науки Российской Федерации, советник ректора, профессор кафедры организации здравоохранения и общественного здоровья с курсом оценки технологий здравоохранения, ORCID: 0000-0001-9309-2853;

Меньшикова Лариса Ивановна (Larisa I. Men'shikova) — д.м.н., профессор, профессор кафедры организации здравоохранения и общественного здоровья с курсом оценки технологий здравоохранения, начальник отдела контроля качества образования, ORCID: 0000-0002-3034-9014;

Шепель Руслан Николаевич (Ruslan N. Shepel) — к.м.н., зам. директора по перспективному развитию медицинской деятельности, руководитель отдела научно-стратегического развития ПМСП; главный внештатный специалист терапевт Минздрава России в Центральном федеральном округе, доцент кафедры терапии и профилактической медицины, ORCID: 0000-0002-8984-9056;

Ипатов Петр Васильевич (Petr V. Ipatov) — д.м.н., профессор, главный научный сотрудник, ORCID: 0000-0001-7724-6429;

Каракулина Екатерина Валерьевна (Ekaterina V. Karakulina) — к.м.н., директор Департамента организации медицинской помощи и санаторно-курортного дела Минздрава России, ORCID: 0000-0001-5222-1620;

Щеголев Павел Евгеньевич (Pavel E. Shchegolev) — зам. директора Департамента организации медицинской помощи и санаторно-курортного дела Минздрава России, ORCID: 0000-0002-6300-1866;

Драпкина Оксана Михайловна (Oxana M. Drapkina) — д.м.н., профессор, академик РАН, директор; главный внештатный специалист по терапии и общей врачебной практике Минздрава России, зав. кафедрой терапии и профилактической медицины, ORCID: 0000-0002-4453-8430.

Адреса организаций авторов: ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины" Минздрава России, Петроверигский пер., д. 10, стр. 3, Москва, 101990, Россия; АНО "Московский центр инновационных технологий в здравоохранении", проспект Вернадского, д. 96, Москва, 119571, Россия; ФГБОУ ДПО "Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования" Минздрава России, Баррикадная ул., д. 2/1 стр. 1, Москва, 125993, Россия; ФГБОУ ВО "Российский университет медицины" Минздрава России, ул. Долгоруковская, д. 4. Москва, 127006, Россия; Министерство здравоохранения Российской Федерации, Рахмановский пер., д. 3, стр.1, Москва, 127994, Россия.

Addresses of the authors' institutions: National Medical Research Center for Therapy and Preventive Medicine of the Ministry of Health of the Russian Federation, Petroverigsky Lane, 10, bld. 3, Moscow, 101990, Russia; Moscow Center for Innovative Technologies in Healthcare, Vernadsky Avenue, 96, Moscow, 119571, Russia; Russian Medical Academy of Continuous Professional Education, Barrikadnaja st., 2/1, bld. 1, Moscow, 125993, Russia; Russian University of Medicine, Dolgorukovskaya str., 4, Moscow, 127006, Russia; Ministry of Health of the Russian Federation, Rakhmanovsky Lane, 3, bld.1, Moscow, 127994, Russia.

Первичная медико-санитарная помощь. 2025;2(4):181-205.
doi: 10.15829/3034-4123-2025-101
ISSN 3034-4123 (Print)
ISSN 3034-4565 (Online)

Первичная медико-санитарная помощь
Primary Health Care (Russian Federation)

Оказание медицинской помощи различным группам населения *Редакционная статья*

Стандартная операционная процедура (СОП) по ведению пациентов с риском пагубного потребления алкоголя в центрах здоровья

В документе изложена стандартная операционная процедура (СОП) по ведению пациентов с риском пагубного потребления алкоголя в центрах здоровья для взрослых. Пособие содержит пошаговые инструкции по организации приема пациентов в центрах здоровья для взрослых, описывающие инструменты и методы оценки фактора риска у пациентов, перечни инструментальных обследований и рассчитываемых показателей, алгоритмы индивидуального углубленного профилактического консультирования по выявленным факторам риска, а также формирования индивидуальных программ по ведению здорового образа жизни и программы здорового питания, подходы к осуществлению диспансерного наблюдения.
Методическое пособие представлено с целью организации работы в центрах здоровья для взрослых на основе эталонных процессов эффективной индивидуальной профилактики, формирования персонализированного маршрута пациента по коррекции факторов риска, что позволит внести вклад в увеличение эффективности профилактических мероприятий, а также доли граждан, ведущих здоровый образ жизни. Документ предназначен для врачей, фельдшеров и медсестер.

Ключевые слова: стандартная операционная процедура, алкоголь, центры здоровья.

Отношения и деятельность: нет.

Рецензент:
Мальшин Ю. А. — зам. главного врача по медицинской профилактике ГБУЗ "Самарский областной центр общественного здоровья и медицинской профилактики", главный внештатный специалист по медицинской профилактике Министерства здравоохранения Самарской области (Самара, Россия).

Утверждено на заседании Ученого совета ФГБУ "НМИЦ ТПМ" Минздрава России (протокол № 9 от 25 ноября 2025 г.).

Для цитирования: Драпкина О. М., Дроздова Л. Ю., Егоров В. А., Иванова Е. С., Калинина А. М., Раковская Ю. С., Концевая А. В., Бунова А. С. Стандартная операционная процедура (СОП) по ведению пациентов с риском пагубного потребления алкоголя в центрах здоровья. *Первичная медико-санитарная помощь.* 2025;2(4):181-205. doi: 10.15829/3034-4123-2025-101. EDN: BZARHI

Драпкина О. М.,
Дроздова Л. Ю.,
Егоров В. А.,
Иванова Е. С.,
Калинина А. М.,
Раковская Ю. С.*,
Концевая А. В.,
Бунова А. С.

ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины" Минздрава России, Москва, Российская Федерация

*Corresponding author
(Автор, ответственный за переписку):
preventionnmictpm@yandex.ru

Поступила: 25.11.2025
Принята: 28.11.2025

CC BY 4.0

Primary Health Care (Russian Federation). 2025;2(4):181-205.
doi: 10.15829/3034-4123-2025-101
ISSN 3034-4123 (Print)
ISSN 3034-4565 (Online)

Standard operating procedure (SOP) for the management of patients at risk for harmful alcohol use in health centers

This document outlines a standard operating procedure (SOP) for the management of patients at risk for harmful alcohol use in adult health centers. The manual contains step-by-step instructions for managing patient appointments at adult health centers, describing tools and methods for assessing patient risk factors, lists of paraclinical investigations and estimated indicators. It also describes algorithms for individualized in-depth preventive counseling on identified risk factors, as well as the development of individualized healthy lifestyle and dietary programs, and approaches to follow-up monitoring.

This methodological manual is designed to manage workflow in adult health centers based on benchmark processes for effective individualized prevention, and to develop a personalized patient pathway for risk factor modification. This will contribute to increasing the effectiveness of preventive measures and the proportion of persons with a healthy lifestyle. The document is intended for physicians, paramedics, and nurses.

Keywords: standard operating procedure, alcohol, health centers.

Relationships and Activities: none.

For citation: Drapkina O. M., Drozdova L. Yu., Egorov V. A., Ivanova E. S., Kalinina A. M., Rakovskaya Yu. S., Kontsevaya A. V., Bunova A. S. Standard operating procedure (SOP) for the management of patients at risk for harmful alcohol use in health centers. *Primary Health Care (Russian Federation).* 2025;2(4):181-205. doi: 10.15829/3034-4123-2025-101. EDN: BZARHI

Drapkina O. M.,
Drozdova L. Yu.,
Egorov V. A.,
Ivanova E. S.,
Kalinina A. M.,
Rakovskaya Yu. S.*,
Kontsevaya A. V.,
Bunova A. S.

National Medical Research Center for Therapy and Preventive Medicine, Moscow, Russian Federation

*Corresponding author: preventionnmictpm@yandex.ru

Received: 25.11.2025
Accepted: 28.11.2025

По результатам проведенной диспансеризации/профилактического медицинского осмотра пациент направляется в центр здоровья для взрослых для проведения углубленного профилактического консультирования и, в дальнейшем, формирования программы по ведению здорового образа жизни, программы здорового питания, диспансерного наблюдения при наличии отдельных факторов риска:

- избыточная масса тела;
- ожирение 1-2 ст.;
- курение табака;
- риск пагубного потребления алкоголя.

А также при наличии комбинации 2-х факторов риска хронических неинфекционных заболеваний: низкой физической активности и нерационального питания или комбинации нескольких вышеназванных отдельных факторов риска.

Гражданин может самостоятельно обратиться в центры здоровья для взрослых, в таком случае, в первую очередь, необходимо попросить пациента заполнить анкету для выявления факторов риска хронических неинфекционных заболеваний[1].

Всем пациентам возрастной группы 55-85 лет выполняется МоСА-ТЕСТ (Монреальская шка-

[1] Драпкина О.М., Дроздова Л.Ю., Концевая А.В. и др. Оказание медицинской помощи пациентам с факторами риска развития хронических неинфекционных заболеваний в центрах здоровья для взрослых. Методические рекомендации. М.: РОПНИЗ, ООО "СИЛИЦЕЯ-ПОЛИГРАФ" 2025 г. 164 с. ISBN: 978-5-6053845-8-8. doi: 10.15829/ ROPNIZ-d108-2025. EDN: HKMNQW.

Оценка факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний

№ п/п	Код по МКБ-10	Наименование по МКБ-10	Наименование фактора риска	Перечень обследований	Расчетный показатель
1.	Z72.0	Употребление табака	Потребление табака и иной никотин-содержащей продукции	— Опрос (анкетирование): 1. Адаптированный тест Фагестрема; 2 Оценка индивидуальных привычек питания; 3. Оценка физической активности; 4. Монреальская шкала оценки когнитивных функций (МоСА-ТЕСТ) (для пациентов 55-85 лет). — Антропометрия (рост, масса тела, ОТ, ОБ); — Спирометрия (исследование функции внешнего дыхания); — Определение концентрации монооксида углерода в выдыхаемом воздухе (при помощи смокелайзера)	— ИМТ; — Биологический возраст; — Индекс курения — индекс пачка/лет
2.	R63.5	Аномальная прибавка массы тела	Избыточная масса тела	— Опрос (анкетирование): 1. Оценка индивидуальных привычек питания; 2. Оценка физической активности; 3. Монреальская шкала оценки когнитивных функций (МоСА-ТЕСТ) (для пациентов 55-85 лет). — Антропометрия (рост, масса тела, ОТ, ОБ); — Биоимпедансометрия (анализа внутренних сред организма)	— ИМТ; — Биологический возраст; — Суточная энергоемкость пищевого рациона
3.	E66	Ожирение	Ожирение 1-2 ст.	— Опрос (анкетирование): 1. Оценка индивидуальных привычек питания; 2. Оценка физической активности; 3. Монреальская шкала оценки когнитивных функций (МоСА-ТЕСТ) (для пациентов 55-85 лет). — Антропометрия (рост, масса тела, ОТ, ОБ); — Биоимпедансометрия (анализа внутренних сред организма)	— ИМТ; — Биологический возраст; — Суточная энергоемкость пищевого рациона
4.	Z72.1	Употребление алкоголя	Риск пагубного потребления алкоголя	— Опрос (анкетирование): 1. Тест RUS-AUDIT-S; 2. Оценка индивидуальных привычек питания; 3. Оценка физической активности; 4. Монреальская шкала оценки когнитивных функций (МоСА-ТЕСТ) (для пациентов 55-85 лет). — Антропометрия (рост, масса тела, ОТ, ОБ)	— ИМТ; — Биологический возраст
5.	Z72.4	Неприемлемый пищевой рацион и вредные привычки в приеме пищи	Нерацио-нальное питание	— Опрос (анкетирование): 1. Оценка индивидуальных привычек питания; 2. Оценка физической активности; 3. Оценка риска занятий интенсивной физической активностью; 4. Монреальская шкала оценки когнитивных функций (МоСА-ТЕСТ) (для пациентов 55-85 лет). — Антропометрия (рост, масса тела, ОТ, ОБ); — Биоимпедансометрия (анализа внутренних сред организма)	— ИМТ; — Биологический возраст
6.	Z72.3	Недостаток ФА	Низкая ФА		

Сокращения: ИМТ — индекс массы тела, МКБ-10 — Международная классификация болезней, 10 издание, ОБ — окружность бедер, ОТ — окружность талии, ФА — физическая активность.

doi: 10.15829/3034-4123-2025-101

ла оценки когнитивных функций), позволяющий быстро определить снижение когнитивных способностей и ранние признаки деменции, включая способность понимать, рассуждать и запоминать, и выявить такие состояния, как болезнь Паркинсона, опухоли головного мозга, злоупотребление психоактивными веществами и травмы головы[1].

Стандартная операционная процедура (СОП) действий медицинских работников центра здоровья для взрослых при обращении пациента с риском пагубного потребления алкоголя

Шаг	Действия	Возможные исполнители
1. Подготовка к приему в центре здоровья для взрослых.		
1.1.	Получить информированное добровольное согласие пациента на проведение обследования.	Специалист без медицинского образования
1.2.	Уточнить возраст пациента, если пациент возрастной группы 55-85 лет, то поставить отметку о необходимости выполнить МоСА-ТЕСТ (Монреальская шкала оценки когнитивных функций).	
1.3.	Уточнить направлен ли пациент по результатам проведенной диспансеризации/ профилактического медицинского осмотра. Ответ: нет → п. 1.4, да → 1.5	
1.4.	Выдать пациенту для заполнения анкету для выявления факторов риска хронических неинфекционных заболеваний1.	
1.5.	Выдать вопросник оценки индивидуальных привычек питания.	
1.6.	Выдать вопросник оценки физической активности пациента.	
1.7.	Выдать вопросник Тест RUS-AUDIT-S.	
2. Прием в доврачебном кабинете.		
2.1.	Измерить рост и массу тела пациента.	Медицинская сестра
2.2.	Измерить окружность талии и бедер.	
2.3.	Рассчитать индекс массы тела.	
2.4.	Рассчитать биологический возраст.	
2.5.	Заполнить вопросник по Монреальской шкале (МоСА-ТЕСТ) и оценить когнитивные функции у пациентов 55-85 лет.	
2.6.	Внести в медицинскую документацию основные параметры.	
3. Прием врача центра здоровья для взрослых.		
3.1.	Информировать пациента о выявленном риске пагубного потребления алкоголя, объяснив его значение, обсудить с пациентом результаты анкетирования и обследования, дать пояснение в ответах на вопросы пациента.	Врач/фельдшер
3.2.	Оценить готовность пациента к модификации негативных поведенческих привычек.	
3.3.	Дать аргументированные советы и рекомендации по модификации негативных поведенческих привычек.	
3.4.	Составить (разработать) индивидуальный план ФА.	
3.5.	Сформировать рекомендации по оздоровлению рациона питания.	
3.6.	Сформировать рекомендации по снижению риска употребления алкоголя.	
3.7.	Сформировать индивидуальную программу по ведению ЗОЖ.	
3.8.	Уточнить, насколько пациент понял советы по ЗОЖ и рекомендации по ограничению потребления алкоголя, и насколько готов им следовать.	
3.9.	Записать на прием к врачу-наркологу (по показаниям).	
3.10.	Выдать информационные материалы.	

Сокращения: ЗОЖ — здоровый образ жизни, ФА — физическая активность.

Приложение 1. Образцы вопросников, выдаваемых пациенту для заполнения.

1. Вопросник Тест RUS-AUDIT-S.

1. Как часто Вы употребляете как минимум 1,5 л пива, или как минимум 180 мл крепкого алкоголя, или как минимум бутылку вина или шампанского (750 мл) в течение 24 ч?				
Никогда (0)	Реже одного раза в месяц (1)	Ежемесячно (2)	Еженедельно (3)	Ежедневно или почти ежедневно (4)
2. Являлось ли Ваше употребление алкогольных напитков причиной травмы* у Вас или у других людей? **Повреждение организма, вызванное внешним воздействием (ранением, ушибом, ожогом и т.д.)*				
Никогда (0)		Да, более 12 месяцев назад (2)		Да, в течение последних 12 месяцев (4)
3. Случалось ли, что Ваш близкий человек или родственник, друг или врач беспокоился насчет употребления Вами алкоголя или советовал выпивать меньше?				
Никогда (0)		Да, более 12 месяцев назад (2)		Да, в течение последних 12 месяцев (4)
Укажите количество баллов _____ (макс. 12 баллов)				

Интерпретация теста RUS-AUDIT-S

Количество баллов		**Уровень риска для здоровья, связанный с употреблением алкоголя**	**Тактика медицинского работника**
Женщина	**Мужчина**		
0-4	0-6	Повышенный риск	Проведение УПК
5	7	Высокий риск	Проведение УПК + направление на консультацию к психологу
6 и более	8 и более	Очень высокий риск	Проведение УПК + направление на консультацию к психологу/психиатру-наркологу

Сокращение: УПК — углубленное профилактическое консультирование.

2. Вопросник оценки индивидуальных привычек питания.

Как часто Вы потребляете следующие продукты?		Не потребляю/ редко	1-2 раза в месяц	1-2 раза в неделю	3-5 раз в неделю	Ежедневно/ почти ежедневно
1	**Мясо красное** (говядина, баранина, свинина и др.), консервы мясные					
2	**Птица** (индейка, курица, утка и др.)					
3	**Рыба**, в том числе **суп, котлеты, консервы и морепродукты** (креветки, кальмары и др.)					
4	Яйца					
5	Колбасы, сосиски, субпродукты, буженина					
6	Молоко, кефир, йогурт, творог					
7	Сыр					
8	Сметана, сливки					
9	Сливочное масло					
10	**Темно-зеленые листовые овощи** (зеленый лук, петрушка, кинза, укроп, шпинат, руккола, ботва свеклы)					
11	Овощи и фрукты оранжевого цвета (морковь, тыква, перец красный, облепиха, курага, абрикос и др.)					
12	**Овощи** (кроме картофеля)					
13	**Фрукты** (кроме фруктов, указанных ранее)					
14	**Ягоды** (смородина, вишня и др.)					
15	Орехи, семена					
16	**Бобовые** (фасоль, чечевица, горох и др., в т.ч. в супах)					
17	**Крупы** (греча, пшено, овес и др.)					
18	Макаронные изделия, картофель					
19	Хлеб, хлебобулочные изделия					
20	**Сладости и кондитерские изделия** (конфеты, варенье, печенье, торт и др.)					

 doi: 10.15829/3034-4123-2025-101

21	**Соления и маринованные продукты** (квашеная капуста, оливки, помидоры соленые и др.)					
22	**Чипсы, сухарики и другие соленые закуски**					
23	**Сладкие и энергетические напитки**					
24	**Алкогольные напитки**					
25	**Сколько раз в день Вы принимаете пищу** (раз в день)	1-2	3-4		5 и чаще	
26	**Досаливаете ли Вы приготовленную пищу?**	нет	да, иногда		да, всегда	
27	**Какой сорт хлеба Вы чаще используете?**	пшеничный (белый)	ржаной (черный)		другое (лепешки и т.п.)	
28	**Сколько кусочков и/или чайных ложек сахара** (меда, джема, варенья и др.) **Вы потребляете за день?**	0-5	5-10		>10	
29	**Какой вид жира Вы используете при приготовлении пищи?**	нет	сливочное масло, маргарин, топленый жир		растительное масло	
Укажите жирность потребляемых молочных продуктов:						
30	**Молоко, кефир, йогурт**	до 2,5%	2,5% и выше		затрудняюсь ответить	
31	**Творог**	до 5%	5% и выше		затрудняюсь ответить	
32	**Сыр**	до 17%	17% и выше		затрудняюсь ответить	
33	**Сметана, сливки**	10- 15%	20% и выше		затрудняюсь ответить	
34	**У Вас бывает аллергия на продукты или непереносимость?** (укажите продукты)	нет	да		укажите продукты _____	

3. Вопросник оценки физической активности пациента.

1. Сколько минут в день в среднем Вы тратите на ходьбу в умеренном или быстром темпе? _____ минут в день

2. Имеете ли Вы опыт занятий в тренажерном зале (силовые нагрузки)?
Да ☐ Нет ☐
Если да, то как часто и какова продолжительность нагрузки? _____

3. Занимаетесь ли Вы плаванием, бегом, катаетесь на велосипеде (аэробные нагрузки)?
Да ☐ Нет ☐
Если да, то как часто и какова продолжительность нагрузки? _____

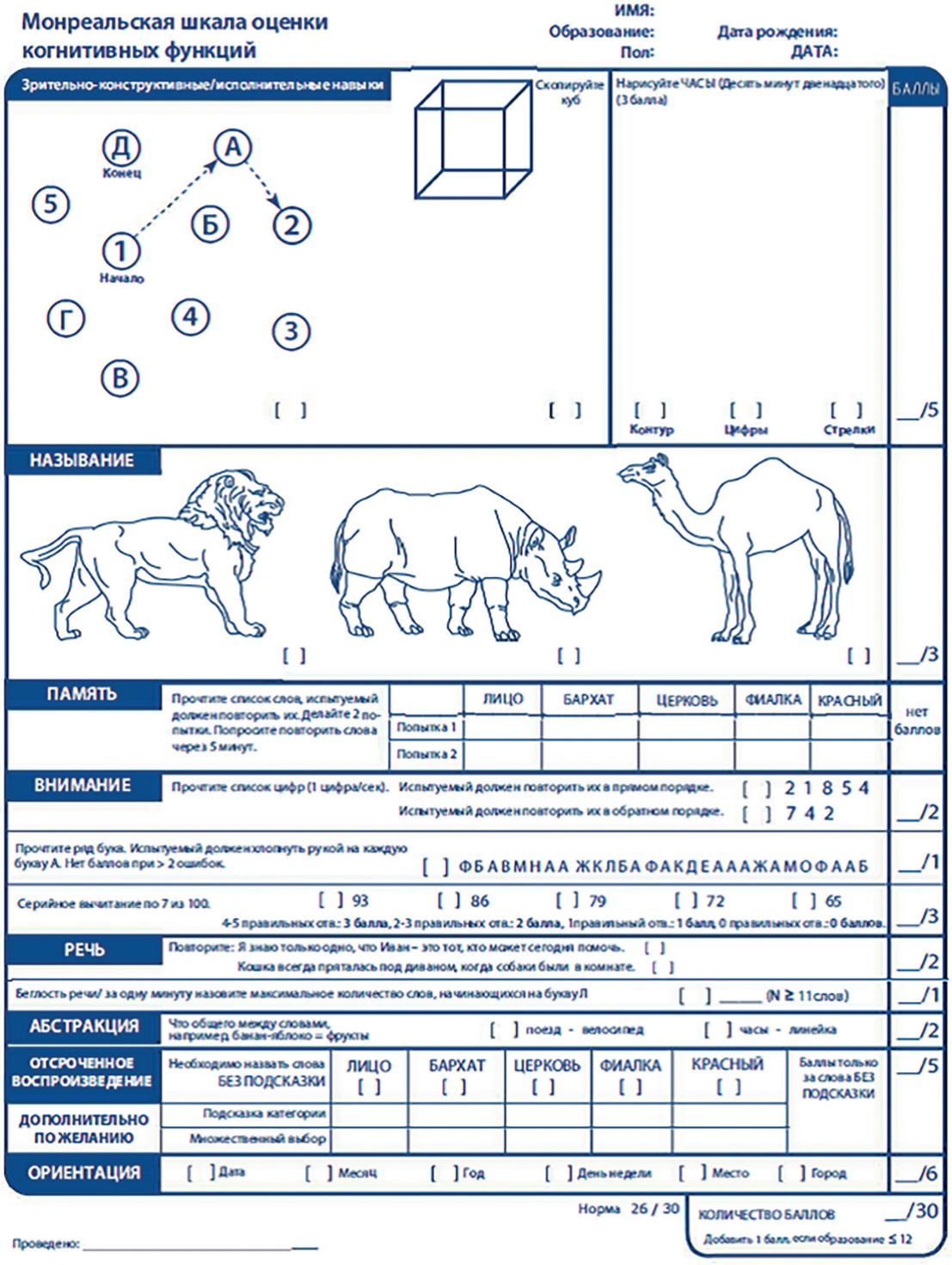
4. Практикуете ли вы йогу или другие нагрузки для улучшения гибкости и координации?
Да ☐ Нет ☐
Если да, то как часто и какова продолжительность нагрузки? _____

5. Занимаетесь ли вы физической активностью на улице или дома?
Да ☐ Нет ☐
Если да, то какой вид, частота и продолжительность нагрузки? _____

6. Если ли у Вас в настоящее время обострение хронических заболеваний или ограничения, которые могут повлиять на физическую активность?
Да ☐ Нет ☐
Если да, то какие? _____

Комментарий: умеренные аэробные нагрузки <150 мин в неделю или интенсивные нагрузки <75 мин в неделю — признак недостаточной физической активности.

4. Вопросник по Монреальской шкале оценки когнитивных функций (МоСА-ТЕСТ) (для пациентов 55–85 лет).



Монреальская шкала оценки когнитивных функций

ИМЯ:
Образование: Дата рождения:
Пол: ДАТА:

Зрительно-конструктивные/исполнительные навыки — Скопируйте куб — Нарисуйте ЧАСЫ (Десять минут двенадцатого) (3 балла) — БАЛЛЫ

Д (Конец), А, 5, Б, 2, 1 (Начало), Г, 4, 3, В

[ ] [ ] [ ] Контур [ ] Цифры [ ] Стрелки ___/5

НАЗЫВАНИЕ [ ] [ ] [ ] ___/3

ПАМЯТЬ Прочтите список слов, испытуемый должен повторить их. Делайте 2 попытки. Попросите повторить слова через 5 минут.

	ЛИЦО	БАРХАТ	ЦЕРКОВЬ	ФИАЛКА	КРАСНЫЙ
Попытка 1					
Попытка 2					

нет баллов

ВНИМАНИЕ Прочтите список цифр (1 цифра/сек). Испытуемый должен повторить их в прямом порядке. [ ] 2 1 8 5 4
Испытуемый должен повторить их в обратном порядке. [ ] 7 4 2 ___/2

Прочтите ряд букв. Испытуемый должен хлопнуть рукой на каждую букву А. Нет баллов при > 2 ошибок. [ ] Ф Б А В М Н А А Ж К Л Б А Ф А К Д Е А А А Ж А М О Ф А А Б ___/1

Серийное вычитание по 7 из 100. [ ] 93 [ ] 86 [ ] 79 [ ] 72 [ ] 65
4-5 правильных отв.: 3 балла, 2-3 правильных отв.: 2 балла, 1 правильный отв.: 1 балл, 0 правильных отв.: 0 баллов. ___/3

РЕЧЬ Повторите: Я знаю только одно, что Иван – это тот, кто может сегодня помочь. [ ]
Кошка всегда пряталась под диваном, когда собаки были в комнате. [ ] ___/2

Беглость речи/ за одну минуту назовите максимальное количество слов, начинающихся на букву Л [ ] _____ (N ≥ 11 слов) ___/1

АБСТРАКЦИЯ Что общего между словами, например банан-яблоко = фрукты [ ] поезд - велосипед [ ] часы - линейка ___/2

ОТСРОЧЕННОЕ ВОСПРОИЗВЕДЕНИЕ	Необходимо назвать слова БЕЗ ПОДСКАЗКИ	ЛИЦО [ ]	БАРХАТ [ ]	ЦЕРКОВЬ [ ]	ФИАЛКА [ ]	КРАСНЫЙ [ ]	Баллы только за слова БЕЗ ПОДСКАЗКИ	___/5
ДОПОЛНИТЕЛЬНО ПО ЖЕЛАНИЮ	Подсказка категории							
	Множественный выбор							

ОРИЕНТАЦИЯ [ ] Дата [ ] Месяц [ ] Год [ ] День недели [ ] Место [ ] Город ___/6

Норма 26 / 30 КОЛИЧЕСТВО БАЛЛОВ ___/30
Добавить 1 балл, если образование ≤ 12

Проведено: _____

Интерпретация результатов:

- Норма — 26-30 баллов;
- Максимально возможное количество баллов — 30 баллов;
- Легкая степень когнитивных нарушений — 22-25 баллов;
- Средняя степень когнитивных нарушений — 10-21 балл;
- Тяжелая степень когнитивных нарушений — 0-9 баллов.

 doi: 10.15829/3034-4123-2025-101

Приложение 2. Перечень и описание методов инструментального обследования.

1. Измерение роста и массы тела пациента

2. Измерение окружности талии (ОТ)

ОТ измеряется в положении стоя, на середине расстояния между нижним боковым краем грудной клетки и гребнем подвздошной кости по срединно-подмышечной линии.

Измерять ОТ желательно поверх нижнего белья или в обнаженном виде, босиком или в обуви на плоской подошве. При измерении необходимо попросить пациента встать прямо, поставив ступни параллельно, руки слегка приподняты и согнуты в локтях. Сантиметровая лента устанавливается в горизонтальной плоскости, параллельно полу, обеспечивая полный обхват тела, но не сжимая кожи. Измерение проводится по окончании обычного выдоха.

3. Измерение окружности бедер (ОБ)

ОБ измеряется в положении стоя на уровне больших вертелов бедренной кости по наиболее выступающей части таза.

Измерение ОБ проводится поверх нижнего белья. При измерении необходимо попросить пациента встать прямо, поставив ступни параллельно, руки слегка приподняты и согнуты в локтях. Сантиметровая лента устанавливается в горизонтальной плоскости, параллельно полу, обеспечивая полный обхват тела. Во время измерения, необходимо следить, чтобы лента не провисала.

Приложение 3. Перечень и методика расчета показателей.

1. Расчет индекса массы тела (индекс Кетле) по формуле:
ИМТ (кг/м^2) = масса тела (кг)/рост (м)^2

Типы массы тела	ИМТ, кг/м^2
Дефицит массы тела	<18,5
Нормальная масса тела	18,5-24,9
Избыточная масса тела	25-29,9
Ожирение I степени	30,0-34,9
Ожирение II степени	35,0-39,9
Ожирение III степени	≥40

2. Расчет биологического возраста

Выполняется методом Горелкина А. Г.[2]

1) Рассчитывается коэффициент скорости старения (КСС) по формуле:

для мужчин $КСС_м = (ОТ \times МТ)/(ОБ \times Р^2 \times (17,2+0,31 \times РЛ+0,0012 \times РЛ^2))$, где РЛ = КВ — 21;

для женщин $КСС_ж = (ОТ \times МТ)/(ОБ \times Р^2 \times (14,7+0,26 \times РЛ+0,001 \times РЛ^2))$, где РЛ = КВ — 18;

Примечание: КВ — календарный возраст, МТ — масса тела, РЛ — разница лет между КВ и возрастом онтогенетической нормы

КСС ≤0,95 — замедленный темп старения

КСС >1,05 — ускоренный темп старения

0,95≤ КСС ≤1,05 — нормальный темп старения.

2) Биологический возраст (БВ) определяется по формулам:

для мужчин $БВ = КСС_м \times (КВ — 21) + 21$;

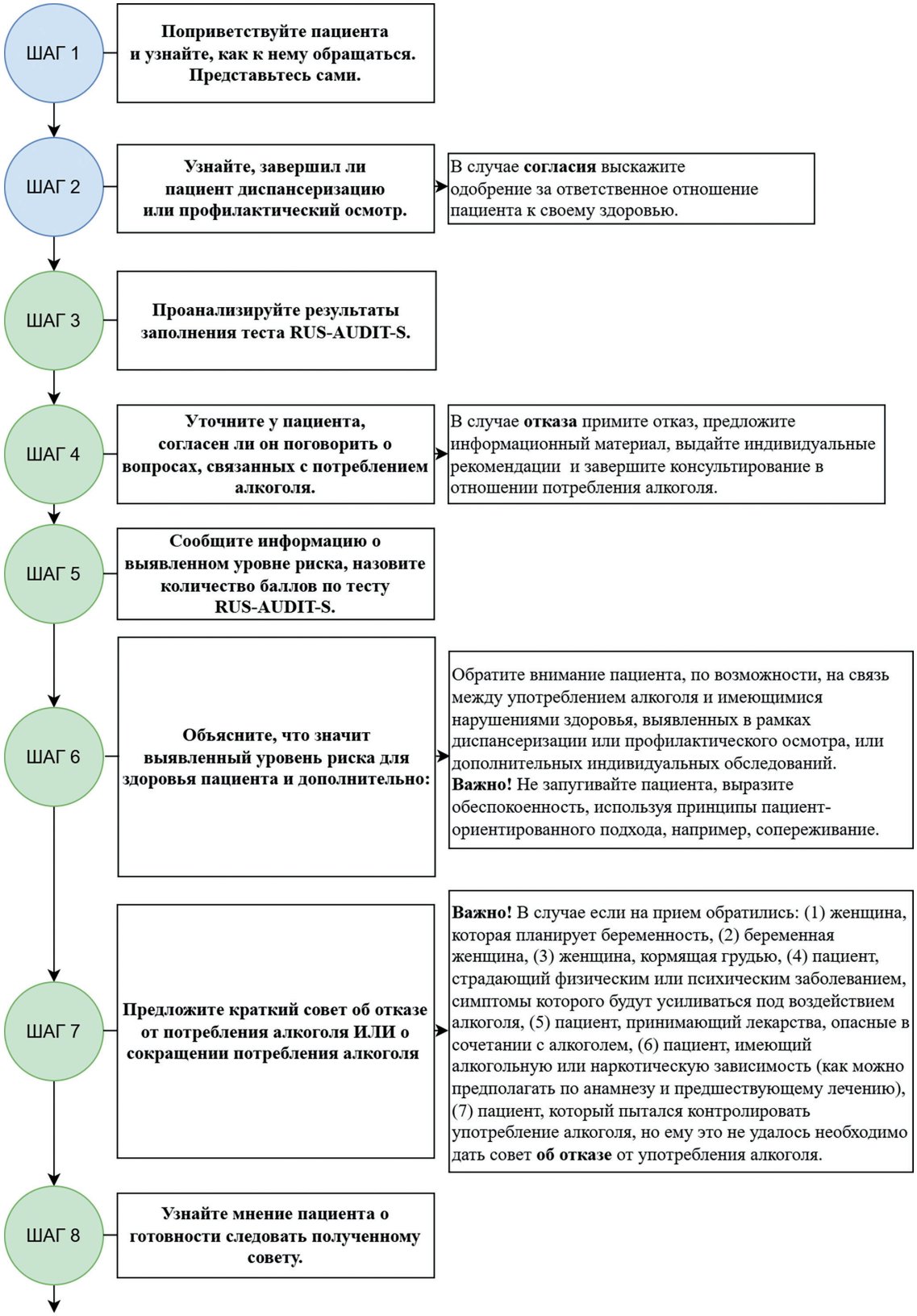
для женщин $БВ = КСС_ж \times (КВ — 18) + 18$.

[2] Патент №2387374 Российская Федерация, МПК A61B 5/107 (2006.01). Способ определения биологического возраста человека и скорости старения: № 2008130456: заявлено 22.07.2008: опубликовано 27.04.2010. Горелкин А. Г., Пинхасов Б. Б.; патентообладатель ГУ НЦКЭМ СО РАМН. 5 с.

doi: 10.15829/3034-4123-2025-101

Приложение 4. Методика проведения углубленного профилактического консультирование (УПК).

Алгоритм индивидуального УПК в отношении употребления алкоголя включает следующие шаги:





Консультирование по вопросам употребления алкоголя начинается с приветствия. Этот этап важен, поскольку он помогает медицинскому работнику установить доверительные отношения с пациентом и создать комфортную обстановку для обсуждения темы потребления алкоголя.

Для проведения приветствия можно посмотреть имя и отчество пациента в электронной карте или уточнить их напрямую, задав короткий вопрос *"Как я могу к вам обращаться?"*.

Необходимо изучить результаты заполнения теста RUS-AUDIT-S, подсчитать количество баллов, определить уровень риска, связанного с потреблением алкоголя, и выбрать соответствующую тактику действий.

Определив тактику, необходимо спросить у пациента разрешение начать разговор на тему потребления алкоголя. Это необходимо для того, чтобы: (1) показать, что консультирование проходит в атмосфере взаимного уважения, (2) подчеркнуть автономность пациента, (3) уменьшить возможное сопротивление и (4) повысить готовность пациента к восприятию информации.

В случае, если пациент **отказывается** начинать разговор на тему потребления алкоголя, необходимо принять его отказ, уточнить готовность получить информационный материал по теме, индивидуальные рекомендации и завершить консультирование.

В случае, если пациент выразил **согласие** на разговор о потреблении алкоголя, необходимо проинформировать его о результатах анкетирования и, в зависимости, от них продолжить консультирование:

1. Объяснить пациенту результаты анкетирования (Таблица 3-4), обратив внимание пациента, по возможности, на связь между употреблением алкоголя и имеющимися нарушениями здоровья, выявленными в рамках диспансеризации или профилактического осмотра, или дополнительных индивидуальных обследований (Таблица 3-5).

Важно! Не запугивать пациента, а выразить обеспокоенность, используя принципы пациент-ориентированного подхода, например, сопереживание.

2. Предложить совет по сокращению или отказу от употребления алкоголя.
3. Уточнить готовность пациента следовать полученному совету.

Основные группы пациентов по уровню риска потребления алкоголя

• Пациенты с **повышенным** риском для здоровья, связанным с употреблением алкоголя, которые еще не испытывают явных проблем со здоровьем из-за употребления алкоголя, но его количество уже значительно увеличивает риск заболеваний, травм, несчастных случаев, правонарушений и социальных проблем.
• Пациенты с **высоким** риском алкоголя для здоровья, связанным с употреблением алкоголя, которые, скорее всего, уже испытывают проблемы в области физического и/или психического здоровья, т.к. они регулярно употребляют алкоголь в увеличенных объемах. У них могут наблюдаться проблемы со здоровьем (заболевания, травмы, другие состояния здоровья) и/или социальные проблемы, и/или юридические проблемы, и/или финансовые проблемы.
• Пациенты с **очень высоким** риском для здоровья, связанным с употреблением алкоголя, которые, скорее всего, уже имеют сочетание физиологических, поведенческих и психических изменений. К основным признакам относятся: (1) чувство непреодолимого желания употребить алкоголь, (2) потеря контроля над количеством и частотой употребления, (3) продолжение употребления несмотря на вредные последствия для здоровья, (4) предпочтение употребления алкоголя другим видам деятельности, (5) способность выпивать всё большее количество алкоголя, (6) необходимость увеличивать дозу для достижения прежнего эффекта, (7) развитие синдрома отмены при прекращении употребления, (8) появление тревоги, раздражительности и других негативных эмоциональных состояний в случае возникновения препятствий к доступу к алкоголю.

Примеры применения результатов обследований в центре здоровья для взрослых для УПК лиц с пагубным потреблением алкоголя

Биологический возраст	Употребление алкоголя может способствовать ускоренному старению
Антропометрия	Алкоголь обладает высокой энергетической ценностью и может способствовать увеличению массы тела
	Абдоминальное ожирение и употребление алкоголя увеличивают риск сердечно-сосудистых заболеваний

Затем медицинскому работнику необходимо попробовать усилить мотивацию пациента к изменениям. Первое, что необходимо сделать — это обсудить с пациентом отрицательные и положительные стороны, связанные с употреблением им алкоголя.

Предоставление пациентам возможности оценить, как положительные ("преимущества"), так и отрицательные ("недостатки") стороны поведения помогает им понять взаимосвязь одновременного желания и нежелания перемен.

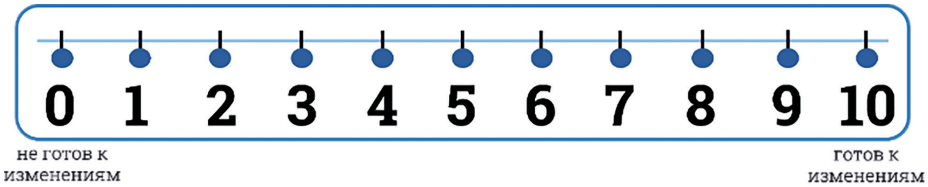
В завершении этого шага рекомендуется использовать навык составления резюме, кратко подытоживая основные идеи, озвученные пациентом. Это поможет пациенту структурировать свои мысли и увидеть, что медицинский работник внимательно его слушал. Кроме того, медицинский работник может сделать акцент на перечисленных пациентом "недостатках", тем самым усилив его уверенность в необходимости изменить свое отношение к употреблению алкоголя.

После обсуждения с пациентом преимуществ и недостатков, связанных с потреблением алкоголя, необходимо перейти к следующему шагу усиления мотивации — к оценке готовности пациента к изменениям в отношении потребления алкоголя. Оценка готовности к изменениям имеет решающее значение. Пациенты находятся на разных уровнях и, если медицинский работник знает, на какой стадии готовности находится сейчас пациент, он будет лучше подготовлен к дальнейшей работе с ним.

Прежде чем оценивать готовность пациента, медицинскому работнику необходимо узнать у него о наличии желания сделать это.

В случае **отказа** пациента от оценки готовности к изменениям в отношении потребления алкоголя необходимо принять его отказ, уточнить готовность получить информационный материал по теме, выдать индивидуальные рекомендации и завершить консультирование.

В случае **согласия** пациента — провести оценку. Для этого необходимо взять шкалу с делениями от 0 до 10 или обычную линейку и попросить пациента отметить карандашом или ответить устно, насколько он готов, от 0 до 10, где 0 совсем не готов к изменениям, а 10 — готов изменить свое поведение, связанное с потреблением алкоголя.



В зависимости от выбранного пациентом значения необходимо определить дальнейшую тактику консультирования (Таблица 3-6).

Интерпретация шкалы готовности

Баллы	Уровень готовности	Тактика медицинского работника
0–3	**Пациент не готов к изменениям**	Есть некоторые пациенты, которые видят мало причин, чтобы что-то менять или не видят их вовсе. Они объясняют это тем, что им все нравится, как есть, или тем, что они пытались измениться в прошлом, но затем бросили. Выбор низких значений на линейке готовности не означает, что, выйдя из кабинета, пациент не начнет задумываться о потреблении им алкоголя. Тот факт, что вопрос о потреблении алкоголя был поднят на приеме у медицинского работника, может сыграть свою роль и, вероятно, при следующей встрече консультирование пойдет по иному сценарию. В ситуации, когда медицинский работник понимает, что продолжить консультирование невозможно, не стоит уговаривать пациента, спорить с ним и давать советы без разрешения. В данной ситуации стоит предложить информационный материал, выдать индивидуальные рекомендации и завершить проведение консультирования в отношении потребления алкоголя. **Важно!** В случае, если пациент назвал низкий балл, но проявляет заинтересованность, медицинский работник может попробовать начать разговор об изменениях. Дело в том, что уровень готовности к изменениям — величина непостоянная и может часто меняться.
4–10	**Пациент готов к изменениям**	Пациенты, которые готовы к изменениям, осознают, что проблема с потреблением алкоголя действительно существует, и уже думают о целесообразности изменения поведения. Чтобы помочь данным пациентам изменить свое поведение в отношении потребления алкоголя, недостаточно просто проинформировать их о проблеме и дать совет. Необходимо вовлечь их в процесс совместного планирования и принятия решения. Для этого следует обсудить с пациентом, какой цели он бы хотел придерживаться (сокращение или отказ от потребления алкоголя), обсудить план действий, сроки, оценить его мотивацию выполнения данного плана и поддержать пациента, укрепив его веру в себя.

Важно! В случае, если пациент назовет любое значение на шкале готовности больше 0, медицинскому работнику стоит узнать, почему он выбрал это число, а не меньшее. Это даст возможность пациенту самому назвать свои причины для изменения поведения в отношении потребления алкоголя, а медицинскому работнику — получить персонализированную информацию, которая пригодится для проведения последующих этапов консультирования.

В случае, если пациент готов к изменениям в отношении алкоголя, медицинский работник приступает к обсуждению с пациентом цели изменения поведения в отношении потребления алкоголя. Задача медицинского работника на данном этапе — предложить лучший вариант, исходя из ситуации, однако пациент должен сам выбрать то, что в настоящее время для него наиболее реалистично. Он может выбрать для себя одно из двух действий — снизить потребление алкоголя до определенного количества и частоты употребления, или же полностью от него отказаться.

Постановка четкой конкретной цели крайне необходима, ведь, по сути, цель — это *"путеводная звезда"* для пациента, она будет озарять ему путь, направлять, поддерживать, давать силы двигаться дальше. В случае, если медицинский работник не установит с пациентом цель, ему будет не к чему и стремиться, а значит он не будет ничего делать для изменения своего поведения.

Если пациент испытывает затруднения с выбором реалистичной и достижимой цели, медицинский работник может оказать ему помощь, предварительно получив у него на это разрешение.

Важно! В практике большинство пациентов выберет цель снижения потребления алкоголя, то есть неполного отказа от потребления, и это нормально! Основная задача консультирования заключается в том, чтобы помочь пациенту взять на себя личную ответственность за свои решения, за свое потребление алкоголя.

После того, как пациент выбрал цель, медицинский работник переходит к побуждению пациента на обдумывание доступных путей, которые приведут к ней. Для этого необходимо узнать у пациента, какие, на его взгляд, существуют разумные способы достижения установленной им цели, которые он хотел бы самостоятельно попробовать.

В случае, если пациент испытывает трудности с перечислением способов достижения цели, с его разрешения, медицинский работник может предложить два и более практических способа изменения поведения в отношении потребления алкоголя.

Завершив обсуждение путей достижения цели, пациенту необходимо выбрать несколько вариантов, которые наилучшим образом подходят именно ему.

Затем необходимо определить срок начала их выполнения.

Составив план и установив срок его выполнения, следует узнать у пациента, готов ли он выполнить то, что задумал. Для этого необходимо вновь взять шкалу с делениями от 0 до 10 или обычную линейку, и попросить пациента отметить карандашом или ответить устно, насколько он готов, насколько он уверен, от 0 до 10, где 0 совсем не готов/не уверен, а 10 — готов/уверен, действовать в соответствии с разработанным планом изменений.

В зависимости от выбранного пациентом значения необходимо определить дальнейшую тактику консультирования (Таблица 3-7).

Интерпретация шкалы готовности пациента действовать в соответствии с разработанным планом в отношении потребления алкоголя

Баллы	Уровень мотивации	Тактика медицинского работника
0–3	**Пациент не готов следовать плану**	Разработанный план не подходит пациенту, необходимо попробовать разработать новый план, подобрав новые варианты действий
4–10	**Пациент будет следовать разработанному плану**	Разработанный план подходит пациенту. Необходимо поддержать пациента и перейти к завершению УПК

После оценки готовности пациента действовать в соответствии с разработанным планом в отношении потребления алкоголя медицинскому работнику необходимо завершить консультирование. Для этого рекомендуется применить навык составление резюме и еще раз озвучить выбранные пациентом цель, причины для изменений и последующие шаги по ее достижению. Затем медицинскому работнику необходимо поддержать пациента, для закрепления результатов выдать информационный материал, индивидуальные рекомендации, уточнить предварительную дату для телемедицинской консультации через 3 мес. и поблагодарить за беседу.

Важно! В случае высокого риска медицинскому работнику необходимо предложить пациенту обратиться к психологу, в случае очень высокого риска — к психологу/психиатру-наркологу.

В случае, если пациент отказывается от обращения к психологу/психиатру-наркологу, необходимо принять его отказ, уточнить готовность получить информационный материал по теме, выдать индивидуальные рекомендации и завершить консультирование.

Важно! Дополнительно к информационному материалу, по возможности, можно предложить список государственных организаций, которые оказывают помощь, региональных групп само- и взаимопомощи, с указанием контактов специалистов — имя, отчество и фамилия специалиста, телефон.

Для того чтобы проведение УПК в отношении потребления алкоголя выглядело более наглядным, в помощь медицинскому работнику разработан специальный бланк, в котором можно отмечать информацию, полученную от пациента в ходе основных этапов консультирования. Заполнение данного бланка облегчит проведение консультирования и может послужить персональной памяткой для пациента после завершения консультирования. Брошюра, предназначенная для пациентов (см. ниже), выдается по завершению УПК.

Профилактическое консультирование

1. Положительные и отрицательные стороны, связанные с потреблением алкоголя:

+ | −

2. Готовность к изменениям поведения в отношении потребления алкоголя:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

3. Цель изменения поведения в отношении потребления алкоголя:

☐ Сократить потребление алкоголя ☐ Отказаться от потребления алкоголя

4. Способы достижения цели:

10 идей для вдохновения:

1. Установить предельное количество алкоголя, которое можно выпить за вечер/мероприятие.
2. Использовать мобильные приложения, которые помогают учитывать количество алкоголя.
3. Вести бумажный дневник потребления алкоголя.
4. Употреблять алкоголь из маленьких бокалов/стаканов.
5. Чередовать алкогольные напитки с водой или другими безалкогольными напитками.
6. Добавлять в алкогольные напитки лед.
7. Перед употреблением алкоголя хорошо поесть — это замедлит воздействие алкоголя.
8. Придумать другие занятия вместо употребления алкоголя.
9. Не хранить дома запасы алкоголя или сократить их объем.
10. Взять отпуск от алкоголя на несколько недель, месяц.

Наиболее осуществимые способы достижения цели:

1._____

2._____

3._____

4._____

5. Дата, когда начнутся изменения:

6. Готовность действовать в соответствии с планом:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Как снизить риск, связанный с потреблением алкоголя?

- **Поставьте перед собой цель**

Определите для себя четкую цель в отношении потребления алкоголя, которую вы хотите достичь.

- **Определите плюсы и минусы, связанные с потреблением алкоголя**

Запишите на одной стороне листа плюсы, связанные с сокращением/отказом от потребления алкоголя, а на другой стороне листа — минусы. Постарайтесь носить этот лист с собой и в случае необходимости прочитайте его.

- **Сообщите близким и друзьям**

Расскажите друзьям и близким о своих планах по сокращению/отказу от потребления алкоголя. Отметьте, что это очень важно для вас, так вы сможете получить от них поддержку.

- **Научитесь говорить «нет»**

Если вы идете на торжество, где будет много незнакомых людей, будьте готовы к давлению с их стороны. Чтобы не поддаться на уговоры, заранее продумайте, что будете отвечать. Отказываться нужно вежливо, но твердо. Не стоит оправдываться — вы не обязаны ничего объяснять.

- **Устройте отпуск от алкоголя**

Возьмите отпуск от алкоголя на две недели, потом — на месяц, затем — на два и т. д. Вы заметите, как быстро будет снижаться ваша толерантность к алкоголю. Организм сам будет восставать против приема алкоголя.

- **Замените алкоголь на безалкогольные напитки**

Мир безалкогольных напитков настолько интересный и разнообразный, что вы без проблем сможете найти приятные альтернативные возможности.

- **Попробуйте найти себе новое хобби и увлечение**

Это может быть туристический клуб, где есть короткие походы (например, на выходные), студия танцев, рисование, занятия вокалом и т.д.

- **Обратитесь за помощью**

В случае высоких рисков (возможной зависимости) можно обратиться за помощью к психологу, психотерапевту, наркологу. На территории Российской Федерации также действует ряд групп поддержки, например, «Анонимные алкоголики», куда анонимно и бесплатно могут приходить люди для поддержки и общения с другими людьми, имеющими похожий опыт.

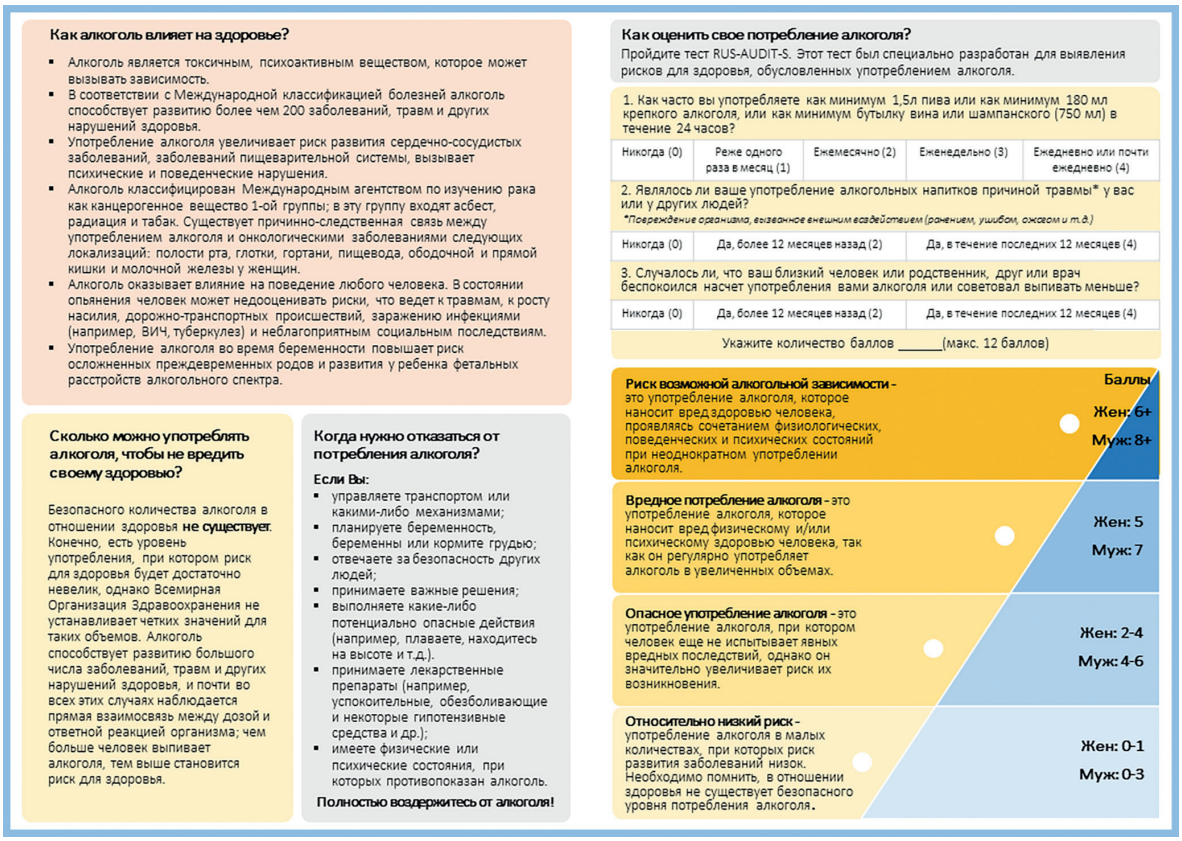
Что я получу, если уменьшу или откажусь от употребления алкоголя?

- улучшение самочувствия и настроения;
- повышение работоспособности;
- улучшение отношений с близкими;
- улучшение качества сна;
- снижение финансовых расходов;
- высвобождение времени для новых хобби, увлечений;
- уменьшение риска возникновения онкологических заболеваний;
- уменьшение риска травматизма;
- улучшение состояния сердечно-сосудистой системы;
- уменьшение проблем с пищеварением;
- улучшение состояния кожи;
- укрепление иммунной системы;
- снижение массы тела за счет отказа от лишних калорий.

Алкоголь



doi: 10.15829/3034-4123-2025-101



Как алкоголь влияет на здоровье?

- Алкоголь является токсичным, психоактивным веществом, которое может вызывать зависимость.
- В соответствии с Международной классификацией болезней алкоголь способствует развитию более чем 200 заболеваний, травм и других нарушений здоровья.
- Употребление алкоголя увеличивает риск развития сердечно-сосудистых заболеваний, заболеваний пищеварительной системы, вызывает психические и поведенческие нарушения.
- Алкоголь классифицирован Международным агентством по изучению рака как канцерогенное вещество 1-ой группы; в эту группу входят асбест, радиация и табак. Существует причинно-следственная связь между употреблением алкоголя и онкологическими заболеваниями следующих локализаций: полости рта, глотки, гортани, пищевода, ободочной и прямой кишки и молочной железы у женщин.
- Алкоголь оказывает влияние на поведение любого человека. В состоянии опьянения человек может недооценивать риски, что ведет к травмам, к росту насилия, дорожно-транспортных происшествий, заражению инфекциями (например, ВИЧ, туберкулез) и неблагоприятным социальным последствиям.
- Употребление алкоголя во время беременности повышает риск осложненных преждевременных родов и развития у ребенка фетальных расстройств алкогольного спектра.

Сколько можно употреблять алкоголя, чтобы не вредить своему здоровью?

Безопасного количества алкоголя в отношении здоровья **не существует**. Конечно, есть уровень употребления, при котором риск для здоровья будет достаточно невелик, однако Всемирная Организация Здравоохранения не устанавливает четких значений для таких объемов. Алкоголь способствует развитию большого числа заболеваний, травм и других нарушений здоровья, и почти во всех этих случаях наблюдается прямая взаимосвязь между дозой и ответной реакцией организма; чем больше человек выпивает алкоголя, тем выше становится риск для здоровья.

Когда нужно отказаться от потребления алкоголя?

Если Вы:

- управляете транспортом или какими-либо механизмами;
- планируете беременность, беременны или кормите грудью;
- отвечаете за безопасность других людей;
- принимаете важные решения;
- выполняете какие-либо потенциально опасные действия (например, плаваете, находитесь на высоте и т.д.).
- принимаете лекарственные препараты (например, успокоительные, обезболивающие и некоторые гипотензивные средства и др.);
- имеете физические или психические состояния, при которых противопоказан алкоголь.

Полностью воздержитесь от алкоголя!

Как оценить свое потребление алкоголя?

Пройдите тест RUS-AUDIT-S. Этот тест был специально разработан для выявления рисков для здоровья, обусловленных употреблением алкоголя.

1. Как часто вы употребляете как минимум 1,5л пива или как минимум 180 мл крепкого алкоголя, или как минимум бутылку вина или шампанского (750 мл) в течение 24 часов?

Никогда (0)	Реже одного раза в месяц (1)	Ежемесячно (2)	Еженедельно (3)	Ежедневно или почти ежедневно (4)

2. Являлось ли ваше употребление алкогольных напитков причиной травмы* у вас или у других людей?

**Повреждение организма, вызванное внешним воздействием (ранением, ушибом, ожогом и т.д.)*

Никогда (0)	Да, более 12 месяцев назад (2)	Да, в течение последних 12 месяцев (4)

3. Случалось ли, что ваш близкий человек или родственник, друг или врач беспокоился насчет употребления вами алкоголя или советовал выпивать меньше?

Никогда (0)	Да, более 12 месяцев назад (2)	Да, в течение последних 12 месяцев (4)

Укажите количество баллов _____(макс. 12 баллов)

	Баллы
Риск возможной алкогольной зависимости - это употребление алкоголя, которое наносит вред здоровью человека, проявляясь сочетанием физиологических, поведенческих и психических состояний при неоднократном употреблении алкоголя.	Жен: 6+ Муж: 8+
Вредное потребление алкоголя - это употребление алкоголя, которое наносит вред физическому и/или психическому здоровью человека, так как он регулярно употребляет алкоголь в увеличенных объемах.	Жен: 5 Муж: 7
Опасное употребление алкоголя - это употребление алкоголя, при котором человек еще не испытывает явных вредных последствий, однако он значительно увеличивает риск их возникновения.	Жен: 2-4 Муж: 4-6
Относительно низкий риск - употребление алкоголя в малых количествах, при которых риск развития заболеваний низок. Необходимо помнить, в отношении здоровья не существует безопасного уровня потребления алкоголя.	Жен: 0-1 Муж: 0-3

Брошюра для пациента

Приложение 5. Методика формирования индивидуальной программы по ведению здорового образа жизни.

1. Здоровое питание

Универсальные рекомендации по здоровому питанию

Основой рациона здорового питания являются растительные продукты и блюда из них, которые могут быть дополнены небольшим количеством животных продуктов.
• **Ежедневно в рационе должно быть не менее 400 г (5 порций) овощей и фруктов.** Пример: 2 фрукта (яблоко, банан) и 3 овощных блюда (овощной салат, овощной суп и гарнир из тушеных овощей). Чаще включайте в рацион грибы, зелень, ягоды — они содержат большое количество пищевых волокон. Орехи и семена важные источники полезных жиров! Ежедневно добавляйте в свой рацион 30 г (2 столовые ложки), выбирая нежареные, без соли и без сахара.
• **Зерновые продукты** составляют основу рациона. Обязательно не менее 1 блюда в день (пример, каша на завтрак или крупяной гарнир). Предпочтительны цельнозерновые продукты: крупы, хлеб из муки грубого помола с добавлением семян. Следует избегать дрожжевой выпечки и других "пышных" изделий, обладающих высокой калорийностью.
• **Бобовые** являются оптимальными источниками растительного белка и пищевых волокон. Приготовление комбинированных блюд из бобовых и овощей (рагу, салат) с добавлением большого количества салатной зелени (укроп, кинза, петрушка и др.) позволяет снизить метеоризм, иногда возникающий после их потребления.
• **Птица** (курица, индейка, утка), яйца, рыба и морепродукты являются полезными источниками животного белка. Рекомендуется в день потреблять не менее 100-150 г в готовом виде. Рыбу следует потреблять не реже 2-х раз в неделю, включая жирную рыбу (горбуша, сельдь, скумбрия и др.). Птицу следует потреблять без кожи, удаляя ее до момента приготовления блюда.
• **Молочные продукты** — основные источники кальция, рекомендуется ежедневно потреблять 1-2 порции. Предпочтительна продукция с низким содержанием жира: молоко, кефир, йогурт до 2,5% жирности, сыр — до 17,0%, творог — до 5,0%, сметана — 10,0-15,0%. Следует избегать потребления сливок, изделий с добавленным сахаром (творожная масса, сладкие сырки, мусс, крем, молочные ломтики) и ограничить потребление сливочного масла до 20 г/сут. Если потребление молочных продуктов невозможно, то следует проконсультироваться с врачом на предмет ежедневного приема кальций-содержащего препарата.
• **Потребление красного мяса** (говядина, свинина, баранина и др.) ввиду высокого содержания насыщенных жиров целесообразно ограничить до 2-3 раз в неделю (не более 300-350 г/нед.), а субпродуктов (печень, язык) — до 1-2 раз в месяц. Предпочтительно нежирное мясо (без видимого жира): тощая говядина, телятина, кролик. Мясоколбасные изделия (сосиски, сардельки, колбасы, карбонаты и др.) необходимо ограничить до полного исключения из рациона, в них высокое содержание соли и насыщенного жира.
• **Ограничение соли** — не более 5 г/сут. (это 1 ч.л. "без верха"), включая соль, используемую в приготовлении пищи и уже содержащуюся в готовых продуктах (хлебобулочные изделия, молочные продукты, консервированная продукция). Следует исключить потребление продуктов с высоким содержанием соли (колбасные изделия, мясные деликатесы, пикантные закуски), избегать блюд быстрого приготовления (пицца, блюда фаст-фуда), сливать жидкость из консервированных продуктов, а сами продукты промывать водой. Не досаливать уже готовую пищу, а для придания вкусовых оттенков использовать сок лимона, корень имбиря, сельдерея, зелень и специи, а также не использовать соусы промышленного приготовления (майонез, соевый, рыбный и др.).
• **Ограничение потребления добавленного сахара***. В качестве десерта предпочтительны свежие фрукты, ягоды и изделия из них без сахара. Здоровой альтернативой являются замороженные фрукты и ягоды. Обезжиренные десерты часто содержат большое количество сахара. Следует ограничивать количество добавляемого в еду сахара, меда и не подслащивать напитки. Не потреблять сладкие газированные напитки, в т.ч. и энергетики. * к добавленному сахару относится сахар, используемый в процессе приготовления блюда, изделия или пищевой продукции при производстве, а также содержащийся в меде и сиропе. Сахара, которые содержатся в натуральных сырых продуктах (фрукты, ягоды), к добавленному сахару не относятся.
• **Использование растительных масел в приготовлении пищи.** Оптимально использовать способы приготовления пищи без добавления жира/масел: приготовление на пару, отваривание, запекание, тушение. Растительные масла (подсолнечное, оливковое и др.) полезнее животных жиров, именно они предпочтительны в приготовлении блюд. Следует избегать жареных блюд и блюд, приготовленных во "фритюре" (сладкий хворост, луковые кольца, картофельные чипсы, рыба в "кляре", куриные "наггетсы", пончики, чебуреки, овощи "темпура" и др.), поскольку в процессе жарки образуются транс-жиры, оказывающие выраженное повреждающее действие на организм. Большое количество транс-жиров содержит выпечка из слоеного теста, рассыпчатое печенье и вафли. Не включайте эти продукты в рацион.
• **Потребление достаточного количества жидкости** является важным для здоровья. Лучший напиток — это вода, для придания вкуса можно добавить сок лимона, листья мяты, лаванды или розмарина, ломтики цитрусовых, дольки огурца, фруктов или ягод. Не следует пить в больших количествах крепкий кофе, чай и содержащие кофеин прохладительные/энергетические напитки. Рекомендуется в день — 1,6 л жидкости для женщин и 2,0 л — для мужчин.
• **Оптимальный режим питания** — это три основных приема пищи (завтрак, обед и ужин) с 5-часовым интервалом. Завтрак обязателен. Самое оптимальное блюдо для завтрака — это каша, а самое идеальное — каша из овсяных хлопьев "Геркулес" длительной варки, дополненная ягодами, фруктами, орехами или сухофруктами. Традиционную яичницу или омлет следует дополнить овощным салатом и зеленью, а творог и йогурт — фруктами, ягодами, орехами или сухофруктами. Порция утреннего напитка должна быть больше обычной — не менее 250-300 мл. Для обеда и ужина подойдет порция рыбы (морепродуктов), птицы или отварной говядины с крупяным или овощным гарниром и салат из свежих овощей, заправленный растительным маслом, а на десерт — фрукты или ягоды. Нет обязательного правила: потреблять на обед мясо, а на ужин — рыбу, это ваш выбор. Оптимальный интервал между завтраком и ужином — не более 10-11 ч. Если завтрак в 8:00, то ужин в 18:00-19:00. Традиционный прием чая сопровождайте сухофруктами, сушеными орехами, свежими ягодами и фруктами, а из сладостей выбирайте натуральные изделия без добавленного сахара: смокву, яблочные чипсы или хрустилу. Пастила, зефир и мармелад содержат меньше жира по сравнению с другими сладостями, однако, количество сахара в них высокое.

 doi: 10.15829/3034-4123-2025-101

• **"Правило тарелки здорового питания"** — это распределение групп продуктов во время основных приемов пищи: завтрака, обеда и ужина. ¼ тарелки (25%) — полезные источники животного белка: мясо, птица, рыба, морепродукты, яйца, творог. ¼ тарелки (25%) — зерновые продукты (крупы, макароны из твердых сортов пшеницы, хлеб из муки грубого помола) и/или бобовые ½ тарелки (50%) — овощи и фрукты, из них 30% — приходится на овощи (салат из овощей, суп из овощей или овощное рагу) и 20% — на фрукты и/или ягоды 200-250 мл — напиток.
• **Важно! Исключить из рациона продукты**, которые не доставляют организму никаких питательных веществ, но при этом являются источниками компонентов, "перегружающих" организм и мешающих усвоению нужных веществ. Это продукты глубокой переработки, содержащие высокое количество соли, добавленного сахара, насыщенных и транс-жиров, а еще включающие дополнительные вещества (ароматизаторы, усилители вкуса, разрыхлители, усилители консистенции и др.). Следует ограничить до полного исключения из рациона: алкоголь, колбасные изделия, мясные деликатесы (ветчина, балык, икра, паштеты и др.) и копчености, кондитерские изделия, пикантные соленые закуски (крекеры, сухарики, чипсы и др.), сладкие газированные напитки. Отсутствие этих продуктов в рационе позволит организму оптимально усваивать необходимые питательные вещества.
• Самым доступным контролируемым видом ежедневной двигательной активности является ходьба. **Оптимально выполнять 10 000 шагов в день** под контролем шагомера, что обеспечит расход в 1000 ккал. Используйте любую возможность увеличить физическую активность: подъем по лестнице вместо лифта, удлинение пеших маршрутов, пробуйте коньки, лыжи, танцевальные занятия.
• **Контроль за параметрами тела** (масса тела и окружность талии) целесообразно осуществлять не реже 1 раза в месяц, утром, натощак — до завтрака. Риск развития сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний, а также сахарного диабета резко возрастает, если окружность талии у мужчин превышает 102 см, а у женщин — 88 см.

Индивидуальные рекомендации по здоровому питанию для пациентов с учетом возрастной группы

Рекомендации по рациону здорового питания для лиц 18–49 лет

Рацион питания для лиц репродуктивного возраста должен обеспечивать адекватное потребление 11 микроэлементов, значимых для сохранения репродуктивного здоровья. Это: витамин А, витамин В1, витамин В2, витамин В3, витамин В6, фолиевая кислота (витамин В9), витамин В12, витамин С, кальций, железо и цинк. Для большинства жителей России характерен йододефицит, поэтому потребление йода с пищей также очень важно. Для профилактики дефицита по данным микроэлементам необходимо, чтобы ежедневный рацион питания был максимально разнообразным.

Высокое пищевое разнообразие обеспечивается за счет включения в ежедневный рацион наибольшего количества групп продуктов (ежедневно не менее 7-8 групп из 10 продуктовых групп):

- **крупы** (пшено, греча, овсяная, перловая, ячневая крупы и др.), **картофель**
- **бобовые** (фасоль, горох, нут, чечевица, маш, тофу, хумус и др.)
- **орехи и семена** (кедровые и грецкие орехи, фундук, миндаль и др., семена подсолнечника, кунжута, льна) в количестве 2 столовые ложки ежедневно
- **молоко и молочные продукты** с низким содержанием жира
- **красное мясо** или **птица,** или **рыба**
- **яйца**
- **темно-зеленые листовые овощи** (петрушка, укроп, базилик, сельдерей, шпинат, руккола, тархун, ботва свеклы, кейл)
- **фрукты и овощи, богатые витамином А** (фрукты и овощи преимущественно оранжевого цвета): морковь, тыква желто-оранжевого цвета, сладкий перец, абрикос, хурма, курага, персик, облепиха, слива терн, рябина красная садовая, рябина черноплодная, шиповник, морошка, грибы лисички, лук зеленый — перо)
- другие **овощи** (свекла, все виды капусты, кабачок, огурцы, помидоры и др.)
- другие **фрукты и ягоды** (яблоко, банан, слива, все ягоды, груша, виноград и др.).

ВАЖНО! Для профилактики дефицита йода при отсутствии противопоказаний следует использовать йодированную соль в приготовлении пищи, в том числе и при выпечке хлеба и хлебобулочных изделий.

Рекомендации по здоровому питанию для лиц 50–64 лет

Рацион здорового питания способствует профилактике сердечно-сосудистых заболеваний (в том числе артериальной гипертонии), сахарного диабета 2 типа, остеопороза, некоторых видов онкологических заболеваний, а также — предотвращению увеличения массы тела на фоне происходящей гормональной перестройки организма.

В рационе питания следует особое внимание уделить **соблюдению здорового баланса минералов и витаминов**. Для этого необходимо:

- **снизить потребление соли**, как основного источника пищевого натрия. Чем выше содержание соли в рационе, тем выше риск повышения артериального давления. Старайтесь максимально исключить из рациона продукты с большим количеством соли: мясоколбасные изделия, маринованные и консервированные продукты, соленые закуски: соленые овощи (огурцы, помидоры, капуста и др.), соленые орехи, сухарики, кренделькы, картофельные чипсы. Не досаливайте уже приготовленное блюдо! Не солите салаты, мясо, птицу и рыбу при готовке — используйте лимонный сок и пряные травы для вкуса.
- **увеличить потребление калия** и продуктов, которые им богаты. Оптимальными источниками калия в рационе являются: сухофрукты, печеный картофель, бананы, орехи, семена подсолнечника, крупы.
- **увеличить потребление магния** и его пищевых источников. Целесообразно включить в рацион: орехи, семена тыквы и подсолнечника, пшеничные отруби (хлеб с отрубями).
- **включать** в рацион молочные продукты, как основные **источники кальция** для здоровья костной системы, отдавая предпочтение молочным продуктам с низким содержанием жира.
- **увеличить потребление пищевых волокон.** Много пищевых волокон содержится в темно-зеленой листовой зелени (петрушка, укроп, сельдерей, базилик, тархун, шпинат, руккола и др.), ягодах, апельсине, помело, сливе, яблоке, крупах, ржаном хлебе, корнеплодах (морковь, свекла) и тыкве.
- **снизить содержание сахара в рационе.** Ограничьте потребление кондитерских изделий и других сладостей. Исключите сладкие напитки, особенно газированные. Это необходимо чтобы снизить риск набора массы тела и развития сахарного диабета.
- Старайтесь соблюдать режим питания, не пропускайте завтрак, а ужинайте не позднее чем за 3-4 часа до отхода ко сну.

Рекомендации по здоровому питанию для лиц 65 лет и старше

Рацион здорового питания способствует профилактике сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний, сахарного диабета, укреплению костной ткани и улучшению состава микробиоты кишечника.

Очень важно достаточное потребление жидкости, минералов, витаминов и пищевых волокон для обеспечения необходимых процессов в организме.

✓ Рекомендуется ограничить потребление красного мяса и особенно переработанного красного мяса (мясоколбасные изделия, мясные деликатесы, паштеты). Следует формировать рацион преимущественно из растительных продуктов, дополняя его небольшим количеством продуктов животного происхождения. Однако, пищевые источники белка в рационе очень важны для профилактики снижения силы и объема мышечной ткани. Основными источниками белка являются: птица, рыба, морепродукты, яйца, творог, сыр, бобовые и крупы. Бобовые целесообразно готовить с добавлением корнеплодов (морковь, корень сельдерея), тыквы и большого количества зелени (укроп, петрушка, листовой сельдерей, базилик, шпинат, ботва свеклы и др.).

✓ Важно потреблять **продукты с высоким содержанием пищевых волокон**, для обеспечения здоровья микробиоты кишечника. Здоровым выбором являются каши и крупяные гарниры, ржаной хлеб с добавлением семян, ягоды в любом виде (свежие, сушеные, замороженные), орехи, фрукты (яблоко, банан, слива, груша и др.), сухофрукты, грибы, темно-зеленые листовые овощи (укроп, петрушка, шпинат, сельдерей, базилик, руккола, кейл и др.).

✓ Для поддержания здоровья костей и профилактики переломов необходимо включать в ежедневный рацион **пищевые источники кальция**, оптимально — 2 порции молочных продуктов (пример: каша на молоке; творог с добавлением зелени/ягод/огурца/фруктов; молочный суп, салат с заправкой из йогурта, сырники, творожная запеканка и др.). Выбирать следует молочные продукты низкой жирности, а именно: молоко, кефир, йогурт до 2,5% жирности, сыр — до 17,0%, творог — до 5,0%, сметана — 10,0-15,0%. Следует избегать потребления сливок, изделий с добавленным сахаром (творожная масса, сладкие сырки, мусс, крем, молочные ломтики) и ограничить потребление сливочного масла до 20 г/сут. Если потребление молочных продуктов невозможно, то следует проконсультироваться с врачом на предмет ежедневного приема кальцийсодержащего препарата.

✓ С целью профилактики сердечно-сосудистых заболеваний в ежедневном рационе должны обязательно присутствовать пищевые **источники калия** (курага, изюм, финики, печеный картофель, бананы, орехи, семена подсолнечника, крупы) **и магния** (орехи, семена тыквы и подсолнечника, пшеничные отруби, хлеб с отрубями).

✓ Следует внимательно отнестись и **снизить потребление соли**, для профилактики повышения артериального давления. Оптимально убрать из рациона соленые продукты, а овощи, птицу, рыбу, морепродукты готовить без добавления соли, используя сок лимона и пряные травы.

✓ Необходимо **снизить потребление** добавленного **сахара**, а по возможности — максимально исключить из рациона. В качестве десерта выбирать фрукты, орехи, сухофрукты, ягоды в том числе замороженные и сушеные, орехи.

✓ В приоритете — домашние блюда. Стараться **использовать** в готовке блюд только **растительные масла и щадящие способы приготовления** (на пару, запекание, тушение, припускание, отваривание).

2. Физическая активность (ФА)

Индивидуальные рекомендации в зависимости от уровня ФА:

Вариант 1: Оптимальная ФА

— Ходьба: не менее 30 мин ежедневно, регулярные занятия (не менее 2-3 раз в неделю)

— Индекс массы тела (ИМТ): 18,5-24,9 кг/м^2 (нормальная масса тела)

— Жировая масса: нормальная или пониженная по данным биоимпедансного анализа (при возможности проведения)

— Мышечная масса: нормальная или повышенная по данным биоимпедансного анализа (при возможности проведения)

Индивидуальные рекомендации:

Цель: Поддержание и совершенствование текущего уровня ФА.

1. Разнообразие тренировок.

• Аэробные нагрузки: 150-300 мин умеренной или 75-150 мин высокой интенсивности в неделю (3-4 раза в неделю), виды: бег, плавание, велосипед, танцы. Кардиотренировки улучшают сердечно-сосудистую систему и повышают выносливость.

• Силовые тренировки: 2-3 раза в неделю — проработка всех групп мышц, прогрессивное увеличение нагрузки, использование отягощений, собственного веса. Тренировки помогут укрепить мышечный корсет и улучшить общую физическую форму.

• Нейромоторная активность: 1-2 раза в неделю йога, пилатес, упражнения на баланс и координацию, стретчинг. Занятия помогают улучшить гибкость, баланс и осанку, а также способствуют расслаблению и восстановлению.

• Выходные — активный отдых: занимайтесь велосипедными прогулками, танцами или походами. Это не только поддерживает физическую форму, но и позволяет наслаждаться природой и поддерживать социальные связи.

2. Усложнение тренировок.

• Увеличивайте интенсивность на 10-15% каждые 2 мес.: постепенное увеличение нагрузки поможет избежать плато и продолжать прогрессировать. Например, если вы бегаете 30 мин, попробуйте увеличить время или добавить интервалы с более высокой интенсивностью.

• Добавьте интервальные тренировки: чередуйте периоды высокой и низкой интенсивности. Это улучшает выносливость и повышает эффективность тренировок.

• Осваивайте новые техники и направления фитнеса: пробуйте новые стили тренировок, функциональный тренинг, круговые тренировки, игровые виды спорта или боевые искусства. Это поможет поддерживать интерес к занятиям и предотвратить монотонность.

3. Восстановление.

• Техники релаксации: практикуйте медитацию, йогу или глубокое дыхание, чтобы снизить стресс и улучшить психическое здоровье.

• Чередование нагрузок (силовые, кардио): давайте организму время на восстановление между интенсивными занятиями, это помогает избежать перетренированности и предотвратить травмы.

4. Мониторинг.

• Фитнес-гаджеты и мобильные приложения: для контроля целевых значений пульса и интенсивности нагрузки используйте фитнес-браслеты или нагрудные датчики. Мобильные приложения, учитывающие ФА, помогают отслеживать прогресс в тренировках и фиксировать динамику основных показателей.

Вариант 2: Удовлетворительная ФА

— Ходьба: 20-30 мин ежедневно, нерегулярные занятия (1-2 раза в неделю)

— ИМТ: 25-29,9 кг/м^2 (избыточная масса тела)

— Жировая масса: незначительно повышена по данным биоимпедансного анализа (при возможности проведения)

— Мышечная масса: незначительно снижена по данным биоимпедансного анализа (при возможности проведения)

Индивидуальные рекомендации:

Цель: Увеличение регулярности и сбалансированности ФА.

1. Добавление недостающих видов ФА (силовые, аэробные, на гибкость) — разнообразие и чередование разного вида тренировок поможет избежать монотонности и повысит пользу от ФА:

- Аэробные нагрузки умеренной интенсивности 2-3 раза в неделю по 40-60 мин (150-300 мин в неделю): включите в свой график занятия, которые повышают частоту сердечных сокращений, такие как ходьба, плавание или езда на велосипеде. Следите за тем, чтобы ваш пульс находился в комфортной зоне, которая составляет 65-75% от максимального значения (максимальный пульс = 220 — ваш возраст).
- Добавление силовых тренировок 2 раза в неделю по 40-50 мин: помогут укрепить мышцы и повысить общую физическую форму. Упражнения с собственным весом: начните с упражнений, которые не требуют дополнительных весов, таких как приседания, отжимания и планки. Легкие отягощения: постепенно вводите легкие гантели или резиновые ленты для дополнительной нагрузки.
- Нейромоторная активность: 1-2 раза в неделю йога, пилатес, упражнения на баланс и координацию, стретчинг. Занятия помогают улучшить гибкость, баланс и осанку, а также способствуют расслаблению и восстановлению.

2. Увеличение частоты и продолжительности ФА.

- Постепенно увеличивайте нагрузки, чтобы избежать травм и перегрузок: увеличивайте длительность занятий на 5-10 мин еженедельно или повышайте нагрузки на 20% в месяц, увеличивая время и интенсивность занятий постепенно.
- Регулярность: старайтесь заниматься ФА регулярно, чтобы закрепить привычку и увидеть результаты: начните с 30-минутных прогулок 3 раза в неделю или добавьте 1-2 силовые тренировки в тренажерном зале или в домашних условиях.

3. Восстановление.

- Полноценный сон: обеспечивайте себе достаточный отдых и качество сна для восстановления мышц, улучшения самочувствия и продуктивности.
- Упражнения для улучшения гибкости в суставах и расслабления мышц выполняйте регулярно, чтобы предотвратить травмы и улучшить состояние опорно-двигательного аппарата.

4. Мотивационные техники.

- Используйте фитнес-трекеры, которые помогают отслеживать прогресс и стимулируют для достижения новых целей для увеличения ФА (фитнес-браслеты, нагрудные датчки, мобильные фитнес-приложения). Они позволяют оценивать количество шагов, пройденную дистанцию, частоту сердечных сокращений и другие показатели.
- Занимайтесь с напарником или тренером — это создает чувство ответственности перед другим человеком и делает тренировки более приятными. Тренер может поддерживать и поощрять Вас на пути к достижению целей, а также делиться опытом и советами.
- Ведите дневник ФА — это эффективный способ отслеживать прогресс и корректировать план тренировок. В дневнике можно записывать количество пройденных шагов, тип и интенсивность упражнений, количество выполненных повторений, а также любые заметки о самочувствии. Это помогает анализировать эффективность тренировок и планировать будущие занятия более результативно.
- Ставьте конкретные цели — реалистичные и достижимые, такие как пройти 10 000 шагов в день или выполнить определенное количество упражнений. Конкретные цели помогают видеть прогресс и мотивируют к дальнейшим достижениям.

5. Мониторинг.

- Фитнес-гаджеты и мобильные приложения: для контроля целевых значений пульса и интенсивности нагрузки используйте фитнес-браслеты или нагрудные датчики. Мобильные приложения, учитывающие ФА, помогают отслеживать прогресс в тренировках и фиксировать динамику основных показателей.

Вариант 3: Недостаточная ФА

— Ходьба: менее 20 мин ежедневно, эпизодические занятия (<1 раза в неделю) или их отсутствие
— ИМТ: 30-34,9 кг/м^2 (ожирение I степени)
— Жировая масса: умеренно повышена по данным биоимпедансного анализа
— Мышечная масса: умеренно снижена по данным биоимпедансного анализа

Индивидуальные рекомендации:

Цель: Формирование устойчивой привычки к регулярным тренировкам.

1. Подготовительный этап.

- Психологическая мотивация: акцентировать внимание на понимании важности ФА для здоровья и определить внутреннюю мотивацию к занятиям.
- Подробно и тщательно оценить текущее состояние здоровья и разобрать возможные сомнения, возражения к регулярным нагрузкам.
- Разобрать ограничения и противопоказания (при наличии) к тренировкам и нагрузкам, с учетом прошлого опыта занятий и состояния здоровья.

2. Выбор варианта оптимальной ФА.

- На начальном этапе выбирать более доступные и безопасные виды нагрузок, которые приносят позитивные эмоции: ходьба 20-30 мин 3-4 раза в неделю, домашняя гимнастика 15-20 мин ежедневно, йога/пилатес, скандинавская ходьба, плавание, групповые фитнес-программы для начинающих, танцевальные занятия, велопрогулки, беговая дорожка или велотренажер в фитнес клубе.
- Добавляйте дыхательные упражнения: практикуйте техники глубокого дыхания, чтобы снизить стресс и улучшить настроение.
- Следите за пульсом, чтобы он находился как минимум в зоне низкой интенсивности 50-65% от максимального значения (максимальный пульс = 220 — ваш возраст).
- В течение 1-2 мес. адаптируйтесь к нагрузке и затем постепенно ее увеличивайте.

3. Регулярность ФА и закрепление привычки.

- Поддерживайте регулярность занятий — минимум 2 раза в неделю по 60-90 мин или 5 раз в неделю по 30 мин (цель: 150 мин в неделю умеренных физических нагрузок).
- Акцентируйте внимание на позитивных изменениях: регулярная ходьба, бег, плавание, езда на велосипеде улучшают состояние сердечно-сосудистой системы и повышают выносливость, простые гимнастические упражнения помогают развить гибкость и координацию, йога или пилатес улучшают гибкость и предотвращают травмы, групповые занятия поддерживают мотивацию и улучшают социальные связи.
- В течение последующих 3-4 мес. продолжайте следить за пульсом — используйте фитнес-трекеры (умные часы, нагрудные датчики). Постепенно увеличивайте интенсивность занятий: цель — пульс 65-75% от максимального значения (максимальный пульс = 220 — ваш возраст).

3. Восстановление.

- Полноценный сон: обеспечивайте себе достаточный отдых и качество сна для восстановления мышц, улучшения самочувствия и продуктивности.
- Упражнения для улучшения гибкости в суставах и расслабления мышц выполняйте регулярно, чтобы предотвратить травмы и улучшить состояние опорно-двигательного аппарата.

4. Психологическая поддержка.

- Выбирайте групповые занятия — они помогают поддерживать мотивацию и социализироваться.
- Занимайтесь с персональным тренером — выбор нагрузки с личным тренером повышает мотивацию, уменьшает риски и помогает ставить и поддерживать цели тренировочного процесса.
- Поддержка близких (родные, друзья, коллеги): окружите себя людьми, которые поддерживают ваши усилия и помогают оставаться мотивированным.
- Дневник тренировок: ведите дневник, чтобы отслеживать прогресс, отмечать достижения, поддерживать позитивный настрой.

5. Мониторинг и контроль.

- Постепенное внедрение регулярной ФА под контролем специалиста с учетом динамики всех параметров (самочувствие, частота сердечных сокращений, ИМТ, состав тела).
- Обсудить ограничения или противопоказания к определенному виду нагрузок (при наличии): избегать резких и интенсивных нагрузок, чтобы предотвратить травмы, не игнорировать сигналы усталости или дискомфорта (боли в суставах, перепады артериального давления, необычная одышка и др.), корректировать программу тренировок по мере необходимости.

Вариант 4: Критически низкая ФА

— Ходьба: <10 мин ежедневно или отсутствие регулярной ходьбы, полное отсутствие организованной и регулярной ФА

— ИМТ: ≥35 кг/м^2 (ожирение II-III степени)

— Жировая масса: значительно повышена по данным биоимпедансного анализа

— Мышечная масса: значительно снижена по данным биоимпедансного анализа

Индивидуальные рекомендации:

Цель: Мониторинг состояния и постепенное восстановление ФА.

1. Особенности наблюдения.

• Тщательный разбор и обсуждение всех показателей обследования и анкетных данных для комплексной оценки состояния здоровья и выбора рекомендаций по ФА.

• Начало с минимальных нагрузок: выбирать безопасные, простые легкие виды ФА с учетом состояния здоровья, прошлого опыта занятий и образа жизни пациента

• Постепенность нагрузок: начинать с низкоинтенсивных нагрузок, постепенно увеличивая до умеренной ФА, избегать резких увеличений интенсивности, чтобы предотвратить травмы.

2. Начальный этап ФА.

• Минимальная нагрузка: постепенное введение минимальных физических нагрузок для адаптации организма (минимальное время — 10 мин).

— дозированная ходьба: постепенное увеличение времени и интенсивности ходьбы (начало с 10 мин 2-3 раза в неделю, постепенно увеличивать до 30 мин 2-3 раза в неделю).

— дыхательная гимнастика: упражнения для улучшения функции легких и общего самочувствия.

— лечебная физкультура: простые гимнастические упражнения для адаптации к нагрузкам (гимнастика в домашних условиях, плавание, йога для начинающих).

• На начальном этапе выбирать более доступные и безопасные виды нагрузок, которые приносят позитивные эмоции.

• Следите за пульсом, чтобы он находился как минимум в зоне низкой интенсивности 50-65% от максимального значения (максимальный пульс = 220 — ваш возраст).

• В течение 3-4 мес. адаптируйтесь к нагрузке и затем постепенно ее увеличивайте.

3. Расширение ФА.

• Индивидуальные занятия с инструктором по лечебной физкультуре или тренером: персональные тренировки для более эффективного восстановления.

• Кардионагрузки 2-3 раза в неделю по 20-30 мин: ходьба, плавание, велотренажер, скандинавская ходьба, танцы для начинающих, беговая дорожка в фитнес-клубе.

• Силовые нагрузки: 2 раза в неделю по 30-40 мин: упражнения с собственным весом: (приседания, отжимания), легкие отягощения (бутылки с водой, гантели по 1-2 кг или резиновые фитнес-ленты для дополнительной нагрузки).

• Нейромоторная активность: 1-2 раза в неделю по 30-50 мин йога, пилатес, упражнения на баланс и координацию, стретчинг, тренировки для улучшения подвижности суставов и позвоночника (особенно важно в возрасте 65 лет и старше).

• Постепенно в течение последующих 2-3 мес. расширяйте интенсивность до умеренной: чтобы ваш пульс находился в комфортной зоне, которая составляет 65-75% от максимального значения (максимальный пульс = 220 — ваш возраст).

4. Восстановление.

• Полноценный сон: обеспечивайте себе достаточный отдых и качество сна для восстановления мышц, улучшения самочувствия и продуктивности.

• Упражнения для улучшения гибкости в суставах и расслабления мышц выполняйте регулярно, чтобы предотвратить травмы и улучшить состояние опорно-двигательного аппарата.

5. Психологическая поддержка.

• Индивидуальная терапия: работа с психологом для преодоления эмоциональных барьеров.

• Группы поддержки: участие в группах для обмена опытом и поддержки.

• Мотивационное консультирование: помощь в постановке и достижении целей.

• Работа с установками: корректировка негативных установок и развитие позитивного мышления.

• Стресс: минимизируйте стрессовые ситуации, которые могут негативно повлиять на процесс адаптации к новой ФА.

6. Мониторинг состояния.

• Фитнес-гаджеты и мобильные приложения: для контроля целевых значений пульса и интенсивности нагрузки используйте фитнес-браслеты или нагрудные датчики. Подробно разобрать правила использования гаджетов, задать конкретные цели на ближайшее время до следующей консультации.

• Оценка физической формы и психологического состояния регулярно — желательно ежемесячно: позволяет отслеживать прогресс и корректировать тренировочный план (анализ самочувствия и реакции на нагрузки, тесты на выносливость, силовые показатели и гибкость, контроль веса и анализ состава тела).

 doi: 10.15829/3034-4123-2025-101

3.1 Индивидуальная рекомендация пациенту в случае, если у него выявлен повышенный риск для здоровья, связанный с потреблением алкоголя

Ваше текущее употребление алкоголя может оказывать влияние на ваше здоровье и самочувствие, повышая риск развития хронических заболеваний, ухудшения когнитивных функций и снижения качества жизни. Рекомендуется снизить потребление алкоголя или полностью отказаться от него.

☑ **Что делать?**

1. **Попробуйте 30-дневный эксперимент отказа от алкоголя.** Дайте организму возможность восстановиться, понаблюдайте за изменениями в самочувствии, настроении, продуктивности.
2. **Замените алкоголь новыми действиями.** Если алкоголь стал частью отдыха, попробуйте безалкогольные напитки, вечерние прогулки, расслабляющие практики (йога, медитация).
3. **Следите за окружением.** Если друзья подталкивают к употреблению, найдите компанию, в которой выпивка не является центром общения.
4. **Преобразуйте свою мотивацию.** Не думайте о том, что "нельзя", а фокусируйтесь на том, что получаете взамен: ясность ума, лучшую физическую форму, больше энергии.
5. ***Дополнительный шаг:*** попробуйте вести дневник употребления. Записывайте, когда, сколько и почему вы выпили. Это поможет осознать реальный масштаб употребления.

Помните, что изменение привычек требует времени, и важно двигаться в комфортном для Вас темпе!

Дополнительно вы можете посетить сайт "Так здорово", где найдете полезные материалы. Будем рады связаться с Вами через 3 месяца и обсудить ваши успехи!

3.2 Индивидуальная рекомендация пациенту в случае, если у него выявлен высокий риск для здоровья, связанный с потреблением алкоголя

Ваше текущее потребление алкоголя уже оказывает влияние на вашу жизнь. Продолжение употребления алкоголя в таких количествах может привести к ухудшению отношений с близкими, проблемам на работе и в личной жизни, а также к физическим и психологическим заболеваниям. Рекомендуется незамедлительно снизить потребление алкоголя или полностью отказаться от него. Важно внимательно следить за своим состоянием и избегать ситуаций, которые могут стимулировать дальнейшее потребление. Важно начать действовать уже сейчас.

☑ **Что делать?**

1. **Ведите дневник самочувствия.** Записывайте изменения в настроении, уровне энергии, сне — это поможет увидеть влияние алкоголя на жизнь.
2. **Поиск альтернативных способов расслабления.** Стресс — частая причина употребления. Вместо алкоголя попробуйте прогулки, дыхательные техники, спорт.
3. **Попробуйте 30-дневный эксперимент отказа от алкоголя.** Дайте организму возможность восстановиться, понаблюдайте за изменениями в самочувствии, настроении, продуктивности.
4. **Замените алкоголь новыми действиями.** Если пятничное употребление алкоголя стало традицией, замените его походом в кино, настольными играми, хобби.
5. **Сократите доступность алкоголя.** Не держите его дома, избегайте мест, где соблазн велик.
6. **Найдите поддержку.** Обсудите ваш план по сокращению или отказу от потребления алкоголя с близкими, друзьями, найдите группы поддержки.
7. **Обратитесь за помощью.** Если вам сложно справиться самостоятельно, рассмотрите возможность обращения за поддержкой к специалисту-психологу, психотерапевту.
8. ***Дополнительный шаг:*** проверьте здоровье у врача — употребление алкоголя влияет на здоровье организма.

Помните, что изменение привычек требует времени, и важно двигаться в комфортном для Вас темпе!

Дополнительно вы можете посетить сайт "Так здорово", где найдете полезные материалы. Будем рады связаться с Вами через 3 месяца и обсудить ваши успехи!

3.3 Индивидуальная рекомендация пациенту в случае, если у него выявлен очень высокий риск для здоровья, связанный с потреблением алкоголя

Ваше текущее потребление алкоголя представляет серьезную угрозу для Вашего здоровья и качества жизни. Оно уже влияет на Ваше самочувствие, отношения и профессиональную сферу, а дальнейшее употребление может привести к заболеваниям и другим негативным последствиям. Важно срочно снизить потребление или полностью отказаться от алкоголя. У Вас есть силы изменить ситуацию!

☑ **Что делать?**

1. **Признайте проблему.** Первый шаг — осознание того, что алкоголь уже мешает жить. Это не слабость, а сигнал к действию.
2. **Разорвите алкогольные привычки.** Измените маршрут с работы, чтобы не проходить мимо бара или алкогольного магазина, заведите новые ритуалы (вечерний чай вместо пива).
3. **Измените образ жизни.** Важно создать условия, которые поддержат отказ от алкоголя: сменить круг общения, найти новые хобби.
4. **Замените вознаграждение.** Если алкоголь стал способом "награждать себя", придумайте новые способы: хорошая еда, покупки, физическая активность.
5. **Найдите поддержку.** Обсудите ваш план по сокращению или отказу от потребления алкоголя с близкими, друзьями, найдите группы поддержки, например, "Анонимные алкоголики"
6. **Не пытайтесь справиться в одиночку.** Обратитесь к специалисту к психологу, психотерапевту, психиатру-наркологу.
7. **Не прекращайте употребление резко, если есть сильная зависимость.** Это может привести к абстинентному синдрому — тревоге, судорогам, скачкам давления. Отказ должен проходить под медицинским контролем.
8. **Попробуйте поработать с причинами зависимости.** Часто алкоголь становится способом справляться со стрессом, тревогой или одиночеством. Психотерапия может помочь найти более здоровые способы решения этих проблем.
9. ***Дополнительный шаг:*** проверьте здоровье у врача — употребление алкоголя влияет на здоровье организма.

Дополнительно вы можете посетить сайт "Так здорово", где найдете полезные материалы. Будем рады связаться с вами через 3 месяца и обсудить ваши успехи!

Литература

1 Драпкина О.М., Дроздова Л.Ю., Концевая А.В., Иванова Е.С., Калинина А.М., Бунова А.С., Гамбарян М.Г., Елиашевич С.О., Карамнова Н.С., Раковская Ю.С., Бернс С.А., Куликова М.С., Метельская В.А. Оказание медицинской помощи пациентам с факторами риска развития хронических неинфекционных заболеваний в центрах здоровья для взрослых. Методические рекомендации. М.: РОПНИЗ, ООО "СИЛИЦЕЯ-ПОЛИГРАФ" 2025 г. 164 с. ISBN: 978-5-6053845-8-8. doi: 10.15829/ ROPNIZ-d108-2025. EDN: HKMNQW.

Драпкина Оксана Михайловна (Oxana M. Drapkina) — д.м.н., профессор, академик РАН, директор, зав. кафедрой терапии и профилактической медицины, ФГБОУ ВО "Российский университет медицины" Минздрава России, ORCID: 0000-0002-4453-8430;

Дроздова Любовь Юрьевна (Lyubov Yu. Drozdova) — к.м.н., доцент, руководитель отдела стратегического планирования и внедрения профилактических технологий, доцент кафедры терапии и профилактической медицины, ФГБОУ ВО "Российский университет медицины" Минздрава России, ORCID: 0000-0002-4529-3308;

Егоров Вадим Анатольевич (Vadim A. Egorov) — к.м.н., в.н.с. отдела стратегического планирования и внедрения профилактических технологий, доцент кафедры терапии, общей врачебной практики с курсом гастроэнтерологии, ФГБОУ ВО "Российский университет медицины" Минздрава России, ORCID: 0000-0001-8627-6160;

Иванова Екатерина Сергеевна (Ekaterina S. Ivanova) — к.м.н., руководитель отдела координации профилактики и укрепления общественного здоровья в регионах и Федерального Центра здоровья, ORCID: 0000-0001-5379-7170;

Калинина Анна Михайловна (Anna M. Kalinina) — д.м.н., профессор, руководитель отдела профилактики неинфекционных заболеваний в первичном звене здравоохранения, ORCID: 0000-0003-2458-3629;

Раковская Юлия Сергеевна (Yulia S. Rakovskaya) — н.с. отдела стратегического планирования и внедрения профилактических технологий, преподаватель кафедры терапии, общей врачебной практики с курсом гастроэнтерологии, ФГБОУ ВО "Российский университет медицины" Минздрава России, ORCID: 0000-0001-5620-7770;

Концевая Анна Васильевна (Anna V. Kontsevaya) — д.м.н., профессор, зам. директора по научной и аналитической работе, зав. кафедрой общественного здоровья и организации здравоохранения, ФГБОУ ВО "Российский университет медицины" Минздрава России, ORCID: 0000-0003-2062-1536;

Бунова Анна Сергеевна (Anna S. Bunova) — научный сотрудник отдела профилактики неинфекционных заболеваний в первичном звене здравоохранения, ORCID: 0000-0001-7606-7525.

Адреса организаций авторов: ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины" Минздрава России, Петроверигский пер., д. 10, стр. 3, Москва, 101990, Россия; ФГБОУ ВО "Российский университет медицины" Минздрава России, ул. Долгоруковская, д. 4. Москва, 127006, Россия.

Addresses of the authors' institutions: National Medical Research Center for Therapy and Preventive Medicine of the Ministry of Health of the Russian Federation, Petroverigsky Lane, 10, bld. 3, Moscow, 101990, Russia; Russian University of Medicine, Dolgorukovskaya str., 4, Moscow, 127006, Russia.

Первичная медико-санитарная помощь. 2025;2(4):206-230.
doi: 10.15829/3034-4123-2025-102
ISSN 3034-4123 (Print)
ISSN 3034-4565 (Online)

Первичная медико-санитарная помощь
Primary Health Care (Russian Federation)

Оказание медицинской помощи различным группам населения ***Редакционная статья***

Стандартная операционная процедура (СОП) по ведению пациентов с фактором риска — потребление табака и иной никотин-содержащей продукции в центрах здоровья

В документе изложена стандартная операционная процедура (СОП) по ведению пациентов с фактором риска — потребление табака и иной никотин-содержащей продукции в центрах здоровья" предназначены для врачей, фельдшеров, медицинских сестер центров здоровья для взрослых. Пособие содержит пошаговые инструкции по организации приема пациентов в центрах здоровья для взрослых, описывающие инструменты и методы оценки фактора риска у пациентов, перечни инструментальных обследований и рассчитываемых показателей, алгоритмы индивидуального углубленного профилактического консультирования по выявленным факторам риска, а также формирования индивидуальных программ по ведению здорового образа жизни и программы здорового питания, подходы к осуществлению диспансерного наблюдения.
Методическое пособие представлено с целью организации работы в центрах здоровья для взрослых на основе эталонных процессов эффективной индивидуальной профилактики, формирования персонализированного маршрута пациента по коррекции факторов риска, что позволит внести вклад в увеличение эффективности профилактических мероприятий, а также доли граждан, ведущих здоровый образ жизни. Документ предназначен для врачей, фельдшеров и медсестер.

Ключевые слова: стандартная операционная процедура, табак, никотин-содержащая продукция, центры здоровья.

Отношения и деятельность: нет.

Рецензент:
Мальшин Ю. А. — зам. главного врача по медицинской профилактике ГБУЗ "Самарский областной центр общественного здоровья и медицинской профилактики", главный внештатный специалист по медицинской профилактике Министерства здравоохранения Самарской области (Самара, Россия).

Утверждено на заседании Ученого совета ФГБУ "НМИЦ ТПМ" Минздрава России (протокол № 9 от 25 ноября 2025 г.).

Для цитирования: Драпкина О. М., Дроздова Л. Ю., Егоров В. А., Иванова Е. С., Калинина А. М., Раковская Ю. С., Концевая А. В., Гамбарян М. Г. Стандартная операционная процедура (СОП) по ведению пациентов с фактором риска — потребление табака и иной никотин-содержащей продукции в центрах здоровья. *Первичная медико-санитарная помощь.* 2025;2(4):206-230. doi: 10.15829/3034-4123-2025-102. EDN: GDQBZR

Драпкина О. М.,
Дроздова Л. Ю.,
Егоров В. А.,
Иванова Е. С.,
Калинина А. М.,
Раковская Ю. С.*,
Концевая А. В.,
Гамбарян М. Г.

ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины" Минздрава России, Москва, Российская Федерация

*Corresponding author
(Автор, ответственный за переписку):
preventionnmictpm@yandex.ru

Поступила: 25.11.2025
Принята: 28.11.2025

CC BY 4.0

Primary Health Care (Russian Federation). 2025;2(4):206-230.
doi: 10.15829/3034-4123-2025-102
ISSN 3034-4123 (Print)
ISSN 3034-4565 (Online)

Standard operating procedure (SOP) for the management of patients with risk factor of nicotine and tobacco product use in health centers

Drapkina O. M.,
Drozdova L. Yu.,
Egorov V. A.,
Ivanova E. S.,
Kalinina A. M.,
Rakovskaya Yu. S.*,
Kontsevaya A. V.,
Gambarian M. G.

National Medical Research Center for Therapy and Preventive Medicine, Moscow, Russian Federation

*Corresponding author:
preventionnmictpm@yandex.ru

This document outlines a standard operating procedure (SOP) for the management of patients with a combination of risk factors of nicotine and tobacco product use in adult health centers. The manual contains step-by-step instructions for managing patient appointments at adult health centers, describing tools and methods for assessing patient risk factors, lists of paraclinical investigations and estimated indicators. It also describes algorithms for individualized in-depth preventive counseling on identified risk factors, as well as the development of individualized healthy lifestyle and dietary programs, and approaches to follow-up monitoring.

This methodological manual is designed to manage workflow in adult health centers based on benchmark processes for effective individualized prevention, and to develop a personalized patient pathway for risk factor modification. This will contribute to increasing the effectiveness of preventive measures and the proportion of persons with a healthy lifestyle. The document is intended for physicians, paramedics, and nurses.

Keywords: standard operating procedure, tobacco, nicotine products, health centers.

Relationships and Activities: none.

For citation: Drapkina O. M., Drozdova L. Yu., Egorov V. A., Ivanova E. S., Kalinina A. M., Rakovskaya Yu. S., Kontsevaya A. V., Gambarian M. G. Standard operating procedure (SOP) for the management of patients with risk factor of nicotine and tobacco product use in health centers. *Primary Health Care (Russian Federation).* 2025;2(4):206-230. doi: 10.15829/3034-4123-2025-102. EDN: GDQBZR

Received: 25.11.2025
Accepted: 28.11.2025

По результатам проведенной диспансеризации/профилактического медицинского осмотра пациент направляется в центр здоровья для взрослых для проведения углубленного профилактического консультирования и, в дальнейшем, формирования программы по ведению здорового образа жизни, программы здорового питания, диспансерного наблюдения при наличии отдельных факторов риска:

- избыточная масса тела;
- ожирение 1-2 ст.;
- курение табака;
- риск пагубного потребления алкоголя.

А также при наличии комбинации 2-х факторов риска хронических неинфекционных заболеваний: низкой физической активности и нерационального питания или комбинации нескольких вышеназванных отдельных факторов риска.

Гражданин может самостоятельно обратиться в центры здоровья для взрослых, в таком случае, в первую очередь, необходимо попросить пациента заполнить анкету для выявления факторов риска хронических неинфекционных заболеваний[1].

Всем пациентам возрастной группы 55-85 лет выполняется МоСА-ТЕСТ (Монреальская шкала оценки когнитивных функций), позволяющий быстро определить снижение когнитивных способностей и ранние признаки деменции, включая способность понимать, рассуждать и запоминать, и выявить такие состояния, как болезнь Паркинсона, опухоли головного мозга, злоупотребление психоактивными веществами и травмы головы[1].

[1] Драпкина О.М., Дроздова Л.Ю., Концевая А.В. и др. Оказание медицинской помощи пациентам с факторами риска развития хронических неинфекционных заболеваний в центрах здоровья для взрослых. Методические рекомендации. М.: РОПНИЗ, ООО "СИЛИЦЕЯ-ПОЛИГРАФ" 2025 г. 164 с. ISBN: 978-5-6053845-8-8. doi: 10.15829/ ROPNIZ-d108-2025. EDN: HKMNQW.

Оценка факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний

№ п/п	Код по МКБ-10	Наименование по МКБ-10	Наименование фактора риска	Перечень обследований	Расчетный показатель
1.	Z72.0	Употребление табака	Потребление табака и иной никотин-содержащей продукции	— Опрос (анкетирование): 1. Адаптированный тест Фагестрема; 2.Оценка индивидуальных привычек питания; 3. Оценка физической активности; 4. Монреальская шкала оценки когнитивных функций (МоСА-ТЕСТ) (для пациентов 55-85 лет). — Антропометрия (рост, масса тела, ОТ, ОБ); — Спирометрия (исследование функции внешнего дыхания); — Определение концентрации монооксида углерода в выдыхаемом воздухе (при помощи смокелайзера)	— ИМТ; — Биологический возраст; — Индекс курения – индекспачка/лет
2.	R63.5	Аномальная прибавка массы тела	Избыточная масса тела	— Опрос (анкетирование): 1. Оценка индивидуальных привычек питания; 2. Оценка физической активности; 3. Монреальская шкала оценки когнитивных функций (МоСА-ТЕСТ) (для пациентов 55-85 лет). — Антропометрия (рост, масса тела, ОТ, ОБ); — Биоимпедансометрия (анализа внутренних сред организма)	— ИМТ; — Биологический возраст; — Суточная энергоемкость пищевого рациона
3.	E66	Ожирение	Ожирение 1-2 ст.	— Опрос (анкетирование): 1. Оценка индивидуальных привычек питания; 2. Оценка физической активности; 3. Монреальская шкала оценки когнитивных функций (МоСА-ТЕСТ) (для пациентов 55-85 лет). — Антропометрия (рост, масса тела, ОТ, ОБ); — Биоимпедансометрия (анализа внутренних сред организма)	— ИМТ; — Биологический возраст; — Суточная энергоемкость пищевого рациона
4.	Z72.1	Употребление алкоголя	Риск пагубного потребления алкоголя	— Опрос (анкетирование): 1. Тест RUS-AUDIT-S; 2. Оценка индивидуальных привычек питания; 3. Оценка физической активности; 4. Монреальская шкала оценки когнитивных функций (МоСА-ТЕСТ) (для пациентов 55-85 лет). — Антропометрия (рост, масса тела, ОТ, ОБ)	— ИМТ; — Биологический возраст

№ п/п	Код по МКБ-10	Наименование по МКБ-10	Наименование фактора риска	Перечень обследований	Расчетный показатель
5.	Z72.4	Неприемлемый пищевой рацион и вредные привычки в приеме пищи	Нерациональное питание	— Опрос (анкетирование): 1. Оценка индивидуальных привычек питания; 2. Оценка физической активности; 3. Оценка риска занятий интенсивной физической активностью; 4. Монреальская шкала оценки когнитивных функций (МоСА-ТЕСТ) (для пациентов 55-85 лет). — Антропометрия (рост, масса тела, ОТ, ОБ); — Биоимпедансометрия (анализа внутренних сред организма)	— ИМТ; — Биологический возраст
6.	Z72.3	Недостаток ФА	Низкая ФА		

Сокращения: ИМТ — индекс массы тела, МКБ-10 — Международная классификация болезней, 10 издание, ОБ — окружность бедер, ОТ — окружность талии, ФА — физическая активность.

Стандартная операционная процедура (СОП) действий медицинских работников центра здоровья для взрослых при обращении пациента с фактором риска — потребление табака и иной никотин-содержащей продукции

Шаг	Действия	Возможные исполнители
1. Подготовка к приему в центре здоровья для взрослых.		
1.1.	Получить информированное добровольное согласие пациента на проведение обследования.	Специалист без медицинского образования
1.2.	Уточнить возраст пациента, если пациент возрастной группы 55-85 лет, то поставить отметку о необходимости выполнить МоСА-ТЕСТ (Монреальская шкала оценки когнитивных функций).	
1.3.	Уточнить направлен ли пациент по результатам проведенной диспансеризации/профилактического медицинского осмотра. Ответ: нет → п. 1.4, да → 1.5	
1.4.	Выдать пациенту для заполнения анкету для выявления факторов риска хронических неинфекционных заболеваний[1].	
1.5.	Выдать для заполнения вопросник оценки индивидуальных привычек питания.	
1.6.	Выдать для заполнения вопросник оценки физической активности пациента.	
1.7.	Выдать для заполнения вопросник адаптированный тест Фагестрема.	
2. Прием в доврачебном кабинете.		
2.1.	Измерить рост и массу тела пациента.	Медицинская сестра
2.2.	Измерить окружность талии и бедер.	
2.3.	Рассчитать индекс массы тела.	
2.4.	Рассчитать биологический возраст.	
2.5.	Рассчитать индекс курения-индекс (пачка/лет)	
2.6.	Заполнить вопросник по Монреальской шкале (МоСА-ТЕСТ) и оценить когнитивные функции у пациентов 55-85 лет.	
2.7.	Провести процедуру спирометрии.	
2.8.	Определить концентрацию монооксида углерода (СО) в выдыхаемом воздухе (при помощи смокелайзера).	
2.9.	Внести в медицинскую документацию основные параметры.	
3. Прием врача центра здоровья для взрослых.		
3.1.	Оценить результаты всех обследований тестов: статус курения и потребления электронных сигарет, степень никотиновой зависимости (обозначив степень: низкая; средняя; высокая), концентрацию монооксида углерода в выдыхаемом воздухе, функцию внешнего дыхания (показатели спирометрии), индекса курения в пачка-лет.	Врач/ фельдшер
3.2.	Оценить готовность отказа от курения, по 10-бальной ВАШ.	
3.3.	Провести консультирование с учетом степени никотиновой зависимости и готовности отказа от курения.	
3.4.	Составить 12-ти недельный план лечения для пациентов со средней и высокой степенью никотиновой зависимости.	
3.5.	Составить (разработать) индивидуальный план ФА.	
3.6.	Сформировать рекомендации по оздоровлению рациона питания.	
3.7.	Сформировать индивидуальную программу по питанию при отказе от курения.	
3.8.	Сформировать рекомендации в зависимости готовности к отказу от курения и степени табачной зависимости.	
3.9.	Сформировать индивидуальную программу по ведению ЗОЖ.	
3.10.	Уточнить, насколько пациент понял советы по ЗОЖ и прекращению курения и/или потребления ЭС, и насколько готов им следовать.	
3.11.	Рассмотреть назначение медикаментозной терапии.	
3.12.	Составить расписание контроля выполнения рекомендаций.	
3.13.	Записать на прием к участковому врачу-терапевту и врачу-наркологу (по показаниям).	
3.14.	Выдать информационные материалы.	

Сокращения: ЗОЖ — здоровый образ жизни, ФА — физическая активность.

 doi: 10.15829/3034-4123-2025-102

Приложение 1. Образцы вопросников, выдаваемых пациенту для заполнения.

1. Вопросник статуса курения и адаптированного теста Фагестрема.

Уточнение статуса курения

Курите ли Вы?	• Да, курю • Курил, но бросил: *уточнить, как давно_____ (лет/месяцев назад)* • Никогда не курил
Потребляете ли вейпы, электронные сигареты, системы нагревания табака?	• Да, (указать, что именно) • Потреблял, но бросил: *уточнить как давно _____ (лет/месяцев. назад)* • Никогда не потреблял

Адаптированный тест Фагестрема — оценка индекса интенсивности курения — степени никотиновой зависимости (для курящих пациентов)

1. Сколько выкуриваете сигарет (стиков, электронных сигарет, сессий вейпинга) в день?	≤10	0 баллов
	11-20	1 балл
	21-30	2 балла
	≥31	3 балла
2. Когда выкуриваете первую сигарету (или вейп) утром после пробуждения?	более, чем через 60 минут	0 баллов
	через 31-60 минут	1 балл
	через 6-30 минут	2 балла
	менее, чем через 5 минут	3 балла
Сумма баллов индекса интенсивности курения		
Степень никотиновой зависимости	низкая	0-1 балл
	средняя	2-4 балла
	высокая	5-6 баллов

2. Вопросник оценки индивидуальных привычек питания.

Как часто Вы потребляете следующие продукты?		Не потребляю/ редко	1-2 раза в месяц	1-2 раза в неделю	3-5 раз в неделю	Ежедневно/ почти ежедневно
1	**Мясо красное** (говядина, баранина, свинина и др.), консервы мясные					
2	**Птица** (индейка, курица, утка и др.)					
3	**Рыба**, в том числе **суп, котлеты, консервы и морепродукты** (креветки, кальмары и др.)					
4	**Яйца**					
5	**Колбасы, сосиски, субпродукты, буженина**					
6	**Молоко, кефир, йогурт, творог**					
7	**Сыр**					
8	**Сметана, сливки**					
9	**Сливочное масло**					
10	**Темно-зеленые листовые овощи** (зеленый лук, петрушка, кинза, укроп, шпинат, руккола, ботва свеклы)					
11	Овощи и фрукты оранжевого цвета (морковь, тыква, перец красный, облепиха, курага, абрикос и др.)					
12	**Овощи** (кроме картофеля)					
13	**Фрукты** (кроме фруктов, указанных ранее)					
14	**Ягоды** (смородина, вишня и др.)					
15	Орехи, семена					
16	**Бобовые** (фасоль, чечевица, горох и др., в т.ч. в супах)					
17	**Крупы** (греча, пшено, овес и др.)					
18	**Макаронные изделия, картофель**					
19	**Хлеб, хлебобулочные изделия**					
20	**Сладости и кондитерские изделия** (конфеты, варенье, печенье, торт и др.)					

21	**Соления и маринованные продукты** (квашеная капуста, оливки, помидоры соленые и др.)					
22	**Чипсы, сухарики и другие соленые закуски**					
23	**Сладкие и энергетические напитки**					
24	**Алкогольные напитки**					
25	**Сколько раз в день Вы принимаете пищу** (раз в день)	1-2	3-4		5 и чаще	
26	**Досаливаете ли Вы приготовленную пищу?**	нет	да, иногда		да, всегда	
27	**Какой сорт хлеба Вы чаще используете?**	пшеничный (белый)	ржаной (черный)		другое (лепешки и т.п.)	
28	**Сколько кусочков и/или чайных ложек сахара** (меда, джема, варенья и др.) **Вы потребляете за день?**	0-5	5-10		>10	
29	**Какой вид жира Вы используете при приготовлении пищи?**	нет	сливочное масло, маргарин, топленый жир		растительное масло	
Укажите жирность потребляемых молочных продуктов:						
30	**Молоко, кефир, йогурт**	до 2,5%	2,5% и выше		затрудняюсь ответить	
31	**Творог**	до 5%	5% и выше		затрудняюсь ответить	
32	**Сыр**	до 17%	17% и выше		затрудняюсь ответить	
33	**Сметана, сливки**	10- 15%	20% и выше		затрудняюсь ответить	
34	**У Вас бывает аллергия на продукты или непереносимость?** (укажите продукты)	нет	да		укажите продукты _____	

Примечание: ответы, соответствующие рациону здорового питания, выделены зеленым цветом.

3. Вопросник оценки физической активности пациента.

1. Сколько минут в день в среднем Вы тратите на ходьбу в умеренном или быстром темпе?
_____ минут в день
2. Имеете ли Вы опыт занятий в тренажерном зале (силовые нагрузки)?
Да ☐ Нет ☐
Если да, то как часто и какова продолжительность нагрузки? _____
3. Занимаетесь ли Вы плаванием, бегом, катаетесь на велосипеде (аэробные нагрузки)?
Да ☐ Нет ☐
Если да, то как часто и какова продолжительность нагрузки?
_____
4. Практикуете ли вы йогу или другие нагрузки для улучшения гибкости и координации?
Да ☐ Нет ☐
Если да, то как часто и какова продолжительность нагрузки?
_____
5. Занимаетесь ли вы физической активностью на улице или дома?
Да ☐ Нет ☐
Если да, то какой вид, частота и продолжительность нагрузки?
_____
6. Если ли у Вас в настоящее время обострение хронических заболеваний или ограничения, которые могут повлиять на физическую активность?
Да ☐ Нет ☐
Если да, то какие? _____

Комментарий: умеренные аэробные нагрузки <150 мин в неделю или интенсивные нагрузки <75 мин в неделю — признак недостаточной физической активности.

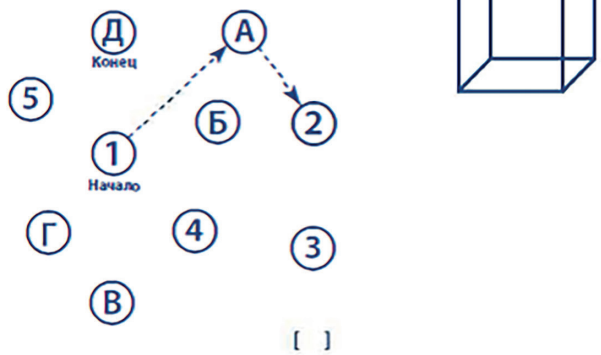
 doi: 10.15829/3034-4123-2025-102

4. Вопросник по Монреальской шкале оценки когнитивных функций (MoCA-ТЕСТ) (для пациентов 55–85 лет).

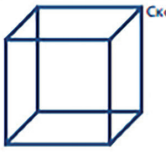
Монреальская шкала оценки когнитивных функций

ИМЯ:
Образование: Дата рождения:
Пол: ДАТА:

Зрительно-конструктивные/исполнительные навыки — БАЛЛЫ



Скопируйте куб



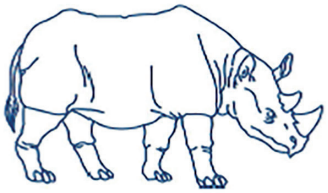
Нарисуйте ЧАСЫ (Десять минут двенадцатого) (3 балла)

[ ] Контур [ ] Цифры [ ] Стрелки — /5

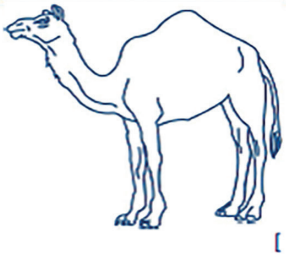
НАЗЫВАНИЕ



[ ]



[ ]



[ ] — /3

ПАМЯТЬ — Прочтите список слов, испытуемый должен повторить их. Делайте 2 попытки. Попросите повторить слова через 5 минут. — нет баллов

	ЛИЦО	БАРХАТ	ЦЕРКОВЬ	ФИАЛКА	КРАСНЫЙ
Попытка 1					
Попытка 2					

ВНИМАНИЕ

Прочтите список цифр (1 цифра/сек). Испытуемый должен повторить их в прямом порядке. [ ] 2 1 8 5 4

Испытуемый должен повторить их в обратном порядке. [ ] 7 4 2 — /2

Прочтите ряд букв. Испытуемый должен хлопнуть рукой на каждую букву А. Нет баллов при > 2 ошибок. [ ] Ф Б А В М Н А А Ж К Л Б А Ф А К Д Е А А А А Ж А М О Ф А А Б — /1

Серийное вычитание по 7 из 100. [ ] 93 [ ] 86 [ ] 79 [ ] 72 [ ] 65

4-5 правильных отв.: 3 балла, 2-3 правильных отв.: 2 балла, 1 правильный отв.: 1 балл, 0 правильных отв.: 0 баллов. — /3

РЕЧЬ

Повторите: Я знаю только одно, что Иван – это тот, кто может сегодня помочь. [ ]

Кошка всегда пряталась под диваном, когда собаки были в комнате. [ ] — /2

Беглость речи/ за одну минуту назовите максимальное количество слов, начинающихся на букву Л [ ] _____ (N ≥ 11 слов) — /1

АБСТРАКЦИЯ — Что общего между словами, например банан-яблоко = фрукты [ ] поезд - велосипед [ ] часы - линейка — /2

ОТСРОЧЕННОЕ ВОСПРОИЗВЕДЕНИЕ

Необходимо назвать слова БЕЗ ПОДСКАЗКИ	ЛИЦО [ ]	БАРХАТ [ ]	ЦЕРКОВЬ [ ]	ФИАЛКА [ ]	КРАСНЫЙ [ ]	Баллы только за слова БЕЗ ПОДСКАЗКИ
ДОПОЛНИТЕЛЬНО ПО ЖЕЛАНИЮ Подсказка категории						
Множественный выбор						

— /5

ОРИЕНТАЦИЯ [ ] Дата [ ] Месяц [ ] Год [ ] День недели [ ] Место [ ] Город — /6

Норма 26 / 30

КОЛИЧЕСТВО БАЛЛОВ — /30

Добавить 1 балл, если образование ≤ 12

Проведено: _____

Интерпретация результатов:

- Норма — 26-30 баллов;
- Максимально возможное количество баллов — 30 баллов;
- Легкая степень когнитивных нарушений — 22-25 баллов;
- Средняя степень когнитивных нарушений — 10-21 балл;
- Тяжелая степень когнитивных нарушений — 0-9 баллов.

Приложение 2. Перечень и описание методов инструментального обследования.

1. Измерение роста и массы тела пациента

2. Измерение окружности талии (ОТ)

ОТ измеряется в положении стоя, на середине расстояния между нижним боковым краем грудной клетки и гребнем подвздошной кости по срединно-подмышечной линии.

Измерять ОТ желательно поверх нижнего белья или в обнаженном виде, босиком или в обуви на плоской подошве. При измерении необходимо попросить пациента встать прямо, поставив ступни параллельно, руки слегка приподняты и согнуты в локтях. Сантиметровая лента устанавливается в горизонтальной плоскости, параллельно полу, обеспечивая полный обхват тела, но не сжимая кожи. Измерение проводится по окончании обычного выдоха.

3. Измерение окружности бедер (ОБ)

ОБ измеряется в положении стоя на уровне больших вертелов бедренной кости по наиболее выступающей части таза.

Измерение ОБ проводится поверх нижнего белья. При измерении необходимо попросить пациента встать прямо, поставив ступни параллельно, руки слегка приподняты и согнуты в локтях. Сантиметровая лента устанавливается в горизонтальной плоскости, параллельно полу, обеспечивая полный обхват тела. Во время измерения, необходимо следить, чтобы лента не провисала.

4. Комплексная детальная оценка функций дыхательной системы с помощью спирометра (для курящих пациентов)

Спирометрия — метод исследования функции внешнего дыхания, включающий в себя измерение объемных и скоростных показателей дыхания.

Основные параметры, получаемые при спирометрии, — это "объем", "поток" и "время", взаимосвязь которых отражают кривые (1) "поток-объем" и (2) "объем-время". Наиболее важными характеристиками этих кривых являются:

— жизненная емкость легких (ЖЕЛ);

— форсированная жизненная емкость легких (ФЖЕЛ) — максимальный объем воздуха, который человек может форсировано выдохнуть после максимально глубокого вдоха;

— объем форсированного выдоха за 1-ю секунду ($ОФВ_1$);

— максимальная скорость выдоха на уровне 75, 50 и 25% (МСВ75-25) ФЖЕЛ;

— отношение $ОФВ_1$/ФЖЕЛ.

В начале исследования пациент закрывает нос специальным зажимом, плотно охватывает загубник губами (при этом нужно следить, чтобы на протяжении исследования не было протекания воздуха в углах рта, чтобы исследуемый не дышал через нос) и дышит через рот спокойно и равномерно, неглубоко, как обычно (исследуется дыхательный объем). После того, как дыхание станет равномерным (обычно это достигается после 4-5 дыханий), переходят к выполнению маневра исследования ЖЕЛ, т.е. того показателя, который показывает, какое количества воздуха человек может максимально вдохнуть или выдохнуть от уровня максимально возможного выдоха или вдоха. Пациента предупреждают, чтобы он приготовился максимально глубоко вдохнуть и затем максимально глубоко выдохнуть (можно наоборот: сначала выдохнуть, потом вдохнуть), далее продолжать дышать как обычно. После исследования ЖЕЛ переходят к следующему маневру — форсированной спирометрии, при которой определяются ФЖЕЛ и скоростные показатели ($ОФВ_1$ и др.). Пациент дышит равномерно, спокойно. Затем он должен глубоко выдохнуть, быстро и максимально глубоко вдохнуть и сразу же максимально сильно выдохнуть. Продолжительность выдоха должна быть не менее 6 с или до достижения плато на кривой выдоха. Затем пациент делает сильный глубокий вдох. Маневр завершен.

Исследование считается приемлемым при соблюдении ряда условий:

— отсутствие артефактов: кашель (особенно на протяжении первой секунды форсированного выдоха), смыкание голосовых связок, преждевременное завершение дыхательного маневра или его прерывание, проведение дыхательного маневра не на максимальном уровне, утечка воздуха, закупорка загубника, наличие дополнительных дыхательных маневров;

— отсутствие обратной экстраполяции (затянувшейся задержки на высоте максимального вдоха перед форсированным выдохом >80 мс);

— длительность форсированного выдоха не менее 6 с или достижение фазы плато на выдохе.

Для получения максимально достоверных результатов целесообразно:

— воздержаться от приема препаратов, влияющих на сопротивление дыхательных путей — лекарств из группы бронходилататоров или неселективных β-блокаторов;

— не курить, по меньшей мере, за 4 ч до исследования;

— избегать тяжелой физической работы за сутки до процедуры;

— исключить полноценный прием пищи за 2 ч до исследования.

Главным объективным общепринятым критерием бронхиальной обструкции является снижение интегрального показателя $ОФВ_1$ до уровня, составляющего <80% от должных величин.

Характер и степень имеющихся у пациента вентиляционных нарушений по каждому показателю оценивают путём сопоставления его значения с должными величинами, границами нормы и градациями отклонения от неё. Интерпретация всех спирографических показателей строится на расчёте отклонения фактических величин от должных. Должная величина — величина соответствующего показателя у здорового человека того же веса, роста, возраста, пола и расы, как и обследуемый. Патологические изменения спирометрических показателей имеют одностороннюю направленность: при заболеваниях лёгких все показатели только уменьшаются. Отклонения от нормы принято укладывать в систему трёх градаций: "умеренные", "значительные" и "резкие". При умеренных, значительных и резких отклонениях пациент направляется на дообследование (проведение функции внешнего дыхания с фармакологическими пробами с последующей консультацией пульмонолога).

Спирометрия также может использоваться в качестве мотивационного инструмента, например, когда необходимо убедить курильщика прекратить курение, показав ему результаты теста, свидетельствующие о нарушении функции легких.

Границы нормы и градации отклонения показателей внешнего дыхания (значения показателей в процентах к должным величинам)

Показатели	Норма	Условная норма	Отклонения		
			Умеренные	Значительные	Резкие
$ОФВ_1$, % долж.	>85	75-84	55-74	35-54	<35
ЖЕЛ, % долж.	>90	85-89	70-84	50-69	<50
$ОФВ_1$/ФЖЕЛ	>70	65-69	55-64	40-54	<40
ФЖЕЛ, % долж.	≥80	-	<80		

5. Определение концентрации монооксида углерода в выдыхаемом воздухе (для курящих пациентов)

Определение концентрации монооксида углерода (CO) в выдыхаемом воздухе проводится при помощи смокелайзера, который объективизирует факт курения. CO представляет собой токсическое соединение, которое снижает концентрацию поглощаемого организмом кислорода. Пределы концентрации определяемого прибором монооксида углерода — 0-25 parts per million (ppm).

Классификация курения по степени в зависимости от концентрации CO в выдыхаемом воздухе и карбоксигемоглобина

Концентрация монооксида углерода (CO) (ppm)	Концентрация карбоксигемоглобина (COHb) (%)	Цветовая индикация	Степень курения
0-5	0,16-0,8	зеленый	Отсутствие курения — низкая концентрация CO
6-10	0,96-1,60	желтый	Мало/умеренно курящий — умеренная концентрация CO
11-20	1,76-3,20	красный	Интенсивно курящий — высокая концентрация CO
>20	>3,20	бордовый + звуковой сигнал	Злостно курящий — очень высокая концентрация CO

Действие электрохимического датчика смокелайзера основано на реакции CO с электролитом одного электрода и кислорода выдыхаемого воздуха с другим. Эта реакция вызывает электрический потенциал, пропорциональный уровню концентрации CO. Полученные данные обрабатываются микропроцессором и затем пиковая концентрация CO представляется на дисплее. С гигиенической целью для каждого пациента используются одноразовые картонные загубники, что предотвращает распространение перекрестной инфекции.

Смокелайзер оптимален при использовании для повышения мотивации курящих пациентов к отказу от курения. Использование смокелайзера на этапе отказа от курения является дополнительным мотивационным инструментом благодаря наглядной для пациентов демонстрации концентрации CO в выдыхаемом воздухе и ее постепенном снижении при прекращении курения. Смокелайзер может использоваться для выявления пассивных курильщиков, а также курящих.

Приложение 3. Перечень и методика расчета показателей.

1. Расчет индекса массы тела (индекс Кетле) по формуле:
ИМТ (кг/м^2) = масса тела (кг)/рост (м)^2

Типы массы тела	ИМТ, кг/м^2
Дефицит массы тела	<18,5
Нормальная масса тела	18,5-24,9
Избыточная масса тела	25-29,9
Ожирение I степени	30,0-34,9
Ожирение II степени	35,0-39,9
Ожирение III степени	≥40

2. Расчет биологического возраста

Выполняется методом Горелкина А. Г.[2]

1) Рассчитывается коэффициент скорости старения (КСС) по формуле:

для мужчин $КСС_м = (ОТ \times МТ)/(ОБ \times Р^2 \times (17,2+0,31 \times РЛ+0,0012 \times РЛ^2))$, где РЛ = КВ — 21;

для женщин $КСС_ж = (ОТ \times МТ)/(ОБ \times Р^2 \times (14,7+0,26 \times РЛ+0,001 \times РЛ^2))$, где РЛ = КВ — 18;

Примечание: КВ — календарный возраст, МТ — масса тела, РЛ — разница лет между КВ и возрастом онтогенетической нормы

КСС ≤0,95 — замедленный темп старения

КСС >1,05 — ускоренный темп старения

0,95≤ КСС ≤1,05 — нормальный темп старения.

2) Биологический возраст (БВ) определяется по формулам:

для мужчин $БВ = КСС_м \times (КВ — 21) + 21$;

для женщин $БВ = КСС_ж \times (КВ — 18) + 18$.

3. Определение индекса курения в пачка-лет.

Рассчитывается путем умножения количества пачек сигарет, выкуриваемых в день, на количество лет (стаж) курения по формуле:

Число сигарет, выкуриваемых в день × количество лет курения/20,

где 20 — количество сигарет в пачке

Высокая интенсивность курения *— индекс курения >10 пачек-лет.*

[2] Патент №2387374 Российская Федерация, МПК A61B 5/107 (2006.01). Способ определения биологического возраста человека и скорости старения: № 2008130456: заявлено 22.07.2008: опубликовано 27.04.2010. Горелкин А. Г., Пинхасов Б. Б.; патентообладатель ГУ НЦКЭМ СО РАМН. 5 с.

Приложение 4. Методика проведения углубленного профилактического консультирования.

1. **Подытожить** для пациента результаты всех обследований тестов по оценке:
— статуса курения и потребления электронных сигарет (ЭС)
— степени никотиновой зависимости по адаптированному тесту Фагестрема, обозначить для данного пациента степень никотиновой зависимости: низкая — 0-1 балл; средняя — 2-4 балла; высокая — 5-6 баллов
— концентрации монооксида углерода в выдыхаемом воздухе
— функции внешнего дыхания (показатели спирометрии)
— индекса курения в пачка-лет
2. **Объяснить** значения тестов, использовать результаты и выявленные отклонения (при их наличии) для аргументации совета отказаться от курения и/или потребления ЭС, ответить на вопросы пациента, подчеркнуть роль курения и ЭС в развитии данных заболеваний и возможность их предотвращения при отказе от курения/потребления ЭС.
3. **Сформулировать** краткий, обоснованный и основанный на информации о пациенте совет отказаться от курения/и или ЭС и **предложить помощь** в отказе от курения.
4. **Оценить готовность отказаться от курения** и/или потребления ЭС по 10 балльной шкале, визуализированной при помощи линейки: где
— 0-3 балла — нулевая /низкая готовность к отказу от курения
— 4-7 балла — средняя готовность к отказу от курения
— 8-10 балла — высокая готовность к отказу от курения
5. **Определить тактику консультирования на основе степени никотиновой зависимости и готовности отказаться от курения/потребления ЭС**
— **При высокой и средней степени никотиновой зависимости** рекомендуется:
— Консультирование по отказу от курения/потребления ЭС и
— Лечение табачной/никотиновой зависимости
— **При невысокой степени никотиновой зависимости** рекомендуется:
— Консультирование по отказу от курения/потребления ЭС
— **При низкой и средней степени готовности к отказу от курения** рекомендуется консультирование, направленное на повышение мотивации к отказу от курения / потребления ЭС
— **При высокой степени готовности к отказу от курения** рекомендуется консультирование, направленное на прекращение курения/потребление ЭС и лечение табачной /никотиновой зависимости.

5.1. Консультирование при низкой степени готовности к отказу от курения (0–3 балла)
— еще раз обосновать целесообразность отказа от курения
— попытаться выяснить причины нежелания отказаться от курения
— попробовать убедить, что при должной поддержке и терапии реально справиться с проблемой
— если готовность не поменялась — перейти к завершению консультирования с раздачей материалов и рекомендаций
— если готовность повысилась — перейти к консультированию, направленному на повышение мотивации к отказу от курения

5.2. Консультирование, направленное на повышение внутренней мотивации к отказу от курения/потребления ЭС при средней степени готовности к отказу от курения (4–7 баллов)
— **Выяснить причины курения и возможные причины отказа от курения. Спросить почему пациент курит**, что ему нравится в табаке/курении/потреблении ЭС: вкус табака, доставленное от курения удовольствие, возможность сосредоточиться или общаться, или просто кутит по привычке и потому, что не курить не может. **Обсудить самые значимые для пациента причины курения.** Спросить есть что-то, что не нравится в курении (вкус и запах табака, запах табачного дыма от волос и от одежды, желтые и нездоровые зубы, нездоровый цвет лица, траты на сигареты, или курить в целом не нравиться, но не курить не получается. **Обсудить значимые для пациента возможные причины отказа от курения.**
— **Обсудить известные пациенту последствия курения.** Уточнить, что знает пациент о последствиях курения, какие последствия курения/потребления ЭС наиболее значимы для пациента, можно аргументировать с помощью данных обследования: высокий риск сердечно-сосудистых заболеваний, холестерин, нарушение функции внешнего дыхания, преждевременное старение, риск импотенции и бесплодия, повышенный риск родить нездоровых детей (например, с малым весом и дефектами развития), риск онкологических заболеваний, экономические последствия.

— **Обсудить преимущества отказа от курения, наиболее значимые конкретно для пациента.** Обсудить с пациентом, что, по его мнению, он получит или выиграет, бросив курить/потреблять ЭС. Обсудить наиболее значимые для пациента преимущества отказа от курения, как избавление от запаха табачного дыма, здоровые зубы, повышение выносливости и работоспособности, улучшение вкуса и обоняния, улучшение цвета лица и состояния кожи, улучшение самочувствия и состояния здоровья, восстановление/ улучшение функций сердечно-сосудистой и дыхательной системы, снижение риска преждевременного старения, эректильной дисфункции, других хронических неинфекционных заболеваний, большая вероятность родить и вырастить здоровых детей, экономия денег. Как аргумент можно использовать данные амбулаторной карты и результаты обследования пациента, диспансеризации.

— **Уточнить препятствия для отказа от курения, спросить у пациента что ему мешает бросить курить.** В основном это: боязнь синдрома отмены, боязнь стресса, боязнь набора веса, предвосхищение ощущения подавленности и депрессии, сознание утратить удовольствие от курения, и самое частое — боязнь неудачи. Обсудить с пациентом все значимые для него препятствия для отказа от курения и пути их преодоления.

— **Обобщить все аргументы, проанализировать также прежний опыт и попытки пациента отказаться от курения** (при их наличии) и предложить пациенту повторно оценить свою готовность к отказу. В зависимости от первоначальных значений по шкале готовности отказа от курения (значения ближе к 7 баллам), пациент может выразить готовность попробовать программу по прекращению курения. В таком случае можно попробовать предложить ему консультацию по прекращению курения и план отказа от курения.

5.3. Консультирование, направленное на прекращение курения/потребления ЭС и лечение табачной/никотиновой зависимости при высокой степени готовности к отказу от курения (8–10 баллов)

— **Обозначить план отказа от курения.** Подробно обговорить с пациентом подходящий для него план отказа от курения; по возможности назначить дату отказа от курения; дать советы по организации режима работы, отдыха и досуга, обсудить, как обходить возможные соблазны и как их избежать; объяснить, чем опасны попытки отказаться от курения с помощью ЭС; объяснить почему опасно использовать ЭС в качестве альтернативы курению табака; обсудить возможность социальной поддержки.

— **Обговорить варианты лечения.** Совместно с пациентом обсудить возможные варианты терапии и, в частности, лечения табачной зависимости (фармакотерапии) при средних и высоких показателях никотиновой зависимости; выбрать препарат и назначить выбранный препарат по схеме; объяснить, как правильно принимать препарат; обсудить возможные побочные действия препарата; объяснить, что лечение при необходимости можно скорректировать; вручить пациенту схему лечения выбранным препаратом.

— **Описать и обсудить возможные симптомы отмены.** Обсудить возможные симптомы отмены и как их побороть, и что делать если захочется покурить; помочь пациенту освоить техники дыхательной гимнастики для преодоления атак/позывов к курению; обговорить роль питания и сна, отдыха и физической активности; объяснить, как предупредить запоры, объяснить, что делать, чтобы не набирать вес.

— **Определить возможные альтернативы курению и потреблению ЭС.** Обсудить с пациентом приемлемые для него альтернативы сигаретам и/или процессу курения; обсудить варианты альтернативного времяпрепровождения, чем можно заменить удовольствие, чем занять время, руки, рот для преодоления атак/позывов к курению, обсудить предпочтения пациента; остерегать пациента от выбора ЭС в качестве альтернативы.

— **Обсудить особенности питания во время отказа от курения.** Объяснить, как надо формировать рацион во время отказа от курения; объяснить, что чаще всего пища становится основной альтернативой в период отказа от курения, поэтому выбор продуктов очень важен, чтобы

— занять руки и рот — перекус низкокалорийными продуктами, богатыми пищевыми волокнами, пример ломтики моркови, сладкого перца, огурца, стебля сельдерея, любые ягоды, орехи;

— создать оптимальные условия для выведения токсических веществ и предупреждения запоров. В этом помогут продукты, богатые водорастворимыми пищевыми волокнами (яблоко, банан, сухофрукты, ягоды, салатная зелень с темным плотным листом: укроп, петрушка, базилик, шпинат, руккола, кейл и др.), а также ржаной хлеб, овсяная каша, бобовые (фасоль, чечевица, горох и др.), грибы и орехи;

— не стимулировать курение поможет пища без "ярко выраженных вкусов". Рекомендуется избегать соленых и копченых продуктов, мясо усиливает вкус табака, а рыба и сыры, наоборот, делают курение неприятным;

— обогатить рацион витаминами, прежде всего витамином С (ягоды, кисло-сладкие фрукты, квашенная капуста);

— не увеличивать массу тела. Рекомендуется рацион с ограничением потребления жира, алкоголя и продуктов с высоким гликемическим индексом.

— **Объяснить важность питьевого режима**, рекомендовать воду и напитки без добавленного сахара, которые можно потреблять в больших объемах.

Лечение табачной/никотиновой зависимости.

Фармакотерапия назначается только при средней и высокой степени табачной зависимости

— **План лечения составляется на срок, необходимый для полного отказа от курения — примерно 12 нед.** В течение этого срока порекомендовать пациенту при возникновении вопросов по лечению табачной зависимости записаться на прием к лечащему врачу/участковому терапевту/специалисту по профильному заболеванию, для возможной корректировки терапии (при необходимости).

— При возникновении трудностей на фоне терапии с отказом от курения (срывы, непреодолимое желание курить, не смотря на терапию или просто для поддержания мотивации) рекомендовать обратиться к медицинскому психологу Центра здоровья (ЦЗ) или наркологу медицинской организации по месту наблюдения.

— **Фармакотерапия табачной/никотиновой зависимости включает безрецептурные лекарственные препараты, зарегистрированные в России как препараты для лечения табачной зависимости.** Инструкции препаратов представлены на сайте ГРЛС[3].

Фармакотерапия табачной зависимости включает

Никотинзаместительную терапию (НЗТ):

— никотиновые пластыри

— никотиновые подъязычные таблетки

— никотиновые жевательные резинки

Препараты, не содержащие никотин — препараты цитизина

— **НЗТ**.

— Все лекарственные формы эффективны для лечения табачной зависимости. НЗТ удваивает шансы курящих в успешном преодолении курения

— Комбинирование разных лекарственных форм НЗТ, например, препаратов медленного и длительного действия (пластыри) с препаратами быстрого и короткого действия (таблетки, жевательная резинка) может увеличить вероятность отказа от курения от 2 до 3 раз по сравнению с пациентами, кто не получающими лекарственную терапию. Комбинация разных форм НЗТ более эффективна, чем НЗТ в моноформе.

— Например, если на фоне ношения никотинового пластыря у пациента возникает острое желание покурить, следует это желание утолить с помощью подъязычной таблетки или жевательной резинки, а не сигареты.

— **Цитизин** — частичный агонист с высокой связывающей способностью к альфа-4 бета-2 никотиновым ацетилхолиновым рецепторам. Это первый фармакологический препарат, когда-либо зарегистрированный как средство для лечения табачной зависимости, препарат более экономичен, но по эффективности уступает другим препаратам для лечения табачной зависимости и имеет больше противопоказаний. Например, препарат нельзя назначать лицам моложе 18 и старше 65 лет, беременным и кормящим женщинам и при ряде хронических заболеваний.

6. Получить обратную связь. Убедиться, насколько пациент понял советы по прекращению курения и/или потребления ЭС и насколько готов им следовать

— По итогу консультирования пациентов с целью **повышения мотивации к отказу от курения/потребления ЭС** предложить пациенту взвесить все аргументы "за" и "против" и сделать выбор:

— в пользу отказа от курения (важные последствия курения и преимущества отказа от курения)

— против отказа от курения (причины курения и препятствия для отказа от курения)

— По итогу консультирования пациентов с целью прекращения курения убедиться:

— пациент готов следовать намеченному плану отказа от курения/ЭС

— понимает схемы фармакотерапии (при ее назначении), осведомлен о возможных побочных действиях препаратов и способах их преодоления

— знает о возможных симптомах отмены и способах их преодоления

3 https://grls.rosminzdrav.ru/Grls_View_v2.aspx?routingGuid=02e34336-18b7-40b4-8053-406e88e62d10, https://grls.rosminzdrav.ru/Grls_View_v2.aspx?routingGuid=9bca31bd-9289-4e09-bf4d-75fb8f10a389, https://grls.rosminzdrav.ru/Grls_View_v2.aspx?routingGuid=7062c935-5e56-489c-b9fd-a1278199b85f, https://grls.rosminzdrav.ru/Grls_View_v2.aspx?routingGuid=3a700b39-233d-483b-9413-80009a52dd35&t=

— понимает важность и представляет приемы предупреждения срывов в процессе лечения
— сохраняет решимость и положительный настрой

7. Завершить консультирование и обозначить расписание контроля выполнения рекомендаций

— **По завершению консультирования, направленного на повышение мотивации**
— предоставить письменные рекомендации — основанные на результатах консультирования, плюс памятки, листовки и пр.
— дать направление к медицинскому психологу
— предложить поддержку с помощью мобильных приложений, например, "Не курю!" и/или ТГ канала АНО Национальные приоритеты "Давай бросать"
— пригласить на повторное консультирование, обозначить дату.
— **По завершению консультирования, направленного на прекращение курения дополнительно**
— предоставить письменные рекомендации, схемы лечения
— направить для наблюдения и коррекции лечения (при необходимости) к лечащему врачу — терапевту/ специалисту по профильному заболеванию
— дать направление к наркологу прикрепленной медицинской организации
— оставить возможность для обратной связи по телефону при необходимости
— **Зарегистрировать в амбулаторной карте и учетной форме пациента**
— текущий статус курения/ потребления ЭС
— результаты диагностических тестов
— проведенные мероприятия (консультации) их объем и результаты
— рекомендации, данные пациенту
— дату последующего визита.

Приложение 5. Методика формирования индивидуальной программы по ведению здорового образа жизни.

1. Отказ от курения

Вы хорошо представляете себе какой риск несет курение или потребление ЭС для вашего здоровья, здоровья и благополучья Ваших близких, и сколько Вы выиграйте, отказавшись от сигарет. Если у Вас есть никотиновая зависимость, то с ней, как и с психологической зависимостью и с каждодневными привычками, связанными с курением, надо поработать. Очень важна внутренняя мотивация и готовность отказаться от курения (вейпинга).

1.1. Если Вы не ощущаете внутренней готовности отказаться от курения

- подумайте о следующем и постарайтесь разобраться:
- что Вам мешает отказаться от курения?
- если Вы считаете, что курение/использование ЭС доставляют Вам удовольствие, подумаете, чем можно их заменить
- каждый раз потягиваясь за очередной сигаретой или вейпом подумайте, действительно ли хотите курить, или если нет — откажитесь от нее
- постарайтесь сокращать количество сигарет и следить за своими ощущениями, возможно Вы поймете, что в состоянии полностью от них отказаться
- постарайтесь привычные действия в течение дня (работа, чашка кофе, вождение), которые обычно сопровождаются курением, совершать без сигарет.
- Если при попытке отказаться от нескольких сигарет в день вызывает сильный физический и психический дискомфорт запишитесь к медицинскому психологу ЦЗ (дать направление).
- Когда почувствуете готовность отказаться от курения, запишитесь на прием к своему лечащему врачу или к наркологу для дополнительного консультирования в целях прекращения курения и лечения табачной зависимости.
- Вы можете найти поддержку в мобильном приложении "Не курю!" и в сообществе единомышленников на ТГ канале АНО Национальные приоритеты "Давай бросать".
- Запишитесь на прием к специалисту в ЦЗ.

1.2. Если Вы готовы к отказу от курения/потребления ЭС рекомендуется.

- Составить план Ваших действий для отказа от курения/ЭС.
- Назначить день отказа от курения (включая ЭС).
- Постараться его не менять и начиная с этого дня больше не курить, в том числе ЭС.
- Заранее готовьтесь к этому дню, составьте свой план как противостоять сигаретам и соблазну покурить.

— Можно завести дневник, записывать каждую выкуренную сигарету, и продумать как от них отказаться;

— Настройтесь положительно, постоянно напоминайте себе, как много именно Вы выиграете, бросив курить.

— Продумайте, что может спровоцировать курение, и старайтесь не допустить такие ситуации;

— Продумайте, чем будете себя занимать, чтобы отвлечься от курения: приемлемые для Вас альтернативы сигаретам и/или процессу курения, альтернативное времяпрепровождения, чем можно заменить удовольствие, чем занять время, руки, рот для преодоления атак /позывов к курению;

— Заранее продумайте и планируйте чем будете себя вознаграждать за каждый этап своей победы над курением;

— Посчитайте, сколько Вы сэкономите денег за неделю, месяц, год воздержания от курения и продумайте, на что потратите сэкономленные деньги.

- Если у Вас средняя или высокая степень никотиновой зависимости, возможно во время консультирования Вам было назначено лечение табачной зависимости, в том числе с помощью фармакотерапии. Рекомендуется назначенный препарат принимать по обговоренной схеме, которая есть также во вкладыше препарата.
- Следите, не возникают ли побочные реакции на прем препарата. Если да, запишитесь на прием к своему лечащему врачу, участковому терапевту.
- Научитесь распознавать и преодолевать внезапные атаки тяги к курению. Они как правило длятся не более 5 минут. Преодолевать помогут дыхательные упражнения, например, "дыхание по квадрату".
- Йога и другая физическая активность помогают в процессе отказа от курения. Йога помогает владеть телом, дыханием, чувствами. Можно танцы или другие виды спорта: бег, лыжи, плавание.

Хорошая физическая нагрузка — источник эндорфинов, занимает время, смягчает тягу к курению, доставляет удовольствие, повышает уверенность в себе.

- Будьте готовы к симптомам отмены — они бывают не у всех и выражены по-разному, но, если знать про них — легче будет их преодолеть. Здесь несколько советов:

Если беспокоят	Это потому, что	То необходимо:
Усиливающийся кашель Сухость во рту	бронхи очищаются от лишней слизи табак раздражает горло, вызывает его онемение, которое прекращается с прекращением курения	Пить побольше жидкости (воды, преимущественно) Таблетки от кашля и аэрозоли — только по необходимости
Утомляемость, повышенная нервозность, трудности концентрации внимания	организм недополучает привычное количество никотина	Больше физической активности, дыхательные упражнения помогут снабжать мозг кислородом Скоординировать режим сна и отдыха Обильное питье
Запоры	никотин ускоряет прохождение пищевых масс через пищеварительную систему. Это движение может замедлиться, пока организм не привыкнет функционировать без никотина.	Есть много грубой клетчатки — больше овощей, свежих фруктов, чернослив и отрубей каждый день
Начали поправляться? Не бойтесь "лишнего" веса!	отказавшись от табака, человек возвращает себе прежнее здоровье, аппетит, восстанавливается вкусовая чувствительность, он получает большое удовольствие от еды. Но, доказано, что этот вес не лишний. Так бы вы весили, если бы не курили.	Зарядка и спорт — эффективный метод, и от стресса, и от увеличения веса. Ну, и овощи и фрукты! Не переедать!

- **Обратите внимание на особенности питания и питьевого режима** во время отказа от курения. Важно уметь формировать рацион питания во время отказа от курения. Поскольку чаще всего пища становится основной альтернативой в период отказа от курения, выбор продуктов очень важен, чтобы

— занять руки и рот — перекус низкокалорийными продуктами, богатыми пищевыми волокнами, пример ломтики моркови, сладкого перца, огурца, стебля сельдерея, любые ягоды;

— создать оптимальные условия для выведения токсических веществ и предупреждения запоров. В этом помогут продукты, богатые водорастворимыми пищевыми волокнами (яблоко, банан, сухофрукты, ягоды, салатная зелень с темным плотным листом: укроп, петрушка, базилик, шпинат, руккола, кейл и др.) а также цельнозерновой хлеб, ржаной хлеб, овсяная каша, бобовые (фасоль, чечевица, горох и др.), грибы и орехи;

— не стимулировать курение поможет пища без "ярко выраженных вкусов". Рекомендуется избегать соленых и копченых продуктов, мясо усиливает вкус табака, а рыба и сыры, наоборот, делают курение неприятным;

— обогатить рацион витаминами, прежде всего витамином С (ягоды, кисло-сладкие фрукты, квашенная капуста);

— не увеличивать массу тела. Рекомендуется рацион с ограничением потребления жира, алкоголя и продуктов с высоким гликемическим индексом

— важно пить воду и напитки без добавленного сахара, в больших объемах (до 2 л в день)

- Запишитесь на прием к своему лечащему врачу, чтобы он наблюдал Вас каждые две недели терапии табачной зависимости. Если возникнут трудности в лечении, запишитесь к наркологу Вашей медицинской организации или попросите, чтобы врач Вас направил. Лечение табачной зависимости степени никотиновой зависимости нуждается в сопровождении специалиста.
- В ЦЗ Вам дадут направление к медицинскому психологу — отказ от курения, особенно лечение табачной/никотиновой зависимости нуждается в сопровождении психолога тоже.
- Если отказаться от курения вызывает сильный физический и психический запишитесь к медицинскому психологу на дальнейшие визиты.
- Вы можете найти поддержку в мобильном приложении "Не курю!" и в сообществе единомышленников на ТГ канале АНО Национальные приоритеты "Давай бросать"

2. Здоровое питание

Индивидуальные рекомендации по питанию при отказе от курения

Здоровое питание играет важную роль при отказе от курения, помогая снизить тягу к табаку и избежать увеличения массы тела. Именно пища становится основной альтернативой сигарете в период отказа от курения, поэтому выбор продуктов для рациона очень важен.

При отказе от курения в рационе питания следует:

1. Увеличить потребление продуктов с высоким содержанием витамина С для формирования быстрого и адекватного иммунного ответа. Оптимальными источниками являются ягоды (смородина, облепиха, клюква, брусника, вишня, шиповник), кисло-сладкие фрукты (яблоки, слива и др.), цитрусовые (лимон, апельсин, помело), квашенная капуста.
2. Включать в рацион преимущественно растительные продукты для оптимального функционирования микробиоты кишечника:
   - цельные злаки (крупы, ржаной хлеб с семенами)
   - ферментированные продукты (кисломолочные продукты: кефир, йогурт (несладкий/с минимальным добавлением сахара), квас, напиток из чайного гриба, хлеб на закваске (недрожжевой)
   - бобовые (нут, чечевица, фасоль, бобы)
   - овощи, фрукты и ягоды (малина, черника, зеленый горошек, брокколи, бананы, яблоки)
   - орехи без соли и сахара (кедровые и грецкие орехи, фундук, миндаль).
3. Потреблять продукты, источники витамина Е (растительное масло), витамина А (несоленое сливочное масло, сметана 10-15% жирности) и селена (морская рыба, морепродукты, белые грибы, пшеничные отруби и др.). Из-за имеющейся гипоксии клеток при курении необходимо повышение антиоксидантного потенциала организма.
4. Создать оптимальные условия для выведения токсических веществ. Для предупреждения запоров, следует увеличить потребление пищевых волокон до 20-30 г в день. В этом помогут продукты, богатые водорастворимыми пищевыми волокнами (яблоко, банан, сухофрукты, ягоды, темно-зеленые листовые овощи: укроп, петрушка, базилик, шпинат, руккола, кейл и др.). Следует ежедневно потреблять овощи и фрукты в количестве 500-600 г. Много пищевых волокон содержат: ржаной хлеб, овсяная каша, бобовые (фасоль, чечевица, горох и др.), грибы и орехи.
5. Использовать низкокалорийные продукты для перекуса. Отвлечься от курения, занять руки и рот помогут продукты, богатые пищевыми волокнами: ломтики моркови, сладкого перца, огурца, стебля сельдерея, любые ягоды, апельсин, помело.
6. Потреблять больше жидкости — до 2 л в день, учитывая все жидкости. Оптимальными напитками будут: питьевая вода, фруктово-ягодные морсы, все виды чая, но не сладкие напитки.
7. Принимать карбонатные минеральные воды (Боржоми, Ессентуки-17, Нарзан и др.). Никотиновая зависимость сопровождается, как правило, нарушением кислотно-щелочного равновесия в организме в сторону увеличения кислотности. Поэтому включение в рацион минеральных вод будет способствовать нормализации кислотно-щелочного баланса.
8. Избегать потребления соленых и копченых продуктов. Снизить тягу к курению поможет пища без "ярко выраженных вкусов". Рекомендуется исключить из рациона изделия из переработанного мяса (колбасы, сосиски, сардельки, буженина, окорок, паштеты и др.), кондитерские изделия, пикантные закуски (соленые чипсы, сухарики, крендельки), сладкие и энергетические напитки, алкоголь. Не следует досаливать готовую пищу.
9. Использовать щадящие способы приготовления блюд (без жарки): тушение, отваривание, приготовление на пару, запекание в духовке. В приготовлении пищи применять только растительные масла.
10. Не увеличивать массу тела. Соблюдать рацион с большим содержанием круп, овощей, фруктов, салатной зелени и бобовых без жирных, соленых и копченых продуктов.

Универсальные рекомендации по здоровому питанию

Основой рациона здорового питания являются растительные продукты и блюда из них, которые могут быть дополнены небольшим количеством животных продуктов.
• **Ежедневно в рационе должно быть не менее 400 г (5 порций) овощей и фруктов.** Пример: 2 фрукта (яблоко, банан) и 3 овощных блюда (овощной салат, овощной суп и гарнир из тушеных овощей). Чаще включайте в рацион грибы, зелень, ягоды — они содержат большое количество пищевых волокон. Орехи и семена важные источники полезных жиров! Ежедневно добавляйте в свой рацион 30 г (2 столовые ложки), выбирая нежареные, без соли и без сахара.
• **Зерновые продукты** составляют основу рациона. Обязательно не менее 1 блюда в день (пример, каша на завтрак или крупяной гарнир). Предпочтительны цельнозерновые продукты: крупы, хлеб из муки грубого помола с добавлением семян. Следует избегать дрожжевой выпечки и других "пышных" изделий, обладающих высокой калорийностью.

• **Бобовые** являются оптимальными источниками растительного белка и пищевых волокон. Приготовление комбинированных блюд из бобовых и овощей (рагу, салат) с добавлением большого количества салатной зелени (укроп, кинза, петрушка и др.) позволяет снизить метеоризм, иногда возникающий после их потребления.
• **Птица** (курица, индейка, утка), яйца, рыба и морепродукты являются полезными источниками животного белка. Рекомендуется в день потреблять не менее 100-150 г в готовом виде. Рыбу следует потреблять не реже 2-х раз в неделю, включая жирную рыбу (горбуша, сельдь, скумбрия и др.). Птицу следует потреблять без кожи, удаляя ее до момента приготовления блюда.
• **Молочные продукты** — основные источники кальция, рекомендуется ежедневно потреблять 1-2 порции. Предпочтительна продукция с низким содержанием жира: молоко, кефир, йогурт до 2,5% жирности, сыр — до 17,0%, творог — до 5,0%, сметана — 10,0-15,0%. Следует избегать потребления сливок, изделий с добавленным сахаром (творожная масса, сладкие сырки, мусс, крем, молочные ломтики) и ограничить потребление сливочного масла до 20 г/сут. Если потребление молочных продуктов невозможно, то следует проконсультироваться с врачом на предмет ежедневного приема кальций-содержащего препарата.
• **Потребление красного мяса** (говядина, свинина, баранина и др.) ввиду высокого содержания насыщенных жиров целесообразно ограничить до 2-3 раз в неделю (не более 300-350 г/нед.), а субпродуктов (печень, язык) — до 1-2 раз в месяц. Предпочтительно нежирное мясо (без видимого жира): тощая говядина, телятина, кролик. Мясоколбасные изделия (сосиски, сардельки, колбасы, карбонаты и др.) необходимо ограничить до полного исключения из рациона, в них высокое содержание соли и насыщенного жира.
• **Ограничение соли** — не более 5 г/сут. (это 1 ч.л. "без верха"), включая соль, используемую в приготовлении пищи и уже содержащуюся в готовых продуктах (хлебобулочные изделия, молочные продукты, консервированная продукция). Следует исключить потребление продуктов с высоким содержанием соли (колбасные изделия, мясные деликатесы, пикантные закуски), избегать блюд быстрого приготовления (пицца, блюда фаст-фуда), сливать жидкость из консервированных продуктов, а сами продукты промывать водой. Не досаливать уже готовую пищу, а для придания вкусовых оттенков использовать сок лимона, корень имбиря, сельдерея, зелень и специи, а также не использовать соусы промышленного приготовления (майонез, соевый, рыбный и др.).
• **Ограничение потребления добавленного сахара*.** В качестве десерта предпочтительны свежие фрукты, ягоды и изделия из них без сахара. Здоровой альтернативой являются замороженные фрукты и ягоды. Обезжиренные десерты часто содержат большое количество сахара. Следует ограничивать количество добавляемого в еду сахара, меда и не подслащивать напитки. Не потреблять сладкие газированные напитки, в т.ч. и энергетики. * к добавленному сахару относится сахар, используемый в процессе приготовления блюда, изделия или пищевой продукции при производстве, а также содержащийся в меде и сиропе. Сахара, которые содержатся в натуральных сырых продуктах (фрукты, ягоды), к добавленному сахару не относятся.
• **Использование растительных масел в приготовлении пищи.** Оптимально использовать способы приготовления пищи без добавления жира/масел: приготовление на пару, отваривание, запекание, тушение. Растительные масла (подсолнечное, оливковое и др.) полезнее животных жиров, именно они предпочтительны в приготовлении блюд. Следует избегать жареных блюд и блюд, приготовленных во "фритюре" (сладкий хворост, луковые кольца, картофельные чипсы, рыба в "кляре", куриные "наггетсы", пончики, чебуреки, овощи "темпура" и др.), поскольку в процессе жарки образуются транс-жиры, оказывающие выраженное повреждающее действие на организм. Большое количество транс-жиров содержит выпечка из слоеного теста, рассыпчатое печенье и вафли. Не включайте эти продукты в рацион.
• **Потребление достаточного количества жидкости** является важным для здоровья. Лучший напиток — это вода, для придания вкуса можно добавить сок лимона, листья мяты, лаванды или розмарина, ломтики цитрусовых, дольки огурца, фруктов или ягод. Не следует пить в больших количествах крепкий кофе, чай и содержащие кофеин прохладительные/энергетические напитки. Рекомендуется в день — 1,6 л жидкости для женщин и 2,0 л — для мужчин.
• **Оптимальный режим питания** — это три основных приема пищи (завтрак, обед и ужин) с 5-часовым интервалом. Завтрак обязателен. Самое оптимальное блюдо для завтрака — это каша, а самое идеальное — каша из овсяных хлопьев "Геркулес" длительной варки, дополненная ягодами, фруктами, орехами или сухофруктами. Традиционную яичницу или омлет следует дополнить овощным салатом и зеленью, а творог и йогурт — фруктами, ягодами, орехами или сухофруктами. Порция утреннего напитка должна быть больше обычной — не менее 250-300 мл. Для обеда и ужина подойдет порция рыбы (морепродуктов), птицы или отварной говядины с крупяным или овощным гарниром и салат из свежих овощей, заправленный растительным маслом, а на десерт — фрукты или ягоды. Нет обязательного правила: потреблять на обед мясо, а на ужин — рыбу, это ваш выбор. Оптимальный интервал между завтраком и ужином — не более 10-11 ч. Если завтрак в 8:00, то ужин в 18:00-19:00. Традиционный прием чая сопровождайте сухофруктами, сушеными орехами, свежими ягодами и фруктами, а из сладостей выбирайте натуральные изделия без добавленного сахара: смокву, яблочные чипсы или хрустилу. Пастила, зефир и мармелад содержат меньше жира по сравнению с другими сладостями, однако, количество сахара в них высокое.
• **"Правило тарелки здорового питания"** — это распределение групп продуктов во время основных приемов пищи: завтрака, обеда и ужина. ¼ тарелки (25%) — полезные источники животного белка: мясо, птица, рыба, морепродукты, яйца, творог. ¼ тарелки (25%) — зерновые продукты (крупы, макароны из твердых сортов пшеницы, хлеб из муки грубого помола) и/или бобовые ½ тарелки (50%) — овощи и фрукты, из них 30% — приходится на овощи (салат из овощей, суп из овощей или овощное рагу) и 20% — на фрукты и/или ягоды 200-250 мл — напиток.

• **Важно! Исключить из рациона продукты**, которые не доставляют организму никаких питательных веществ, но при этом являются источниками компонентов, "перегружающих" организм и мешающих усвоению нужных веществ. Это продукты глубокой переработки, содержащие высокое количество соли, добавленного сахара, насыщенных и транс-жиров, а еще включающие дополнительные вещества (ароматизаторы, усилители вкуса, разрыхлители, усилители консистенции и др.). Следует ограничить до полного исключения из рациона: алкоголь, колбасные изделия, мясные деликатесы (ветчина, балык, икра, паштеты и др.) и копчености, кондитерские изделия, пикантные соленые закуски (крекеры, сухарики, чипсы и др.), сладкие газированные напитки. Отсутствие этих продуктов в рационе позволит организму оптимально усваивать необходимые питательные вещества.
• Самым доступным контролируемым видом ежедневной двигательной активности является ходьба. **Оптимально выполнять 10 000 шагов в день** под контролем шагомера, что обеспечит расход в 1000 ккал. Используйте любую возможность увеличить физическую активность: подъем по лестнице вместо лифта, удлинение пеших маршрутов, пробуйте коньки, лыжи, танцевальные занятия.
• **Контроль за параметрами тела** (масса тела и окружность талии) целесообразно осуществлять не реже 1 раза в месяц, утром, натощак — до завтрака. Риск развития сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний, а также сахарного диабета резко возрастает, если окружность талии у мужчин превышает 102 см, а у женщин — 88 см.

Индивидуальные рекомендации по здоровому питанию для пациентов с учетом возрастной группы

Рекомендации по рациону здорового питания для лиц 18–49 лет

Рацион питания для лиц репродуктивного возраста должен обеспечивать адекватное потребление 11 микроэлементов, значимых для сохранения репродуктивного здоровья. Это: витамин А, витамин В1, витамин В2, витамин В3, витамин В6, фолиевая кислота (витамин В9), витамин В12, витамин С, кальций, железо и цинк. Для большинства жителей России характерен йододефицит, поэтому потребление йода с пищей также очень важно. Для профилактики дефицита по данным микроэлементам необходимо, чтобы ежедневный рацион питания был максимально разнообразным.

Высокое пищевое разнообразие обеспечивается за счет включения в ежедневный рацион наибольшего количества групп продуктов (ежедневно не менее 7-8 групп из 10 продуктовых групп):

- **крупы** (пшено, греча, овсяная, перловая, ячневая крупы и др.), **картофель**
- **бобовые** (фасоль, горох, нут, чечевица, маш, тофу, хумус и др.)
- **орехи и семена** (кедровые и грецкие орехи, фундук, миндаль и др., семена подсолнечника, кунжута, льна) в количестве 2 столовые ложки ежедневно
- **молоко и молочные продукты** с низким содержанием жира
- **красное мясо** или **птица**, или **рыба**
- **яйца**
- **темно-зеленые листовые овощи** (петрушка, укроп, базилик, сельдерей, шпинат, руккола, тархун, ботва свеклы, кейл)
- **фрукты и овощи, богатые витамином А** (фрукты и овощи преимущественно оранжевого цвета): морковь, тыква желто-оранжевого цвета, сладкий перец, абрикос, хурма, курага, персик, облепиха, слива терн, рябина красная садовая, рябина черноплодная, шиповник, морошка, грибы лисички, лук зеленый — перо)
- другие **овощи** (свекла, все виды капусты, кабачок, огурцы, помидоры и др.)
- другие **фрукты** и **ягоды** (яблоко, банан, слива, все ягоды, груша, виноград и др.).

ВАЖНО! Для профилактики дефицита йода при отсутствии противопоказаний следует использовать йодированную соль в приготовлении пищи, в том числе и при выпечке хлеба и хлебобулочных изделий.

Рекомендации по здоровому питанию для лиц 50–64 лет

Рацион здорового питания способствует профилактике сердечно-сосудистых заболеваний (в том числе артериальной гипертонии), сахарного диабета 2 типа, остеопороза, некоторых видов онкологических заболеваний, а также — предотвращению увеличения массы тела на фоне происходящей гормональной перестройки организма.

В рационе питания следует особое внимание уделить **соблюдению здорового баланса минералов и витаминов**. Для этого необходимо:

- **снизить потребление соли**, как основного источника пищевого натрия. Чем выше содержание соли в рационе, тем выше риск повышения артериального давления. Старайтесь максимально исключить из рациона продукты с большим количеством соли: мясоколбасные изделия, маринованные и консервированные продукты, соленые закуски: соленые овощи (огурцы, помидоры, капуста и др.), соленые орехи, сухарики, крендельки, картофельные чипсы. Не досаливайте уже приготовленное блюдо! Не солите салаты, мясо, птицу и рыбу при готовке — используйте лимонный сок и пряные травы для вкуса.
- **увеличить потребление калия** и продуктов, которые им богаты. Оптимальными источниками калия в рационе являются: сухофрукты, печеный картофель, бананы, орехи, семена подсолнечника, крупы.

- **увеличить потребление магния** и его пищевых источников. Целесообразно включить в рацион: орехи, семена тыквы и подсолнечника, пшеничные отруби (хлеб с отрубями).
- **включать** в рацион молочные продукты, как основные **источники кальция** для здоровья костной системы, отдавая предпочтение молочным продуктам с низким содержанием жира.
- **увеличить потребление пищевых волокон.** Много пищевых волокон содержится в темно-зеленой листовой зелени (петрушка, укроп, сельдерей, базилик, тархун, шпинат, руккола и др.), ягодах, апельсине, помело, сливе, яблоке, крупах, ржаном хлебе, корнеплодах (морковь, свекла) и тыкве.
- **снизить содержание сахара в рационе.** Ограничьте потребление кондитерских изделий и других сладостей. Исключите сладкие напитки, особенно газированные. Это необходимо чтобы снизить риск набора массы тела и развития сахарного диабета.
- Старайтесь соблюдать режим питания, не пропускайте завтрак, а ужинайте не позднее чем за 3-4 часа до отхода ко сну.

Рекомендации по здоровому питанию для лиц 65 лет и старше

Рацион здорового питания способствует профилактике сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний, сахарного диабета, укреплению костной ткани и улучшению состава микробиоты кишечника.

Очень важно достаточное потребление жидкости, минералов, витаминов и пищевых волокон для обеспечения необходимых процессов в организме.

✓ Рекомендуется ограничить потребление красного мяса и особенно переработанного красного мяса (мясоколбасные изделия, мясные деликатесы, паштеты). Следует формировать рацион преимущественно из растительных продуктов, дополняя его небольшим количеством продуктов животного происхождения. Однако, пищевые источники белка в рационе очень важны для профилактики снижения силы и объема мышечной ткани. Основными источниками белка являются: птица, рыба, морепродукты, яйца, творог, сыр, бобовые и крупы. Бобовые целесообразно готовить с добавлением корнеплодов (морковь, корень сельдерея), тыквы и большого количества зелени (укроп, петрушка, листовой сельдерей, базилик, шпинат, ботва свеклы и др.).

✓ Важно потреблять **продукты с высоким содержанием пищевых волокон**, для обеспечения здоровья микробиоты кишечника. Здоровым выбором являются каши и крупяные гарниры, ржаной хлеб с добавлением семян, ягоды в любом виде (свежие, сушеные, замороженные), орехи, фрукты (яблоко, банан, слива, груша и др.), сухофрукты, грибы, темно-зеленые листовые овощи (укроп, петрушка, шпинат, сельдерей, базилик, руккола, кейл и др.).

✓ Для поддержания здоровья костей и профилактики переломов необходимо включать в ежедневный рацион **пищевые источники кальция**, оптимально — 2 порции молочных продуктов (пример: каша на молоке; творог с добавлением зелени/ягод/огурца/фруктов; молочный суп, салат с заправкой из йогурта, сырники, творожная запеканка и др.). Выбирать следует молочные продукты низкой жирности, а именно: молоко, кефир, йогурт до 2,5% жирности, сыр — до 17,0%, творог — до 5,0%, сметана — 10,0-15,0%. Следует избегать потребления сливок, изделий с добавленным сахаром (творожная масса, сладкие сырки, мусс, крем, молочные ломтики) и ограничить потребление сливочного масла до 20 г/сут. Если потребление молочных продуктов невозможно, то следует проконсультироваться с врачом на предмет ежедневного приема кальцийсодержащего препарата.

✓ С целью профилактики сердечно-сосудистых заболеваний в ежедневном рационе должны обязательно присутствовать пищевые **источники калия** (курага, изюм, финики, печеный картофель, бананы, орехи, семена подсолнечника, крупы) **и магния** (орехи, семена тыквы и подсолнечника, пшеничные отруби, хлеб с отрубями).

✓ Следует внимательно отнестись и **снизить потребление соли**, для профилактики повышения артериального давления. Оптимально убрать из рациона соленые продукты, а овощи, птицу, рыбу, морепродукты готовить без добавления соли, используя сок лимона и пряные травы.

✓ Необходимо **снизить потребление** добавленного **сахара**, а по возможности — максимально исключить из рациона. В качестве десерта выбирать фрукты, орехи, сухофрукты, ягоды в том числе замороженные и сушеные, орехи.

✓ В приоритете — домашние блюда. Стараться **использовать** в готовке блюд только **растительные масла и щадящие способы приготовления** (на пару, запекание, тушение, припускание, отваривание).

3. Физическая активность (ФА)

Индивидуальные рекомендации в зависимости от уровня ФА:

Вариант 1: Оптимальная ФА

— Ходьба: не менее 30 мин ежедневно, регулярные занятия (не менее 2-3 раз в неделю)

— Индекс массы тела (ИМТ): 18,5-24,9 кг/м^2 (нормальная масса тела)

— Жировая масса: нормальная или пониженная по данным биоимпедансного анализа (при возможности проведения)

— Мышечная масса: нормальная или повышенная по данным биоимпедансного анализа (при возможности проведения)

Индивидуальные рекомендации:

Цель: Поддержание и совершенствование текущего уровня ФА.

1. Разнообразие тренировок.

• Аэробные нагрузки: 150-300 мин умеренной или 75-150 мин высокой интенсивности в неделю (3-4 раза в неделю), виды: бег, плавание, велосипед, танцы. Кардиотренировки улучшают сердечно-сосудистую систему и повышают выносливость.

• Силовые тренировки: 2-3 раза в неделю — проработка всех групп мышц, прогрессивное увеличение нагрузки, использование отягощений, собственного веса. Тренировки помогут укрепить мышечный корсет и улучшить общую физическую форму.

• Нейромоторная активность: 1-2 раза в неделю йога, пилатес, упражнения на баланс и координацию, стретчинг. Занятия помогают улучшить гибкость, баланс и осанку, а также способствуют расслаблению и восстановлению.

• Выходные — активный отдых: занимайтесь велосипедными прогулками, танцами или походами. Это не только поддерживает физическую форму, но и позволяет наслаждаться природой и поддерживать социальные связи.

2. Усложнение тренировок.

• Увеличивайте интенсивность на 10-15% каждые 2 мес.: постепенное увеличение нагрузки поможет избежать плато и продолжать прогрессировать. Например, если вы бегаете 30 мин, попробуйте увеличить время или добавить интервалы с более высокой интенсивностью.

• Добавьте интервальные тренировки: чередуйте периоды высокой и низкой интенсивности. Это улучшает выносливость и повышает эффективность тренировок.

• Осваивайте новые техники и направления фитнеса: пробуйте новые стили тренировок, функциональный тренинг, круговые тренировки, игровые виды спорта или боевые искусства. Это поможет поддерживать интерес к занятиям и предотвратить монотонность.

3. Восстановление.

• Техники релаксации: практикуйте медитацию, йогу или глубокое дыхание, чтобы снизить стресс и улучшить психическое здоровье.

• Чередование нагрузок (силовые, кардио): давайте организму время на восстановление между интенсивными занятиями, это помогает избежать перетренированности и предотвратить травмы.

4. Мониторинг.

• Фитнес-гаджеты и мобильные приложения: для контроля целевых значений пульса и интенсивности нагрузки используйте фитнес-браслеты или нагрудные датчики. Мобильные приложения, учитывающие ФА, помогают отслеживать прогресс в тренировках и фиксировать динамику основных показателей.

Вариант 2: Удовлетворительная ФА

— Ходьба: 20-30 мин ежедневно, нерегулярные занятия (1-2 раза в неделю)

— ИМТ: 25-29,9 кг/м^2 (избыточная масса тела)

— Жировая масса: незначительно повышена по данным биоимпедансного анализа (при возможности проведения)

— Мышечная масса: незначительно снижена по данным биоимпедансного анализа (при возможности проведения)

Индивидуальные рекомендации:

Цель: Увеличение регулярности и сбалансированности ФА.

1. Добавление недостающих видов ФА (силовые, аэробные, на гибкость) — разнообразие и чередование разного вида тренировок поможет избежать монотонности и повысит пользу от ФА:

• Аэробные нагрузки умеренной интенсивности 2-3 раза в неделю по 40-60 мин (150-300 мин в неделю): включите в свой график занятия, которые повышают частоту сердечных сокращений, такие как

ходьба, плавание или езда на велосипеде. Следите за тем, чтобы ваш пульс находился в комфортной зоне, которая составляет 65-75% от максимального значения (максимальный пульс = 220 — ваш возраст).

• Добавление силовых тренировок 2 раза в неделю по 40-50 мин: помогут укрепить мышцы и повысить общую физическую форму. Упражнения с собственным весом: начните с упражнений, которые не требуют дополнительных весов, таких как приседания, отжимания и планки. Легкие отягощения: постепенно вводите легкие гантели или резиновые ленты для дополнительной нагрузки.

• Нейромоторная активность: 1-2 раза в неделю йога, пилатес, упражнения на баланс и координацию, стретчинг. Занятия помогают улучшить гибкость, баланс и осанку, а также способствуют расслаблению и восстановлению.

2. Увеличение частоты и продолжительности ФА.

• Постепенно увеличивайте нагрузки, чтобы избежать травм и перегрузок: увеличивайте длительность занятий на 5-10 мин еженедельно или повышайте нагрузки на 20% в месяц, увеличивая время и интенсивность занятий постепенно.

• Регулярность: старайтесь заниматься ФА регулярно, чтобы закрепить привычку и увидеть результаты: начните с 30-минутных прогулок 3 раза в неделю или добавьте 1-2 силовые тренировки в тренажерном зале или в домашних условиях.

3. Восстановление.

• Полноценный сон: обеспечивайте себе достаточный отдых и качество сна для восстановления мышц, улучшения самочувствия и продуктивности.

• Упражнения для улучшения гибкости в суставах и расслабления мышц выполняйте регулярно, чтобы предотвратить травмы и улучшить состояние опорно-двигательного аппарата.

4. Мотивационные техники.

• Используйте фитнес-трекеры, которые помогают отслеживать прогресс и стимулируют для достижения новых целей для увеличения ФА (фитнес-браслеты, нагрудные датчики, мобильные фитнес-приложения). Они позволяют оценивать количество шагов, пройденную дистанцию, частоту сердечных сокращений и другие показатели.

• Занимайтесь с напарником или тренером — это создает чувство ответственности перед другим человеком и делает тренировки более приятными. Тренер может поддерживать и поощрять Вас на пути к достижению целей, а также делиться опытом и советами.

• Ведите дневник ФА — это эффективный способ отслеживать прогресс и корректировать план тренировок. В дневнике можно записывать количество пройденных шагов, тип и интенсивность упражнений, количество выполненных повторений, а также любые заметки о самочувствии. Это помогает анализировать эффективность тренировок и планировать будущие занятия более результативно.

• Ставьте конкретные цели — реалистичные и достижимые, такие как пройти 10 000 шагов в день или выполнить определенное количество упражнений. Конкретные цели помогают видеть прогресс и мотивируют к дальнейшим достижениям.

5. Мониторинг.

• Фитнес-гаджеты и мобильные приложения: для контроля целевых значений пульса и интенсивности нагрузки используйте фитнес-браслеты или нагрудные датчики. Мобильные приложения, учитывающие ФА, помогают отслеживать прогресс в тренировках и фиксировать динамику основных показателей.

Вариант 3: Недостаточная ФА

— Ходьба: менее 20 мин ежедневно, эпизодические занятия (<1 раза в неделю) или их отсутствие
— ИМТ: 30-34,9 кг/м^2 (ожирение I степени)
— Жировая масса: умеренно повышена по данным биоимпедансного анализа
— Мышечная масса: умеренно снижена по данным биоимпедансного анализа

Индивидуальные рекомендации:

Цель: Формирование устойчивой привычки к регулярным тренировкам.

1. Подготовительный этап.

• Психологическая мотивация: акцентировать внимание на понимании важности ФА для здоровья и определить внутреннюю мотивацию к занятиям.

• Подробно и тщательно оценить текущее состояние здоровья и разобрать возможные сомнения, возражения к регулярным нагрузкам.

• Разобрать ограничения и противопоказания (при наличии) к тренировкам и нагрузкам, с учетом прошлого опыта занятий и состояния здоровья.

2. Выбор варианта оптимальной ФА.

• На начальном этапе выбирать более доступные и безопасные виды нагрузок, которые приносят позитивные эмоции: ходьба 20-30 мин 3-4 раза в неделю, домашняя гимнастика 15-20 мин ежедневно, йога/пилатес, скандинавская ходьба, плавание, групповые фитнес-программы для начинающих, танцевальные занятия, велопрогулки, беговая дорожка или велотренажер в фитнес клубе.

• Добавляйте дыхательные упражнения: практикуйте техники глубокого дыхания, чтобы снизить стресс и улучшить настроение.

• Следите за пульсом, чтобы он находился как минимум в зоне низкой интенсивности 50-65% от максимального значения (максимальный пульс = 220 — ваш возраст).

• В течение 1-2 мес. адаптируйтесь к нагрузке и затем постепенно ее увеличивайте.

3. Регулярность ФА и закрепление привычки.

• Поддерживайте регулярность занятий — минимум 2 раза в неделю по 60-90 мин или 5 раз в неделю по 30 мин (цель: 150 мин в неделю умеренных физических нагрузок).

• Акцентируйте внимание на позитивных изменениях: регулярная ходьба, бег, плавание, езда на велосипеде улучшают состояние сердечно-сосудистой системы и повышают выносливость, простые гимнастические упражнения помогают развить гибкость и координацию, йога или пилатес улучшают гибкость и предотвращают травмы, групповые занятия поддерживают мотивацию и улучшают социальные связи.

• В течение последующих 3-4 мес. продолжайте следить за пульсом — используйте фитнес-трекеры (умные часы, нагрудные датчики). Постепенно увеличивайте интенсивность занятий: цель — пульс 65-75% от максимального значения (максимальный пульс = 220 — ваш возраст).

3. Восстановление.

• Полноценный сон: обеспечивайте себе достаточный отдых и качество сна для восстановления мышц, улучшения самочувствия и продуктивности.

• Упражнения для улучшения гибкости в суставах и расслабления мышц выполняйте регулярно, чтобы предотвратить травмы и улучшить состояние опорно-двигательного аппарата.

4. Психологическая поддержка.

• Выбирайте групповые занятия — они помогают поддерживать мотивацию и социализироваться.

• Занимайтесь с персональным тренером — выбор нагрузки с личным тренером повышает мотивацию, уменьшает риски и помогает ставить и поддерживать цели тренировочного процесса.

• Поддержка близких (родные, друзья, коллеги): окружите себя людьми, которые поддерживают ваши усилия и помогают оставаться мотивированным.

• Дневник тренировок: ведите дневник, чтобы отслеживать прогресс, отмечать достижения, поддерживать позитивный настрой.

5. Мониторинг и контроль.

• Постепенное внедрение регулярной ФА под контролем специалиста с учетом динамики всех параметров (самочувствие, частота сердечных сокращений, ИМТ, состав тела).

• Обсудить ограничения или противопоказания к определенному виду нагрузок (при наличии): избегать резких и интенсивных нагрузок, чтобы предотвратить травмы, не игнорировать сигналы усталости или дискомфорта (боли в суставах, перепады артериального давления, необычная одышка и др.), корректировать программу тренировок по мере необходимости.

Вариант 4: Критически низкая ФА

— Ходьба: <10 мин ежедневно или отсутствие регулярной ходьбы, полное отсутствие организованной и регулярной ФА

— ИМТ: ≥35 кг/м^2 (ожирение II-III степени)

— Жировая масса: значительно повышена по данным биоимпедансного анализа

— Мышечная масса: значительно снижена по данным биоимпедансного анализа

Индивидуальные рекомендации:

Цель: Мониторинг состояния и постепенное восстановление ФА.

1. Особенности наблюдения.

• Тщательный разбор и обсуждение всех показателей обследования и анкетных данных для комплексной оценки состояния здоровья и выбора рекомендаций по ФА.

• Начало с минимальных нагрузок: выбирать безопасные, простые легкие виды ФА с учетом состояния здоровья, прошлого опыта занятий и образа жизни пациента

• Постепенность нагрузок: начинать с низкоинтенсивных нагрузок, постепенно увеличивая до умеренной ФА, избегать резких увеличений интенсивности, чтобы предотвратить травмы.

2. Начальный этап ФА.

• Минимальная нагрузка: постепенное введение минимальных физических нагрузок для адаптации организма (минимальное время — 10 мин).

— дозированная ходьба: постепенное увеличение времени и интенсивности ходьбы (начало с 10 мин 2-3 раза в неделю, постепенно увеличивать до 30 мин 2-3 раза в неделю).

— дыхательная гимнастика: упражнения для улучшения функции легких и общего самочувствия.

— лечебная физкультура: простые гимнастические упражнения для адаптации к нагрузкам (гимнастика в домашних условиях, плавание, йога для начинающих).

• На начальном этапе выбирать более доступные и безопасные виды нагрузок, которые приносят позитивные эмоции.

• Следите за пульсом, чтобы он находился как минимум в зоне низкой интенсивности 50-65% от максимального значения (максимальный пульс = 220 — ваш возраст).

• В течение 3-4 мес. адаптируйтесь к нагрузке и затем постепенно ее увеличивайте.

3. Расширение ФА.

• Индивидуальные занятия с инструктором по лечебной физкультуре или тренером: персональные тренировки для более эффективного восстановления.

• Кардионагрузки 2-3 раза в неделю по 20-30 мин: ходьба, плавание, велотренажер, скандинавская ходьба, танцы для начинающих, беговая дорожка в фитнес-клубе.

• Силовые нагрузки: 2 раза в неделю по 30-40 мин: упражнения с собственным весом: (приседания, отжимания), легкие отягощения (бутылки с водой, гантели по 1-2 кг или резиновые фитнес-ленты для дополнительной нагрузки).

• Нейромоторная активность: 1-2 раза в неделю по 30-50 мин йога, пилатес, упражнения на баланс и координацию, стретчинг, тренировки для улучшения подвижности суставов и позвоночника (особенно важно в возрасте 65 лет и старше).

• Постепенно в течение последующих 2-3 мес. расширяйте интенсивность до умеренной: чтобы ваш пульс находился в комфортной зоне, которая составляет 65-75% от максимального значения (максимальный пульс = 220 — ваш возраст).

4. Восстановление.

• Полноценный сон: обеспечивайте себе достаточный отдых и качество сна для восстановления мышц, улучшения самочувствия и продуктивности.

• Упражнения для улучшения гибкости в суставах и расслабления мышц выполняйте регулярно, чтобы предотвратить травмы и улучшить состояние опорно-двигательного аппарата.

5. Психологическая поддержка.

• Индивидуальная терапия: работа с психологом для преодоления эмоциональных барьеров.

• Группы поддержки: участие в группах для обмена опытом и поддержки.

• Мотивационное консультирование: помощь в постановке и достижении целей.

• Работа с установками: корректировка негативных установок и развитие позитивного мышления.

• Стресс: минимизируйте стрессовые ситуации, которые могут негативно повлиять на процесс адаптации к новой ФА.

6. Мониторинг состояния.

• Фитнес-гаджеты и мобильные приложения: для контроля целевых значений пульса и интенсивности нагрузки используйте фитнес-браслеты или нагрудные датчики. Подробно разобрать правила использования гаджетов, задать конкретные цели на ближайшее время до следующей консультации.

• Оценка физической формы и психологического состояния регулярно — желательно ежемесячно: позволяет отслеживать прогресс и корректировать тренировочный план (анализ самочувствия и реакции на нагрузки, тесты на выносливость, силовые показатели и гибкость, контроль веса и анализ состава тела).

Литература

1 Драпкина О.М., Дроздова Л.Ю., Концевая А.В., Иванова Е.С., Калинина А.М., Бунова А.С., Гамбарян М.Г., Елиашевич С.О., Карамнова Н.С., Раковская Ю.С., Бернс С.А., Куликова М.С., Метельская В.А. Оказание медицинской помощи пациентам с факторами риска развития хронических неинфекционных заболеваний в центрах здоровья для взрослых. Методические рекомендации. М.: РОПНИЗ, ООО "СИЛИЦЕЯ-ПОЛИГРАФ" 2025 г. 164 с. ISBN: 978-5-6053845-8-8. doi: 10.15829/ ROPNIZ-d108-2025. EDN: HKMNQW.

Драпкина Оксана Михайловна (Oxana M. Drapkina) — д.м.н., профессор, академик РАН, директор, зав. кафедрой терапии и профилактической медицины, ФГБОУ ВО "Российский университет медицины" Минздрава России, ORCID: 0000-0002-4453-8430;

Дроздова Любовь Юрьевна (Lyubov Yu. Drozdova) — к.м.н., доцент, руководитель отдела стратегического планирования и внедрения профилактических технологий, доцент кафедры терапии и профилактической медицины, ФГБОУ ВО "Российский университет медицины" Минздрава России, ORCID: 0000-0002-4529-3308;

Егоров Вадим Анатольевич (Vadim A. Egorov) — к.м.н., в.н.с. отдела стратегического планирования и внедрения профилактических технологий, доцент кафедры терапии, общей врачебной практики с курсом гастроэнтерологии, ФГБОУ ВО "Российский университет медицины" Минздрава России, ORCID: 0000-0001-8627-6160;

Иванова Екатерина Сергеевна (Ekaterina S. Ivanova) — к.м.н., руководитель отдела координации профилактики и укрепления общественного здоровья в регионах и Федерального Центра здоровья, ORCID: 0000-0001-5379-7170;

Калинина Анна Михайловна (Anna M. Kalinina) — д.м.н., профессор, руководитель отдела профилактики неинфекционных заболеваний в первичном звене здравоохранения, ORCID: 0000-0003-2458-3629;

Раковская Юлия Сергеевна (Yulia S. Rakovskaya) — н.с. отдела стратегического планирования и внедрения профилактических технологий, преподаватель кафедры терапии, общей врачебной практики с курсом гастроэнтерологии, ФГБОУ ВО "Российский университет медицины" Минздрава России, ORCID: 0000-0001-5620-7770;

Концевая Анна Васильевна (Anna V. Kontsevaya) — д.м.н., профессор, зам. директора по научной и аналитической работе, зав. кафедрой общественного здоровья и организации здравоохранения, ФГБОУ ВО "Российский университет медицины" Минздрава России, ORCID: 0000-0003-2062-1536;

Гамбарян Маринэ Генриевна (Marine G. Gambarian) — д.м.н., руководитель центра профилактики и контроля потребления табака, доцент кафедры общественного здоровья и организации здравоохранения ФГБОУ ВО "Российский университет медицины" Минздрава России, ORCID: 0000-0002-4453-8430.

Адреса организаций авторов: ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины" Минздрава России, Петроверигский пер., д. 10, стр. 3, Москва, 101990, Россия; ФГБОУ ВО "Российский университет медицины" Минздрава России, ул. Долгоруковская, д. 4. Москва, 127006, Россия.

Addresses of the authors' institutions: National Medical Research Center for Therapy and Preventive Medicine of the Ministry of Health of the Russian Federation, Petroverigsky Lane, 10, bld. 3, Moscow, 101990, Russia; Russian University of Medicine, Dolgorukovskaya str., 4, Moscow, 127006, Russia.

Первичная медико-санитарная помощь. 2025;2(4):231-259.
doi: 10.15829/3034-4123-2025-103
ISSN 3034-4123 (Print)
ISSN 3034-4565 (Online)

Первичная медико-санитарная помощь
Primary Health Care (Russian Federation)

Стандартная операционная процедура (СОП) по ведению пациентов с факторами риска — избыточная масса тела, ожирение 1-2 степени в центрах здоровья

Драпкина О. М.,
Дроздова Л. Ю.,
Егоров В. А.,
Иванова Е. С.,
Калинина А. М.,
Раковская Ю. С.*,
Концевая А. В.,
Елиашевич С. О.

ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины" Минздрава России, Москва, Российская Федерация

*Corresponding author
(Автор, ответственный за переписку):
preventionnmictpm@yandex.ru

Поступила: 25.11.2025
Принята: 28.11.2025

CC BY 4.0

В документе изложена стандартная операционная процедура (СОП) по ведению пациентов с комбинацией факторами риска — избыточная масса тела, ожирение 1-2 степени в центрах здоровья для взрослых. Пособие содержит пошаговые инструкции по организации приема пациентов в центрах здоровья для взрослых, описывающие инструменты и методы оценки фактора риска у пациентов, перечни инструментальных обследований и рассчитываемых показателей, алгоритмы индивидуального углубленного профилактического консультирования по выявленным факторам риска, а также формирования индивидуальных программ по ведению здорового образа жизни и программы здорового питания, подходы к осуществлению диспансерного наблюдения.

Методическое пособие представлено с целью организации работы в центрах здоровья для взрослых на основе эталонных процессов эффективной индивидуальной профилактики, формирования персонализированного маршрута пациента по коррекции факторов риска, что позволит внести вклад в увеличение эффективности профилактических мероприятий, а также доли граждан, ведущих здоровый образ жизни. Документ предназначен для врачей, фельдшеров и медсестер.

Ключевые слова: стандартная операционная процедура, факторы риска, избыточная масса тела, ожирение, центры здоровья.

Отношения и деятельность: нет.

Рецензент:
Мальшин Ю. А. — зам. главного врача по медицинской профилактике ГБУЗ "Самарский областной центр общественного здоровья и медицинской профилактики", главный внештатный специалист по медицинской профилактике Министерства здравоохранения Самарской области (Самара, Россия).

Утверждено на заседании Ученого совета ФГБУ "НМИЦ ТПМ" Минздрава России (протокол № 9 от 25 ноября 2025 г.).

Для цитирования: Драпкина О. М., Дроздова Л. Ю., Егоров В. А., Иванова Е. С., Калинина А. М., Раковская Ю. С., Концевая А. В., Елиашевич С. О. Стандартная операционная процедура (СОП) по ведению пациентов с факторами риска — избыточная масса тела, ожирение 1-2 степени в центрах здоровья. *Первичная медико-санитарная помощь.* 2025;2(4):231-259. doi: 10.15829/3034-4123-2025-103. EDN: BVZGPK

Primary Health Care (Russian Federation). 2025;2(4):231-259.
doi: 10.15829/3034-4123-2025-103
ISSN 3034-4123 (Print)
ISSN 3034-4565 (Online)

Первичная медико-санитарная помощь
Primary Health Care (Russian Federation)

Standard operating procedure (SOP) for the management of patients with risk factors of overweight and class 1-2 obesity in health centers

This document outlines a standard operating procedure (SOP) for the management of patients with a combination of risk factors of overweight and class 1-2 obesity in adult health centers. The manual contains step-by-step instructions for managing patient appointments at adult health centers, describing tools and methods for assessing patient risk factors, lists of paraclinical investigations and estimated indicators. It also describes algorithms for individualized in-depth preventive counseling on identified risk factors, as well as the development of individualized healthy lifestyle and dietary programs, and approaches to follow-up monitoring.
This methodological manual is designed to manage workflow in adult health centers based on benchmark processes for effective individualized prevention, and to develop a personalized patient pathway for risk factor modification. This will contribute to increasing the effectiveness of preventive measures and the proportion of persons with a healthy lifestyle. The document is intended for physicians, paramedics, and nurses.

Keywords: standard operating procedure, risk factors, overweight, obesity, health centers.

Relationships and Activities: none.

For citation: Drapkina O. M., Drozdova L. Yu., Egorov V. A., Ivanova E. S., Kalinina A. M., Rakovskaya Yu. S., Kontsevaya A. V., Eliashevich S. O. Standard operating procedure (SOP) for the management of patients with risk factors of overweight and class 1-2 obesity in health centers. *Primary Health Care (Russian Federation).* 2025;2(4):231-259. doi: 10.15829/3034-4123-2025-103. EDN: BVZGPK

Drapkina O. M.,
Drozdova L. Yu.,
Egorov V. A.,
Ivanova E. S.,
Kalinina A. M.,
Rakovskaya Yu. S.*,
Kontsevaya A. V.,
Eliashevich S. O.

National Medical Research Center for Therapy and Preventive Medicine, Moscow, Russian Federation

*Corresponding author:
preventionnmictpm@yandex.ru

Received: 25.11.2025
Accepted: 28.11.2025

По результатам проведенной диспансеризации/профилактического медицинского осмотра пациент направляется в центр здоровья для взрослых для проведения углубленного профилактического консультирования и, в дальнейшем, формирования программы по ведению здорового образа жизни, программы здорового питания, диспансерного наблюдения при наличии отдельных факторов риска:

- избыточная масса тела;
- ожирение 1-2 ст.;
- курение табака;
- риск пагубного потребления алкоголя.

А также при наличии комбинации 2-х факторов риска хронических неинфекционных заболеваний: низкой физической активности и нерационального питания или комбинации нескольких вышеназванных отдельных факторов риска.

Гражданин может самостоятельно обратиться в центры здоровья для взрослых, в таком случае, в первую очередь, необходимо попросить пациента заполнить анкету для выявления факторов риска хронических неинфекционных заболеваний[1].

Всем пациентам возрастной группы 55-85 лет выполняется МоСА-ТЕСТ (Монреальская шкала оценки когнитивных функций), позволяющий быстро определить снижение когнитивных способностей и ранние признаки деменции, включая способность понимать, рассуждать и запоминать, и выявить такие состояния, как болезнь Паркинсона, опухоли головного мозга, злоупотребление психоактивными веществами и травмы головы[1].

[1] Драпкина О.М., Дроздова Л.Ю., Концевая А.В. и др. Оказание медицинской помощи пациентам с факторами риска развития хронических неинфекционных заболеваний в центрах здоровья для взрослых. Методические рекомендации. М.: РОПНИЗ, ООО "СИЛИЦЕЯ-ПОЛИГРАФ" 2025 г. 164 с. ISBN: 978-5-6053845-8-8. doi: 10.15829/ ROPNIZ-d108-2025. EDN: HKMNQW.

Оценка факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний

№ п/п	Код по МКБ-10	Наименование по МКБ-10	Наименование фактора риска	Перечень обследований	Расчетный показатель
1.	Z72.0	Употребление табака	Потребление табака и иной никотин-содержащей продукции	— Опрос (анкетирование): 1. Адаптированный тест Фагестрема; 2.Оценка индивидуальных привычек питания; 3. Оценка физической активности; 4. Монреальская шкала оценки когнитивных функций (МоСА-ТЕСТ) (для пациентов 55-85 лет). — Антропометрия (рост, масса тела, ОТ, ОБ); — Спирометрия (исследование функции внешнего дыхания); — Определение концентрации монооксида углерода в выдыхаемом воздухе (при помощи смокелайзера)	— ИМТ; — Биологический возраст; — Индекс курения – индекс пачка/лет
2.	R63.5	Аномальная прибавка массы тела	Избыточная масса тела	— Опрос (анкетирование): 1. Оценка индивидуальных привычек питания; 2. Оценка физической активности; 3. Монреальская шкала оценки когнитивных функций (МоСА-ТЕСТ) (для пациентов 55-85 лет). — Антропометрия (рост, масса тела, ОТ, ОБ); — Биоимпедансометрия (анализа внутренних сред организма)	— ИМТ; — Биологический возраст; — Суточная энерго-емкость пищевого рациона
3.	E66	Ожирение	Ожирение 1-2 ст.	— Опрос (анкетирование): 1. Оценка индивидуальных привычек питания; 2. Оценка физической активности; 3. Монреальская шкала оценки когнитивных функций (МоСА-ТЕСТ) (для пациентов 55-85 лет). — Антропометрия (рост, масса тела, ОТ, ОБ); — Биоимпедансометрия (анализа внутренних сред организма)	— ИМТ; — Биологический возраст; — Суточная энерго-емкость пищевого рациона
4.	Z72.1	Употребление алкоголя	Риск пагубного потребления алкоголя	— Опрос (анкетирование): 1. Тест RUS-AUDIT-S; 2. Оценка индивидуальных привычек питания; 3. Оценка физической активности; 4. Монреальская шкала оценки когнитивных функций (МоСА-ТЕСТ) (для пациентов 55-85 лет). — Антропометрия (рост, масса тела, ОТ, ОБ)	— ИМТ; — Биологический возраст

№ п/п	Код по МКБ-10	Наименование по МКБ-10	Наименование фактора риска	Перечень обследований	Расчетный показатель
5.	Z72.4	Неприемлемый пищевой рацион и вредные привычки в приеме пищи	Нерацио-нальное питание	— Опрос (анкетирование): 1. Оценка индивидуальных привычек питания; 2. Оценка физической активности; 3. Оценка риска занятий интенсивной физической активностью; 4. Монреальская шкала оценки когнитивных функций (МоСА-ТЕСТ) (для пациентов 55-85 лет). — Антропометрия (рост, масса тела, ОТ, ОБ); — Биоимпедансометрия (анализа внутренних сред организма)	— ИМТ; — Биологический возраст
6.	Z72.3	Недостаток ФА	Низкая ФА		

Сокращения: ИМТ — индекс массы тела, МКБ-10 — Международная классификация болезней, 10 издание, ОБ — окружность бедер, ОТ — окружность талии, ФА — физическая активность.

Стандартная операционная процедура (СОП) действий медицинских работников центра здоровья для взрослых при обращении пациента с факторами риска — избыточная масса тела, ожирение 1–2 ст.

Шаг	Действия	Возможные исполнители
1. Подготовка к приему в центре здоровья для взрослых.		
1.1.	Получить информированное добровольное согласие пациента на проведение обследования.	Специалист без медицинского образования
1.2.	Уточнить возраст пациента, если пациент возрастной группы 55-85 лет, то поставить отметку о необходимости выполнить МоСА-ТЕСТ (Монреальская шкала оценки когнитивных функций).	
1.3.	Уточнить направлен ли пациент по результатам проведенной диспансеризации/ профилактического медицинского осмотра. Ответ: нет → п. 1.4, да → 1.5	
1.4.	Выдать пациенту для заполнения анкету для выявления факторов риска хронических неинфекционных заболеваний1.	
1.5.	Выдать вопросник оценки индивидуальных привычек питания.	
1.6.	Выдать вопросник оценки физической активности пациента.	
2. Прием в доврачебном кабинете.		
2.1.	Измерить рост и массу тела пациента.	Медицинская сестра
2.2.	Измерить окружность талии и бедер.	
2.3.	Рассчитать индекс массы тела.	
2.4.	Рассчитать биологический возраст.	
2.5.	Рассчитать суточную энергоемкость пищевого рациона.	
2.6.	Провести процедуру биоимпедансометрии.	
2.7.	Рассчитать целевое снижение жировой массы тела и ближайшую цель в достижении результата — минус 5-10% от исходной массы тела.	
2.8.	Рассчитать рекомендуемую нижнюю границу нормы количества скелетно-мышечной массы.	
2.9.	Рассчитать прогноз скорости процесса снижения массы тела.	
2.10.	Заполнить вопросник по Монреальской шкале (МоСА-ТЕСТ) и оценить когнитивные функции у пациентов 55-85 лет.	
2.11.	Внести в медицинскую документацию основные параметры.	
3. Прием врача центра здоровья для взрослых.		
3.1.	Оценить рассчитанную суточную энергоемкость пищевого рациона.	Врач/фельдшер
3.2.	Информировать пациента о выявленном фенотипе повышенной массы тела, объяснив его значение, обсудить с пациентом результаты анкетирования и обследования, дать пояснение в ответах на вопросы пациента.	
3.3.	Оценить приверженность пациента к модификации негативных поведенческих привычек	
3.4.	Дать аргументированные советы и рекомендации по модификации негативных поведенческих привычек.	
3.5.	Сформировать индивидуальную программу здорового питания.	
3.6.	Сформировать индивидуальную программу по ведению ЗОЖ.	
3.7.	Сформировать рекомендации по оздоровлению рациона питания.	
3.8.	Составить (разработать) индивидуальный план ФА.	
3.9.	Рассмотреть назначение медикаментозной терапии.	
3.10.	Уточнить, насколько пациент понял советы по ЗОЖ и рекомендации по питанию.	
3.11.	Выдать информационные материалы.	

Сокращения: ЗОЖ — здоровый образ жизни, ФА — физическая активность.

Приложение 1. Образцы вопросников, выдаваемых пациенту для заполнения.

1. Вопросник оценки индивидуальных привычек питания.

Как часто Вы потребляете следующие продукты?		Не потребляю/ редко	1-2 раза в месяц	1-2 раза в неделю	3-5 раз в неделю	Ежедневно/ почти ежедневно
1	**Мясо красное** (говядина, баранина, свинина и др.), консервы мясные					
2	**Птица** (индейка, курица, утка и др.)					
3	**Рыба**, в том числе **суп, котлеты, консервы и морепродукты** (креветки, кальмары и др.)					
4	**Яйца**					
5	**Колбасы, сосиски, субпродукты, буженина**					
6	**Молоко, кефир, йогурт, творог**					
7	**Сыр**					
8	**Сметана, сливки**					
9	**Сливочное масло**					
10	**Темно-зеленые листовые овощи** (зеленый лук, петрушка, кинза, укроп, шпинат, руккола, ботва свеклы)					
11	Овощи и фрукты оранжевого цвета (морковь, тыква, перец красный, облепиха, курага, абрикос и др.)					
12	**Овощи** (кроме картофеля)					
13	**Фрукты** (кроме фруктов, указанных ранее)					
14	**Ягоды** (смородина, вишня и др.)					
15	Орехи, семена					
16	**Бобовые** (фасоль, чечевица, горох и др., в т.ч. в супах)					
17	**Крупы** (греча, пшено, овес и др.)					
18	**Макаронные изделия, картофель**					
19	**Хлеб, хлебобулочные изделия**					
20	**Сладости и кондитерские изделия** (конфеты, варенье, печенье, торт и др.)					
21	**Соления и маринованные продукты** (квашеная капуста, оливки, помидоры соленые и др.)					
22	**Чипсы, сухарики и другие соленые закуски**					
23	**Сладкие и энергетические напитки**					
24	**Алкогольные напитки**					
25	**Сколько раз в день Вы принимаете пищу** (раз в день)	1-2	3-4		5 и чаще	
26	**Досаливаете ли Вы приготовленную пищу?**	нет	да, иногда		да, всегда	
27	**Какой сорт хлеба Вы чаще используете?**	пшеничный (белый)	ржаной (черный)		другое (лепешки и т.п.)	
28	**Сколько кусочков и/или чайных ложек сахара** (меда, джема, варенья и др.) **Вы потребляете за день?**	0-5	5-10		>10	
29	**Какой вид жира Вы используете при приготовлении пищи?**	нет	сливочное масло, маргарин, топленый жир		растительное масло	
Укажите жирность потребляемых молочных продуктов:						
30	**Молоко, кефир, йогурт**	до 2,5%	2,5% и выше		затрудняюсь ответить	
31	**Творог**	до 5%	5% и выше		затрудняюсь ответить	
32	**Сыр**	до 17%	17% и выше		затрудняюсь ответить	
33	**Сметана, сливки**	10- 15%	20% и выше		затрудняюсь ответить	
34	**У Вас бывает аллергия на продукты или непереносимость?** (укажите продукты)	нет	да		укажите продукты _____	

Примечание: ответы, соответствующие рациону здорового питания, выделены зеленым цветом.

2. Вопросник оценки физической активности пациента.

1. Сколько минут в день в среднем Вы тратите на ходьбу в умеренном или быстром темпе? _____ минут в день
2. Имеете ли Вы опыт занятий в тренажерном зале (силовые нагрузки)?

Да ☐ Нет ☐

Если да, то как часто и какова продолжительность нагрузки? _____

3. Занимаетесь ли Вы плаванием, бегом, катаетесь на велосипеде (аэробные нагрузки)?

Да ☐ Нет ☐

Если да, то как часто и какова продолжительность нагрузки?_____

4. Практикуете ли вы йогу или другие нагрузки для улучшения гибкости и координации?

Да ☐ Нет ☐

Если да, то как часто и какова продолжительность нагрузки? _____

5. Занимаетесь ли вы физической активностью на улице или дома?

Да ☐ Нет ☐

Если да, то какой вид, частота и продолжительность нагрузки? _____

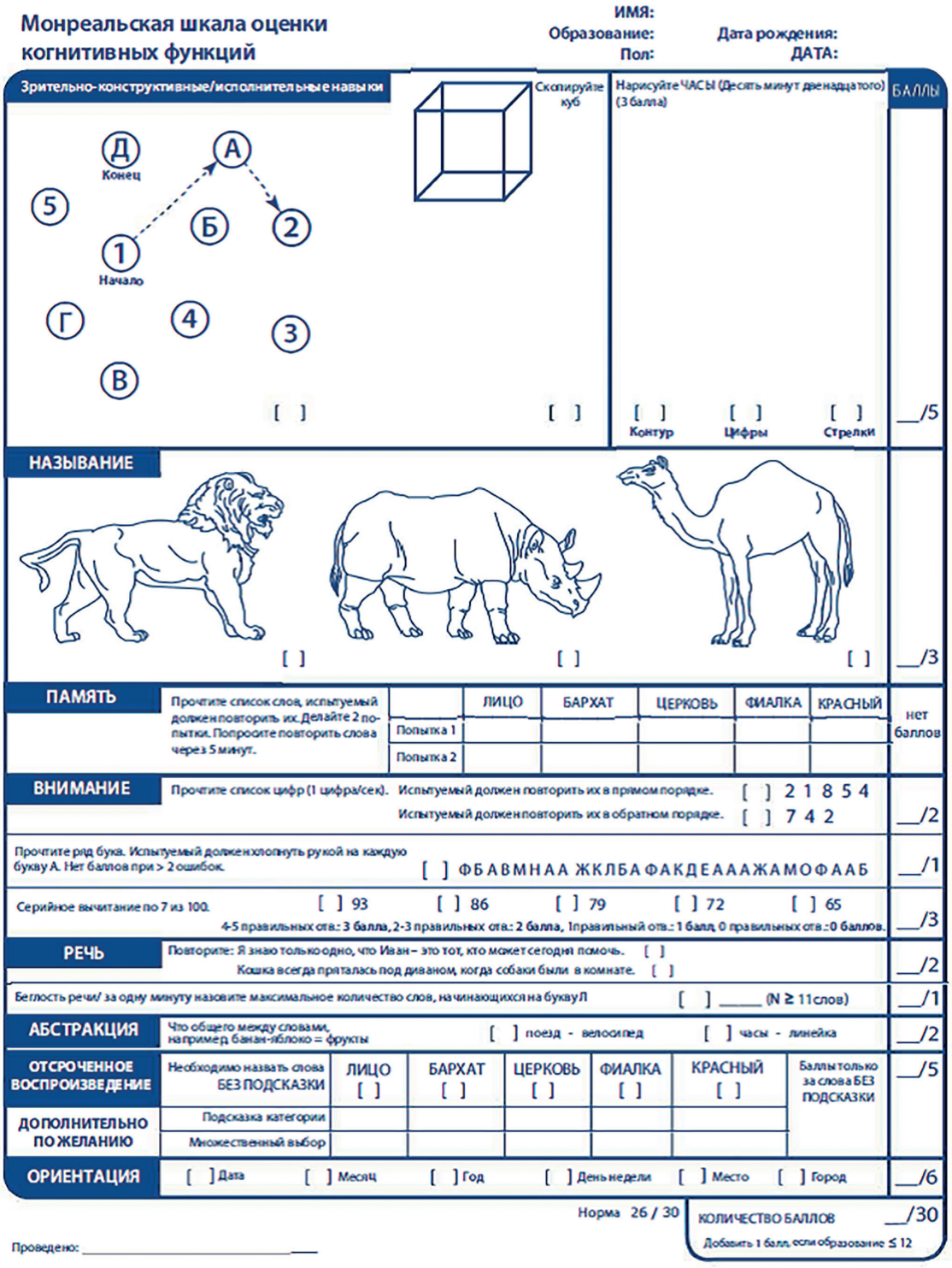
6. Если ли у Вас в настоящее время обострение хронических заболеваний или ограничения, которые могут повлиять на физическую активность?

Да ☐ Нет ☐

Если да, то какие? _____

Комментарий: умеренные аэробные нагрузки <150 мин в неделю или интенсивные нагрузки <75 мин в неделю — признак недостаточной физической активности.

3. Вопросник по Монреальской шкале оценки когнитивных функций (MoCA-ТЕСТ) (для пациентов 55–85 лет).



Монреальская шкала оценки когнитивных функций

ИМЯ:
Образование: Дата рождения:
Пол: ДАТА:

Зрительно-конструктивные/исполнительные навыки — Скопируйте куб — Нарисуйте ЧАСЫ (Десять минут двенадцатого) (3 балла) — БАЛЛЫ

Конец, Начало; [ ] [ ] [ ] Контур Цифры Стрелки — /5

НАЗЫВАНИЕ — [ ] [ ] [ ] — /3

ПАМЯТЬ — Прочтите список слов, испытуемый должен повторить их. Делайте 2 попытки. Попросите повторить слова через 5 минут.

	ЛИЦО	БАРХАТ	ЦЕРКОВЬ	ФИАЛКА	КРАСНЫЙ
Попытка 1					
Попытка 2					

нет баллов

ВНИМАНИЕ — Прочтите список цифр (1 цифра/сек). Испытуемый должен повторить их в прямом порядке. [ ] 2 1 8 5 4
Испытуемый должен повторить их в обратном порядке. [ ] 7 4 2 — /2

Прочтите ряд букв. Испытуемый должен хлопнуть рукой на каждую букву А. Нет баллов при > 2 ошибок. [ ] Ф Б А В М Н А А Ж К Л Б А Ф А К Д Е А А А Ж А М О Ф А А Б — /1

Серийное вычитание по 7 из 100. [ ] 93 [ ] 86 [ ] 79 [ ] 72 [ ] 65
4-5 правильных отв.: 3 балла, 2-3 правильных отв.: 2 балла, 1 правильный отв.: 1 балл, 0 правильных отв.: 0 баллов. — /3

РЕЧЬ — Повторите: Я знаю только одно, что Иван – это тот, кто может сегодня помочь. [ ]
Кошка всегда пряталась под диваном, когда собаки были в комнате. [ ] — /2

Беглость речи/ за одну минуту назовите максимальное количество слов, начинающихся на букву Л [ ] _____ (N ≥ 11 слов) — /1

АБСТРАКЦИЯ — Что общего между словами, например банан-яблоко = фрукты [ ] поезд - велосипед [ ] часы - линейка — /2

ОТСРОЧЕННОЕ ВОСПРОИЗВЕДЕНИЕ	Необходимо назвать слова БЕЗ ПОДСКАЗКИ	ЛИЦО [ ]	БАРХАТ [ ]	ЦЕРКОВЬ [ ]	ФИАЛКА [ ]	КРАСНЫЙ [ ]	Баллы только за слова БЕЗ ПОДСКАЗКИ
ДОПОЛНИТЕЛЬНО ПО ЖЕЛАНИЮ	Подсказка категории						
	Множественный выбор						

— /5

ОРИЕНТАЦИЯ — [ ] Дата [ ] Месяц [ ] Год [ ] День недели [ ] Место [ ] Город — /6

Норма 26 / 30

КОЛИЧЕСТВО БАЛЛОВ — /30
Добавить 1 балл, если образование ≤ 12

Проведено: _____

Интерпретация результатов:

- Норма — 26-30 баллов;
- Максимально возможное количество баллов — 30 баллов;
- Легкая степень когнитивных нарушений — 22-25 баллов;
- Средняя степень когнитивных нарушений — 10-21 балл;
- Тяжелая степень когнитивных нарушений — 0-9 баллов.

Приложение 2. Перечень и описание методов инструментального обследования.

1. Измерение роста и массы тела пациента

2. Измерение окружности талии (ОТ)

ОТ измеряется в положении стоя, на середине расстояния между нижним боковым краем грудной клетки и гребнем подвздошной кости по срединно-подмышечной линии.

Измерять ОТ желательно поверх нижнего белья или в обнаженном виде, босиком или в обуви на плоской подошве. При измерении необходимо попросить пациента встать прямо, поставив ступни параллельно, руки слегка приподняты и согнуты в локтях. Сантиметровая лента устанавливается в горизонтальной плоскости, параллельно полу, обеспечивая полный обхват тела, но не сжимая кожи. Измерение проводится по окончании обычного выдоха.

3. Измерение окружности бедер (ОБ)

ОБ измеряется в положении стоя на уровне больших вертелов бедренной кости по наиболее выступающей части таза.

Измерение ОБ проводится поверх нижнего белья. При измерении необходимо попросить пациента встать прямо, поставив ступни параллельно, руки слегка приподняты и согнуты в локтях. Сантиметровая лента устанавливается в горизонтальной плоскости, параллельно полу, обеспечивая полный обхват тела. Во время измерения, необходимо следить, чтобы лента не провисала.

4. Проведение биоимпедансометрии для анализа внутренних сред организма (процентное соотношение воды, мышечной и жировой ткани)

За 1 ч до диагностики необходимо исключить прием пищи и воды, за сутки — алкоголя. Метод не рекомендуется использовать для пациентов с вживленным кардиостимулятором.

В рамках исследования формируется графический протокол, содержащий значения антропометрических индексов, оценок параметров состава тела и метаболических коррелятов, а также индивидуальные нормы параметров, рассчитанные по данным пола, возраста и роста пациента:

— индекс массы тела (ИМТ) (кг/м^2) по общепринятой методике Всемирной организации здравоохранения, на основе сравнения с соответствующими пороговыми значениями, позволяет оценить риски основных хронических неинфекционных заболеваний;

— жировая масса организма (кг). Биоимпедансная оценка жировой массы позволяет более точно по сравнению с общепринятыми антропометрическими индексами оценить абсолютное значение жировой массы и, в случае несоответствия интервалу нормальных значений, вычислить избыток или недостаток жировой массы;

— доля жировой массы в организме (%) позволяет судить о степени ожирения и оценивать риски развития: атеросклероза, гипертонической болезни, сахарный диабет 2 типа, желчнокаменной и почечнокаменной болезни, заболеваний опорно-двигательного аппарата. Классификация ожирения по проценту жировой массы, в отличие от классификации по ИМТ, позволяет избежать диагнозов ложного ожирения у индивидов большой массой мышечной системы, выявлять ожирение при нормальном весе у индивидов с астеничным типом телосложения;

— тощая (безжировая) масса организма (кг) рассчитывается как разность между общей и жировой массой тела. Отклонение от среднего значения, рассчитанного с учетом роста в сторону пониженных значений, указывает на астеничный тип телосложения. Отклонение в сторону повышенных значений — на гиперстенический тип телосложения. Пониженные значения жировой и тощей массы могут указывать на пониженный статус питания или белково-энергетическую недостаточность;

— удельный основной обмен веществ (ккал/м^2 сут.) — характеризует значение основного обмена, приходящееся на 1 м^2 площади поверхности тела человека или 1 кг тощей массы. Обе оценки могут быть использованы для характеристики нормальной, пониженной (при значениях ниже нижней границы нормы) и повышенной (при значениях выше верхней границы нормы) скорости обменных процессов в организме;

— основной обмен — это количество энергии, расходуемой в организме за сутки на поддержание его основных жизненно необходимых функций: поддержание температуры тела, дыхание кровообращение в условиях основного обмена. Численное значение оценки основного обмена содержится таблице верхней части протокола состава тела;

— активная клеточная масса (кг) — это оценка клеточной массы тела, содержания в организме метаболически активных белковых тканей. Пониженные значения активной клеточной массы могут свидетельствовать о недостаточности белкового компонента питания;

— процентная доля активной клеточной массы (%) — используется как коррелят физической работоспособности и двигательной активности. При пониженных значениях, является маркером гиподинамии, а при повышенных значениях — высокого уровня метаболизма. Низкие значения доли активной клеточной массы и фазового угла часто указывают на наличие хронических заболеваний катаболической направленности, таких как онкологические заболевания, туберкулез, гепатит и цирроз печени;

— соотношение обхватов талии и бедер — характеризует тип отложения жира (андроидный, гиноидный или промежуточный). Превышение верхнего порогового значения обхватов талии и бедер и превышение порога ожирения по проценту жировой массы в организме; указывает на высокие значения риска метаболического синдрома;

— скелетно-мышечная масса тела (кг) служит для характеристики физического развития индивида;

— доля скелетно-мышечной массы в тощей массе (%) — служит для оценки физического развития и уровня тренированности спортсмена;

— общая жидкость (кг) — показывает суммарное содержания в организме внутриклеточной, и внеклеточной воды. В норме общая жидкость составляет около 73% тощей массы организма;

— внеклеточная жидкость (кг) — представляет наиболее мобильный компонент жидких фракций организма: межклеточную жидкость и плазму крови. Наиболее распространенные виды отеков носят межклеточный характер. Повышенные значения внеклеточной жидкости могут указывать на наличие кардиогенного или нефрогенного отека, задержки жидкости из-за чрезмерного потребления соли, индицируются при локальных отеках конечностей.

Последовательность выполнения биоимпедансометрии:

1) Определение антропометрических показателей (масса тела, рост, окружность талии и окружность бедер);
2) Ввод данных и наложение электродов согласно схеме;
3) Сохранение первичного протокола исследования (параметров состава тела и интенсивности обмена веществ);
4) Определение диапазона нормальных значений;
5) Анализ полученных данных и заключение.

Алгоритм оценки параметра "жировая масса тела":

Цель: подтвердить/исключить наличие прироста массы тела вне зависимости от критерия ИМТ.

- Определите рекомендуемую верхнюю границу нормы количества жировой массы (кг)
- Сопоставьте с исходными данными у пациента
- При наличии избытка жировой массы тела:

1) рассчитайте целевое снижение жировой массы тела до верхней границы нормы (это цель-максимум в долгосрочной перспективе).

2) рассчитайте ближайшую цель в достижении результата — минус 5-10% от исходной массы тела (к примеру, исходно масса тела 100 кг, следовательно, ближайшая цель — минус 5-10 кг).

Алгоритм оценки параметра "скелетно-мышечная масса":

Цель: исключить саркопеническое ожирение у лиц со сниженной функцией скелетных мышц согласно динамометрии.

- Определите рекомендуемую нижнюю границу нормы количества скелетно-мышечной массы (кг)
- Сопоставьте с исходными данными у пациента
- При наличии дефицита скелетно-мышечной массы оцените количество жировой массы тела. При наличии избытка жировой массы тела и снижении скелетно-мышечной массы установите наличие саркопенического ожирения.

Алгоритм оценки параметров "общая жидкость" и "внеклеточная жидкость":

Цель: оценить прогноз скорости процесса снижения массы тела у лиц с повышенной массой тела.

- Определите рекомендуемую верхнюю границу нормы для данных параметров (кг)
- Сопоставьте с исходными данными у пациента
- При наличии избытка жидкости: ожидаемая скорость снижения массы тела от минус 0,5 до 1 кг в неделю
- При нормальном диапазоне количества жидкости в организме: ожидаемая скорость снижения массы тела от минус 0,3 до 0,5 кг в неделю.

Приложение 3. Перечень и методика расчета показателей.

1. Расчет индекса массы тела (индекс Кетле) по формуле:
ИМТ (кг/м^2) = масса тела (кг)/рост (м)^2

Типы массы тела	ИМТ, кг/м2
Дефицит массы тела	<18,5
Нормальная масса тела	18,5-24,9
Избыточная масса тела	25-29,9
Ожирение I степени	30,0-34,9
Ожирение II степени	35,0-39,9
Ожирение III степени	≥40

2. Расчет биологического возраста

Выполняется методом Горелкина А. Г[2].

1) Рассчитывается коэффициент скорости старения (КСС) по формуле:

для мужчин $КСС_м = (ОТ \times МТ)/(ОБ \times Р^2 \times (17,2+0,31 \times РЛ+0,0012 \times РЛ^2))$, где РЛ = КВ — 21;

для женщин $КСС_ж = (ОТ \times МТ)/(ОБ \times Р^2 \times (14,7+0,26 \times РЛ+0,001 \times РЛ^2))$, где РЛ = КВ — 18;

Примечание: КВ — календарный возраст, МТ — масса тела, РЛ — разница лет между КВ и возрастом онтогенетической нормы

КСС ≤0,95 — замедленный темп старения

КСС >1,05 — ускоренный темп старения

0,95≤ КСС ≤1,05 — нормальный темп старения.

2) Биологический возраст (БВ) определяется по формулам:

для мужчин $БВ = КСС_м \times (КВ — 21) + 21$;

для женщин $БВ = КСС_ж \times (КВ — 18) + 18$.

3. Расчет суточной энергоемкости пищевого рациона (для пациентов с избыточной массой тела или ожирением)

Используется формула Харриса-Бенедикта с учетом коэффициента физической активности (ФА):

Формула для мужчин:

(88,36 + (13,4 × масса тела в кг) + (4,8 × рост в см) — (5,7 × возраст в годах)) × К

Формула для женщин:

(447,6 + (9,2 × масса тела в кг) + (3,1 × рост в см) — (4,3 × возраст в годах)) × К

Коэффициент ФА:

сидячий образ жизни без нагрузок — К=1,2

тренировки 1-3 раза в неделю — К=1,375

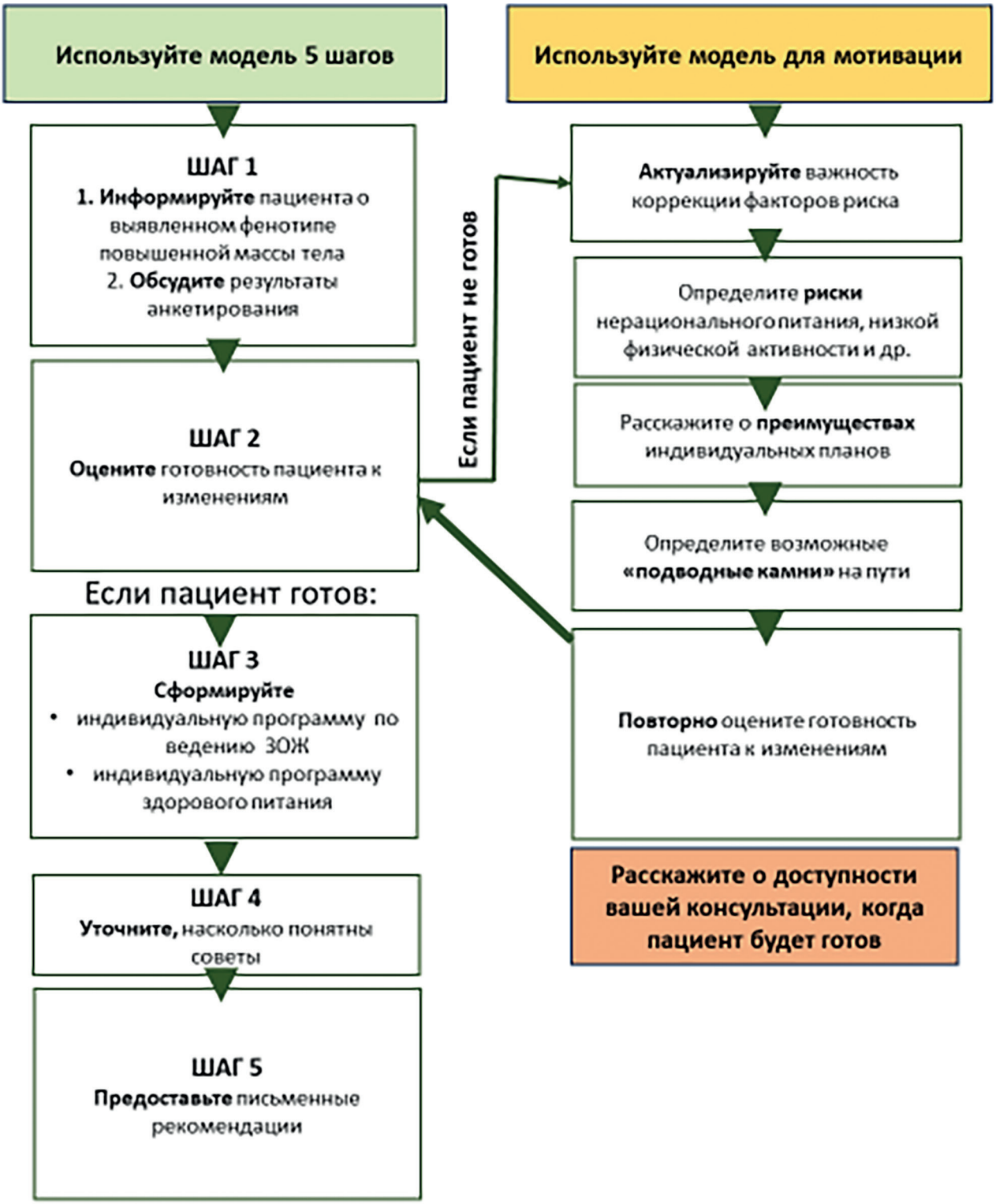
тренировки 3-5 дней в неделю — К=1,55

интенсивные тренировки 6-7 раз в неделю — К=1,725

спортсмены профессиональные — К=1,9

[2] Патент №2387374 Российская Федерация, МПК A61B 5/107 (2006.01). Способ определения биологического возраста человека и скорости старения: № 2008130456: заявлено 22.07.2008: опубликовано 27.04.2010. Горелкин А. Г., Пинхасов Б. Б.; патентообладатель ГУ НЦКЭМ СО РАМН. 5 с.

Приложение 4. Методика проведения углубленного профилактического консультирования.



Начало консультации. Знакомство по результатам обследований.

1. Здоровое питание

Коррекция рациона по итогам заполнения Вопросника оценки индивидуальных привычек питания и формирование рекомендаций по оздоровлению рациона:

1. Ответы респондента, совпадающие с зеленым цветом Вопросника, соответствуют критериям рациона здорового питания и не требуют дополнительных комментарий (таблица А). Исключением является необходимость индивидуальной коррекции рациона по медицинским показаниям.

2. Рекомендации по оздоровлению рациона респондента формируются по ответам. Если респондент предоставил ответ, не соответствующий критериям рациона здорового питания, то формируется рекомендация, согласно данного Алгоритма (таблица Б).

3. При наличии у респондента аллергической реакции после потребления продукта или блюда, а также при наличии пищевой непереносимости какого-либо продукта или напитка, следует в обязательном порядке учесть это при формировании рекомендации. Во всех материалах, выдаваемых на руки пациенту, следует вычеркнуть/убрать из рекомендаций продукты, блюда, изделия и напитки, на которые существует у респондента аллергия или непереносимость.

Таблица А

Вопросник оценки индивидуальных привычек питания (анализ на соответствие рациону здорового питания)

Как часто Вы потребляете следующие продукты?		Не потребляю/ редко	1-2 раза в месяц	1-2 раза в неделю	3-5 раз в неделю	Ежедневно/ почти ежедневно
1	**Мясо красное** (говядина, баранина, свинина и др.), консервы мясные					
2	**Птица** (индейка, курица, утка и др.)					
3	**Рыба**, в том числе **суп, котлеты, консервы и морепродукты** (креветки, кальмары и др.)					
4	**Яйца**					
5	**Колбасы, сосиски, субпродукты, буженина**					
6	**Молоко, кефир, йогурт, творог**					
7	**Сыр**					
8	**Сметана, сливки**					
9	**Сливочное масло**					
10	**Темно-зеленые листовые овощи** (зеленый лук, петрушка, кинза, укроп, шпинат, руккола, ботва свеклы)					
11	**Овощи и фрукты оранжевого цвета** (морковь, тыква, перец красный, облепиха, курага, абрикос и др.)					
12	**Овощи** (кроме картофеля)					
13	**Фрукты** (кроме фруктов, указанных ранее)					
14	**Ягоды** (смородина, вишня и др.)					
15	Орехи, семена					
16	**Бобовые** (фасоль, чечевица, горох и др., в т.ч. в супах)					
17	**Крупы** (греча, пшено, овес и др.)					
18	**Макаронные изделия, картофель**					
19	**Хлеб, хлебобулочные изделия**					
20	**Сладости и кондитерские изделия** (конфеты, варенье, печенье, торт и др.)					
21	**Соления и маринованные продукты** (квашеная капуста, оливки, помидоры соленые и др.)					
22	**Чипсы, сухарики и другие соленые закуски**					
23	**Сладкие и энергетические напитки**					
24	**Алкогольные напитки**					
25	**Сколько раз в день Вы принимаете пищу** (раз в день)	1-2	3-4		5 и чаще	
26	**Досаливаете ли Вы приготовленную пищу?**	нет	да, иногда		да, всегда	
27	**Какой сорт хлеба Вы чаще используете?**	пшеничный (белый)	ржаной (черный)		другое (лепешки и т.п.)	
28	**Сколько кусочков и/или чайных ложек сахара** (меда, джема, варенья и др.) **Вы потребляете за день?**	0-5	5-10		>10	

Как часто Вы потребляете следующие продукты?		Не потребляю/ редко	1-2 раза в месяц	1-2 раза в неделю	3-5 раз в неделю	Ежедневно/ почти ежедневно
29	**Какой вид жира Вы используете при приготовлении пищи?**	нет	сливочное масло, маргарин, топленый жир		растительное масло	
Укажите жирность потребляемых молочных продуктов:						
30	**Молоко, кефир, йогурт**	до 2,5%	2,5% и выше		затрудняюсь ответить	
31	**Творог**	до 5%	5% и выше		затрудняюсь ответить	
32	**Сыр**	до 17%	17% и выше		затрудняюсь ответить	
33	**Сметана, сливки**	10- 15%	20% и выше		затрудняюсь ответить	
34	**У Вас бывает аллергия на продукты или непереносимость?** (укажите продукты)	нет	да		укажите продукты _____	

Примечание: ответы, соответствующие рациону здорового питания, выделены зеленым цветом.

Таблица Б

Алгоритм формирования индивидуальных рекомендаций для оздоровления рациона

	Ответ	Комментарии
Вопрос 1 **Красное мясо**, частота потребления	Ответ 1 "не потребляю/редко"	Красное мясо (говядина, баранина, свинина и др.) — продукт высокой пищевой плотности. По возможности следует включить его в рацион, потребляя в небольшом количестве. При соблюдении рациона "без потребления красного мяса", животный белок следует восполнять из других источников: птица, рыба, яйца, молочные продукты, бобовые, крупы.
	Ответы 4 и 5: "3-5 раз в неделю" и "ежедневно/ почти ежедневно"	Следует ограничить потребление красного мяса в рационе (говядина, баранина, свинина и др.) до 1-2 раз в неделю (не >300-350 г/нед.). Предпочтительны нежирные (без видимого жира) сорта мяса (телятина, постная свинина и др.).
Вопрос 2 **Птица**, частота потребления	Ответ 1 "не потребляю/ редко"	Если потребление мяса птицы ограничено в рационе, целесообразно чаще включать рыбу, молочные продукты низкой жирности, яйца, бобовые и крупы.
	Ответ 5 "ежедневно/ почти ежедневно"	Уменьшите потребление птицы. Для разнообразия рациона рассмотрите другие источники белка
Вопрос 3 **Рыба**, морепродукты, частота потребления	Ответы 1 и 2: "не потребляю/редко" и "1-2 раза в месяц"	Рыба является оптимальным источником полезных омега-3 жирных кислот, белка, йода и селена. Если нет медицинских ограничений, включайте морскую рыбу/морепродукты в рацион не реже 2 раз в неделю.
Вопрос 4 **Яйца**, частота потребления	Ответы 1 и 2: "не потребляю/редко" и "1-2 раза в месяц"	Яйца — полезные источники белка, незаменимых аминокислот и витаминов группы В. При отсутствии противопоказаний блюда из яиц можно включать в рацион 1-2 раз в неделю (3-4 яйца в неделю).
	Ответы 4 и 5: "3-5 раз в неделю" и "ежедневно/почти ежедневно"	Оптимально сократить потребление яиц до 1-2 раз в неделю (3-4 яйца в неделю).
Вопрос 5 **Колбасы, сосиски, субпродукты, буженина**, частота потребления	Ответы 3, 4 и 5: "1-2 раза в неделю"; "3-5 раз в неделю" и "ежедневно/почти ежедневно"	Постарайтесь максимально ограничить/исключить потребление колбасных изделий и мясных деликатесов (буженина, ветчина и др.). Потребление субпродуктов (печень, язык) сократить до 1-2 раз/месяц.
Вопрос 6 **Молоко, кефир, йогурт, творог**, частота потребления	Ответы 1 и 2: "не потребляю/ редко" и "1-2 раза в месяц"	Молочные продукты важный источник кальция для организма. Если нет противопоказаний, ежедневно включайте в рацион 1-2 порции молочных продуктов с низким содержанием жира (молоко, кефир, йогурт не более 2,5%, творог — не >5,0%)
Вопрос 7 **Сыр** частота потребления	Ответы 1 и 2: "не потребляю/редко" и "1-2 раза в месяц"	Сыр — продукт высокой пищевой ценности, по возможности следует включать его в рацион, отдавая предпочтение сортам сыра с низким содержанием жира (до 17%).
Вопрос 8 **Сметана, сливки** частота потребления	Ответы 4, 5: "3-5 раз в неделю" и "ежедневно/почти ежедневно"	Учитывая высокую жирность сметаны и сливок, следует ограничить потребление этих продуктов, используя сметану 10-15% жирности.
Вопрос 9 **Сливочное масло** Частота потребления	Ответы 4, 5: "3-5 раз в неделю" и "ежедневно/почти ежедневно"	Сливочное масло хороший источник витамина А, но из-за высокого содержания жира и холестерина, не следует им злоупотреблять. Ежедневно включайте в рацион не >20 г (1 столовая ложка), добавляя в готовое блюдо и/или на бутерброд. Не следует использовать сливочное масло в приготовлении и разогреве пищи!

doi: 10.15829/3034-4123-2025-103

Вопрос 10 **Темно-зеленые листовые овощи** частота потребления	Ответы 1, 2 и 3: "не потребляю/редко"; "1-2 раза в месяц"; "1-2 раза в неделю"	**Темно-зеленые листовые овощи** (зеленый лук, петрушка, кинза, укроп, шпинат, руккола, ботва свеклы) содержат высокое количество пищевых волокон, витаминов, включая фолиевую кислоту, а также полифенолов, что делает их очень важными для здоровья человека. Необходимо чаще включать их в рацион, добавляя в блюда и закуски. Оптимально — ежедневное потребление.
Вопрос 11 **Овощи и фрукты** оранжевого цвета частота потребления	Ответы 1, 2 и 3: "не потребляю/редко"; "1-2 раза в месяц"; "1-2 раза в неделю"	Овощи и фрукты оранжевого цвета (морковь, тыква, перец красный, облепиха, курага, абрикос и др.) содержат витамин А, который очень важен для здоровья и особенно для репродуктивного здоровья. Оптимально каждый день включать эти продукты в рацион, в количестве не <30 г (2 столовые ложки).
Вопрос 12 **Овощи** (кроме картофеля), частота потребления	Ответы 1, 2, 3 и 4: "не потребляю/ редко"; "1-2 раза в месяц"; "1-2 раза в неделю"; "3-5 раз в неделю"	Овощи — важная и основная часть рациона! Ежедневно потребляйте не <250 г (кроме картофеля). Пример: овощной салат, рагу из овощей, суп с овощами и др.
Вопрос 13 **Фрукты**, частота потребления	Ответы 1, 2, 3 и 4: "не потребляю/ редко"; "1-2 раза в месяц"; "1-2 раза в неделю"; "3-5 раз в неделю"	Ежедневно включайте в рацион 2 любых фрукта, отдавая предпочтение сезонным (пример: яблоко, банан, апельсин или 6 ягод кураги/чернослива взамен 1 фрукта или ½ стакана ягод).
Вопрос 14 **Ягоды** частота потребления	Ответы 1 и 2: "не потребляю/ редко"; "1-2 раза в месяц"	Ягоды — продукт с уникальными качествами, богаты витаминами, минералами, антиоксидантами и полифенолами, а также пищевыми волокнами. Ягоды обладают низкой калорийностью и низкой гликемической нагрузкой. Целесообразно чаще включать их в рацион в любой виде: свежие без сахара и меда, замороженные, сушеные, вяленые и др. Ягоды — оптимальный десерт.
Вопрос 15 **Орехи, семена,** частота потребления	Ответы 1, 2: "не потребляю/ редко"; "1-2 раза в месяц"	Орехи и семена важные источники полезных жиров! Ежедневно добавляйте в свой рацион 30 г (2 столовые ложки), выбирая не жареные, без соли и без сахара.
Вопрос 16 **Бобовые** (фасоль, чечевица, горох и др.)	Ответы 1, 2: "не потребляю/ редко"; "1-2 раза в месяц"	Бобовые (фасоль, горох, нут, чечевица, соя) –источники полноценного растительного белка и медленных углеводов! Включайте их в рацион не реже 2 раз в неделю (пример: лобио, супы, хумус и др.)!
Вопрос 17 **Крупы,** частота потребления	Ответы 1, 2, 3: "не потребляю/ редко"; "1-2 раза в месяц"; "1-2 раза в неделю"	Блюда из круп — важный источник углеводов, витаминов, особенно, группы В и минералов. Крупы должны ежедневно присутствовать в рационе! Оптимально — не <1-2 порций в день (пример: каша на завтрак и крупяной гарнир на обед или ужин).
Вопрос 18 **Макаронные изделия, картофель,** частота потребления	Ответы 4 и 5: "3-5 раз в неделю" и "ежедневно/почти ежедневно"	Блюда из картофеля и макарон часто высококалорийны и обладают высокой углеводной нагрузкой! Их потребление следует ограничить. Оптимально, если они будут не самостоятельным блюдом, а только его частью (в составе блюд), пример: суп, рагу, салат.
Вопрос 19 **Хлеб и хлебобулочные изделия,** частота потребления	Ответы 1, 2, 3: "не потребляю/ редко"; "1-2 раза в месяц"; "1-2 раза в неделю"	Хлеб является важным источником витаминов группы В. Обязательно включайте его в рацион, выбирая ржано-пшеничные сорта хлеба (Дарницкий, Бородинский и др.). Избегайте сладкой выпечки, изделий из слоеного теста.
Вопрос 20 **Сладости и кондитерские изделия,** частота потребления	Ответы 3, 4 и 5: "1-2 раза в неделю"; "3-5 раз в неделю" и "ежедневно/почти ежедневно"	Сладости и кондитерские изделия не являются продуктами, оптимальными для здоровья! Большое содержание сахара, насыщенных жиров и транс--жиров негативно сказываются на здоровье! Следует максимально уменьшить их потребление, заменив их на свежие ягоды и фрукты, сухофрукты, орехи и блюда из них (сорбеты, сырые RAW-десерты, желе, смоква и др.).
Вопрос 21 **Соления, маринованные продукты,** частота потребления	Ответы 3, 4, 5: "1-2 раза в неделю"; "3-5 раз в неделю" и "ежедневно/почти ежедневно"	Соления и маринованные продукты содержат высокое количество соли. Следует избегать/ограничить их потребления.
Вопрос 22 **Чипсы, сухарики и другие соленые закуски,** частота потребления	Ответы 3, 4 и 5: "1-2 раза в неделю"; "3-5 раз в неделю" и "ежедневно/почти ежедневно"	В составе картофельных чипсов, сухариков, крендельков и др. пикантных закусок очень высокое содержание соли. Потребление их может способствовать повышению артериального давления! Целесообразно ограничить потребление соленых закусок!
Вопрос 23 **Сладкие и энергетические напитки,** частота потребления	Ответы 3, 4, 5: "1-2 раза в неделю"; "3-5 раз в неделю" и "ежедневно/почти ежедневно"	Частое потребление сладких и газированных напитков, в том числе энерготоников может стать причиной серьезных заболеваний! Утолять жажду предпочтительно водой, морсами и компотами без сахара и травяными чаями.

Вопрос 24 **Алкоголь,** частота потребления	Ответы 3, 4, 5: "1-2 раза в неделю"; "3-5 раз в неделю" и "ежедневно/почти ежедневно"	Любые алкогольные напитки увеличивают риск онкологических заболеваний! Безопасных доз алкоголя не существует!
Вопрос 25 **Частота приемов пищи в день**	Ответ 1: "1-2 раза в день"	Режим питания — это основа здорового питания! Оптимально — 3 приема пищи в день без "перекусов". Не следует пропускать один из основных приемов пищи (завтрак, обед, ужин).
	Ответ 2: "3-4 раза в день"	Это оптимальный режим питания!
	Ответ 3: "5 раз и чаще"	Частота приема пищи в течении дня выше рекомендуемой в рамках рациона здорового питания. Если Вы это делаете не по рекомендации врача, то следует сократить прием пищи до 3-4 раз в день.
Вопрос 26 **Досаливание**	Ответы 2, 3	Досаливая уже приготовленную пищу, Вы значимо увеличиваете количество соли в рационе! Это опасно и может вызвать повышение артериального давления! Уберите солонку со стола и не досаливайте пищу!
Вопрос 27 **Какой сорт хлеба Вы чаще используете?**	Ответ 1: пшеничный	Ответ в вопросе 19.
Вопрос 28 **Сколько кусочков и/ или чайных ложек сахара (меда, джема, варенья и др.) Вы потребляете за день?**	Ответы 2 и 3: >5 чайных ложек в день (или кусков)	Следует ограничивать потребление добавленного сахара и стараться его не потреблять. Безопасным является потребление не более 5 чайных ложек в день сахара, при условии, что нет медицинских показаний к отказу от сахара.
Вопрос 29 **Какой вид жира Вы используете при приготовлении пищи?**	Ответ 2: сливочное масло, маргарин, топленый жир	При высокой температуре в этих жирах образуются транс-жиры, которые являются причиной развития атеросклероза и повышают риск развития онкологических заболеваний. Не следует использовать эти жиры в приготовлении и разогреве пищи!
Вопросы 30-33		Ответы в вопросах 6, 7 и 8.
Вопрос 34 **Аллергическая реакция на пищевой продукт или пищевая непереносимость**		При наличии аллергической реакции после потребления продукта или блюда, или проявлений пищевой непереносимости какого-либо продукта или напитка, следует в обязательном порядке исключить данный продукт из рациона.

Завершение консультации. Подвести итог консультации, опираясь на полученные в ходе обсуждений с пациентом детали. Желательно уточнить у пациента и повторить, правильно ли вы поняли, какие действия пациент намеревается предпринимать по ведению здорового образа жизни и здоровому питанию. Уточнить (назначить сроки) очередного посещения. Зарегистрировать в учетной форме проведенные мероприятия и их полноту, рекомендации по снижению риска, сроки повторных контрольных визитов, а также, по возможности, соблюдение рекомендаций (приверженность) и полученный результат.

Приложение 5. Методика формирования индивидуальной программы по ведению здорового образа жизни.

1. Здоровое питание

Универсальные рекомендации по здоровому питанию

Основой рациона здорового питания являются растительные продукты и блюда из них, которые могут быть дополнены небольшим количеством животных продуктов.

- **Ежедневно в рационе должно быть не менее 400 г (5 порций) овощей и фруктов.** Пример: 2 фрукта (яблоко, банан) и 3 овощных блюда (овощной салат, овощной суп и гарнир из тушеных овощей). Чаще включайте в рацион грибы, зелень, ягоды — они содержат большое количество пищевых волокон. Орехи и семена важные источники полезных жиров! Ежедневно добавляйте в свой рацион 30 г (2 столовые ложки), выбирая нежареные, без соли и без сахара.

- **Зерновые продукты составляют основу рациона.** Обязательно не менее 1 блюда в день (пример, каша на завтрак или крупяной гарнир). Предпочтительны цельнозерновые продукты: крупы, хлеб из муки грубого помола с добавлением семян. Следует избегать дрожжевой выпечки и других "пышных" изделий, обладающих высокой калорийностью.

- **Бобовые** являются оптимальными источниками растительного белка и пищевых волокон. Приготовление комбинированных блюд из бобовых и овощей (рагу, салат) с добавлением большого количества салатной зелени (укроп, кинза, петрушка и др.) позволяет снизить метеоризм, иногда возникающий после их потребления.

- **Птица** (курица, индейка, утка), яйца, рыба и морепродукты являются полезными источниками животного белка. Рекомендуется в день потреблять не менее 100-150 г в готовом виде. Рыбу следует потреблять не реже 2-х раз в неделю, включая жирную рыбу (горбуша, сельдь, скумбрия и др.). Птицу следует потреблять без кожи, удаляя ее до момента приготовления блюда.

- **Молочные продукты** — основные источники кальция, рекомендуется ежедневно потреблять 1-2 порции. Предпочтительна продукция с низким содержанием жира: молоко, кефир, йогурт до 2,5% жирности, сыр — до 17,0%, творог — до 5,0%, сметана — 10,0-15,0%. Следует избегать потребления сливок, изделий с добавленным сахаром (творожная масса, сладкие сырки, мусс, крем, молочные ломтики) и ограничить потребление сливочного масла до 20 г/сут. Если потребление молочных продуктов невозможно, то следует проконсультироваться с врачом на предмет ежедневного приема кальций-содержащего препарата.

- **Потребление красного мяса** (говядина, свинина, баранина и др.) ввиду высокого содержания насыщенных жиров целесообразно ограничить до 2-3 раз в неделю (не более 300-350 г/нед.), а субпродуктов (печень, язык) — до 1-2 раз в месяц. Предпочтительно нежирное мясо (без видимого жира): тощая говядина, телятина, кролик. Мясоколбасные изделия (сосиски, сардельки, колбасы, карбонаты и др.) необходимо ограничить до полного исключения из рациона, в них высокое содержание соли и насыщенного жира.

- **Ограничение соли** — не более 5 г/сут. (это 1 ч.л. "без верха"), включая соль, используемую в приготовлении пищи и уже содержащуюся в готовых продуктах (хлебобулочные изделия, молочные продукты, консервированная продукция). Следует исключить потребление продуктов с высоким содержанием соли (колбасные изделия, мясные деликатесы, пикантные закуски), избегать блюд быстрого приготовления (пицца, блюда фаст-фуда), сливать жидкость из консервированных продуктов, а сами продукты промывать водой. Не досаливать уже готовую пищу, а для придания вкусовых оттенков использовать сок лимона, корень имбиря, сельдерея, зелень и специи, а также не использовать соусы промышленного приготовления (майонез, соевый, рыбный и др.).

- **Ограничение потребления добавленного сахара*.** В качестве десерта предпочтительны свежие фрукты, ягоды и изделия из них без сахара. Здоровой альтернативой являются замороженные фрукты и ягоды. Обезжиренные десерты часто содержат большое количество сахара. Следует ограничивать количество добавляемого в еду сахара, меда и не подслащивать напитки. Не потреблять сладкие газированные напитки, в т.ч. и энергетики.
* к добавленному сахару относится сахар, используемый в процессе приготовления блюда, изделия или пищевой продукции при производстве, а также содержащийся в меде и сиропе. Сахара, которые содержатся в натуральных сырых продуктах (фрукты, ягоды), к добавленному сахару не относятся.

- **Использование растительных масел в приготовлении пищи.** Оптимально использовать способы приготовления пищи без добавления жира/масел: приготовление на пару, отваривание, запекание, тушение. Растительные масла (подсолнечное, оливковое и др.) полезнее животных жиров, именно они предпочтительны в приготовлении блюд. Следует избегать жареных блюд и блюд, приготовленных во "фритюре" (сладкий хворост, луковые кольца, картофельные чипсы, рыба в "кляре", куриные "наггетсы", пончики, чебуреки, овощи "темпура" и др.), поскольку в процессе жарки образуются транс-жиры, оказывающие выраженное повреждающее действие на организм. Большое количество транс-жиров содержит выпечка из слоеного теста, рассыпчатое печенье и вафли. Не включайте эти продукты в рацион.

- **Потребление достаточного количества жидкости** является важным для здоровья. Лучший напиток — это вода, для придания вкуса можно добавить сок лимона, листья мяты, лаванды или розмарина, ломтики цитрусовых, дольки огурца, фруктов или ягод. Не следует пить в больших количествах крепкий кофе, чай и содержащие кофеин прохладительные/энергетические напитки. Рекомендуется в день — 1,6 л жидкости для женщин и 2,0 л — для мужчин.

- **Оптимальный режим питания** — это три основных приема пищи (завтрак, обед и ужин) с 5-часовым интервалом. Завтрак обязателен. Самое оптимальное блюдо для завтрака — это каша, а самое идеальное — каша из овсяных хлопьев "Геркулес" длительной варки, дополненная ягодами, фруктами, орехами или сухофруктами. Традиционную яичницу или омлет следует дополнить овощным салатом и зеленью, а творог и йогурт — фруктами, ягодами, орехами или сухофруктами. Порция утреннего напитка должна быть больше обычной — не менее 250-300 мл. Для обеда и ужина подойдет порция рыбы (морепродуктов), птицы или отварной говядины с крупяным или овощным гарниром и салат из свежих овощей, заправленный растительным маслом, а на десерт — фрукты или ягоды. Нет обязательного правила: потреблять на обед мясо, а на ужин — рыбу, это ваш выбор. Оптимальный интервал между завтраком и ужином — не более 10-11 ч. Если завтрак в 8:00, то ужин в 18:00-19:00. Традиционный прием чая сопровождайте сухофруктами, сушеными орехами, свежими ягодами и фруктами, а из сладостей выбирайте натуральные изделия без добавленного сахара: смокву, яблочные чипсы или хрустилу. Пастила, зефир и мармелад содержат меньше жира по сравнению с другими сладостями, однако, количество сахара в них высокое.

• **"Правило тарелки здорового питания"** — это распределение групп продуктов во время основных приемов пищи: завтрака, обеда и ужина. ¼ тарелки (25%) — полезные источники животного белка: мясо, птица, рыба, морепродукты, яйца, творог. ¼ тарелки (25%) — зерновые продукты (крупы, макароны из твердых сортов пшеницы, хлеб из муки грубого помола) и/или бобовые ½ тарелки (50%) — овощи и фрукты, из них 30% — приходится на овощи (салат из овощей, суп из овощей или овощное рагу) и 20% — на фрукты и/или ягоды 200-250 мл — напиток.
Важно! Исключить из рациона продукты, которые не доставляют организму никаких питательных веществ, но при этом являются источниками компонентов, "перегружающих" организм и мешающих усвоению нужных веществ. Это продукты глубокой переработки, содержащие высокое количество соли, добавленного сахара, насыщенных и транс-жиров, а еще включающие дополнительные вещества (ароматизаторы, усилители вкуса, разрыхлители, усилители консистенции и др.). Следует ограничить до полного исключения из рациона: алкоголь, колбасные изделия, мясные деликатесы (ветчина, балык, икра, паштеты и др.) и копчености, кондитерские изделия, пикантные соленые закуски (крекеры, сухарики, чипсы и др.), сладкие газированные напитки. Отсутствие этих продуктов в рационе позволит организму оптимально усваивать необходимые питательные вещества.
Самым доступным контролируемым видом ежедневной двигательной активности является ходьба. **Оптимально выполнять 10 000 шагов в день** под контролем шагомера, что обеспечит расход в 1000 ккал. Используйте любую возможность увеличить физическую активность: подъем по лестнице вместо лифта, удлинение пеших маршрутов, пробуйте коньки, лыжи, танцевальные занятия.
• **Контроль за параметрами тела** (масса тела и окружность талии) целесообразно осуществлять не реже 1 раза в месяц, утром, натощак — до завтрака. Риск развития сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний, а также сахарного диабета резко возрастает, если окружность талии у мужчин превышает 102 см, а у женщин — 88 см.

Индивидуальные рекомендации по здоровому питанию для пациентов с учетом возрастной группы

Рекомендации по рациону здорового питания для лиц 18–49 лет

Рацион питания для лиц репродуктивного возраста должен обеспечивать адекватное потребление 11 микроэлементов, значимых для сохранения репродуктивного здоровья. Это: витамин А, витамин В1, витамин В2, витамин В3, витамин В6, фолиевая кислота (витамин В9), витамин В12, витамин С, кальций, железо и цинк. Для большинства жителей России характерен йододефицит, поэтому потребление йода с пищей также очень важно. Для профилактики дефицита по данным микроэлементам необходимо, чтобы ежедневный рацион питания был максимально разнообразным.

Высокое пищевое разнообразие обеспечивается за счет включения в ежедневный рацион наибольшего количества групп продуктов (ежедневно не менее 7-8 групп из 10 продуктовых групп):

- **крупы** (пшено, греча, овсяная, перловая, ячневая крупы и др.), картофель
- **бобовые** (фасоль, горох, нут, чечевица, маш, тофу, хумус и др.)
- **орехи и семена** (кедровые и грецкие орехи, фундук, миндаль и др., семена подсолнечника, кунжута, льна) в количестве 2 столовые ложки ежедневно
- **молоко и молочные продукты** с низким содержанием жира
- **красное мясо** или **птица**, или **рыба**
- **яйца**
- **темно-зеленые листовые овощи** (петрушка, укроп, базилик, сельдерей, шпинат, руккола, тархун, ботва свеклы, кейл)
- **фрукты и овощи, богатые витамином А** (фрукты и овощи преимущественно оранжевого цвета): морковь, тыква желто-оранжевого цвета, сладкий перец, абрикос, хурма, курага, персик, облепиха, слива терн, рябина красная садовая, рябина черноплодная, шиповник, морошка, грибы лисички, лук зеленый — перо)
- другие **овощи** (свекла, все виды капусты, кабачок, огурцы, помидоры и др.)
- другие **фрукты** и **ягоды** (яблоко, банан, слива, все ягоды, груша, виноград и др.).

ВАЖНО! Для профилактики дефицита йода при отсутствии противопоказаний следует использовать йодированную соль в приготовлении пищи, в том числе и при выпечке хлеба и хлебобулочных изделий.

Рекомендации по здоровому питанию для лиц 50–64 лет

Рацион здорового питания способствует профилактике сердечно-сосудистых заболеваний (в том числе артериальной гипертонии), сахарного диабета 2 типа, остеопороза, некоторых видов онкологических заболеваний, а также — предотвращению увеличения массы тела на фоне происходящей гормональной перестройки организма.

В рационе питания следует особое внимание уделить **соблюдению здорового баланса минералов и витаминов**. Для этого необходимо:

- **снизить потребление соли**, как основного источника пищевого натрия. Чем выше содержание соли в рационе, тем выше риск повышения артериального давления. Старайтесь максимально исключить из рациона продукты с большим количеством соли: мясоколбасные изделия, маринованные и консервированные продукты, соленые закуски: соленые овощи (огурцы, помидоры, капуста и др.), соленые

орехи, сухарики, крендельки, картофельные чипсы. Не досаливайте уже приготовленное блюдо! Не солите салаты, мясо, птицу и рыбу при готовке — используйте лимонный сок и пряные травы для вкуса.

- **увеличить потребление калия** и продуктов, которые им богаты. Оптимальными источниками калия в рационе являются: сухофрукты, печеный картофель, бананы, орехи, семена подсолнечника, крупы.
- **увеличить потребление магния** и его пищевых источников. Целесообразно включить в рацион: орехи, семена тыквы и подсолнечника, пшеничные отруби (хлеб с отрубями).
- **включать** в рацион молочные продукты, как основные **источники кальция** для здоровья костной системы, отдавая предпочтение молочным продуктам с низким содержанием жира.
- **увеличить потребление пищевых волокон.** Много пищевых волокон содержится в темно-зеленой листовой зелени (петрушка, укроп, сельдерей, базилик, тархун, шпинат, руккола и др.), ягодах, апельсине, помело, сливе, яблоке, крупах, ржаном хлебе, корнеплодах (морковь, свекла) и тыкве.
- **снизить содержание сахара в рационе.** Ограничьте потребление кондитерских изделий и других сладостей. Исключите сладкие напитки, особенно газированные. Это необходимо чтобы снизить риск набора массы тела и развития сахарного диабета.
- Старайтесь соблюдать режим питания, не пропускайте завтрак, а ужинайте не позднее чем за 3-4 часа до отхода ко сну.

Рекомендации по здоровому питанию для лиц 65 лет и старше

Рацион здорового питания способствует профилактике сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний, сахарного диабета, укреплению костной ткани и улучшению состава микробиоты кишечника.

Очень важно достаточное потребление жидкости, минералов, витаминов и пищевых волокон для обеспечения необходимых процессов в организме.

✓ Рекомендуется ограничить потребление красного мяса и особенно переработанного красного мяса (мясоколбасные изделия, мясные деликатесы, паштеты). Следует формировать рацион преимущественно из растительных продуктов, дополняя его небольшим количеством продуктов животного происхождения. Однако, пищевые источники белка в рационе очень важны для профилактики снижения силы и объема мышечной ткани. Основными источниками белка являются: птица, рыба, морепродукты, яйца, творог, сыр, бобовые и крупы. Бобовые целесообразно готовить с добавлением корнеплодов (морковь, корень сельдерея), тыквы и большого количества зелени (укроп, петрушка, листовой сельдерей, базилик, шпинат, ботва свеклы и др.).

✓ Важно потреблять **продукты с высоким содержанием пищевых волокон**, для обеспечения здоровья микробиоты кишечника. Здоровым выбором являются каши и крупяные гарниры, ржаной хлеб с добавлением семян, ягоды в любом виде (свежие, сушеные, замороженные), орехи, фрукты (яблоко, банан, слива, груша и др.), сухофрукты, грибы, темно-зеленые листовые овощи (укроп, петрушка, шпинат, сельдерей, базилик, руккола, кейл и др.).

✓ Для поддержания здоровья костей и профилактики переломов необходимо включать в ежедневный рацион **пищевые источники кальция**, оптимально — 2 порции молочных продуктов (пример: каша на молоке; творог с добавлением зелени/ягод/огурца/фруктов; молочный суп, салат с заправкой из йогурта, сырники, творожная запеканка и др.). Выбирать следует молочные продукты низкой жирности, а именно: молоко, кефир, йогурт до 2,5% жирности, сыр — до 17,0%, творог — до 5,0%, сметана — 10,0-15,0%. Следует избегать потребления сливок, изделий с добавленным сахаром (творожная масса, сладкие сырки, мусс, крем, молочные ломтики) и ограничить потребление сливочного масла до 20 г/сут. Если потребление молочных продуктов невозможно, то следует проконсультироваться с врачом на предмет ежедневного приема кальцийсодержащего препарата.

✓ С целью профилактики сердечно-сосудистых заболеваний в ежедневном рационе должны обязательно присутствовать пищевые **источники калия** (курага, изюм, финики, печеный картофель, бананы, орехи, семена подсолнечника, крупы) **и магния** (орехи, семена тыквы и подсолнечника, пшеничные отруби, хлеб с отрубями).

✓ Следует внимательно отнестись и **снизить потребление соли**, для профилактики повышения артериального давления. Оптимально убрать из рациона соленые продукты, а овощи, птицу, рыбу, морепродукты готовить без добавления соли, используя сок лимона и пряные травы.

✓ Необходимо **снизить потребление** добавленного **сахара**, а по возможности — максимально исключить из рациона. В качестве десерта выбирать фрукты, орехи, сухофрукты, ягоды в том числе замороженные и сушеные, орехи.

✓ В приоритете — домашние блюда. Стараться **использовать** в готовке блюд только **растительные масла и щадящие способы приготовления** (на пару, запекание, тушение, припускание, отваривание).

2. Физическая активность (ФА)

Индивидуальные рекомендации в зависимости от уровня ФА:

Вариант 1: Оптимальная ФА

— Ходьба: не менее 30 мин ежедневно, регулярные занятия (не менее 2-3 раз в неделю)

— Индекс массы тела (ИМТ): 18,5-24,9 кг/м^2 (нормальная масса тела)

— Жировая масса: нормальная или пониженная по данным биоимпедансного анализа (при возможности проведения)

— Мышечная масса: нормальная или повышенная по данным биоимпедансного анализа (при возможности проведения)

Индивидуальные рекомендации:

Цель: Поддержание и совершенствование текущего уровня ФА.

1. Разнообразие тренировок.

• Аэробные нагрузки: 150-300 мин умеренной или 75-150 мин высокой интенсивности в неделю (3-4 раза в неделю), виды: бег, плавание, велосипед, танцы. Кардиотренировки улучшают сердечно-сосудистую систему и повышают выносливость.

• Силовые тренировки: 2-3 раза в неделю — проработка всех групп мышц, прогрессивное увеличение нагрузки, использование отягощений, собственного веса. Тренировки помогут укрепить мышечный корсет и улучшить общую физическую форму.

• Нейромоторная активность: 1-2 раза в неделю йога, пилатес, упражнения на баланс и координацию, стретчинг. Занятия помогают улучшить гибкость, баланс и осанку, а также способствуют расслаблению и восстановлению.

• Выходные — активный отдых: занимайтесь велосипедными прогулками, танцами или походами. Это не только поддерживает физическую форму, но и позволяет наслаждаться природой и поддерживать социальные связи.

2. Усложнение тренировок.

• Увеличивайте интенсивность на 10-15% каждые 2 мес.: постепенное увеличение нагрузки поможет избежать плато и продолжать прогрессировать. Например, если вы бегаете 30 мин, попробуйте увеличить время или добавить интервалы с более высокой интенсивностью.

• Добавьте интервальные тренировки: чередуйте периоды высокой и низкой интенсивности. Это улучшает выносливость и повышает эффективность тренировок.

• Осваивайте новые техники и направления фитнеса: пробуйте новые стили тренировок, функциональный тренинг, круговые тренировки, игровые виды спорта или боевые искусства. Это поможет поддерживать интерес к занятиям и предотвратить монотонность.

3. Восстановление.

• Техники релаксации: практикуйте медитацию, йогу или глубокое дыхание, чтобы снизить стресс и улучшить психическое здоровье.

• Чередование нагрузок (силовые, кардио): давайте организму время на восстановление между интенсивными занятиями, это помогает избежать перетренированности и предотвратить травмы.

4. Мониторинг.

• Фитнес-гаджеты и мобильные приложения: для контроля целевых значений пульса и интенсивности нагрузки используйте фитнес-браслеты или нагрудные датчики. Мобильные приложения, учитывающие ФА, помогают отслеживать прогресс в тренировках и фиксировать динамику основных показателей.

Вариант 2: Удовлетворительная ФА

— Ходьба: 20-30 мин ежедневно, нерегулярные занятия (1-2 раза в неделю)

— ИМТ: 25-29,9 кг/м^2 (избыточная масса тела)

— Жировая масса: незначительно повышена по данным биоимпедансного анализа (при возможности проведения)

— Мышечная масса: незначительно снижена по данным биоимпедансного анализа (при возможности проведения)

Индивидуальные рекомендации:

Цель: Увеличение регулярности и сбалансированности ФА.

1. Добавление недостающих видов ФА (силовые, аэробные, на гибкость) — разнообразие и чередование разного вида тренировок поможет избежать монотонности и повысит пользу от ФА:

• Аэробные нагрузки умеренной интенсивности 2-3 раза в неделю по 40-60 мин (150-300 мин в неделю): включите в свой график занятия, которые повышают частоту сердечных сокращений, такие как

ходьба, плавание или езда на велосипеде. Следите за тем, чтобы ваш пульс находился в комфортной зоне, которая составляет 65-75% от максимального значения (максимальный пульс = 220 — ваш возраст).

• Добавление силовых тренировок 2 раза в неделю по 40-50 мин: помогут укрепить мышцы и повысить общую физическую форму. Упражнения с собственным весом: начните с упражнений, которые не требуют дополнительных весов, таких как приседания, отжимания и планки. Легкие отягощения: постепенно вводите легкие гантели или резиновые ленты для дополнительной нагрузки.

• Нейромоторная активность: 1-2 раза в неделю йога, пилатес, упражнения на баланс и координацию, стретчинг. Занятия помогают улучшить гибкость, баланс и осанку, а также способствуют расслаблению и восстановлению.

2. Увеличение частоты и продолжительности ФА.

• Постепенно увеличивайте нагрузки, чтобы избежать травм и перегрузок: увеличивайте длительность занятий на 5-10 мин еженедельно или повышайте нагрузки на 20% в месяц, увеличивая время и интенсивность занятий постепенно.

• Регулярность: старайтесь заниматься ФА регулярно, чтобы закрепить привычку и увидеть результаты: начните с 30-минутных прогулок 3 раза в неделю или добавьте 1-2 силовые тренировки в тренажерном зале или в домашних условиях.

3. Восстановление.

• Полноценный сон: обеспечивайте себе достаточный отдых и качество сна для восстановления мышц, улучшения самочувствия и продуктивности.

• Упражнения для улучшения гибкости в суставах и расслабления мышц выполняйте регулярно, чтобы предотвратить травмы и улучшить состояние опорно-двигательного аппарата.

4. Мотивационные техники.

• Используйте фитнес-трекеры, которые помогают отслеживать прогресс и стимулируют для достижения новых целей для увеличения ФА (фитнес-браслеты, нагрудные датчики, мобильные фитнес--приложения). Они позволяют оценивать количество шагов, пройденную дистанцию, частоту сердечных сокращений и другие показатели.

• Занимайтесь с напарником или тренером — это создает чувство ответственности перед другим человеком и делает тренировки более приятными. Тренер может поддерживать и поощрять Вас на пути к достижению целей, а также делиться опытом и советами.

• Ведите дневник ФА — это эффективный способ отслеживать прогресс и корректировать план тренировок. В дневнике можно записывать количество пройденных шагов, тип и интенсивность упражнений, количество выполненных повторений, а также любые заметки о самочувствии. Это помогает анализировать эффективность тренировок и планировать будущие занятия более результативно.

• Ставьте конкретные цели — реалистичные и достижимые, такие как пройти 10 000 шагов в день или выполнить определенное количество упражнений. Конкретные цели помогают видеть прогресс и мотивируют к дальнейшим достижениям.

5. Мониторинг.

• Фитнес-гаджеты и мобильные приложения: для контроля целевых значений пульса и интенсивности нагрузки используйте фитнес-браслеты или нагрудные датчики. Мобильные приложения, учитывающие ФА, помогают отслеживать прогресс в тренировках и фиксировать динамику основных показателей.

Вариант 3: Недостаточная ФА

— Ходьба: менее 20 мин ежедневно, эпизодические занятия (<1 раза в неделю) или их отсутствие
— ИМТ: 30-34,9 кг/м^2 (ожирение I степени)
— Жировая масса: умеренно повышена по данным биоимпедансного анализа
— Мышечная масса: умеренно снижена по данным биоимпедансного анализа

Индивидуальные рекомендации:

Цель: Формирование устойчивой привычки к регулярным тренировкам.

1. Подготовительный этап.

• Психологическая мотивация: акцентировать внимание на понимании важности ФА для здоровья и определить внутреннюю мотивацию к занятиям.

• Подробно и тщательно оценить текущее состояние здоровья и разобрать возможные сомнения, возражения к регулярным нагрузкам.

• Разобрать ограничения и противопоказания (при наличии) к тренировкам и нагрузкам, с учетом прошлого опыта занятий и состояния здоровья.

2. Выбор варианта оптимальной ФА.

• На начальном этапе выбирать более доступные и безопасные виды нагрузок, которые приносят позитивные эмоции: ходьба 20-30 мин 3-4 раза в неделю, домашняя гимнастика 15-20 мин ежедневно, йога/пилатес, скандинавская ходьба, плавание, групповые фитнес-программы для начинающих, танцевальные занятия, велопрогулки, беговая дорожка или велотренажер в фитнес клубе.

• Добавляйте дыхательные упражнения: практикуйте техники глубокого дыхания, чтобы снизить стресс и улучшить настроение.

• Следите за пульсом, чтобы он находился как минимум в зоне низкой интенсивности 50-65% от максимального значения (максимальный пульс = 220 — ваш возраст).

• В течение 1-2 мес. адаптируйтесь к нагрузке и затем постепенно ее увеличивайте.

3. Регулярность ФА и закрепление привычки.

• Поддерживайте регулярность занятий — минимум 2 раза в неделю по 60-90 мин или 5 раз в неделю по 30 мин (цель: 150 мин в неделю умеренных физических нагрузок).

• Акцентируйте внимание на позитивных изменениях: регулярная ходьба, бег, плавание, езда на велосипеде улучшают состояние сердечно-сосудистой системы и повышают выносливость, простые гимнастические упражнения помогают развить гибкость и координацию, йога или пилатес улучшают гибкость и предотвращают травмы, групповые занятия поддерживают мотивацию и улучшают социальные связи.

• В течение последующих 3-4 мес. продолжайте следить за пульсом — используйте фитнес-трекеры (умные часы, нагрудные датчики). Постепенно увеличивайте интенсивность занятий: цель — пульс 65-75% от максимального значения (максимальный пульс = 220 — ваш возраст).

3. Восстановление.

• Полноценный сон: обеспечивайте себе достаточный отдых и качество сна для восстановления мышц, улучшения самочувствия и продуктивности.

• Упражнения для улучшения гибкости в суставах и расслабления мышц выполняйте регулярно, чтобы предотвратить травмы и улучшить состояние опорно-двигательного аппарата.

4. Психологическая поддержка.

• Выбирайте групповые занятия — они помогают поддерживать мотивацию и социализироваться.

• Занимайтесь с персональным тренером — выбор нагрузки с личным тренером повышает мотивацию, уменьшает риски и помогает ставить и поддерживать цели тренировочного процесса.

• Поддержка близких (родные, друзья, коллеги): окружите себя людьми, которые поддерживают ваши усилия и помогают оставаться мотивированным.

• Дневник тренировок: ведите дневник, чтобы отслеживать прогресс, отмечать достижения, поддерживать позитивный настрой.

5. Мониторинг и контроль.

• Постепенное внедрение регулярной ФА под контролем специалиста с учетом динамики всех параметров (самочувствие, частота сердечных сокращений, ИМТ, состав тела).

• Обсудить ограничения или противопоказания к определенному виду нагрузок (при наличии): избегать резких и интенсивных нагрузок, чтобы предотвратить травмы, не игнорировать сигналы усталости или дискомфорта (боли в суставах, перепады артериального давления, необычная одышка и др.), корректировать программу тренировок по мере необходимости.

Вариант 4: Критически низкая ФА

— Ходьба: <10 мин ежедневно или отсутствие регулярной ходьбы, полное отсутствие организованной и регулярной ФА

— ИМТ: ≥35 кг/м^2 (ожирение II-III степени)

— Жировая масса: значительно повышена по данным биоимпедансного анализа

— Мышечная масса: значительно снижена по данным биоимпедансного анализа

Индивидуальные рекомендации:

Цель: Мониторинг состояния и постепенное восстановление ФА.

1. Особенности наблюдения.

• Тщательный разбор и обсуждение всех показателей обследования и анкетных данных для комплексной оценки состояния здоровья и выбора рекомендаций по ФА.

• Начало с минимальных нагрузок: выбирать безопасные, простые легкие виды ФА с учетом состояния здоровья, прошлого опыта занятий и образа жизни пациента

• Постепенность нагрузок: начинать с низкоинтенсивных нагрузок, постепенно увеличивая до умеренной ФА, избегать резких увеличений интенсивности, чтобы предотвратить травмы.

2. Начальный этап ФА.

• Минимальная нагрузка: постепенное введение минимальных физических нагрузок для адаптации организма (минимальное время — 10 мин).

— дозированная ходьба: постепенное увеличение времени и интенсивности ходьбы (начало с 10 мин 2-3 раза в неделю, постепенно увеличивать до 30 мин 2-3 раза в неделю).

— дыхательная гимнастика: упражнения для улучшения функции легких и общего самочувствия.

— лечебная физкультура: простые гимнастические упражнения для адаптации к нагрузкам (гимнастика в домашних условиях, плавание, йога для начинающих).

• На начальном этапе выбирать более доступные и безопасные виды нагрузок, которые приносят позитивные эмоции.

• Следите за пульсом, чтобы он находился как минимум в зоне низкой интенсивности 50-65% от максимального значения (максимальный пульс = 220 — ваш возраст).

• В течение 3-4 мес. адаптируйтесь к нагрузке и затем постепенно ее увеличивайте.

3. Расширение ФА.

• Индивидуальные занятия с инструктором по лечебной физкультуре или тренером: персональные тренировки для более эффективного восстановления.

• Кардионагрузки 2-3 раза в неделю по 20-30 мин: ходьба, плавание, велотренажер, скандинавская ходьба, танцы для начинающих, беговая дорожка в фитнес-клубе.

• Силовые нагрузки: 2 раза в неделю по 30-40 мин: упражнения с собственным весом: (приседания, отжимания), легкие отягощения (бутылки с водой, гантели по 1-2 кг или резиновые фитнес-ленты для дополнительной нагрузки).

• Нейромоторная активность: 1-2 раза в неделю по 30-50 мин йога, пилатес, упражнения на баланс и координацию, стретчинг, тренировки для улучшения подвижности суставов и позвоночника (особенно важно в возрасте 65 лет и старше).

• Постепенно в течение последующих 2-3 мес. расширяйте интенсивность до умеренной: чтобы ваш пульс находился в комфортной зоне, которая составляет 65-75% от максимального значения (максимальный пульс = 220 — ваш возраст).

4. Восстановление.

• Полноценный сон: обеспечивайте себе достаточный отдых и качество сна для восстановления мышц, улучшения самочувствия и продуктивности.

• Упражнения для улучшения гибкости в суставах и расслабления мышц выполняйте регулярно, чтобы предотвратить травмы и улучшить состояние опорно-двигательного аппарата.

5. Психологическая поддержка.

• Индивидуальная терапия: работа с психологом для преодоления эмоциональных барьеров.

• Группы поддержки: участие в группах для обмена опытом и поддержки.

• Мотивационное консультирование: помощь в постановке и достижении целей.

• Работа с установками: корректировка негативных установок и развитие позитивного мышления.

• Стресс: минимизируйте стрессовые ситуации, которые могут негативно повлиять на процесс адаптации к новой ФА.

6. Мониторинг состояния.

• Фитнес-гаджеты и мобильные приложения: для контроля целевых значений пульса и интенсивности нагрузки используйте фитнес-браслеты или нагрудные датчики. Подробно разобрать правила использования гаджетов, задать конкретные цели на ближайшее время до следующей консультации.

• Оценка физической формы и психологического состояния регулярно — желательно ежемесячно: позволяет отслеживать прогресс и корректировать тренировочный план (анализ самочувствия и реакции на нагрузки, тесты на выносливость, силовые показатели и гибкость, контроль веса и анализ состава тела).

Приложение 6. Методика формирования индивидуальной по здоровому питанию.

1. Определите фенотип ожирения

С помощью критериев индекса массы тела (ИМТ), окружность талии (ОТ)/рост, результатов биоимпедансометрии (при наличии) определите фенотип (абдоминальное ожирение, избыточная масса тела, ожирение, саркопеническое ожирение).

Критерии фенотипа ожирения

Абдоминальное ожирение	Избыточная масса тела	Ожирение	Саркопеническое ожирение
ИМТ < 25 кг/м^2 ОТ/рост > 0,5	ИМТ ≥ 25 кг/м^2 и <30 кг/м^2	1. ИМТ ≥30 кг/м^2 2. ИЗМЕНЕНИЯ СОСТАВА ТЕЛА: увеличение жировой массы тела согласно данным биоимпедансометрии	1. ИМТ > 30 кг/м^2 2. НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИИ СКЕЛЕТНЫХ МЫШЦ: Снижение мышечной силы на основании кистевой динамометрии (М<30 кг, Ж<20 кг) 3. ИЗМЕНЕНИЯ СОСТАВА ТЕЛА: увеличение жировой массы тела и уменьшение скелетно-мышечной массы согласно данным биоимпедансометрии

2. Оцените рассчитанную суточную энергоемкость пищевого рациона

3. Сформируйте индивидуальную программу здорового питания

Формирование модели питания осуществляется при выборе соответствующего столбца суточной потребности в энергии (ккал) с учетом введения рекомендованного дефицита суточной энергоемкости (минус 300 ккал — при избыточной массе тела и минус 500 ккал — при ожирении) от исходно рассчитанной величины на основании установленного фенотипа.

Диетологические подходы к формированию индивидуального плана питания в зависимости от установленного фенотипа

Абдоминальное ожирение	Избыточная масса тела	Ожирение	Саркопеническое ожирение
Полная суточная энергоемкость рациона с учетом физической активности АКЦЕНТЫ: • Цельная пища • Кулинарный навык • Осознанность в выборе пищевых продуктов ЦЕЛЬ: Уменьшение окружности талии Муж: менее 102 см Жен: менее 88 см или ОТ/рост < 0,5	Дефицит суточной энергоемкости рациона с учетом физической активности в объеме 300 ккал АКЦЕНТЫ: Снижение углеводной нагрузки ЦЕЛЬ: 1) Ближайшая — минус 5- 10% от исходной массы тела 2) Долгосрочная — по данным биоимпедансометрии	Дефицит суточной энергоемкости рациона с учетом физической активности в объеме 500 ккал АКЦЕНТЫ: Снижение углеводной и жировой квот в суточном рационе ЦЕЛЬ: 1) Ближайшая — минус 5- 10% от исходной массы тела 2) Долгосрочная — по данным биоимпедансометрии	Дефицит суточной энергоемкости рациона с учетом физической активности в объеме 500 ккал АКЦЕНТЫ: Увеличение белковой квоты и омега-3 жирных кислот в суточном рационе ЦЕЛЬ: Под контролем биоимпедансометрии снижение жировой массы тела и увеличение скелетно-мышечной массы

 doi: 10.15829/3034-4123-2025-103

Индивидуальные программы здорового питания

Укажите стрелкой целевую программу питания								
ГРУППЫ ПИЩЕВЫХ ПРОДУКТОВ **(грамм в день)**	Суточная потребность в энергии, ккал							
	1600	**1800**	**2000**	**2200**	**2400**	**2600**	**2800**	**3000**
Овощи (свекла, морковь, все виды капуст, болгарский перец, помидоры, кабачки)	300	375	375	450	450	525	525	600
Фрукты и ягоды (яблоко, груша, цитрусовые, киви, вишня, брусника)	225	225	300	300	300	300	375	375
Цельнозерновые (сваренные крупы: гречка, нешлифованный рис, овёс, кукурузная, ячневая; хлеб, хлебцы, макароны и др.)	141	170	170	198	226	255	283	283
Бобовые (сваренные фасоль, горох, нут, чечевица)	40	40	50	50	70	100	100	110
Орехи, семена (грецкий, миндаль, фундук, семя тыквы и подсолнечника)	16	16	20	20	20	20	24	24
Нерафинированное растительное масло (подсолнечное, кукурузное, оливковое, льняное и др.)	22	24	27	29	31	34	36	44
Молочные продукты (творог 2-5%, йогурт, молоко, ряженка и др.)	400	400	420	420	420	450	450	450
Белковые продукты (приготовленное мясо, рыба, птица, белок яйца)	142	156	200	200	220	220	230	230
Резерв ккал на другие цели (ккал/день) (% от суточной энергоемкости системы питания)	100 6%	140 8%	240 12%	250 11%	320 13%	350 13%	370 13%	440 15%
Жидкость, минимальный объем (вода и несладкие напитки)	Для женщин: 1,0-1,2 л Для мужчин: 1,3-1,4 л							

Примечание:

	Зеленые блоки — цельная растительная пища
	Голубые блоки — пища животного происхождения (сырье)
	Желтый блок — ультрапереработанная пища (необязательно)
	Белый блок — жидкость

4. Обсудите группы пищевых продуктов, их качество и количество с учетом выбранной модели.

Поделитесь практическими советами "с чего начать" и базовой информацией о здоровом питании (к примеру, о том, как есть больше фруктов и овощей и постепенно сократить потребление соли)

- Задавайте открытые вопросы: "Как вы считаете…?", "Что, по Вашему мнению, могло повлиять…?", чтобы заинтересовать пациента и дайте ему время поделиться своими идеями по поводу улучшения пищевых привычек;
- Предоставьте дополнительные учебные материалы по формированию индивидуального плана питания и другие справочные ресурсы для поддержки;
- Обеспечьте социальную поддержку, например, обсудите возможность вовлечения членов семьи и/или друзей;
- При формировании плана ориентируйтесь на реальные возможности пациента в позитивном ключе.

5. Обсудите индивидуальную траекторию реализации программы здорового питания

Расскажите пациенту, какие параметры мы будем мониторировать (масса тела, ОТ, недельный профиль питания) и с какой частотой.

Обучите правильному ведению таблицы с замерами (масса тела, ОТ). Измерения производятся строго утром, натощак 1 раз в неделю.

Обратите внимание на запланированные визиты. Для сохранения связи с пациентом обсудите возможные и приемлемые способы — через 3 мес. (звонок по телефону), чтобы обсудить состояние в динамике; через 6 мес. — очная встреча.

При необходимости, привлеките узких специалистов, для создания мультидисциплинарного подхода (психолог, диетолог);

Важно поддерживать пациента как в момент успеха, так и неудачи.

Примеры использования пищевых продуктов в модели индивидуального питания на 1600 ккал

ГРУППЫ ПИЩЕВЫХ ПРОДУКТОВ (грамм в день)	1600 ккал	Конкретные примеры
Овощи (свекла, морковь, все виды капуст, болгарский перец, помидоры, кабачки)	300	1 помидор (70 г) + вареная свекла (100 г) + тушеная капуста (120 г)
Фрукты и ягоды (яблоко, груша, цитрусовые, киви, вишня, брусника)	225	свежемороженая вишня (50 г) + груша (100 г) + 2 мандарина (75 г)
Цельнозерновые (сваренные крупы: гречка, нешлифованный рис, овёс, кукурузная, ячневая; хлеб, хлебцы, макароны и др.)	141	2 куска хлеба (70 г) + гречневая каша на воде (71 г)
Бобовые (сваренные фасоль, горох, нут, чечевица)	40	40 г красной фасоли (чечевицы)
Орехи, семена (грецкий, миндаль, фундук, семя тыквы и подсолнечника)	16	грецкий орех в цельном или измельченном виде (10 г) семя тыквы в салат (6 г)
Нерафинированное растительное масло (подсолнечное, кукурузное, оливковое, льняное и др.)	22	5 г — на завтрак к каше, 10 г /7 г на обед/ужин — в качестве заправки к овощам
Молочные продукты (творог 2-5%, йогурт, молоко, ряженка и др.)	400	творог (100 г) + йогурт (125 г) + сыр (40 г) + молоко (155 г)
Белковые продукты (приготовленное мясо, рыба, птица, белок яйца)	142	курица (70 г) + рыба (72 г) в термически обработанном виде
Резерв ккал на другие цели (ккал/день) (% от суточной энергоемкости системы питания)	100 6%	При необходимости можно позволить себе пищу с добавленным сахаром и жирами (кондитерские изделия, творожный сырок, восстановленные соки и др.) в объеме, равным 100 ккал (к примеру, пастила 30 г)
Жидкость, минимальный объем (вода и несладкие напитки)	Для женщин: 1,0-1,2 л Для мужчин: 1,3-1,4 л	

Примеры использования пищевых продуктов в модели индивидуального питания на 1800 ккал

ГРУППЫ ПИЩЕВЫХ ПРОДУКТОВ (грамм в день)	1800 ккал	Конкретные примеры
Овощи (свекла, морковь, все виды капуст, болгарский перец, помидоры, кабачки)	375	огурец (100 г) + вареная репа (50 г) + листья салата (75 г) + запеченная цветная капуста (150 г)
Фрукты и ягоды (яблоко, груша, цитрусовые, киви, вишня, брусника)	225	свежемороженая малина (25 г) + яблоко (100 г) + апельсин (100 г)
Цельнозерновые (сваренные крупы: гречка, нешлифованный рис, овёс, кукурузная, ячневая; хлеб, хлебцы, макароны и др.)	170	хлеб (70 г) + пшенная каша на воде (100 г)
Бобовые (сваренные фасоль, горох, нут, чечевица)	40	40 г гороха (сваренный, консервированный без сахара или свежий)
Орехи, семена (грецкий, миндаль, фундук, семя тыквы и подсолнечника)	16	фундук в цельном или измельченном виде (10 г) семя подсолнечника в салат (6 г)
Нерафинированное растительное масло (подсолнечное, кукурузное, оливковое, льняное и др.)	24	7 г — на завтрак к каше, 10 г /7 г на обед/ужин — в качестве заправки к овощам
Молочные продукты (творог 2-5%, йогурт, молоко, ряженка и др.)	400	творог (100 г) + йогурт (125 г) + сыр моцарелла (45 г) + кефир 1% (130 г)
Белковые продукты (приготовленное мясо, рыба, птица, белок яйца)	156	Бедро индейки (100 г) в термически обработанном виде + 1 целое яйцо
Резерв ккал на другие цели (ккал/день) (% от суточной энергоемкости системы питания)	140 8%	При необходимости можно позволить себе пищу с добавленным сахаром и жирами (кондитерские изделия, творожный сырок, восстановленные соки и др.) в объеме, равном 140 ккал (к примеру, финики/курага 40 г)
Жидкость, минимальный объем (вода и несладкие напитки)	Для женщин: 1,0-1,2 л Для мужчин: 1,3-1,4 л	

doi: 10.15829/3034-4123-2025-103

Примеры использования пищевых продуктов в модели индивидуального питания на 2000 ккал

ГРУППЫ ПИЩЕВЫХ ПРОДУКТОВ (грамм в день)	2000 ккал	Конкретные примеры
Овощи (свекла, морковь, все виды капуст, болгарский перец, помидоры, кабачки)	375	Картофель в мундире (50 г) + болгарский перец (100 г) + капуста брокколи (150 г) + редис/дайкон (75 г)
Фрукты и ягоды (яблоко, груша, цитрусовые, киви, вишня, брусника)	300	Киви (100 г) + вишня замороженная/свежая (100г) + яблоко (100 г)
Цельнозерновые (сваренные крупы: гречка, нешлифованный рис, овёс, кукурузная, ячневая; хлеб, хлебцы, макароны и др.)	170	1 кусок хлеба (30 г) + кукурузная каша на воде (70 г) + макароны al dente (70 г)
Бобовые (сваренные фасоль, горох, нут, чечевица)	50	50 г стручковой фасоли (тушенной или на пару)
Орехи, семена (грецкий, миндаль, фундук, семя тыквы и подсолнечника)	20	грецкий орех (10 г) кедровые орешки в салат (10 г)
Нерафинированное растительное масло (подсолнечное, кукурузное, оливковое, льняное и др.)	27	10 г — на завтрак к каше, 10 г /7 г на обед/ужин — в качестве заправки к овощам
Молочные продукты (творог 2-5%, йогурт, молоко, ряженка и др.)	420	творог 2-5% (100 г) + кефир 1% (150 г) + сыр (40 г) + молоко (130 г)
Белковые продукты (приготовленное мясо, рыба, птица, белок яйца)	200	Минтай (100 г) + говядина (100 г)
Резерв ккал на другие цели (ккал/день) (% от суточной энергоемкости системы питания)	240 12%	При необходимости можно позволить себе пищу с добавленным сахаром и жирами (кондитерские изделия, творожный сырок, восстановленные соки и др.) в объеме, равным 240 ккал (к примеру, сливочное масло 5 г + печенье 45 г)
Жидкость, минимальный объем (вода и несладкие напитки)	Для женщин: 1,0-1,2 л Для мужчин: 1,3-1,4 л	

Примеры использования пищевых продуктов в модели индивидуального питания на 2200 ккал

ГРУППЫ ПИЩЕВЫХ ПРОДУКТОВ (грамм в день)	2200 ккал	Конкретные примеры
Овощи (свекла, морковь, все виды капуст, болгарский перец, помидоры, кабачки)	450	Морковь, лук, помидор (200 г) + тыква (100 г) + листья салата (50 г) + пекинская капуста (100 г)
Фрукты и ягоды (яблоко, груша, цитрусовые, киви, вишня, брусника)	300	груша (100 г) + черная смородина замороженная/ свежая (100 г) + яблоко (100 г)
Цельнозерновые (сваренные крупы: гречка, нешлифованный рис, овёс, кукурузная, ячневая; хлеб, хлебцы, макароны и др.)	198	1 кусок хлеба (40 г) + овсяная каша на воде (100 г) + гречка на воде (58 г)
Бобовые (сваренные фасоль, горох, нут, чечевица)	50	50 г фасоли (сваренной или консервированной без сахара)
Орехи, семена (грецкий, миндаль, фундук, семя тыквы и подсолнечника)	20	миндаль (10 г) семена тыквы в салат (10 г)
Нерафинированное растительное масло (подсолнечное, кукурузное, оливковое, льняное и др.)	29	10 г — на завтрак к каше, 10 г /9 г на обед/ужин — в качестве заправки к овощам
Молочные продукты (творог 2-5%, йогурт, молоко, ряженка и др.)	420	творог 2-5% (100 г) + кефир 1% (160 г) + сыр (40 г) + молоко (120 г)
Белковые продукты (приготовленное мясо, рыба, птица, белок яйца)	200	скумбрия (100 г) + курица (100 г)
Резерв ккал на другие цели (ккал/день) (% от суточной энергоемкости системы питания)	250 11%	При необходимости можно позволить себе пищу с добавленным сахаром и жирами (кондитерские изделия, творожный сырок, восстановленные соки и др.) в объеме, равным 250 ккал (к примеру, сливочное масло 5 г + зефир 40 г)
Жидкость, минимальный объем (вода и несладкие напитки)	Для женщин: 1,0-1,2 л Для мужчин: 1,3-1,4 л	

Примеры использования пищевых продуктов в модели индивидуального питания на 2400 ккал

ГРУППЫ ПИЩЕВЫХ ПРОДУКТОВ (грамм в день)	2400 ккал	Конкретные примеры
Овощи (свекла, морковь, все виды капуст, болгарский перец, помидоры, кабачки)	450	Помидор (100 г) + огурец (100 г) + картофель в мундире (50 г) + капуста белокочанная (100 г) + морковь свежая (50 г) + лук (50 г)
Фрукты и ягоды (яблоко, груша, цитрусовые, киви, вишня, брусника)	300	Клубника свежемороженая/свежая (100 г) + яблоко (100 г) + слива (100 г)
Цельнозерновые (сваренные крупы: гречка, нешлифованный рис, овёс, кукурузная, ячневая; хлеб, хлебцы, макароны и др.)	226	Макароны из твердых сортов пшеницы сваренные "на зубок" (50 г) + каша перловая на воде (100 г) + рис бурый нешлифованный (76 г)
Бобовые (сваренные фасоль, горох, нут, чечевица)	70	Красная фасоль (35 г) + нут сваренные (35 г)
Орехи, семена (грецкий, миндаль, фундук, семя тыквы и подсолнечника)	20	Орех грецкий в цельном или измельченном виде (12 г) Фундук (8 г)
Нерафинированное растительное масло (подсолнечное, кукурузное, оливковое, льняное и др.)	31	12г — на завтрак, 12 г/7 г на обед/ужин — в качестве заправки
Молочные продукты (творог 2-5%, йогурт, молоко, ряженка и др.)	420	творог (120 г) + кефир (250 г) + моцарелла (50 г)
Белковые продукты (приготовленное мясо, рыба, птица, белок яйца)	220	Кальмар сваренный (100 г) + индейка запеченная (120 г)
Резерв ккал на другие цели (ккал/день) (% от суточной энергоемкости системы питания)	320 13%	При необходимости можно позволить себе пищу с добавленным сахаром и жирами (кондитерские изделия, творожный сырок, восстановленные соки и др.) в объеме, равным 320 ккал (к примеру, домашний пирог 100 г)
Жидкость, минимальный объем (вода и несладкие напитки)	Для женщин: 1,0-1,2 л Для мужчин: 1,3-1,4 л	

Примеры использования пищевых продуктов в модели индивидуального питания на 2600 ккал

ГРУППЫ ПИЩЕВЫХ ПРОДУКТОВ (грамм в день)	2600 ккал	Конкретные примеры
Овощи (свекла, морковь, все виды капуст, болгарский перец, помидоры, кабачки)	525	Помидор (100 г) + баклажан (100 г) + кабачки (100 г) + морковь, лук (100 г) + листья салата (125 г)
Фрукты и ягоды (яблоко, груша, цитрусовые, киви, вишня, брусника)	300	Черника свежая/замороженная (100 г) + яблоко (100 г) + мандарин (100 г)
Цельнозерновые (сваренные крупы: гречка, нешлифованный рис, овёс, кукурузная, ячневая; хлеб, хлебцы, макароны и др.)	255	хлеб (55 г) + каша из полбы на воде (100 г) + каша гречневая (100 г)
Бобовые (сваренные фасоль, горох, нут, чечевица)	100	100 г стручковой фасоли
Орехи, семена (грецкий, миндаль, фундук, семя тыквы и подсолнечника)	20	Орех фундук в цельном или измельченном виде (12 г), семя подсолнечника в салат (8 г)
Нерафинированное растительное масло (подсолнечное, кукурузное, оливковое, льняное и др.)	34	12 г — на завтрак к каше, 12 г/10 г на обед/ужин — в качестве заправки к овощам
Молочные продукты (творог 2-5%, йогурт, молоко, ряженка и др.)	450	творог (120 г) + кефир (150 г) + молоко (150 г) + сыр легкий (30% жирности — 30 г)
Белковые продукты (приготовленное мясо, рыба, птица, белок яйца)	220	рыба запеченная (120 г) + бедро куриное сваренное (100 г)
Резерв ккал на другие цели (ккал/день) (% от суточной энергоемкости системы питания)	350 13%	При необходимости можно позволить себе пищу с добавленным сахаром и жирами (кондитерские изделия, творожный сырок, восстановленные соки и др.) в объеме, равным 350 ккал (к примеру, воздушный зефир 100 г)
Жидкость, минимальный объем (вода и несладкие напитки)	Для женщин: 1,0-1,2 л Для мужчин: 1,3-1,4 л	

doi: 10.15829/3034-4123-2025-103

Примеры использования пищевых продуктов в модели индивидуального питания на 2800 ккал

ГРУППЫ ПИЩЕВЫХ ПРОДУКТОВ (грамм в день)	2800 ккал	Конкретные примеры
Овощи (свекла, морковь, все виды капуст, болгарский перец, помидоры, кабачки)	525	Свекла (100 г) + белокочанная капуста (100 г) + кабачки (100 г) + морковь, лук (100 г) + тыква (125 г)
Фрукты и ягоды (яблоко, груша, цитрусовые, киви, вишня, брусника)	375	Вишня свежая/замороженная (100 г) + яблоко (100 г) + груша (100 г) + банан (75 г)
Цельнозерновые (сваренные крупы: гречка, нешлифованный рис, овёс, кукурузная, ячневая; хлеб, хлебцы, макароны и др.)	283	хлеб (60 г) + каша овсяная на воде (123 г) + кукуруза сваренная или консервированная без сахара (100 г)
Бобовые (сваренные фасоль, горох, нут, чечевица)	100	100г чечевицы
Орехи, семена (грецкий, миндаль, фундук, семя тыквы и подсолнечника)	24	Орех миндаль в цельном или измельченном виде (14 г), семя кунжута в салат (10 г)
Нерафинированное растительное масло (подсолнечное, кукурузное, оливковое, льняное и др.)	36	12 г — на завтрак к каше, 12 г/12 г на обед/ужин — в качестве заправки к овощам
Молочные продукты (творог 2-5%, йогурт, молоко, ряженка и др.)	450	творог (120г) + кефир (170г) + молоко (150г) + сыр легкий (30% жирности — 30г)
Белковые продукты (приготовленное мясо, рыба, птица, белок яйца)	230	рыба запеченная (130 г) + говядина сваренная (100 г)
Резерв ккал на другие цели (ккал/день) (% от суточной энергоемкости системы питания)	370 13%	При необходимости можно позволить себе пищу с добавленным сахаром и жирами (кондитерские изделия, творожный сырок, восстановленные соки и др.) в объеме, равным 370 ккал (к примеру, сливочное масло 10 г, шоколад 75% какао — 20 г, пастила яблочная 50 г)
Жидкость, минимальный объем (вода и несладкие напитки)	Для женщин: 1,0-1,2 л Для мужчин: 1,3-1,4 л	

Примеры использования пищевых продуктов в модели индивидуального питания на 3000 ккал

ГРУППЫ ПИЩЕВЫХ ПРОДУКТОВ (грамм в день)	3000 ккал	Конкретные примеры
Овощи (свекла, морковь, все виды капуст, болгарский перец, помидоры, кабачки)	600	Картофель в мундире (100 г) + болгарский перец (100 г), пекинская капуста (100 г) + морковь, лук (100 г) + баклажаны/кабачки (100 г) + помидоры (100 г)
Фрукты и ягоды (яблоко, груша, цитрусовые, киви, вишня, брусника)	375	Киви (100 г) + яблоко (100 г) + груша (100 г) + банан (75 г)
Цельнозерновые (сваренные крупы: гречка, нешлифованный рис, овёс, кукурузная, ячневая; хлеб, хлебцы, макароны и др.)	283	хлеб (60 г) + каша гречневая на воде (123 г) + кукуруза сваренная или консервированная без сахара (100 г)
Бобовые (сваренные фасоль, горох, нут, чечевица)	110	110 г гороха
Орехи, семена (грецкий, миндаль, фундук, семя тыквы и подсолнечника)	24	Орех миндаль в цельном или измельченном виде (14 г), семя кунжута в салат (10 г)
Нерафинированное растительное масло (подсолнечное, кукурузное, оливковое, льняное и др.)	44	15 г — на завтрак к каше, 15 г/14 г на обед/ужин — вкачестве заправки к овощам
Молочные продукты (творог 2-5%, йогурт, молоко, ряженка и др.)	450	Творог (120 г) + ряженка (170 г) + молоко (150 г) + сыр моцарелла 30 г
Белковые продукты (приготовленное мясо, рыба, птица, белок яйца)	230	Омлет из 2 яиц (130г) + индейка запеченная (100г)
Резерв ккал на другие цели (ккал/день) (% от суточной энергоемкости системы питания)	440 15%	При необходимости можно позволить себе пищу с добавленным сахаром и жирами (кондитерские изделия, творожный сырок, восстановленные соки и др.) в объеме, равным 440 ккал (к примеру, сливочное масло 10 г, домашний пирог 100 г)
Жидкость, минимальный объем (вода и несладкие напитки)	Для женщин: 1,0-1,2 л Для мужчин: 1,3-1,4 л	

Литература

1 Драпкина О.М., Дроздова Л.Ю., Концевая А.В., Иванова Е.С., Калинина А.М., Бунова А.С., Гамбарян М.Г., Елиашевич С.О., Карамнова Н.С., Раковская Ю.С., Бернс С.А., Куликова М.С., Метельская В.А. Оказание медицинской помощи пациентам с факторами риска развития хронических неинфекционных заболеваний в центрах здоровья для взрослых. Методические рекомендации. М.: РОПНИЗ, ООО "СИЛИЦЕЯ-ПОЛИГРАФ" 2025 г. 164 с. ISBN: 978-5-6053845-8-8. doi: 10.15829/ ROPNIZ-d108-2025. EDN: HKMNQW.

Драпкина Оксана Михайловна (Oxana M. Drapkina) — д.м.н., профессор, академик РАН, директор, зав. кафедрой терапии и профилактической медицины, ФГБОУ ВО "Российский университет медицины" Минздрава России, ORCID: 0000-0002-4453-8430;

Дроздова Любовь Юрьевна (Lyubov Yu. Drozdova) — к.м.н., доцент, руководитель отдела стратегического планирования и внедрения профилактических технологий, доцент кафедры терапии и профилактической медицины, ФГБОУ ВО "Российский университет медицины" Минздрава России, ORCID: 0000-0002-4529-3308;

Егоров Вадим Анатольевич (Vadim A. Egorov) — к.м.н., в.н.с. отдела стратегического планирования и внедрения профилактических технологий, доцент кафедры терапии, общей врачебной практики с курсом гастроэнтерологии, ФГБОУ ВО "Российский университет медицины" Минздрава России, ORCID: 0000-0001-8627-6160;

Иванова Екатерина Сергеевна (Ekaterina S. Ivanova) — к.м.н., руководитель отдела координации профилактики и укрепления общественного здоровья в регионах и Федерального Центра здоровья, ORCID: 0000-0001-5379-7170;

Калинина Анна Михайловна (Anna M. Kalinina) — д.м.н., профессор, руководитель отдела профилактики неинфекционных заболеваний в первичном звене здравоохранения, ORCID: 0000-0003-2458-3629;

Раковская Юлия Сергеевна (Yulia S. Rakovskaya) — н.с. отдела стратегического планирования и внедрения профилактических технологий, преподаватель кафедры терапии, общей врачебной практики с курсом гастроэнтерологии, ФГБОУ ВО "Российский университет медицины" Минздрава России, ORCID: 0000-0001-5620-7770;

Концевая Анна Васильевна (Anna V. Kontsevaya) — д.м.н., профессор, зам. директора по научной и аналитической работе, зав. кафедрой общественного здоровья и организации здравоохранения, ФГБОУ ВО "Российский университет медицины" Минздрава России, ORCID: 0000-0003-2062-1536;

Елиашевич Софья Олеговна (Sofia O. Eliashevich) — к.м.н., руководитель лаборатории изучения и коррекции пищевого поведения, ORCID: 0000-0003-0143-0849;

Адреса организаций авторов: ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины" Минздрава России, Петроверигский пер., д. 10, стр. 3, Москва, 101990, Россия; ФГБОУ ВО "Российский университет медицины" Минздрава России, ул. Долгоруковская, д. 4. Москва, 127006, Россия.

Addresses of the authors' institutions: National Medical Research Center for Therapy and Preventive Medicine of the Ministry of Health of the Russian Federation, Petroverigsky Lane, 10, bld. 3, Moscow, 101990, Russia; Russian University of Medicine, Dolgorukovskaya str., 4, Moscow, 127006, Russia.

Первичная медико-санитарная помощь. 2025;2(4):260-281.
doi: 10.15829/3034-4123-2025-104
ISSN 3034-4123 (Print)
ISSN 3034-4565 (Online)

Первичная медико-санитарная помощь
Primary Health Care (Russian Federation)

Оказание медицинской помощи различным группам населения ***Редакционная статья***

Стандартная операционная процедура (СОП) по ведению пациентов с комбинацией факторов риска — низкая физическая активность и нерациональное питание в центрах здоровья

В документе изложена стандартная операционная процедура (СОП) по ведению пациентов с комбинацией факторов риска — низкая физическая активность и нерациональное питание в центрах здоровья для взрослых. Пособие содержит пошаговые инструкции по организации приема пациентов в центрах здоровья для взрослых, описывающие инструменты и методы оценки фактора риска у пациентов, перечни инструментальных обследований и рассчитываемых показателей, алгоритмы индивидуального углубленного профилактического консультирования по выявленным факторам риска, а также формирования индивидуальных программ по ведению здорового образа жизни и программы здорового питания, подходы к осуществлению диспансерного наблюдения.

Методическое пособие представлено с целью организации работы в центрах здоровья для взрослых на основе эталонных процессов эффективной индивидуальной профилактики, формирования персонализированного маршрута пациента по коррекции факторов риска, что позволит внести вклад в увеличение эффективности профилактических мероприятий, а также доли граждан, ведущих здоровый образ жизни. Документ предназначен для врачей, фельдшеров и медсестер.

Ключевые слова: стандартная операционная процедура, физическая активность, нерациональное питание, центры здоровья.

Отношения и деятельность: нет.

Рецензент:
Мальшин Ю. А. — зам. главного врача по медицинской профилактике ГБУЗ "Самарский областной центр общественного здоровья и медицинской профилактики", главный внештатный специалист по медицинской профилактике Министерства здравоохранения Самарской области (Самара, Россия).

Утверждено на заседании Ученого совета ФГБУ "НМИЦ ТПМ" Минздрава России (протокол № 9 от 25 ноября 2025 г.).

Для цитирования: Драпкина О. М., Дроздова Л. Ю., Егоров В. А., Иванова Е. С., Калинина А. М., Раковская Ю. С., Концевая А. В., Елиашевич С. О., Лищенко О. В. Стандартная операционная процедура (СОП) по ведению пациентов с комбинацией факторов риска — низкая физическая активность и нерациональное питание в центрах здоровья. *Первичная медико-санитарная помощь.* 2025;2(4):260-281. doi: 10.15829/3034-4123-2025-104. EDN: GFLXES

Драпкина О. М.,
Дроздова Л. Ю.,
Егоров В. А.,
Иванова Е. С.,
Калинина А. М.,
Раковская Ю. С.*,
Концевая А. В.,
Елиашевич С. О.,
Лищенко О. В.

ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины" Минздрава России, Москва, Российская Федерация

*Corresponding author
(Автор, ответственный за переписку):
preventionnmictpm@yandex.ru

Поступила: 25.11.2025
Принята: 28.11.2025

CC BY 4.0

Primary Health Care (Russian Federation). 2025;2(4):260-281.
doi: 10.15829/3034-4123-2025-104
ISSN 3034-4123 (Print)
ISSN 3034-4565 (Online)

Первичная медико-санитарная помощь
Primary Health Care (Russian Federation)

Standard operating procedure (SOP) for the management of patients with a combination of risk factors of low physical activity and unhealthy diet in health centers

Drapkina O. M.,
Drozdova L. Yu.,
Egorov V. A.,
Ivanova E. S.,
Kalinina A. M.,
Rakovskaya Yu. S.*,
Kontsevaya A. V.,
Eliashevich S. O.,
Lischenko O. V.

National Medical Research Center for Therapy and Preventive Medicine, Moscow, Russian Federation

*Corresponding author:
preventionnmictpm@yandex.ru

This document outlines a standard operating procedure (SOP) for the management of patients with a combination of risk factors of low physical activity and unhealthy diet in adult health centers. The manual contains step-by-step instructions for managing patient appointments at adult health centers, describing tools and methods for assessing patient risk factors, lists of paraclinical investigations and estimated indicators. It also describes algorithms for individualized in-depth preventive counseling on identified risk factors, as well as the development of individualized healthy lifestyle and dietary programs, and approaches to follow-up monitoring.

This methodological manual is designed to manage workflow in adult health centers based on benchmark processes for effective individualized prevention, and to develop a personalized patient pathway for risk factor modification. This will contribute to increasing the effectiveness of preventive measures and the proportion of persons with a healthy lifestyle. The document is intended for physicians, paramedics, and nurses.

Keywords: standard operating procedure, physical activity, unhealthy diet, health centers.
Relationships and Activities: none.

For citation: Drapkina O. M., Drozdova L. Yu., Egorov V. A., Ivanova E. S., Kalinina A. M., Rakovskaya Yu. S., Kontsevaya A. V., Eliashevich S. O., Lischenko O. V. Standard operating procedure (SOP) for the management of patients with a combination of risk factors of low physical activity and unhealthy diet in health centers. *Primary Health Care (Russian Federation).* 2025;2(4):260-281. doi: 10.15829/3034-4123-2025-104. EDN: GFLXES

Received: 25.11.2025
Accepted: 28.11.2025

doi: 10.15829/3034-4123-2025-104

По результатам проведенной диспансеризации/профилактического медицинского осмотра пациент направляется в центр здоровья для взрослых для проведения углубленного профилактического консультирования и, в дальнейшем, формирования программы по ведению здорового образа жизни, программы здорового питания, диспансерного наблюдения при наличии отдельных факторов риска:

- избыточная масса тела;
- ожирение 1-2 ст.;
- курение табака;
- риск пагубного потребления алкоголя.

А также при наличии комбинации 2-х факторов риска хронических неинфекционных заболеваний: низкой физической активности и нерационального питания или комбинации нескольких вышеназванных отдельных факторов риска.

Гражданин может самостоятельно обратиться в центры здоровья для взрослых, в таком случае, в первую очередь, необходимо попросить пациента заполнить анкету для выявления факторов риска хронических неинфекционных заболеваний[1].

Всем пациентам возрастной группы 55-85 лет выполняется МоСА-ТЕСТ (Монреальская шкала оценки когнитивных функций), позволяющий быстро определить снижение когнитивных способностей и ранние признаки деменции, включая способность понимать, рассуждать и запоминать, и выявить такие состояния, как болезнь Паркинсона, опухоли головного мозга, злоупотребление психоактивными веществами и травмы головы[1].

[1] Драпкина О.М., Дроздова Л.Ю., Концевая А.В. и др. Оказание медицинской помощи пациентам с факторами риска развития хронических неинфекционных заболеваний в центрах здоровья для взрослых. Методические рекомендации. М.: РОПНИЗ, ООО "СИЛИЦЕЯ-ПОЛИГРАФ" 2025 г. 164 с. ISBN: 978-5-6053845-8-8. doi: 10.15829/ ROPNIZ-d108-2025. EDN: HKMNQW.

Оценка факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний

№ п/п	Код по МКБ-10	Наименование по МКБ-10	Наименование фактора риска	Перечень обследований	Расчетный показатель
1.	Z72.0	Употребление табака	Потребление табака и иной никотин-содержащей продукции	— Опрос (анкетирование): 1. Адаптированный тест Фагестрема; 2.Оценка индивидуальных привычек питания; 3. Оценка физической активности; 4. Монреальская шкала оценки когнитивных функций (МоСА-ТЕСТ) (для пациентов 55-85 лет). — Антропометрия (рост, масса тела, ОТ, ОБ); — Спирометрия (исследование функции внешнего дыхания); — Определение концентрации монооксида углерода в выдыхаемом воздухе (при помощи смокелайзера)	— ИМТ; — Биологический возраст; — Индекс курения –индекс пачка/лет
2.	R63.5	Аномальная прибавка массы тела	Избыточная масса тела	— Опрос (анкетирование): 1. Оценка индивидуальных привычек питания; 2. Оценка физической активности; 3. Монреальская шкала оценки когнитивных функций (МоСА-ТЕСТ) (для пациентов 55-85 лет). — Антропометрия (рост, масса тела, ОТ, ОБ); — Биоимпедансометрия (анализа внутренних сред организма)	— ИМТ; — Биологический возраст; — Суточная энергоемкость пищевого рациона
3.	E66	Ожирение	Ожирение 1-2 ст.	— Опрос (анкетирование): 1. Оценка индивидуальных привычек питания; 2. Оценка физической активности; 3. Монреальская шкала оценки когнитивных функций (МоСА-ТЕСТ) (для пациентов 55-85 лет). — Антропометрия (рост, масса тела, ОТ, ОБ); — Биоимпедансометрия (анализа внутренних сред организма)	— ИМТ; — Биологический возраст; — Суточная энергоемкость пищевого рациона
4.	Z72.1	Употребление алкоголя	Риск пагубного потребления алкоголя	— Опрос (анкетирование): 1. Тест RUS-AUDIT-S; 2. Оценка индивидуальных привычек питания; 3. Оценка физической активности; 4. Монреальская шкала оценки когнитивных функций (МоСА-ТЕСТ) (для пациентов 55-85 лет). — Антропометрия (рост, масса тела, ОТ, ОБ)	— ИМТ; — Биологический возраст

5.	Z72.4	Неприемлемый пищевой рацион и вредные привычки в приеме пищи	Нерациональное питание	— Опрос (анкетирование): 1. Оценка индивидуальных привычек питания; 2. Оценка физической активности; 3. Оценка риска занятий интенсивной физической активностью; 4. Монреальская шкала оценки когнитивных функций (МоСА-ТЕСТ) (для пациентов 55-85 лет). — Антропометрия (рост, масса тела, ОТ, ОБ); — Биоимпедансометрия (анализа внутренних сред организма)	— ИМТ; — Биологический возраст
6.	Z72.3	Недостаток ФА	Низкая ФА		

Сокращения: ИМТ — индекс массы тела, МКБ-10 — Международная классификация болезней, 10 издание, ОБ — окружность бедер, ОТ — окружность талии, ФА — физическая активность.

Стандартная операционная процедура (СОП)
действий медицинских работников центра здоровья для взрослых при обращении пациента
с комбинацией факторов риска — низкая физическая активность + нерациональное питание

Шаг	Действия	Возможные исполнители
1. Подготовка к приему в центре здоровья для взрослых.		
1.1.	Получить информированное добровольное согласие пациента на проведение обследования.	Специалист без медицинского образования
1.2.	Уточнить возраст пациента, если пациент возрастной группы 55-85 лет, то поставить отметку о необходимости выполнить МоСА-ТЕСТ (Монреальская шкала оценки когнитивных функций).	
1.3.	Уточнить направлен ли пациент по результатам проведенной диспансеризации/ профилактического медицинского осмотра. Ответ: нет → п. 1.4, да → 1.5	
1.4.	Выдать пациенту для заполнения анкету для выявления факторов риска хронических неинфекционных заболеваний[1].	
1.5.	Выдать для заполнения вопросник оценки индивидуальных привычек питания.	
1.6.	Выдать для заполнения вопросник оценки ФА пациента.	
1.7.	Выдать опросник оценки риска занятий интенсивной ФА.	
2. Прием в доврачебном кабинете.		
2.1.	Измерить рост и массу тела пациента.	Медицинская сестра
2.2.	Рассчитать индекс массы тела.	
2.3.	Измерить окружность талии и бедер.	
2.4.	Рассчитать биологический возраст.	
2.5.	Провести процедуру биоимпедансометрии.	
2.6.	Рассчитать целевое снижение жировой массы тела и ближайшую цель в достижении результата — минус 5-10% от исходной массы тела.	
2.7.	Рассчитать рекомендуемую нижнюю границу нормы количества скелетно-мышечной массы.	
2.8.	Рассчитать прогноз скорости процесса снижения массы тела.	
2.9.	Внести в медицинскую документацию основные параметры.	
2.10.	Заполнить вопросник по Монреальской шкале (МоСА-ТЕСТ) и оценить когнитивные функции у пациентов 55-85 лет.	
3. Прием врача центра здоровья для взрослых.		
3.1.	Оценить исходный уровень ФА пациента.	Врач/фельдшер
3.2.	Определить интенсивность ФА.	
3.3.	Составить (разработать) индивидуальный план ФА.	
3.4.	Сформировать рекомендации по оздоровлению рациона питания.	
3.5.	Дать аргументированные советы и рекомендации по модификации негативных поведенческих привычек.	
3.6.	Сформировать индивидуальную программу по ведению ЗОЖ.	
3.7.	Уточнить, насколько пациент понял советы по ЗОЖ и рекомендации по питанию и увеличению ФА.	
3.8.	Выдать информационные материалы.	

Сокращения: ЗОЖ — здоровый образ жизни, ФА — физическая активность.

 doi: 10.15829/3034-4123-2025-104

Приложение 1. Образцы вопросников, выдаваемых пациенту для заполнения.

1. Вопросник оценки индивидуальных привычек питания.

	Как часто Вы потребляете следующие продукты?	Не потребляю/ редко	1-2 раза в месяц	1-2 раза в неделю	3-5 раз в неделю	Ежедневно/ почти ежедневно
1	**Мясо красное** (говядина, баранина, свинина и др.), консервы мясные					
2	**Птица** (индейка, курица, утка и др.)					
3	**Рыба**, в том числе **суп, котлеты, консервы и морепродукты** (креветки, кальмары и др.)					
4	**Яйца**					
5	**Колбасы, сосиски, субпродукты, буженина**					
6	**Молоко, кефир, йогурт, творог**					
7	**Сыр**					
8	**Сметана, сливки**					
9	**Сливочное масло**					
10	**Темно-зеленые листовые овощи** (зеленый лук, петрушка, кинза, укроп, шпинат, руккола, ботва свеклы)					
11	**Овощи и фрукты оранжевого цвета** (морковь, тыква, перец красный, облепиха, курага, абрикос и др.)					
12	**Овощи** (кроме картофеля)					
13	**Фрукты** (кроме фруктов, указанных ранее)					
14	**Ягоды** (смородина, вишня и др.)					
15	**Орехи, семена**					
16	**Бобовые** (фасоль, чечевица, горох и др., в т.ч. в супах)					
17	**Крупы** (греча, пшено, овес и др.)					
18	**Макаронные изделия, картофель**					
19	**Хлеб, хлебобулочные изделия**					
20	**Сладости и кондитерские изделия** (конфеты, варенье, печенье, торт и др.)					
21	**Соления и маринованные продукты** (квашеная капуста, оливки, помидоры соленые и др.)					
22	**Чипсы, сухарики и другие соленые закуски**					
23	**Сладкие и энергетические напитки**					
24	**Алкогольные напитки**					
25	**Сколько раз в день Вы принимаете пищу** (раз в день)	1-2	3-4		5 и чаще	
26	**Досаливаете ли Вы приготовленную пищу?**	нет	да, иногда		да, всегда	
27	**Какой сорт хлеба Вы чаще используете?**	пшеничный (белый)	ржаной (черный)		другое (лепешки и т.п.)	
28	**Сколько кусочков и/или чайных ложек сахара** (меда, джема, варенья и др.) **Вы потребляете за день?**	0-5	5-10		>10	
29	**Какой вид жира Вы используете при приготовлении пищи?**	нет	сливочное масло, маргарин, топленый жир		растительное масло	
	Укажите жирность потребляемых молочных продуктов:					
30	**Молоко, кефир, йогурт**	до 2,5%	2,5% и выше		затрудняюсь ответить	
31	**Творог**	до 5%	5% и выше		затрудняюсь ответить	
32	**Сыр**	до 17%	17% и выше		затрудняюсь ответить	
33	**Сметана, сливки**	10- 15%	20% и выше		затрудняюсь ответить	
34	**У Вас бывает аллергия на продукты или непереносимость?** (укажите продукты)	нет	да		укажите продукты _____	

2. Вопросник оценки физической активности пациента.

1. Сколько минут в день в среднем Вы тратите на ходьбу в умеренном или быстром темпе?
_____ минут в день
2. Имеете ли Вы опыт занятий в тренажерном зале (силовые нагрузки)?
Да ☐ Нет ☐
Если да, то как часто и какова продолжительность нагрузки? _____
3. Занимаетесь ли Вы плаванием, бегом, катаетесь на велосипеде (аэробные нагрузки)?
Да ☐ Нет ☐
Если да, то как часто и какова продолжительность нагрузки?_____
4. Практикуете ли вы йогу или другие нагрузки для улучшения гибкости и координации?
Да ☐ Нет ☐
Если да, то как часто и какова продолжительность нагрузки? _____
5. Занимаетесь ли вы физической активностью на улице или дома?
Да ☐ Нет ☐
Если да, то какой вид, частота и продолжительность нагрузки? _____
6. Если ли у Вас в настоящее время обострение хронических заболеваний или ограничения, которые могут повлиять на физическую активность?
Да ☐ Нет ☐
Если да, то какие? _____

Комментарий: умеренные аэробные нагрузки <150 мин в неделю или интенсивные нагрузки <75 мин в неделю — признак недостаточной физической активности.

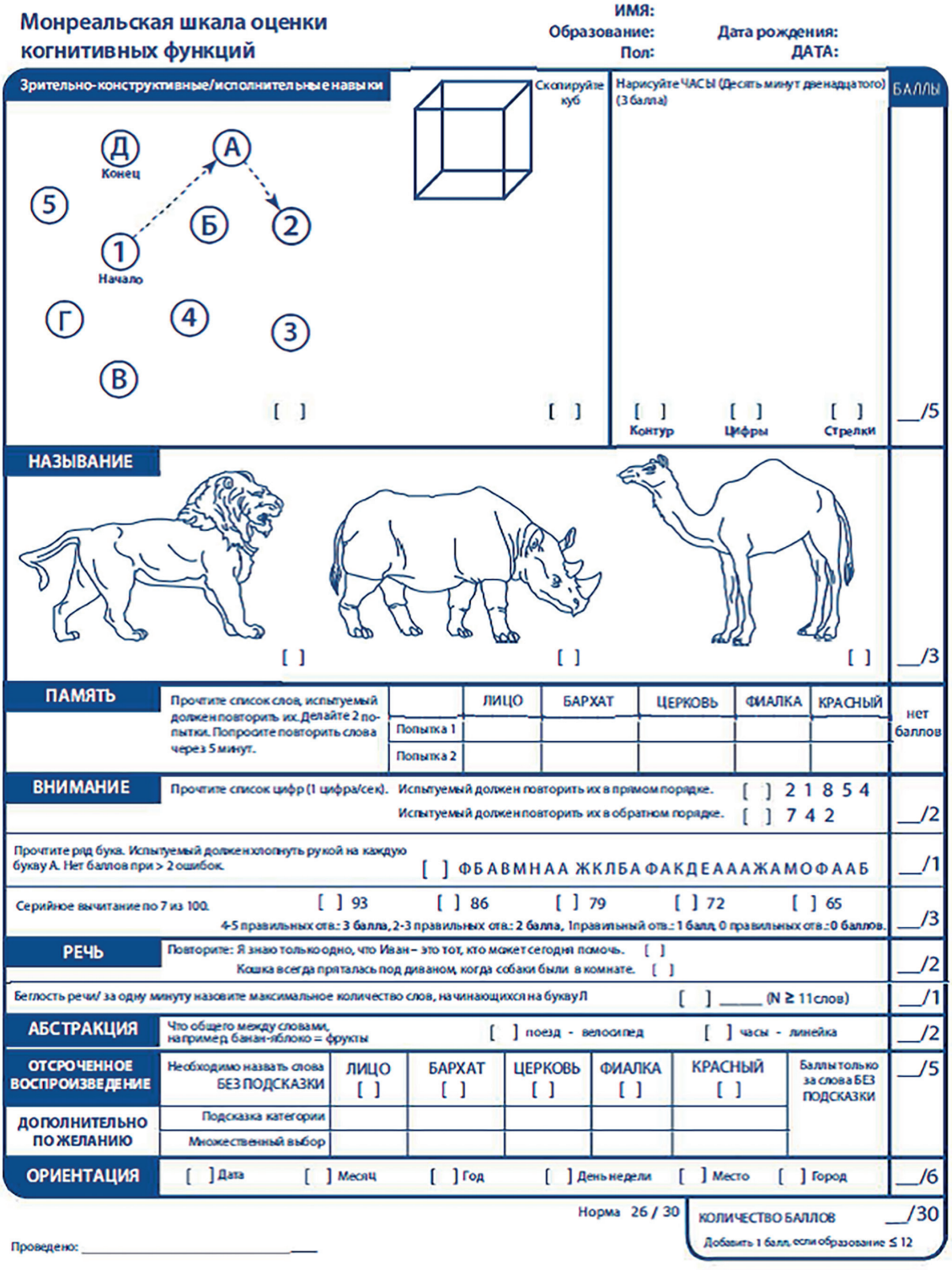
3. Оценка риска занятий интенсивной физической активностью.

Вопросы	Да	Нет
Врач говорил ранее о наличии у Вас заболевания сердца и необходимости заниматься ФА только под наблюдением врача?		
Бывает ли у Вас боль в грудной клетке, появляющаяся после физической нагрузки?		
Возникали ли у Вас боли в грудной клетке за последний месяц?		
Имеется ли у Вас склонность к обморокам или падениям от головокружения?		
Имеются ли у Вас заболевания костей или суставов, которые могут усугубиться при повышении ФА?		
Рекомендовал ли Вам кода-либо врач лекарства от повышенного кровяного давления или заболевания сердца?		
Имеются ли у Вас какие-либо причины, основанные на собственном опыте или совете врача, не повышать ФА без медицинского наблюдения?		

Сокращения: ФА — физическая активность.

 doi: 10.15829/3034-4123-2025-104

4. Вопросник по Монреальской шкале оценки когнитивных функций (MoCA-ТЕСТ) (для пациентов 55–85 лет).



Монреальская шкала оценки когнитивных функций

ИМЯ:
Образование: Дата рождения:
Пол: ДАТА:

Зрительно-конструктивные/исполнительные навыки — Скопируйте куб — Нарисуйте ЧАСЫ (Десять минут двенадцатого) (3 балла) — БАЛЛЫ

Д (Конец), А, 5, Б, 2, 1 (Начало), Г, 4, 3, В

[ ] [ ] [ ] Контур [ ] Цифры [ ] Стрелки __/5

НАЗЫВАНИЕ [ ] [ ] [ ] __/3

ПАМЯТЬ Прочтите список слов, испытуемый должен повторить их. Делайте 2 попытки. Попросите повторить слова через 5 минут.

	ЛИЦО	БАРХАТ	ЦЕРКОВЬ	ФИАЛКА	КРАСНЫЙ	нет баллов
Попытка 1						
Попытка 2						

ВНИМАНИЕ Прочтите список цифр (1 цифра/сек). Испытуемый должен повторить их в прямом порядке. [ ] 2 1 8 5 4 __/2
Испытуемый должен повторить их в обратном порядке. [ ] 7 4 2

Прочтите ряд букв. Испытуемый должен хлопнуть рукой на каждую букву А. Нет баллов при > 2 ошибок. [ ] Ф Б А В М Н А А Ж К Л Б А Ф А К Д Е А А А Ж А М О Ф А А Б __/1

Серийное вычитание по 7 из 100. [ ] 93 [ ] 86 [ ] 79 [ ] 72 [ ] 65
4-5 правильных отв.: 3 балла, 2-3 правильных отв.: 2 балла, 1правильный отв.: 1 балл, 0 правильных отв.: 0 баллов. __/3

РЕЧЬ Повторите: Я знаю только одно, что Иван – это тот, кто может сегодня помочь. [ ]
Кошка всегда пряталась под диваном, когда собаки были в комнате. [ ] __/2

Беглость речи/ за одну минуту назовите максимальное количество слов, начинающихся на букву Л [ ] _____ (N ≥ 11 слов) __/1

АБСТРАКЦИЯ Что общего между словами, например, банан-яблоко = фрукты [ ] поезд - велосипед [ ] часы - линейка __/2

ОТСРОЧЕННОЕ ВОСПРОИЗВЕДЕНИЕ	Необходимо назвать слова БЕЗ ПОДСКАЗКИ	ЛИЦО [ ]	БАРХАТ [ ]	ЦЕРКОВЬ [ ]	ФИАЛКА [ ]	КРАСНЫЙ [ ]	Баллы только за слова БЕЗ ПОДСКАЗКИ	__/5
ДОПОЛНИТЕЛЬНО ПО ЖЕЛАНИЮ	Подсказка категории							
	Множественный выбор							

ОРИЕНТАЦИЯ [ ] Дата [ ] Месяц [ ] Год [ ] День недели [ ] Место [ ] Город __/6

Норма 26 / 30 КОЛИЧЕСТВО БАЛЛОВ __/30
Добавить 1 балл, если образование ≤ 12

Проведено: _____

Интерпретация результатов:

- Норма — 26-30 баллов;
- Максимально возможное количество баллов — 30 баллов;
- Легкая степень когнитивных нарушений — 22-25 баллов;
- Средняя степень когнитивных нарушений — 10-21 балл;
- Тяжелая степень когнитивных нарушений — 0-9 баллов.

Приложение 2. Перечень и описание методов инструментального обследования.

1. Измерение роста и массы тела пациента

2. Измерение окружности талии (ОТ)

ОТ измеряется в положении стоя, на середине расстояния между нижним боковым краем грудной клетки и гребнем подвздошной кости по срединно-подмышечной линии.

Измерять ОТ желательно поверх нижнего белья или в обнаженном виде, босиком или в обуви на плоской подошве. При измерении необходимо попросить пациента встать прямо, поставив ступни параллельно, руки слегка приподняты и согнуты в локтях. Сантиметровая лента устанавливается в горизонтальной плоскости, параллельно полу, обеспечивая полный обхват тела, но не сжимая кожи. Измерение проводится по окончании обычного выдоха.

3. Измерение окружности бедер (ОБ)

ОБ измеряется в положении стоя на уровне больших вертелов бедренной кости по наиболее выступающей части таза.

Измерение ОБ проводится поверх нижнего белья. При измерении необходимо попросить пациента встать прямо, поставив ступни параллельно, руки слегка приподняты и согнуты в локтях. Сантиметровая лента устанавливается в горизонтальной плоскости, параллельно полу, обеспечивая полный обхват тела. Во время измерения, необходимо следить, чтобы лента не провисала.

4. Проведение биоимпедансометрии для анализа внутренних сред организма (процентное соотношение воды, мышечной и жировой ткани)

За 1 ч до диагностики необходимо исключить прием пищи и воды, за сутки — алкоголя. Метод не рекомендуется использовать для пациентов с вживленным кардиостимулятором.

В рамках исследования формируется графический протокол, содержащий значения антропометрических индексов, оценок параметров состава тела и метаболических коррелятов, а также индивидуальные нормы параметров, рассчитанные по данным пола, возраста и роста пациента:

— индекс массы тела (ИМТ) (кг/м^2) по общепринятой методике Всемирной организации здравоохранения, на основе сравнения с соответствующими пороговыми значениями, позволяет оценить риски основных хронических неинфекционных заболеваний;

— жировая масса организма (кг). Биоимпедансная оценка жировой массы позволяет более точно по сравнению с общепринятыми антропометрическими индексами оценить абсолютное значение жировой массы и, в случае несоответствия интервалу нормальных значений, вычислить избыток или недостаток жировой массы;

— доля жировой массы в организме (%) позволяет судить о степени ожирения и оценивать риски развития: атеросклероза, гипертонической болезни, сахарный диабет 2 типа, желчнокаменной и почечнокаменной болезни, заболеваний опорно-двигательного аппарата. Классификация ожирения по проценту жировой массы, в отличие от классификации по ИМТ, позволяет избежать диагнозов ложного ожирения у индивидов большой массой мышечной системы, выявлять ожирение при нормальном весе у индивидов с астеничным типом телосложения;

— тощая (безжировая) масса организма (кг) рассчитывается как разность между общей и жировой массой тела. Отклонение от среднего значения, рассчитанного с учетом роста в сторону пониженных значений, указывает на астеничный тип телосложения. Отклонение в сторону повышенных значений — на гиперстенический тип телосложения. Пониженные значения жировой и тощей массы могут указывать на пониженный статус питания или белково-энергетическую недостаточность;

— удельный основной обмен веществ (ккал/м^2 сут.) — характеризует значение основного обмена, приходящееся на 1 м^2 площади поверхности тела человека или 1 кг тощей массы. Обе оценки могут быть использованы для характеристики нормальной, пониженной (при значениях ниже нижней границы нормы) и повышенной (при значениях выше верхней границы нормы) скорости обменных процессов в организме;

— основной обмен — это количество энергии, расходуемой в организме за сутки на поддержание его основных жизненно необходимых функций: поддержание температуры тела, дыхание кровообращение в условиях основного обмена. Численное значение оценки основного обмена содержится таблице верхней части протокола состава тела;

— активная клеточная масса (кг) — это оценка клеточной массы тела, содержания в организме метаболически активных белковых тканей. Пониженные значения активной клеточной массы могут свидетельствовать о недостаточности белкового компонента питания;

— процентная доля активной клеточной массы (%) — используется как коррелят физической работоспособности и двигательной активности. При пониженных значениях, является маркером гиподинамии, а при повышенных значениях — высокого уровня метаболизма. Низкие значения доли активной клеточной массы и фазового угла часто указывают на наличие хронических заболеваний катаболической направленности, таких как онкологические заболевания, туберкулез, гепатит и цирроз печени;

— соотношение обхватов талии и бедер — характеризует тип отложения жира (андроидный, гиноидный или промежуточный). Превышение верхнего порогового значения обхватов талии и бедер и превышение порога ожирения по проценту жировой массы в организме; указывает на высокие значения риска метаболического синдрома;

— скелетно-мышечная масса тела (кг) служит для характеристики физического развития индивида;

— доля скелетно-мышечной массы в тощей массе (%) — служит для оценки физического развития и уровня тренированности спортсмена;

— общая жидкость (кг) — показывает суммарное содержания в организме внутриклеточной, и внеклеточной воды. В норме общая жидкость составляет около 73% тощей массы организма;

— внеклеточная жидкость (кг) — представляет наиболее мобильный компонент жидких фракций организма: межклеточную жидкость и плазму крови. Наиболее распространенные виды отеков носят межклеточный характер. Повышенные значения внеклеточной жидкости могут указывать на наличие кардиогенного или нефрогенного отека, задержки жидкости из-за чрезмерного потребления соли, индицируются при локальных отеках конечностей.

Последовательность выполнения биоимпедансометрии:

1) Определение антропометрических показателей (масса тела, рост, окружность талии и окружность бедер);
2) Ввод данных и наложение электродов согласно схеме;
3) Сохранение первичного протокола исследования (параметров состава тела и интенсивности обмена веществ);
4) Определение диапазона нормальных значений;
5) Анализ полученных данных и заключение.

Алгоритм оценки параметра "жировая масса тела":

Цель: подтвердить/исключить наличие прироста массы тела вне зависимости от критерия ИМТ.

- Определите рекомендуемую верхнюю границу нормы количества жировой массы (кг)
- Сопоставьте с исходными данными у пациента
- При наличии избытка жировой массы тела:

1) рассчитайте целевое снижение жировой массы тела до верхней границы нормы (это цель-максимум в долгосрочной перспективе).

2) рассчитайте ближайшую цель в достижении результата — минус 5-10% от исходной массы тела (к примеру, исходно масса тела 100 кг, следовательно, ближайшая цель — минус 5-10 кг).

Алгоритм оценки параметра "скелетно-мышечная масса":

Цель: исключить саркопеническое ожирение у лиц со сниженной функцией скелетных мышц согласно динамометрии.

- Определите рекомендуемую нижнюю границу нормы количества скелетно-мышечной массы (кг)
- Сопоставьте с исходными данными у пациента
- При наличии дефицита скелетно-мышечной массы оцените количество жировой массы тела. При наличии избытка жировой массы тела и снижении скелетно-мышечной массы установите наличие саркопенического ожирения.

Алгоритм оценки параметров "общая жидкость" и "внеклеточная жидкость":

Цель: оценить прогноз скорости процесса снижения массы тела у лиц с повышенной массой тела.

- Определите рекомендуемую верхнюю границу нормы для данных параметров (кг)
- Сопоставьте с исходными данными у пациента
- При наличии избытка жидкости: ожидаемая скорость снижения массы тела от минус 0,5 до 1 кг в неделю
- При нормальном диапазоне количества жидкости в организме: ожидаемая скорость снижения массы тела от минус 0,3 до 0,5 кг в неделю.

Приложение 3. Перечень и методика расчета показателей.

1. Расчет индекса массы тела (индекс Кетле) по формуле:
ИМТ (кг/м^2) = масса тела (кг)/рост (м)^2

Типы массы тела	ИМТ, кг/м^2
Дефицит массы тела	<18,5
Нормальная масса тела	18,5-24,9
Избыточная масса тела	25-29,9
Ожирение I степени	30,0-34,9
Ожирение II степени	35,0-39,9
Ожирение III степени	≥40

2. Расчет биологического возраста

Выполняется методом Горелкина А. Г[2].

1) Рассчитывается коэффициент скорости старения (КСС) по формуле:

для мужчин $КСС_м = (ОТ \times МТ)/(ОБ \times Р^2 \times (17,2+0,31 \times РЛ+0,0012 \times РЛ^2))$, где РЛ = КВ — 21;

для женщин $КСС_ж = (ОТ \times МТ)/(ОБ \times Р^2 \times (14,7+0,26 \times РЛ+0,001 \times РЛ^2))$, где РЛ = КВ — 18;

Примечание: КВ — календарный возраст, МТ — масса тела, РЛ — разница лет между КВ и возрастом онтогенетической нормы

КСС ≤0,95 — замедленный темп старения

КСС >1,05 — ускоренный темп старения

0,95≤ КСС ≤1,05 — нормальный темп старения.

2) Биологический возраст (БВ) определяется по формулам:

для мужчин $БВ = КСС_м \times (КВ — 21) + 21$;

для женщин $БВ = КСС_ж \times (КВ — 18) + 18$.

[2] Патент №2387374 Российская Федерация, МПК A61B 5/107 (2006.01). Способ определения биологического возраста человека и скорости старения: № 2008130456: заявлено 22.07.2008: опубликовано 27.04.2010. Горелкин А. Г., Пинхасов Б. Б.; патентообладатель ГУ НЦКЭМ СО РАМН. 5 с.

 doi: 10.15829/3034-4123-2025-104

Приложение 4. Методика проведения углубленного профилактического консультирования.

1. Здоровое питание

Коррекция рациона по итогам заполнения Вопросника оценки индивидуальных привычек питания и формирование рекомендаций по оздоровлению рациона:

1. Ответы респондента, совпадающие с зеленым цветом Вопросника, соответствуют критериям рациона здорового питания и не требуют дополнительных комментарий (таблица А). Исключением является необходимость индивидуальной коррекции рациона по медицинским показаниям.
2. Рекомендации по оздоровлению рациона респондента формируются по ответам. Если респондент предоставил ответ, не соответствующий критериям рациона здорового питания, то формируется рекомендация, согласно данного Алгоритма (таблица Б).
3. При наличии у респондента аллергической реакции после потребления продукта или блюда, а также при наличии пищевой непереносимости какого-либо продукта или напитка, следует в обязательном порядке учесть это при формировании рекомендации. Во всех материалах, выдаваемых на руки пациенту, следует вычеркнуть/убрать из рекомендаций продукты, блюда, изделия и напитки, на которые существует у респондента аллергия или непереносимость.

Таблица А

Вопросник оценки индивидуальных привычек питания (анализ на соответствие рациону здорового питания)

Как часто Вы потребляете следующие продукты?		Не потребляю/ редко	1-2 раза в месяц	1-2 раза в неделю	3-5 раз в неделю	Ежедневно/ почти ежедневно
1	**Мясо красное** (говядина, баранина, свинина и др.), консервы мясные					
2	**Птица** (индейка, курица, утка и др.)					
3	**Рыба**, в том числе **суп, котлеты, консервы и морепродукты** (креветки, кальмары и др.)					
4	**Яйца**					
5	**Колбасы, сосиски, субпродукты, буженина**					
6	**Молоко, кефир, йогурт, творог**					
7	**Сыр**					
8	**Сметана, сливки**					
9	**Сливочное масло**					
10	**Темно-зеленые листовые овощи** (зеленый лук, петрушка, кинза, укроп, шпинат, руккола, ботва свеклы)					
11	**Овощи и фрукты оранжевого цвета** (морковь, тыква, перец красный, облепиха, курага, абрикос и др.)					
12	**Овощи** (кроме картофеля)					
13	**Фрукты** (кроме фруктов, указанных ранее)					
14	**Ягоды** (смородина, вишня и др.)					
15	**Орехи, семена**					
16	**Бобовые** (фасоль, чечевица, горох и др., в т.ч. в супах)					
17	**Крупы** (греча, пшено, овес и др.)					
18	**Макаронные изделия, картофель**					
19	**Хлеб, хлебобулочные изделия**					
20	**Сладости и кондитерские изделия** (конфеты, варенье, печенье, торт и др.)					
21	**Соления и маринованные продукты** (квашеная капуста, оливки, помидоры соленые и др.)					
22	**Чипсы, сухарики и другие соленые закуски**					
23	**Сладкие и энергетические напитки**					
24	**Алкогольные напитки**					
25	**Сколько раз в день Вы принимаете пищу** (раз в день)	1-2	3-4		5 и чаще	
26	**Досаливаете ли Вы приготовленную пищу?**	нет	да, иногда		да, всегда	
27	**Какой сорт хлеба Вы чаще используете?**	пшеничный (белый)	ржаной (черный)		другое (лепешки и т.п.)	

Как часто Вы потребляете следующие продукты?		Не потребляю/ редко	1-2 раза в месяц	1-2 раза в неделю	3-5 раз в неделю	Ежедневно/ почти ежедневно
28	**Сколько кусочков и/или чайных ложек сахара** (меда, джема, варенья и др.) **Вы потребляете за день?**	0-5	5-10		>10	
29	**Какой вид жира Вы используете при приготовлении пищи?**	нет	сливочное масло, маргарин, топленый жир		растительное масло	
Укажите жирность потребляемых молочных продуктов:						
30	**Молоко, кефир, йогурт**	до 2,5%	2,5% и выше		затрудняюсь ответить	
31	**Творог**	до 5%	5% и выше		затрудняюсь ответить	
32	**Сыр**	до 17%	17% и выше		затрудняюсь ответить	
33	**Сметана, сливки**	10- 15%	20% и выше		затрудняюсь ответить	
34	**У Вас бывает аллергия на продукты или непереносимость?** (укажите продукты)	нет	да		укажите продукты _____	

Примечание: ответы, соответствующие рациону здорового питания, выделены зеленым цветом.

Таблица Б

Алгоритм формирования индивидуальных рекомендаций для оздоровления рациона

	Ответ	Комментарии
Вопрос 1 **Красное мясо**, частота потребления	Ответ 1 "не потребляю/ редко"	Красное мясо (**говядина, баранина, свинина и др**.) — продукт высокой пищевой плотности. По возможности следует включить его в рацион, потребляя в небольшом количестве. При соблюдении рациона "без потребления красного мяса", животный белок следует восполнять из других источников: птица, рыба, яйца, молочные продукты, бобовые, крупы.
	Ответы 4 и 5: "3-5 раз в неделю" и "ежедневно/ почти ежедневно"	Следует ограничить потребление красного мяса в рационе (**говядина, баранина, свинина и др.**) до 1-2 раз в неделю (не >300-350 г/нед.). Предпочтительны нежирные (без видимого жира) сорта мяса (телятина, постная свинина и др.).
Вопрос 2 **Птица,** частота потребления	Ответ 1 "не потребляю/ редко"	Если потребление мяса птицы ограничено в рационе, целесообразно чаще включать рыбу, молочные продукты низкой жирности, яйца, бобовые и крупы.
	Ответ 5 "ежедневно/ почти ежедневно"	Уменьшите потребление птицы. Для разнообразия рациона рассмотрите другие источники белка
Вопрос 3 **Рыба**, морепродукты, частота потребления	Ответы 1 и 2: "не потребляю/ редко" и "1-2 раза в месяц"	Рыба является оптимальным источником полезных омега-3 жирных кислот, белка, йода и селена. Если нет медицинских ограничений, включайте морскую рыбу/морепродукты в рацион не реже 2 раз в неделю.
Вопрос 4 **Яйца,** частота потребления	Ответы 1 и 2: "не потребляю/ редко" и "1-2 раза в месяц"	Яйца — полезные источники белка, незаменимых аминокислот и витаминов группы В. При отсутствии противопоказаний блюда из яиц можно включать в рацион 1-2 раз в неделю (3-4 яйца в неделю).
	Ответы 4 и 5: "3-5 раз в неделю" и "ежедневно/почти ежедневно"	Оптимально сократить потребление яиц до 1-2 раз в неделю (3-4 яйца в неделю).
Вопрос 5 **Колбасы, сосиски, субпродукты, буженина**, частота потребления	Ответы 3, 4 и 5: "1-2 раза в неделю"; "3-5 раз в неделю" и "ежедневно/почти ежедневно"	Постарайтесь максимально ограничить/исключить потребление колбасных изделий и мясных деликатесов (буженина, ветчина и др.). Потребление субпродуктов (печень, язык) сократить до 1-2 раз/месяц.
Вопрос 6 **Молоко, кефир, йогурт, творог,** частота потребления	Ответы 1 и 2: "не потребляю/ редко" и "1-2 раза в месяц"	Молочные продукты важный источник кальция для организма. Если нет противопоказаний, ежедневно включайте в рацион 1-2 порции молочных продуктов с низким содержанием жира (молоко, кефир, йогурт не более 2,5%, творог — не >5,0%)
Вопрос 7 **Сыр** частота потребления	Ответы 1 и 2: "не потребляю/ редко" и "1-2 раза в месяц"	Сыр — продукт высокой пищевой ценности, по возможности следует включать его в рацион, отдавая предпочтение сортам сыра с низким содержанием жира (до 17%).
Вопрос 8 **Сметана, сливки** частота потребления	Ответы 4, 5: "3-5 раз в неделю" и "ежедневно/почти ежедневно"	Учитывая высокую жирность сметаны и сливок, следует ограничить потребление этих продуктов, используя сметану 10-15% жирности.

doi: 10.15829/3034-4123-2025-104

Вопрос 9 **Сливочное масло** Частота потребления	Ответы 4, 5: "3-5 раз в неделю" и "ежедневно/почти ежедневно"	Сливочное масло хороший источник витамина А, но из-за высокого содержания жира и холестерина, не следует им злоупотреблять. Ежедневно включайте в рацион не >20 г (1 столовая ложка), добавляя в готовое блюдо и/или на бутерброд. Не следует использовать сливочное масло в приготовлении и разогреве пищи!
Вопрос 10 **Темно-зеленые листовые овощи** частота потребления	Ответы 1, 2 и 3: "не потребляю/ редко"; "1-2 раза в месяц"; "1-2 раза в неделю"	**Темно-зеленые листовые овощи** (зеленый лук, петрушка, кинза, укроп, шпинат, руккола, ботва свеклы) содержат высокое количество пищевых волокон, витаминов, включая фолиевую кислоту, а также полифенолов, что делает их очень важными для здоровья человека. Необходимо чаще включать их в рацион, добавляя в блюда и закуски. Оптимально — ежедневное потребление.
Вопрос 11 **Овощи и фрукты оранжевого цвета** частота потребления	Ответы 1, 2 и 3: "не потребляю/ редко"; "1-2 раза в месяц"; "1-2 раза в неделю"	Овощи и фрукты оранжевого цвета (морковь, тыква, перец красный, облепиха, курага, абрикос и др.) содержат витамин А, который очень важен для здоровья и особенно для репродуктивного здоровья. Оптимально каждый день включать эти продукты в рацион, в количестве не <30 г (2 столовые ложки).
Вопрос 12 **Овощи** (кроме картофеля), частота потребления	Ответы 1, 2, 3 и 4: "не потребляю/ редко"; "1-2 раза в месяц"; "1-2 раза в неделю"; "3-5 раз в неделю"	Овощи — важная и основная часть рациона! Ежедневно потребляйте не <250 г (кроме картофеля). Пример: овощной салат, рагу из овощей, суп с овощами и др.
Вопрос 13 **Фрукты,** частота потребления	Ответы 1, 2, 3 и 4: "не потребляю/ редко"; "1-2 раза в месяц"; "1-2 раза в неделю"; "3-5 раз в неделю"	Ежедневно включайте в рацион 2 любых фрукта, отдавая предпочтение сезонным (пример: яблоко, банан, апельсин или 6 ягод кураги/чернослива взамен 1 фрукта или ½ стакана ягод).
Вопрос 14 **Ягоды** частота потребления	Ответы 1 и 2: "не потребляю/ редко"; "1-2 раза в месяц"	Ягоды — продукт с уникальными качествами, богаты витаминами, минералами, антиоксидантами и полифенолами, а также пищевыми волокнами. Ягоды обладают низкой калорийностью и низкой гликемической нагрузкой. Целесообразно чаще включать их в рацион в любой виде: свежие без сахара и меда, замороженные, сушеные, вяленые и др. Ягоды — оптимальный десерт.
Вопрос 15 **Орехи, семена,** частота потребления	Ответы 1, 2: "не потребляю/ редко"; "1-2 раза в месяц"	Орехи и семена важные источники полезных жиров! Ежедневно добавляйте в свой рацион 30 г (2 столовые ложки), выбирая не жареные, без соли и без сахара.
Вопрос 16 **Бобовые** (фасоль, чечевица, горох и др.)	Ответы 1, 2: "не потребляю/ редко"; "1-2 раза в месяц"	Бобовые (фасоль, горох, нут, чечевица, соя) –источники полноценного растительного белка и медленных углеводов! Включайте их в рацион не реже 2 раз в неделю (пример: лобио, супы, хумус и др.)!
Вопрос 17 **Крупы,** частота потребления	Ответы 1, 2, 3: "не потребляю/ редко"; "1-2 раза в месяц"; "1-2 раза в неделю"	Блюда из круп — важный источник углеводов, витаминов, особенно, группы В и минералов. Крупы должны ежедневно присутствовать в рационе! Оптимально — не <1-2 порций в день (пример: каша на завтрак и крупяной гарнир на обед или ужин).
Вопрос 18 **Макаронные изделия, картофель,** частота потребления	Ответы 4 и 5: "3-5 раз в неделю" и "ежедневно/почти ежедневно"	Блюда из картофеля и макарон часто высококалорийны и обладают высокой углеводной нагрузкой! Их потребление следует ограничить. Оптимально, если они будут не самостоятельным блюдом, а только его частью (в составе блюд), пример: суп, рагу, салат.
Вопрос 19 **Хлеб и хлебобулочные изделия,** частота потребления	Ответы 1, 2, 3: "не потребляю/ редко"; "1-2 раза в месяц"; "1-2 раза в неделю"	Хлеб является важным источником витаминов группы В. Обязательно включайте его в рацион, выбирая ржано-пшеничные сорта хлеба (Дарницкий, Бородинский и др.). Избегайте сладкой выпечки, изделий из слоеного теста.
Вопрос 20 **Сладости и кондитерские изделия,** частота потребления	Ответы 3, 4 и 5: "1-2 раза в неделю"; "3-5 раз в неделю" и "ежедневно/почти ежедневно"	Сладости и кондитерские изделия не являются продуктами, оптимальными для здоровья! Большое содержание сахара, насыщенных жиров и транс-жиров негативно сказываются на здоровье! Следует максимально уменьшить их потребление, заменив их на свежие ягоды и фрукты, сухофрукты, орехи и блюда из них (сорбеты, сырые RAW-десерты, желе, смоква и др.).
Вопрос 21 **Соления, маринованные продукты,** частота потребления	Ответы 3, 4, 5: "1-2 раза в неделю"; "3-5 раз в неделю" и "ежедневно/почти ежедневно"	Соления и маринованные продукты содержат высокое количество соли. Следует избегать/ограничить их потребления.

Вопрос 22 **Чипсы, сухарики и другие соленые закуски,** частота потребления	Ответы 3, 4 и 5: "1-2 раза в неделю"; "3-5 раз в неделю" и "ежедневно/почти ежедневно"	В составе картофельных чипсов, сухариков, крендельков и др. пикантных закусок очень высокое содержание соли. Потребление их может способствовать повышению артериального давления! Целесообразно ограничить потребление соленых закусок!
Вопрос 23 **Сладкие и энергетические напитки,** частота потребления	Ответы 3, 4, 5: "1-2 раза в неделю"; "3-5 раз в неделю" и "ежедневно/почти ежедневно"	Частое потребление сладких и газированных напитков, в том числе энерготоников может стать причиной серьезных заболеваний! Утолять жажду предпочтительно водой, морсами и компотами без сахара и травяными чаями.
Вопрос 24 **Алкоголь,** частота потребления	Ответы 3, 4, 5: "1-2 раза в неделю"; "3-5 раз в неделю" и "ежедневно/почти ежедневно"	Любые алкогольные напитки увеличивают риск онкологических заболеваний! Безопасных доз алкоголя не существует!
Вопрос 25 **Частота приемов пищи в день**	Ответ 1: "1-2 раза в день"	Режим питания — это основа здорового питания! Оптимально — 3 приема пищи в день без "перекусов". Не следует пропускать один из основных приемов пищи (завтрак, обед, ужин).
	Ответ 2: "3-4 раза в день"	Это оптимальный режим питания!
	Ответ 3: "5 раз и чаще"	Частота приема пищи в течении дня выше рекомендуемой в рамках рациона здорового питания. Если Вы это делаете не по рекомендации врача, то следует сократить прием пищи до 3-4 раз в день.
Вопрос 26 **Досаливание**	Ответы 2, 3	Досаливая уже приготовленную пищу, Вы значимо увеличиваете количество соли в рационе! Это опасно и может вызвать повышение артериального давления! Уберите солонку со стола и не досаливайте пищу!
Вопрос 27 **Какой сорт хлеба Вы чаще используете?**	Ответ 1: пшеничный	Ответ в вопросе 19.
Вопрос 28 **Сколько кусочков и/или чайных ложек сахара** (меда, джема, варенья и др.) **Вы потребляете за день?**	Ответы 2 и 3: >5 чайных ложек в день (или кусков)	Следует ограничивать потребление добавленного сахара и стараться его не потреблять. Безопасным является потребление не более 5 чайных ложек в день сахара, при условии, что нет медицинских показаний к отказу от сахара.
Вопрос 29 **Какой вид жира Вы используете при приготовлении пищи?**	Ответ 2: сливочное масло, маргарин, топленый жир	При высокой температуре в этих жирах образуются транс-жиры, которые являются причиной развития атеросклероза и повышают риск развития онкологических заболеваний. Не следует использовать эти жиры в приготовлении и разогреве пищи!
Вопросы 30-33		Ответы в вопросах 6, 7 и 8.
Вопрос 34 **Аллергическая реакция на пищевой продукт или пищевая непереносимость**		При наличии аллергической реакции после потребления продукта или блюда, или проявлений пищевой непереносимости какого-либо продукта или напитка, следует в обязательном порядке исключить данный продукт из рациона.

 doi: 10.15829/3034-4123-2025-104

Приложение 5. Методика формирования индивидуальной программы по ведению здорового образа жизни.

1. Здоровое питание

Универсальные рекомендации по здоровому питанию

Основой рациона здорового питания являются растительные продукты и блюда из них, которые могут быть дополнены небольшим количеством животных продуктов.
• **Ежедневно в рационе должно быть не менее 400 г (5 порций) овощей и фруктов.** Пример: 2 фрукта (яблоко, банан) и 3 овощных блюда (овощной салат, овощной суп и гарнир из тушеных овощей). Чаще включайте в рацион грибы, зелень, ягоды — они содержат большое количество пищевых волокон. **Орехи и семена** важные источники полезных жиров! Ежедневно добавляйте в свой рацион 30 г (2 столовые ложки), выбирая нежареные, без соли и без сахара.
• **Зерновые продукты** составляют основу рациона. Обязательно не менее 1 блюда в день (пример, каша на завтрак или крупяной гарнир). Предпочтительны цельнозерновые продукты: крупы, хлеб из муки грубого помола с добавлением семян. Следует избегать дрожжевой выпечки и других "пышных" изделий, обладающих высокой калорийностью.
• **Бобовые** являются оптимальными источниками растительного белка и пищевых волокон. Приготовление комбинированных блюд из бобовых и овощей (рагу, салат) с добавлением большого количества салатной зелени (укроп, кинза, петрушка и др.) позволяет снизить метеоризм, иногда возникающий после их потребления.
• **Птица** (курица, индейка, утка), яйца, рыба и морепродукты являются полезными источниками животного белка. Рекомендуется в день потреблять не менее 100-150 г в готовом виде. Рыбу следует потреблять не реже 2-х раз в неделю, включая жирную рыбу (горбуша, сельдь, скумбрия и др.). Птицу следует потреблять без кожи, удаляя ее до момента приготовления блюда.
• **Молочные продукты** — основные источники кальция, рекомендуется ежедневно потреблять 1-2 порции. Предпочтительна продукция с низким содержанием жира: молоко, кефир, йогурт до 2,5% жирности, сыр — до 17,0%, творог — до 5,0%, сметана — 10,0-15,0%. Следует избегать потребления сливок, изделий с добавленным сахаром (творожная масса, сладкие сырки, мусс, крем, молочные ломтики) и ограничить потребление сливочного масла до 20 г/сут. Если потребление молочных продуктов невозможно, то следует проконсультироваться с врачом на предмет ежедневного приема кальций-содержащего препарата.
• **Потребление красного мяса** (говядина, свинина, баранина и др.) ввиду высокого содержания насыщенных жиров целесообразно ограничить до 2-3 раз в неделю (не более 300-350 г/нед.), а субпродуктов (печень, язык) — до 1-2 раз в месяц. Предпочтительно нежирное мясо (без видимого жира): тощая говядина, телятина, кролик. Мясоколбасные изделия (сосиски, сардельки, колбасы, карбонаты и др.) необходимо ограничить до полного исключения из рациона, в них высокое содержание соли и насыщенного жира.
• **Ограничение соли** — не более 5 г/сут. (это 1 ч.л. "без верха"), включая соль, используемую в приготовлении пищи и уже содержащуюся в готовых продуктах (хлебобулочные изделия, молочные продукты, консервированная продукция). Следует исключить потребление продуктов с высоким содержанием соли (колбасные изделия, мясные деликатесы, пикантные закуски), избегать блюд быстрого приготовления (пицца, блюда фаст-фуда), сливать жидкость из консервированных продуктов, а сами продукты промывать водой. Не досаливать уже готовую пищу, а для придания вкусовых оттенков использовать сок лимона, корень имбиря, сельдерея, зелень и специи, а также не использовать соусы промышленного приготовления (майонез, соевый, рыбный и др.).
• **Ограничение потребления добавленного сахара*.** В качестве десерта предпочтительны свежие фрукты, ягоды и изделия из них без сахара. Здоровой альтернативой являются замороженные фрукты и ягоды. Обезжиренные десерты часто содержат большое количество сахара. Следует ограничивать количество добавляемого в еду сахара, меда и не подслащивать напитки. Не потреблять сладкие газированные напитки, в т.ч. и энергетики. * к добавленному сахару относится сахар, используемый в процессе приготовления блюда, изделия или пищевой продукции при производстве, а также содержащийся в меде и сиропе. Сахара, которые содержатся в натуральных сырых продуктах (фрукты, ягоды), к добавленному сахару не относятся.
• **Использование растительных масел в приготовлении пищи.** Оптимально использовать способы приготовления пищи без добавления жира/масел: приготовление на пару, отваривание, запекание, тушение. Растительные масла (подсолнечное, оливковое и др.) полезнее животных жиров, именно они предпочтительны в приготовлении блюд. Следует избегать жареных блюд и блюд, приготовленных во "фритюре" (сладкий хворост, луковые кольца, картофельные чипсы, рыба в "кляре", куриные "наггетсы", пончики, чебуреки, овощи "темпура" и др.), поскольку в процессе жарки образуются транс-жиры, оказывающие выраженное повреждающее действие на организм. Большое количество транс-жиров содержит выпечка из слоеного теста, рассыпчатое печенье и вафли. Не включайте эти продукты в рацион.
• **Потребление достаточного количества жидкости** является важным для здоровья. Лучший напиток — это вода, для придания вкуса можно добавить сок лимона, листья мяты, лаванды или розмарина, ломтики цитрусовых, дольки огурца, фруктов или ягод. Не следует пить в больших количествах крепкий кофе, чай и содержащие кофеин прохладительные/энергетические напитки. Рекомендуется в день — 1,6 л жидкости для женщин и 2,0 л — для мужчин.
• **Оптимальный режим питания** — это три основных приема пищи (завтрак, обед и ужин) с 5-часовым интервалом. Завтрак обязателен. Самое оптимальное блюдо для завтрака — это каша, а самое идеальное — каша из овсяных хлопьев "Геркулес" длительной варки, дополненная ягодами, фруктами, орехами или сухофруктами. Традиционную яичницу или омлет следует дополнить овощным салатом и зеленью, а творог и йогурт — фруктами, ягодами, орехами или сухофруктами. Порция утреннего напитка должна быть больше обычной — не менее 250-300 мл. Для обеда и ужина подойдет порция рыбы (морепродуктов), птицы или отварной говядины с крупяным или овощным гарниром и салат из свежих овощей, заправленный растительным маслом, а на десерт — фрукты или ягоды. Нет обязательного правила: потреблять на обед мясо, а на ужин — рыбу, это ваш выбор. Оптимальный интервал между завтраком и ужином — не более 10-11 ч. Если завтрак в 8:00, то ужин в 18:00-19:00. Традиционный прием чая сопровождайте сухофруктами, сушеными орехами, свежими ягодами и фруктами, а из сладостей выбирайте натуральные изделия без добавленного сахара: смокву, яблочные чипсы или хрустилу. Пастила, зефир и мармелад содержат меньше жира по сравнению с другими сладостями, однако, количество сахара в них высокое.

• **"Правило тарелки здорового питания"** — это распределение групп продуктов во время основных приемов пищи: завтрака, обеда и ужина. ¼ тарелки (25%) — полезные источники животного белка: мясо, птица, рыба, морепродукты, яйца, творог. ¼ тарелки (25%) — зерновые продукты (крупы, макароны из твердых сортов пшеницы, хлеб из муки грубого помола) и/или бобовые ½ тарелки (50%) — овощи и фрукты, из них 30% — приходится на овощи (салат из овощей, суп из овощей или овощное рагу) и 20% — на фрукты и/или ягоды 200-250 мл — напиток.
• **Важно! Исключить из рациона продукты,** которые не доставляют организму никаких питательных веществ, но при этом являются источниками компонентов, "перегружающих" организм и мешающих усвоению нужных веществ. Это продукты глубокой переработки, содержащие высокое количество соли, добавленного сахара, насыщенных и транс-жиров, а еще включающие дополнительные вещества (ароматизаторы, усилители вкуса, разрыхлители, усилители консистенции и др.). Следует ограничить до полного исключения из рациона: алкоголь, колбасные изделия, мясные деликатесы (ветчина, балык, икра, паштеты и др.) и копчености, кондитерские изделия, пикантные соленые закуски (крекеры, сухарики, чипсы и др.), сладкие газированные напитки. Отсутствие этих продуктов в рационе позволит организму оптимально усваивать необходимые питательные вещества.
• Самым доступным контролируемым видом ежедневной двигательной активности является ходьба. **Оптимально выполнять 10 000 шагов в день** под контролем шагомера, что обеспечит расход в 1000 ккал. Используйте любую возможность увеличить физическую активность: подъем по лестнице вместо лифта, удлинение пеших маршрутов, пробуйте коньки, лыжи, танцевальные занятия.
• **Контроль за параметрами тела** (масса тела и окружность талии) целесообразно осуществлять не реже 1 раза в месяц, утром, натощак — до завтрака. Риск развития сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний, а также сахарного диабета резко возрастает, если окружность талии у мужчин превышает 102 см, а у женщин — 88 см.

Индивидуальные рекомендации по здоровому питанию для пациентов с учетом возрастной группы

Рекомендации по рациону здорового питания для лиц 18–49 лет

Рацион питания для лиц репродуктивного возраста должен обеспечивать адекватное потребление 11 микроэлементов, значимых для сохранения репродуктивного здоровья. Это: витамин А, витамин В1, витамин В2, витамин В3, витамин В6, фолиевая кислота (витамин В9), витамин В12, витамин С, кальций, железо и цинк. Для большинства жителей России характерен йододефицит, поэтому потребление йода с пищей также очень важно. Для профилактики дефицита по данным микроэлементам необходимо, чтобы ежедневный рацион питания был максимально разнообразным.

Высокое пищевое разнообразие обеспечивается за счет включения в ежедневный рацион наибольшего количества групп продуктов (ежедневно не менее 7-8 групп из 10 продуктовых групп):

- **крупы** (пшено, греча, овсяная, перловая, ячневая крупы и др.), **картофель**
- **бобовые** (фасоль, горох, нут, чечевица, маш, тофу, хумус и др.)
- **орехи и семена** (кедровые и грецкие орехи, фундук, миндаль и др., семена подсолнечника, кунжута, льна) в количестве 2 столовые ложки ежедневно
- **молоко и молочные продукты** с низким содержанием жира
- **красное мясо** или **птица**, или **рыба**
- **яйца**
- **темно-зеленые листовые овощи** (петрушка, укроп, базилик, сельдерей, шпинат, руккола, тархун, ботва свеклы, кейл)
- **фрукты и овощи, богатые витамином А** (фрукты и овощи преимущественно оранжевого цвета): морковь, тыква желто-оранжевого цвета, сладкий перец, абрикос, хурма, курага, персик, облепиха, слива терн, рябина красная садовая, рябина черноплодная, шиповник, морошка, грибы лисички, лук зеленый — перо)
- другие **овощи** (свекла, все виды капусты, кабачок, огурцы, помидоры и др.)
- другие **фрукты и ягоды** (яблоко, банан, слива, все ягоды, груша, виноград и др.).

ВАЖНО! Для профилактики дефицита йода при отсутствии противопоказаний следует использовать йодированную соль в приготовлении пищи, в том числе и при выпечке хлеба и хлебобулочных изделий.

Рекомендации по здоровому питанию для лиц 50–64 лет

Рацион здорового питания способствует профилактике сердечно-сосудистых заболеваний (в том числе артериальной гипертонии), сахарного диабета 2 типа, остеопороза, некоторых видов онкологических заболеваний, а также — предотвращению увеличения массы тела на фоне происходящей гормональной перестройки организма.

В рационе питания следует особое внимание уделить **соблюдению здорового баланса минералов и витаминов**. Для этого необходимо:

- **снизить потребление соли**, как основного источника пищевого натрия. Чем выше содержание соли в рационе, тем выше риск повышения артериального давления. Старайтесь максимально исключить из рациона продукты с большим количеством соли: мясоколбасные изделия, маринованные и консервированные продукты, соленые закуски: соленые овощи (огурцы, помидоры, капуста и др.), соленые орехи, сухарики, крендельки, картофельные чипсы. Не досаливайте уже приготовленное блюдо! Не солите салаты, мясо, птицу и рыбу при готовке — используйте лимонный сок и пряные травы для вкуса.
- **увеличить потребление калия** и продуктов, которые им богаты. Оптимальными источниками калия в рационе являются: сухофрукты, печеный картофель, бананы, орехи, семена подсолнечника, крупы.
- **увеличить потребление магния** и его пищевых источников. Целесообразно включить в рацион: орехи, семена тыквы и подсолнечника, пшеничные отруби (хлеб с отрубями).
- **включать** в рацион молочные продукты, как основные **источники кальция** для здоровья костной системы, отдавая предпочтение молочным продуктам с низким содержанием жира.
- **увеличить потребление пищевых волокон.** Много пищевых волокон содержится в темно-зеленой листовой зелени (петрушка, укроп, сельдерей, базилик, тархун, шпинат, руккола и др.), ягодах, апельсине, помело, сливе, яблоке, крупах, ржаном хлебе, корнеплодах (морковь, свекла) и тыкве.
- **снизить содержание сахара в рационе.** Ограничьте потребление кондитерских изделий и других сладостей. Исключите сладкие напитки, особенно газированные. Это необходимо чтобы снизить риск набора массы тела и развития сахарного диабета.
- Старайтесь соблюдать режим питания, не пропускайте завтрак, а ужинайте не позднее чем за 3-4 часа до отхода ко сну.

Рекомендации по здоровому питанию для лиц 65 лет и старше

Рацион здорового питания способствует профилактике сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний, сахарного диабета, укреплению костной ткани и улучшению состава микробиоты кишечника.

Очень важно достаточное потребление жидкости, минералов, витаминов и пищевых волокон для обеспечения необходимых процессов в организме.

✓ Рекомендуется ограничить потребление красного мяса и особенно переработанного красного мяса (мясоколбасные изделия, мясные деликатесы, паштеты). Следует формировать рацион преимущественно из растительных продуктов, дополняя его небольшим количеством продуктов животного происхождения. Однако, пищевые источники белка в рационе очень важны для профилактики снижения силы и объема мышечной ткани. Основными источниками белка являются: птица, рыба, морепродукты, яйца, творог, сыр, бобовые и крупы. Бобовые целесообразно готовить с добавлением корнеплодов (морковь, корень сельдерея), тыквы и большого количества зелени (укроп, петрушка, листовой сельдерей, базилик, шпинат, ботва свеклы и др.).

✓ Важно потреблять **продукты с высоким содержанием пищевых волокон**, для обеспечения здоровья микробиоты кишечника. Здоровым выбором являются каши и крупяные гарниры, ржаной хлеб с добавлением семян, ягоды в любом виде (свежие, сушеные, замороженные), орехи, фрукты (яблоко, банан, слива, груша и др.), сухофрукты, грибы, темно-зеленые листовые овощи (укроп, петрушка, шпинат, сельдерей, базилик, руккола, кейл и др.).

✓ Для поддержания здоровья костей и профилактики переломов необходимо включать в ежедневный рацион **пищевые источники кальция**, оптимально — 2 порции молочных продуктов (пример: каша на молоке; творог с добавлением зелени/ягод/огурца/фруктов; молочный суп, салат с заправкой из йогурта, сырники, творожная запеканка и др.). Выбирать следует молочные продукты низкой жирности, а именно: молоко, кефир, йогурт до 2,5% жирности, сыр — до 17,0%, творог — до 5,0%, сметана — 10,0-15,0%. Следует избегать потребления сливок, изделий с добавленным сахаром (творожная масса, сладкие сырки, мусс, крем, молочные ломтики) и ограничить потребление сливочного масла до 20 г/сут. Если потребление молочных продуктов невозможно, то следует проконсультироваться с врачом на предмет ежедневного приема кальцийсодержащего препарата.

✓ С целью профилактики сердечно-сосудистых заболеваний в ежедневном рационе должны обязательно присутствовать пищевые **источники калия** (курага, изюм, финики, печеный картофель, бананы, орехи, семена подсолнечника, крупы) **и магния** (орехи, семена тыквы и подсолнечника, пшеничные отруби, хлеб с отрубями).

✓ Следует внимательно отнестись и **снизить потребление соли**, для профилактики повышения артериального давления. Оптимально убрать из рациона соленые продукты, а овощи, птицу, рыбу, морепродукты готовить без добавления соли, используя сок лимона и пряные травы.

✓ Необходимо **снизить потребление** добавленного **сахара**, а по возможности — максимально исключить из рациона. В качестве десерта выбирать фрукты, орехи, сухофрукты, ягоды в том числе замороженные и сушеные, орехи.

✓ В приоритете — домашние блюда. Стараться **использовать** в готовке блюд только **растительные масла и щадящие способы приготовления** (на пару, запекание, тушение, припускание, отваривание).

2. Физическая активность (ФА)

Индивидуальные рекомендации в зависимости от уровня ФА:

Вариант 1: Оптимальная ФА

— Ходьба: не менее 30 мин ежедневно, регулярные занятия (не менее 2-3 раз в неделю)

— Индекс массы тела (ИМТ): 18,5-24,9 кг/м^2 (нормальная масса тела)

— Жировая масса: нормальная или пониженная по данным биоимпедансного анализа (при возможности проведения)

— Мышечная масса: нормальная или повышенная по данным биоимпедансного анализа (при возможности проведения)

Индивидуальные рекомендации:

Цель: Поддержание и совершенствование текущего уровня ФА.

1. Разнообразие тренировок.

• Аэробные нагрузки: 150-300 мин умеренной или 75-150 мин высокой интенсивности в неделю (3-4 раза в неделю), виды: бег, плавание, велосипед, танцы. Кардиотренировки улучшают сердечно-сосудистую систему и повышают выносливость.

• Силовые тренировки: 2-3 раза в неделю — проработка всех групп мышц, прогрессивное увеличение нагрузки, использование отягощений, собственного веса. Тренировки помогут укрепить мышечный корсет и улучшить общую физическую форму.

• Нейромоторная активность: 1-2 раза в неделю йога, пилатес, упражнения на баланс и координацию, стретчинг. Занятия помогают улучшить гибкость, баланс и осанку, а также способствуют расслаблению и восстановлению.

• Выходные — активный отдых: занимайтесь велосипедными прогулками, танцами или походами. Это не только поддерживает физическую форму, но и позволяет наслаждаться природой и поддерживать социальные связи.

2. Усложнение тренировок.

• Увеличивайте интенсивность на 10-15% каждые 2 мес.: постепенное увеличение нагрузки поможет избежать плато и продолжать прогрессировать. Например, если вы бегаете 30 мин, попробуйте увеличить время или добавить интервалы с более высокой интенсивностью.

• Добавьте интервальные тренировки: чередуйте периоды высокой и низкой интенсивности. Это улучшает выносливость и повышает эффективность тренировок.

• Осваивайте новые техники и направления фитнеса: пробуйте новые стили тренировок, функциональный тренинг, круговые тренировки, игровые виды спорта или боевые искусства. Это поможет поддерживать интерес к занятиям и предотвратить монотонность.

3. Восстановление.

• Техники релаксации: практикуйте медитацию, йогу или глубокое дыхание, чтобы снизить стресс и улучшить психическое здоровье.

• Чередование нагрузок (силовые, кардио): давайте организму время на восстановление между интенсивными занятиями, это помогает избежать перетренированности и предотвратить травмы.

4. Мониторинг.

• Фитнес-гаджеты и мобильные приложения: для контроля целевых значений пульса и интенсивности нагрузки используйте фитнес-браслеты или нагрудные датчики. Мобильные приложения, учитывающие ФА, помогают отслеживать прогресс в тренировках и фиксировать динамику основных показателей.

Вариант 2: Удовлетворительная ФА

— Ходьба: 20-30 мин ежедневно, нерегулярные занятия (1-2 раза в неделю)

— ИМТ: 25-29,9 кг/м^2 (избыточная масса тела)

— Жировая масса: незначительно повышена по данным биоимпедансного анализа (при возможности проведения)

— Мышечная масса: незначительно снижена по данным биоимпедансного анализа (при возможности проведения)

 doi: 10.15829/3034-4123-2025-104

Индивидуальные рекомендации:

Цель: Увеличение регулярности и сбалансированности ФА.

1. Добавление недостающих видов ФА (силовые, аэробные, на гибкость) — разнообразие и чередование разного вида тренировок поможет избежать монотонности и повысит пользу от ФА:

• Аэробные нагрузки умеренной интенсивности 2-3 раза в неделю по 40-60 мин (150-300 мин в неделю): включите в свой график занятия, которые повышают частоту сердечных сокращений, такие как ходьба, плавание или езда на велосипеде. Следите за тем, чтобы ваш пульс находился в комфортной зоне, которая составляет 65-75% от максимального значения (максимальный пульс = 220 — ваш возраст).

• Добавление силовых тренировок 2 раза в неделю по 40-50 мин: помогут укрепить мышцы и повысить общую физическую форму. Упражнения с собственным весом: начните с упражнений, которые не требуют дополнительных весов, таких как приседания, отжимания и планки. Легкие отягощения: постепенно вводите легкие гантели или резиновые ленты для дополнительной нагрузки.

• Нейромоторная активность: 1-2 раза в неделю йога, пилатес, упражнения на баланс и координацию, стретчинг. Занятия помогают улучшить гибкость, баланс и осанку, а также способствуют расслаблению и восстановлению.

2. Увеличение частоты и продолжительности ФА.

• Постепенно увеличивайте нагрузки, чтобы избежать травм и перегрузок: увеличивайте длительность занятий на 5-10 мин еженедельно или повышайте нагрузки на 20% в месяц, увеличивая время и интенсивность занятий постепенно.

• Регулярность: старайтесь заниматься ФА регулярно, чтобы закрепить привычку и увидеть результаты: начните с 30-минутных прогулок 3 раза в неделю или добавьте 1-2 силовые тренировки в тренажерном зале или в домашних условиях.

3. Восстановление.

• Полноценный сон: обеспечивайте себе достаточный отдых и качество сна для восстановления мышц, улучшения самочувствия и продуктивности.

• Упражнения для улучшения гибкости в суставах и расслабления мышц выполняйте регулярно, чтобы предотвратить травмы и улучшить состояние опорно-двигательного аппарата.

4. Мотивационные техники.

• Используйте фитнес-трекеры, которые помогают отслеживать прогресс и стимулируют для достижения новых целей для увеличения ФА (фитнес-браслеты, нагрудные датчки, мобильные фитнес-приложения). Они позволяют оценивать количество шагов, пройденную дистанцию, частоту сердечных сокращений и другие показатели.

• Занимайтесь с напарником или тренером — это создает чувство ответственности перед другим человеком и делает тренировки более приятными. Тренер может поддерживать и поощрять Вас на пути к достижению целей, а также делиться опытом и советами.

• Ведите дневник ФА — это эффективный способ отслеживать прогресс и корректировать план тренировок. В дневнике можно записывать количество пройденных шагов, тип и интенсивность упражнений, количество выполненных повторений, а также любые заметки о самочувствии. Это помогает анализировать эффективность тренировок и планировать будущие занятия более результативно.

• Ставьте конкретные цели — реалистичные и достижимые, такие как пройти 10 000 шагов в день или выполнить определенное количество упражнений. Конкретные цели помогают видеть прогресс и мотивируют к дальнейшим достижениям.

5. Мониторинг.

• Фитнес-гаджеты и мобильные приложения: для контроля целевых значений пульса и интенсивности нагрузки используйте фитнес-браслеты или нагрудные датчики. Мобильные приложения, учитывающие ФА, помогают отслеживать прогресс в тренировках и фиксировать динамику основных показателей.

Вариант 3: Недостаточная ФА

— Ходьба: менее 20 мин ежедневно, эпизодические занятия (<1 раза в неделю) или их отсутствие
— ИМТ: 30-34,9 кг/м^2 (ожирение I степени)
— Жировая масса: умеренно повышена по данным биоимпедансного анализа
— Мышечная масса: умеренно снижена по данным биоимпедансного анализа

Индивидуальные рекомендации:

Цель: Формирование устойчивой привычки к регулярным тренировкам.

1. Подготовительный этап.

• Психологическая мотивация: акцентировать внимание на понимании важности ФА для здоровья и определить внутреннюю мотивацию к занятиям.

• Подробно и тщательно оценить текущее состояние здоровья и разобрать возможные сомнения, возражения к регулярным нагрузкам.

• Разобрать ограничения и противопоказания (при наличии) к тренировкам и нагрузкам, с учетом прошлого опыта занятий и состояния здоровья.

2. Выбор варианта оптимальной ФА.

• На начальном этапе выбирать более доступные и безопасные виды нагрузок, которые приносят позитивные эмоции: ходьба 20-30 мин 3-4 раза в неделю, домашняя гимнастика 15-20 мин ежедневно, йога/пилатес, скандинавская ходьба, плавание, групповые фитнес-программы для начинающих, танцевальные занятия, велопрогулки, беговая дорожка или велотренажер в фитнес клубе.

• Добавляйте дыхательные упражнения: практикуйте техники глубокого дыхания, чтобы снизить стресс и улучшить настроение.

• Следите за пульсом, чтобы он находился как минимум в зоне низкой интенсивности 50-65% от максимального значения (максимальный пульс = 220 — ваш возраст).

• В течение 1-2 мес. адаптируйтесь к нагрузке и затем постепенно ее увеличивайте.

3. Регулярность ФА и закрепление привычки.

• Поддерживайте регулярность занятий — минимум 2 раза в неделю по 60-90 мин или 5 раз в неделю по 30 мин (цель: 150 мин в неделю умеренных физических нагрузок).

• Акцентируйте внимание на позитивных изменениях: регулярная ходьба, бег, плавание, езда на велосипеде улучшают состояние сердечно-сосудистой системы и повышают выносливость, простые гимнастические упражнения помогают развить гибкость и координацию, йога или пилатес улучшают гибкость и предотвращают травмы, групповые занятия поддерживают мотивацию и улучшают социальные связи.

• В течение последующих 3-4 мес. продолжайте следить за пульсом — используйте фитнес-трекеры (умные часы, нагрудные датчики). Постепенно увеличивайте интенсивность занятий: цель — пульс 65-75% от максимального значения (максимальный пульс = 220 — ваш возраст).

3. Восстановление.

• Полноценный сон: обеспечивайте себе достаточный отдых и качество сна для восстановления мышц, улучшения самочувствия и продуктивности.

• Упражнения для улучшения гибкости в суставах и расслабления мышц выполняйте регулярно, чтобы предотвратить травмы и улучшить состояние опорно-двигательного аппарата.

4. Психологическая поддержка.

• Выбирайте групповые занятия — они помогают поддерживать мотивацию и социализироваться.

• Занимайтесь с персональным тренером — выбор нагрузки с личным тренером повышает мотивацию, уменьшает риски и помогает ставить и поддерживать цели тренировочного процесса.

• Поддержка близких (родные, друзья, коллеги): окружите себя людьми, которые поддерживают ваши усилия и помогают оставаться мотивированным.

• Дневник тренировок: ведите дневник, чтобы отслеживать прогресс, отмечать достижения, поддерживать позитивный настрой.

5. Мониторинг и контроль.

• Постепенное внедрение регулярной ФА под контролем специалиста с учетом динамики всех параметров (самочувствие, частота сердечных сокращений, ИМТ, состав тела).

• Обсудить ограничения или противопоказания к определенному виду нагрузок (при наличии): избегать резких и интенсивных нагрузок, чтобы предотвратить травмы, не игнорировать сигналы усталости или дискомфорта (боли в суставах, перепады артериального давления, необычная одышка и др.), корректировать программу тренировок по мере необходимости.

Вариант 4: Критически низкая ФА

— Ходьба: <10 мин ежедневно или отсутствие регулярной ходьбы, полное отсутствие организованной и регулярной ФА

— ИМТ: ≥35 кг/м^2 (ожирение II-III степени)

— Жировая масса: значительно повышена по данным биоимпедансного анализа

— Мышечная масса: значительно снижена по данным биоимпедансного анализа

Индивидуальные рекомендации:

Цель: Мониторинг состояния и постепенное восстановление ФА.

1. Особенности наблюдения.

• Тщательный разбор и обсуждение всех показателей обследования и анкетных данных для комплексной оценки состояния здоровья и выбора рекомендаций по ФА.

• Начало с минимальных нагрузок: выбирать безопасные, простые легкие виды ФА с учетом состояния здоровья, прошлого опыта занятий и образа жизни пациента

• Постепенность нагрузок: начинать с низкоинтенсивных нагрузок, постепенно увеличивая до умеренной ФА, избегать резких увеличений интенсивности, чтобы предотвратить травмы.

2. Начальный этап ФА.

• Минимальная нагрузка: постепенное введение минимальных физических нагрузок для адаптации организма (минимальное время — 10 мин).

— дозированная ходьба: постепенное увеличение времени и интенсивности ходьбы (начало с 10 мин 2-3 раза в неделю, постепенно увеличивать до 30 мин 2-3 раза в неделю).

— дыхательная гимнастика: упражнения для улучшения функции легких и общего самочувствия.

— лечебная физкультура: простые гимнастические упражнения для адаптации к нагрузкам (гимнастика в домашних условиях, плавание, йога для начинающих).

• На начальном этапе выбирать более доступные и безопасные виды нагрузок, которые приносят позитивные эмоции.

• Следите за пульсом, чтобы он находился как минимум в зоне низкой интенсивности 50-65% от максимального значения (максимальный пульс = 220 — ваш возраст).

• В течение 3-4 мес. адаптируйтесь к нагрузке и затем постепенно ее увеличивайте.

3. Расширение ФА.

• Индивидуальные занятия с инструктором по лечебной физкультуре или тренером: персональные тренировки для более эффективного восстановления.

• Кардионагрузки 2-3 раза в неделю по 20-30 мин: ходьба, плавание, велотренажер, скандинавская ходьба, танцы для начинающих, беговая дорожка в фитнес-клубе.

• Силовые нагрузки: 2 раза в неделю по 30-40 мин: упражнения с собственным весом: (приседания, отжимания), легкие отягощения (бутылки с водой, гантели по 1-2 кг или резиновые фитнес-ленты для дополнительной нагрузки).

• Нейромоторная активность: 1-2 раза в неделю по 30-50 мин йога, пилатес, упражнения на баланс и координацию, стретчинг, тренировки для улучшения подвижности суставов и позвоночника (особенно важно в возрасте 65 лет и старше).

• Постепенно в течение последующих 2-3 мес. расширяйте интенсивность до умеренной: чтобы ваш пульс находился в комфортной зоне, которая составляет 65-75% от максимального значения (максимальный пульс = 220 — ваш возраст).

4. Восстановление.

• Полноценный сон: обеспечивайте себе достаточный отдых и качество сна для восстановления мышц, улучшения самочувствия и продуктивности.

• Упражнения для улучшения гибкости в суставах и расслабления мышц выполняйте регулярно, чтобы предотвратить травмы и улучшить состояние опорно-двигательного аппарата.

5. Психологическая поддержка.

• Индивидуальная терапия: работа с психологом для преодоления эмоциональных барьеров.

• Группы поддержки: участие в группах для обмена опытом и поддержки.

• Мотивационное консультирование: помощь в постановке и достижении целей.

• Работа с установками: корректировка негативных установок и развитие позитивного мышления.

• Стресс: минимизируйте стрессовые ситуации, которые могут негативно повлиять на процесс адаптации к новой ФА.

6. Мониторинг состояния.

• Фитнес-гаджеты и мобильные приложения: для контроля целевых значений пульса и интенсивности нагрузки используйте фитнес-браслеты или нагрудные датчики. Подробно разобрать правила использования гаджетов, задать конкретные цели на ближайшее время до следующей консультации.

• Оценка физической формы и психологического состояния регулярно — желательно ежемесячно: позволяет отслеживать прогресс и корректировать тренировочный план (анализ самочувствия и реакции на нагрузки, тесты на выносливость, силовые показатели и гибкость, контроль веса и анализ состава тела).

Литература

1 Драпкина О. М., Дроздова Л. Ю., Концевая А. В., Иванова Е. С., Калинина А. М., Бунова А. С., Гамбарян М. Г., Елиашевич С. О., Карамнова Н. С., Раковская Ю. С., Бернс С. А., Куликова М. С., Метельская В. А. Оказание медицинской помощи пациентам с факторами риска развития хронических неинфекционных заболеваний в центрах здоровья для взрослых. Методические рекомендации. М.: РОПНИЗ, ООО "СИЛИЦЕЯ-ПОЛИГРАФ" 2025 г. 164 с. ISBN: 978-5-6053845-8-8. doi: 10.15829/ ROPNIZ-d108-2025. EDN: HKMNQW.

Драпкина Оксана Михайловна (Oxana M. Drapkina) — д.м.н., профессор, академик РАН, директор, зав. кафедрой терапии и профилактической медицины, ФГБОУ ВО "Российский университет медицины" Минздрава России, ORCID: 0000-0002-4453-8430;

Дроздова Любовь Юрьевна (Lyubov Yu. Drozdova) — к.м.н., доцент, руководитель отдела стратегического планирования и внедрения профилактических технологий, доцент кафедры терапии и профилактической медицины, ФГБОУ ВО "Российский университет медицины" Минздрава России, ORCID: 0000-0002-4529-3308;

Егоров Вадим Анатольевич (Vadim A. Egorov) — к.м.н., в.н.с. отдела стратегического планирования и внедрения профилактических технологий, доцент кафедры терапии, общей врачебной практики с курсом гастроэнтерологии, ФГБОУ ВО "Российский университет медицины" Минздрава России, ORCID: 0000-0001-8627-6160;

Иванова Екатерина Сергеевна (Ekaterina S. Ivanova) — к.м.н., руководитель отдела координации профилактики и укрепления общественного здоровья в регионах и Федерального Центра здоровья, ORCID: 0000-0001-5379-7170;

Калинина Анна Михайловна (Anna M. Kalinina) — д.м.н., профессор, руководитель отдела профилактики неинфекционных заболеваний в первичном звене здравоохранения, ORCID: 0000-0003-2458-3629;

Раковская Юлия Сергеевна (Yulia S. Rakovskaya) — н.с. отдела стратегического планирования и внедрения профилактических технологий, преподаватель кафедры терапии, общей врачебной практики с курсом гастроэнтерологии, ФГБОУ ВО "Российский университет медицины" Минздрава России, ORCID: 0000-0001-5620-7770.

Концевая Анна Васильевна (Anna V. Kontsevaya) — д.м.н., профессор, зам. директора по научной и аналитической работе, зав. кафедрой общественного здоровья и организации здравоохранения, ФГБОУ ВО "Российский университет медицины" Минздрава России, ORCID: 0000-0003-2062-1536;

Елиашевич Софья Олеговна (Sofia O. Eliashevich) — к.м.н., руководитель лаборатории изучения и коррекции пищевого поведения, ORCID: 0000-0003-0143-0849;

Лищенко Оксана Викторовна (Oxana V. Lischenko) — к.м.н., доцент кафедры общественного здоровья и организации здравоохранения, ФГБОУ ВО "Российский университет медицины" Минздрава России, ORCID: 0000-0002-4939-7868.

Адреса организаций авторов: ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины" Минздрава России, Петроверигский пер., д. 10, стр. 3, Москва, 101990, Россия; ФГБОУ ВО "Российский университет медицины" Минздрава России, ул. Долгоруковская, д. 4. Москва, 127006, Россия.

Addresses of the authors' institutions: National Medical Research Center for Therapy and Preventive Medicine of the Ministry of Health of the Russian Federation, Petroverigsky Lane, 10, bld. 3, Moscow, 101990, Russia; Russian University of Medicine, Dolgorukovskaya str., 4, Moscow, 127006, Russia.

Редакция журнала "Первичная медико-санитарная помощь " выражает огромную благодарность экспертам, которые рецензировали статьи на протяжении 2025 года и помогали принимать редакционные решения.

Алмазова Ильда Исмаиловна — к.м.н., доцент, врач-кардиолог, врач-терапевт, заведующий учебной частью кафедры терапии и общей врачебной практики с курсом гастроэнтерологии Института профессионального образования и аккредитации ФГБУ "НМИЦ ТПМ" Минздрава России

Баланова Юлия Андреевна — д.м.н., в.н.с. отдела эпидемиологии хронических неинфекционных заболеваний ФГБУ "НМИЦ ТПМ" Минздрава России

Бернс Светлана Александровна — д.м.н., профессор, руководитель отдела изучения патогенетических аспектов старения, заведующий кафедрой терапии и общей врачебной практики с курсом гастроэнтерологии Института профессионального образования и аккредитации ФГБУ "НМИЦ ТПМ" Минздрава России

Вошев Дмитрий Васильевич — д.м.н., н.с. отдела научно-стратегического развития первичной медико-санитарной помощи,врач-методист, руководитель группы по анализу научных исследований и разработок отдела организационно-методического управления и анализа качества медицинской помощи ФГБУ "НМИЦ ТПМ" Минздрава России

Грицаева Евгения Александровна — врач-эндокринолог-диетолог, н.с. отдела научно-стратегического развития первичной медико-санитарной помощи ФГБУ "НМИЦ ТПМ" Минздрава России

Джиоева Ольга Николаевна — д.м.н., в.н.с., руководитель лаборатории кардиовизуализации, вегетативной регуляции и сомнологии, директор института профессионального образования и аккредитации ФГБУ "НМИЦ ТПМ" Минздрава России

Жарова Мария Евгеньевна — к.м.н., врач-терапевт, врач-гастроэнтеролог, эксперт центра организации программ скрининга онкологических заболеваний ФГБУ "НМИЦ ТПМ" Минздрава России

Елиашевич Софья Олеговна — к.м.н., врач-диетолог, врач-терапевт, руководитель лаборатории изучения и коррекции пищевого поведения ФГБУ "НМИЦ ТПМ" Минздрава России

Короткова Анна Владимировна — эксперт группы по организации медицинской помощи центра организационно-методического управления и анализа качества оказания медицинской помощи в регионах ФГБУ "НМИЦ ТПМ" Минздрава России

Крякова Мария Юрьевна — к.м.н., врач-методист отдела мониторинга внедрения научных исследований и разработок Центра организационно-методического управления и анализа качества оказания медицинской помощи в регионах ФГБУ "НМИЦ ТПМ" Минздрава России

Ляпина Ирина Николаевна — к.м.н., с.н.с. отдела клинической кардиологии, врач-кардиолог Центра легочной артериальной гипертензии ФГБНУ "НИИ КПССЗ"

Меньшикова Лариса Ивановна — д.м.н., профессор кафедры организации здравоохранения и общественного здоровья с курсом оценки технологий здравоохранения ФГБОУ "ДПО РМАНПО" Минздрава России

Орлова Анна Андреевна — м.н.с. лаборатории кардиовизуализации, вегетативной регуляции и сомнологии ФГБУ "НМИЦ ПМ" Минздрава России

Осипова Ольга Александровна — д.м.н., профессор кафедры госпитальной терапии ФГАОУ ВО "Белгородский государственный национальный исследовательский университет"

Савченко Дарья Олеговна — м.н.с. отдела научно-стратегического развития первичной медико-санитарной помощи, эксперт отдела мониторинга внедрения научных исследований и разработок Центра организационно-методического управления и анализа качества оказания медицинской помощи в регионах ФГБУ "НМИЦ ТПМ" Минздрава России

Савченко Екатерина Дмитриевна — к.м.н., в.н.с. отдела научно-стратегического развития первичной медико-санитарной помощи ФГБУ "НМИЦ ТПМ" Минздрава России

Сененко Алия Шамильевна — к.м.н., в.н.с. отдела научно-стратегического развития первичной медико-санитарной помощи ФГБУ "НМИЦ ТПМ" Минздрава России

Смирнова Марина Игоревна — к.м.н., руководитель лаборатории профилактики хронических болезней органов дыхания ФГБУ "НМИЦ ТПМ" Минздрава России

Сон Ирина Михайловна — д.м.н., профессор кафедры организации здравоохранения и общественного здоровья с курсом оценки технологий здравоохранения ФГБОУ "ДПО РМАНПО" Минздрава России

Шептулина Анна Фароковна — к.м.н., в.н.с., руководитель лаборатории экспериментальной и профилактической гастроэнтерологии ФГБУ "НМИЦ ТПМ" Минздрава России

Явелов Игорь Семенович — д.м.н., руководитель отдела фундаментальных и клинических проблем тромбоза при неинфекционных заболеваниях ФГБУ "НМИЦ ТПМ" Минздрава России

ПЕРЕЧЕНЬ МАТЕРИАЛОВ, ОПУБЛИКОВАННЫХ В ЖУРНАЛЕ ПЕРВИЧНАЯ МЕДИКО-САНИТАРНАЯ ПОМОЩЬ В 2025 ГОДУ

АНАЛИЗ СОВРЕМЕННЫХ ДАННЫХ

Ливзан М. А., Гаус О. В., Лисовский М. А.
Синдром цитолиза в практике врача первичного звена.....2025;2(1):41-52

Савич М. Б., Демко И. В., Собко Е. А., Ищенко О. П.
Аспекты первичной и вторичной профилактики хронической сердечной недостаточности у пациентов с бронхиальной астмой.....2025;2(1):32-40

Савченко Д. О., Наумов П. Ю.
Правовые изменения: фокус на первичную медико-санитарную помощь.....2025;2(1):26-31

КАДРОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ

Драпкина О. М., Шепель Р. Н., Кузнецова О. Ю., Короткова А. В., Бримкулов Н. Н.3, Савченко Е. Д., Ажымамбетова Г. К., Азизова Ф. Л., Ахмедов Х. С., Ботбаева Э. И., Демушкан О. Ю., Долонбаева З. А., Курманова Г. М., Абдугулова Г. З., Кушимбаева К. Ш., Моисеева И. Е., Мурат А., Мухсинзода Г. М., Маннонов О., Матчанова М. С., Наумова Я. С., Патеюк И. В., Сачек М. М., Сафиева З. А., Тажиева А. Е., Туракулов Р. И., Турушева А. В., Уразалиева И. Р., Усубалиев М. Б., Халметова Ф. И., Хасенова А. Ж., Щавелева М. В.
Исследование подготовки врачей общей практики (семейных врачей) в государствах — участниках Содружества Независимых Государств .....2025;2(4):50-68

Драпкина О. М., Шепель Р. Н., Сененко А. Ш., Савченко Е. Д., Ажымамбетова Г. К., Бримкулов Н. Н., Ботбаева Э. И., Долонбаева З. А., Короткова А. В., Кулкаева Г. У., Наумова Я. С., Недень Л. Ч., Сачек М. М., Сыдыкова С. Ж., Тенизбаева А. Т., Щавелева М. В., Юрченко О. В.
Результаты интервью главных врачей: меры мотивации персонала в первичном звене здравоохранения в странах Содружества Независимых Государств .....2025;2(4):69-77

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Драпкина О. М., Авдеев С. Н., Смирнова М. И., Крякова М. Ю., Шепель Р. Н., Никитина Л. Ю., Дроздова Л. Ю., Ипатов П. В., Калинина А. М., Антипушина Д. Н.
Диспансерное наблюдение пациентов с хроническим бронхитом врачом-терапевтом в первичном звене здравоохранения. Методические рекомендации.....2025;2(1):146-170

Драпкина О. М., Бойцов С. А., Агеев Ф. Т., Бланкова З. Н., Джиоева О. Н., Дроздова Л. Ю., Ипатов П. В., Калинина А. М., Марцевич С. Ю., Савченко Е. Д., Свирида О. Н., Смирнова М. И., Чесникова А. И., Шепель Р. Н., Шурупова Е. Г., Явелов И. С.
Диспансерное наблюдение пациентов с хронической сердечной недостаточностью врачом-терапевтом в первичном звене здравоохранения. Методические рекомендации .....2025;2(1):53-114

Драпкина О. М., Ивашкин В. Т., Маев И. В., Ливзан М. А., Дроздова Л. Ю., Жаркова М. С., Ипатов П. В., Калинина А. М., Люсина Е. О., Маевская М. В., Свищева А. А., Шепель Р. Н., Шептулина А. Ф.
Диспансерное наблюдение пациентов с алкогольным циррозом печени врачом-терапевтом в первичном звене здравоохранения. Методические рекомендации.....2025;2(1):115-145

НАЦИОНАЛЬНЫЕ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Драпкина О. М., Шепель Р. Н., Короткова А. В., Наумова Я. С., Тыцкий И. Е., Ахвердиев Г. О., Щербинский А. А., Сачек М. М., Кулкаева Г. У., Акматов Т. А., Бримкулов Н. Н., Мухсинзода Г. М., Нурыева С. А., Уразалиева И. Р., Огнева Е. Ю.
Обзор развития различных аспектов первичной медико-санитарной помощи в контексте национальных систем здравоохранения государств — участников Содружества Независимых Государств: аспект цифровизации .....2025;2(2):6-26

ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ РАЗЛИЧНЫМ ГРУППАМ НАСЕЛЕНИЯ

Джиоева О. Н., Рогожкина Е. А., Иванова А. А., Веденикин Т. Ю., Драпкина О. М.
Ультразвук-ассистированная диагностика декомпенсации сердечной недостаточности в практике врача-терапевта. Методические рекомендации .....2025;2(4):112-137

Драпкина О. М., Авалуева Е. Б., Бакулин И. Г., Бакиров Б. А., Баранов И. И., Виноградова Н. Г., Виноградова М. А., апонова Т. В., Гаус О. В., Гиляревский С. Р., Голшмид М. В., Дроздова Л. Ю., Дудина Г. А., Жарова М. Е., Жибурт Е. Б., Журина О. Н., Иванова Е. В., Котовская Ю. В., Кохно А. В., Куликов И. А., Купряшов А. А., Ливзан М. А., Луговская С. А., Лукина Е. А., Наумов А. В., Павлюченко Е. С., Паровичникова Е. Н., Пономарев Р. В., Рунихина Н. К., Скаржинская Н. С., Стародубова А. В., Тарасова И. С., Тихомирова Е. В., Теплых Б. А., Ткачева О. Н., Троицкая В. В., Федоров Е. Д., Федорова Т. А., Ховасова Н. О., Чернов В. М., Чесникова А. И., Шепель Р. Н., Ших Е. В.
Ведение пациентов с железодефицитной анемией на этапе оказания первичной медико-санитарной помощи. Методические рекомендации .....2025;2(3):55-114

Драпкина О. М., Авдеев С. Н., Смирнова М. И., Крякова М. Ю., Шепель Р. Н., Никитина Л. Ю., Дроздова Л. Ю., Ипатов П. В., Калинина А. М., Савченко Н. А.
Диспансерное наблюдение пациентов с бронхиальной астмой врачом-терапевтом в первичном звене здравоохранения. Методические рекомендации.....2025;2(2):165-205

Драпкина О. М., Авдеев С. Н., Смирнова М. И., Крякова М. Ю., Шепель Р. Н., Никитина Л. Ю., Дроздова Л. Ю., Ипатов П. В., Калинина А. М., Савченко Н. А.
Диспансерное наблюдение пациентов с хронической обструктивной болезнью легких в первичном звене здравоохранения. Методические рекомендации .....2025;2(2):135-164

Драпкина О. М., Бойцов С. А., Атюнина И. В., Бернс С. А., Джиоева О. Н., Дроздова Л. Ю., Ипатов П. В., Калинина А. М., Кобалава Ж. Д., Небиеридзе Д. В., Осипова О. А., Проваторов С. И., Свищева А. А., Сорокин Е. В., Шепель Р. Н., Явелов И. С., Яфарова А. А.
Диспансерное наблюдение пациентов с артериальной гипертензией врачом-терапевтом в первичном звене здравоохранения. Методические рекомендации .....2025;2(2):206-236

Драпкина О. М., Брико Н. И., Намазова-Баранова Л. С., Авдеев С. Н., Костинов М. П., Фельдблюм И. В., Полибин Р. В., Алыева М. Х., Андреева Н. П., Антонов В. Н., Демко И. В., Джумагазиев А. А., Дроздова Л. Ю., Жарова М. Е., Жестков А. В., Игнатова Г. Л., Королева И. С., Королева М. А., Коршунов В. А., Костинова А. М., Маркелова Е. В., Межидов К. С., Полищук В. Б., Протасов А. Д., Рудакова А. В., Рыжов А. А., Сависько А. А., Смирнова М. И., Соловьева И. Л., Субботина К. А., Тарасова А. А., Федосеенко М. В., Харсеева Г. Г., Цапкова Н. Н., Черданцев А. П., Шепель Р. Н., Шмитько А. Д.
Иммунопрофилактика. Методические рекомендации (второе издание) .....2025;2(3):135-262

Драпкина О. М., Дроздова Л. Ю., Егоров В. А., Иванова Е. С., Калинина А. М., Раковская Ю. С., Концевая А. В., Бунова А. С.
Стандартная операционная процедура (СОП) по ведению пациентов с риском пагубного потребления алкоголя в центрах здоровья.....2025;2(4):181-205

Драпкина О. М., Дроздова Л. Ю., Егоров В. А., Иванова Е. С., Калинина А. М., Раковская Ю. С., Концевая А. В., Гамбарян М. Г.
Стандартная операционная процедура (СОП) по ведению пациентов с фактором риска — потребление табака и иной никотин-содержащей продукции в центрах здоровья .....2025;2(4):206-230

Драпкина О. М., Дроздова Л. Ю., Егоров В. А., Иванова Е. С., Калинина А. М., Раковская Ю. С., Концевая А. В., Елиашевич С. О.
Стандартная операционная процедура (СОП) по ведению пациентов с факторами риска — избыточная масса тела, ожирение 1-2 степени в центрах здоровья ..... 2025;2(4):231-259

Драпкина О. М., Дроздова Л. Ю., Егоров В. А., Иванова Е. С., Калинина А. М., Раковская Ю. С., Концевая А. В., Елиашевич С. О., Лищенко О. В.
Стандартная операционная процедура (СОП) по ведению пациентов с комбинацией факторов риска — низкая физическая активность и нерациональное питание в центрах здоровья ..... 2025;2(4):260-281

Драпкина О. М., Ивашкин В. Т., Маев И. В., Ливзан М. А., Абдулганиева Д. И., Бакулин И. Г., Бакулина Н. В., Гаус О. В., Ипатов П. В., Мамутова Э. М., Савченко Е. Д., Шептулина А. Ф., Шепель Р. Н.
Диспансерное наблюдение пациентов с гастритом и дуоденитом врачом-терапевтом в первичном звене здравоохранения. Методические рекомендации ..... 2025;2(3):263-280

Драпкина О. М., Ивашкин В. Т., Маев И. В., Ливзан М. А., Абдулганиева Д. И., Бакулин И. Г., Бакулина Н. В., Гаус О. В., Ипатов П. В., Мамутова Э. М., Савченко Е. Д., Сененко А. Ш., Шептулина А. Ф., Шепель Р. Н.
Диспансерное наблюдение пациентов с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки врачом-терапевтом в первичном звене здравоохранения. Методические рекомендации ..... 2025;2(2):79-97

Драпкина О. М., Каприн А. Д., Шелыгин Ю. А., Ачкасов С. И., Дроздова Л. Ю., Шепель Р. Н., Абдрахманов Р. Р., Кашин С. В., Завьялов Д. В., Жарова М. Е., Алмазова И. И., Егоров В. А., Хайлова Ж. В., Невольских А. А., Доможирова А. С., Пирогов С. С., Водолеев А. С., Веселов В. В., Куловская Д. П.
Основные положения методических рекомендаций ФГБУ "НМИЦ ТПМ" Минздрава России по организации популяционного скрининга колоректального рака ..... 2025;2(3):281-294

Драпкина О. М., Мокрышева Н. Г., Грицаева Е. А., Бернс С. А., Васюкова О. В., Горбачева А. М., Дроздова Л. Ю., Елиашевич С. О., Ершова Е. В., Зятенкова Е. В., Казакова М. П., Кононенко И. В., Мельниченко Г. А., Сухарева О. Ю., Трошина Е. А., Шестакова М. В., Шепель Р. Н.
Ведение пациентов с ожирением и хроническими неинфекционными заболеваниями врачом-терапевтом в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь. Методические рекомендации ..... 2025;2(4):138-164

Драпкина О. М., Мокрышева Н. Г., Елиашевич С. О., Грицаева Е. А., Дроздова Л. Ю., Калинина А. М., Васюкова О. В., Горбачева А. М., Демко В. В., Ершова Е. В., Казакова М. П., Куликова М. С., Трошина Е. А., Шепель Р. Н.
Ведение пациентов с избыточной массой тела и ожирением без хронических неинфекционных заболеваний в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь. Методические рекомендации ..... 2025;2(3):115-134

Драпкина О. М., Мокрышева Н. Г., Шестакова М. В., Лавренова Е. А., Ипатов П. В., Кононенко И. В., Куняева Т. А., Ливзан М. А., Друк И. В., Свищева А. А., Сухарева О. Ю., Шепель Р. Н., Ямашкина Е. И.
Диспансерное наблюдение пациентов с сахарным диабетом 2 типа врачом-терапевтом в первичном звене здравоохранения. Методические рекомендации ..... 2025;2(2):98-134

Жернакова Н. И., Лебедев Д. Т., Лебедев Т. Ю., Косов М. А.
Влияние одиночества на показатели психического и клинического статуса пациентов пожилого возраста, страдающих заболеваниями сердца и сосудов ..... 2025;2(4):105-111

Крякова М. Ю., Введенский Г. Г., Сон И. М., Меньшикова Л. И., Шепель Р. Н., Ипатов П. В., Каракулина Е. В., Щеголев П. Е., Драпкина О. М.
Форма медицинской документации "Прием пациента медицинской сестрой/медицинским братом". Методическая инструкция ..... 2025;2(4):165-180

ОРГАНИЗАЦИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ И ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ С ДРУГИМИ ВИДАМИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Шинкарева Н. В., Горенков Р. В., Морозова Е. Н.
Эффективность работы мобильных медицинских комплексов в системе первичной медико-санитарной помощи (на примере Московской области) ..... 2025;2(4):78-86

ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ С НАСЕЛЕНИЕМ

Драпкина О. М., Свищева А. А., Лавренова Е. А., Шепель Р. Н.
Реализация программ раннего выявления сахарного диабета 2 типа и диспансерного наблюдения пациентов с данным заболеванием в системах здравоохранения: международный и отечественный опыт. Обзор литературы ..... 2025;2(2):34-44

Жамалов Л. М., Савченко Е. Д., Драпкина О. М.
Диспансерное наблюдение пациентов с фибрилляцией предсердий: современные тенденции повышения эффективности ..... 2025;2(3):48-54

ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ ОКАЗАНИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ

Драпкина О. М., Наумов П. Ю., Холиков И. В., Шепель Р. Н.
Эпистемологические (методологические) инструменты концептуализации определения понятия "госпитализация" в современной научной рациональности ..... 2025;2(4):87-94

Осипенко М. Ф., Макарова Ю. В., Панкова Л. Ю.
Синдром билиарной гипертензии в практике врача гастроэнтеролога. Клинический случай ..... 2025;2(2):73-78

Савченко Д. О., Наумов П. Ю.
В фокусе правовых изменений: трансформация организационно-правовых основ организации первичной медико-санитарной помощи ..... 2025;2(2):45-63

Савченко Д. О., Сон И. М., Неверова Е. Б.
В фокусе правовых изменений: трансформация организационно-правовых основ организации первичной медико-санитарной помощи (IV квартал 2025 г.) ..... 2025;2(4):95-104

РАЗВИТИЕ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

Бакулин И. Г., Акишина Ю. А.
Многогранность аутоиммунной патологии в аспекте воспалительных заболеваний кишечника. Клинический случай ..... 2025;2(3):13-20

Сафроненко В. А., Чесникова А. И., Скаржинская Н. С., Гридасова Р. А.
Старческая астения у пациентов с артериальной гипертензией и сердечной недостаточностью: клинико-анамнестические особенности ..... 2025;2(4):17-27

Серкова М. Ю., Бакулин И. Г., Авалуева Е. Б., Сухомлинова И. М., Боброва М. М., Войнова Е. С., Иванова Е. Ю., Калантарова Е. С., Сташук А. А., Ярошева В. А., Королева А. С., Степанушкин П. В.
Антибиотик-ассоциированная диарея. Практические вопросы диагностики и лечения у пациентов пожилого и старческого возраста ..... 2025;2(2):64-72

Турушева А. В., Андреева Е. А., Похазникова М. А., Зеленуха Д. Н., Кузнецова О. Ю.
Влияние нарушения функции внешнего дыхания на гериатрический статус и риск смерти у лиц пожилого и старческого возраста: результаты проспективного когортного исследования "Хрусталь" ..... 2025;2(4):28-38

Шавкута Г. В., Яковлева Н. В., Коваленко В. Н., Шнюкова Т. В.
Инсульт у молодых пациентов. Вопросы профилактики и ранней диагностики ..... 2025;2(4):8-16

Шлык И. Ф., Моргунов М. Н., Харитонова М. В., Беседина Д. Ю.
Оценка сопутствующей патологии у пациентов с высокой вероятностью развития ишемической болезни сердца с различным уровнем коронарного кальция ..... 2025;2(3):6-12

СОВЕТ ЭКСПЕРТОВ

Организационные и прикладные вопросы ведения пациентов с избыточной массой тела и ожирением без хронических неинфекционных заболеваний в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь. Протокол Совета экспертов Российского общества профилактики неинфекционных заболеваний .....2025;2(4):47-49

Драпкина О. М., Лила А. М., Загородний Н. В., Абдулганиева Д. И., Зонова Е. В., Наумов А. В., Путилина М. В.
Рекомендации по ведению пациентов с остеоартритом врачом-терапевтом в первичном звене здравоохранения. Резолюция Совета экспертов .....2025;2(4):39-46

Драпкина О. М., Неволина Е. В., Дроздова Л. Ю., Концевая А. В., Куняева Т. А., Ливзан М. А., Лавренова Е. А., Свищева А. А., Шепель Р. Н., Яфарова А. А.
Врачи и фармацевты: коллеги или конкуренты? Резолюция Совета экспертов .....2025;2(1):6-15

Драпкина О. М., Ткачева О. Н., Ших Е. В., Дроздова Л. Ю., Баранов И. И., Бакулин И. Г., Бакиров Б. А., Пономарев Р. В., Стародубова А. В., Федорова Т. А., Ховасова Н. О.
Профилактика дефицита железа и железодефицитной анемии у различных категорий пациентов в Российской Федерации. Резолюция Совета экспертов .....2025;2(3):21-34

Драпкина О. М., Шестакова М. В., Дроздова Л. Ю., Синеглазова А. В., Ливзан М. А., Куняева Т. А., Бакулин И. Г., Беленькая В. А., Елисеева Е. В., Концевая А. В., Мисникова И. В., Невзорова В. А., Санина Н. П., Фомичева М. Л., Васюкова О. В., Мокрышева Н. Г.
Организационные и прикладные аспекты ведения пациентов с предиабетом на амбулаторном этапе: диалог практикующих врачей и организаторов здравоохранения. Резолюция Совета экспертов .....2025;2(1):16-25

ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ

Афанасьева Л. Н., Никитина А. М., Спиридонова Ю. Е., Оконешникова А. И., Попова Л. В., Торонова А. К., Портнягина У. С., Кондрашова Н. М.
Повышение доступности первичной медико-санитарной помощи в труднодоступных регионах: опыт Республики Саха (Якутия) .....2025;2(2):27-33

ЦИФРОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ДЛЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ

Вошев Д. В., Шепель Р. Н., Вошева Н. А., Драпкина О. М.
Искусственный интеллект в здравоохранении: исторический путь, вызовы и перспективы (1960-2025 гг.) .....2025;2(3):35-47



ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ НАЖБП И АССОЦИИРОВАННЫХ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Подобно диете* способствует избавлению печени от лишнего жира[1-3]



ЛП-№(003655)-(РГ-RU) от 10.11.2023 г.

- ✓ Активирует аутофагию[1,4]
- ✓ Способствует уменьшению воспаления, профилактике фиброза и рака печени[1,2]
- ✓ Способствует нормализации липидного и углеводного обмена, снижению кардиометаболических рисков НАЖБП[1-3]

вес пациента 80–100 кг** › 2 таблетки Урсосан® Форте** › в 2-3 приема, запивать водой › курс приема 10–15 мг/кг веса

от 6 месяцев

* Эффективной признана средиземноморская диета, а также гипокалорийная диета (дефицит 500 ккал\день от физиологического)[5]
** Пример приема. 1. Полная информация по лекарственным препаратам содержится в инструкциях по медицинскому применению № ЛП-№(003033)-(РГ-RU) от 17.08.2023 (Урсосан®), ЛП-№(003655)-(РГ-RU) от 10.11.2023 (Урсосан® Форте). 2. Маевская М.В., Надинская М.Ю. и др. Влияние урсодезоксихолевой кислоты на воспаление, стеатоз и фиброз печени и факторы атерогенеза у больных неалкогольной жировой болезнью печени: результаты исследования УСПЕХ. Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. 2019; 29 (6): 22–9. 3. Sánchez-García A et al., Effect of ursodeoxycholic acid on glycemic markers: A systematic review and meta-analysis of clinical trials. Pharmacol Res. 2018 Sep;135:144-149. 4. Wu, Pengbo, и др. «Ursodeoxycholic Acid Alleviates Nonalcoholic Fatty Liver Disease by Inhibiting Apoptosis and Improving Autophagy via Activating AMPK». Biochemical and Biophysical Research Communications, т. 529, вып. 3, август 2020 г., сс. 834–38. DOI.org (Crossref), https://doi.org/10.1016/j.bbrc.2020.05.128. 5. Консенсус для врачей по ведению взрослых пациентов с неалкогольной жировой болезнью печени и ее основными коморбидными состояниями. М.В. Маевская, Ю.В. Котовская, В.Т. Ивашкин, О.Н. Ткачева, Е.А. Трошина, М.В. Шестакова, В.В. Бредер, Н.И. Гейвандова, В.Л. Дощицин, Е.Н. Дудинская, Е.В. Ершова, Х.Б. Кодзоева, К.А. Комшилова, Н.В. Корочанская, А.Ю. Майоров, Е.Е. Мишина, М.Ю. Надинская, И.Г. Никитин, Н.В. Погосова, А.И. Тарзиманова, М.Ш. Шамхалова. ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ АРХИВ. 2022; 94 (2).

Уполномоченный представитель держателя РУ в РФ: АО «ПРО.МЕД.ЦС»,
115193, г. Москва, ул. 7-я Кожуховская, д. 15, стр. 1, эт. 4, пом. 4.
Тел.: +7 (495) 664-44-11, +7 (929) 546-90-29; info@promedcs.ru

PRO.MED.CS

www.ursosan.ru

ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ РАБОТНИКОВ

РЕКЛАМА