

# Эффективное профилактическое консультирование пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями и факторами риска: алгоритмы консультирования. Часть 2

А.М. КАЛИНИНА, Р.А. ЕГАНЫАН, М.Г. ГАМБАРЯН, П.В. ИПАТОВ, С.А. БОЙЦОВ

ФГБУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины» Минздрава России, Москва

## Effective prophylactic counseling in patients with chronic noncommunicable diseases and risk factors: Counseling algorithms. Part 2

A.M. KALININA, R.A. EGANYAN, M.G. GAMBARYAN, P.V. IPATOV, S.A. BOITSOV

State Research Center for Preventive Medicine, Ministry of Health of Russia, Moscow

Статья посвящена проблеме повышения эффективности профилактического консультирования в системе медицинской профилактики хронических неинфекционных заболеваний, в основе развития которых лежит комплекс поведенческих факторов риска (нерациональное питание, потребление табака, алкоголя, низкая физическая активность и др.), чему придается особо важное значение в последнее время, так как технологии консультирования включены в качестве обязательных компонентов в Порядки диспансеризации и профилактических медицинских осмотров взрослого населения. Подчеркивается важность и преимущества адресного профилактического консультирования и представлены основные варианты профилактического консультирования: краткого, углубленного индивидуального, углубленного группового (школ пациента). В статье приведены алгоритмы краткого и углубленного профилактического консультирования, представлено содержание немедикаментозных рекомендаций по основным факторам риска хронических неинфекционных заболеваний (повышенное артериальное давление, нерациональное питание, избыточная масса тела, нарушения липидного, углеводного обмена, курение, низкая физическая активность), выявление и коррекция которых является одной из целей диспансеризации и профилактических медицинских осмотров. Приводятся данные о результативности основных вариантов профилактического консультирования и подчеркивается, что профилактическое консультирование по поведенческим факторам риска (поведенческого консультирования) должно стать рутинной технологией повседневной практики на всех уровнях оказания медицинской помощи, в частности в учреждениях первичной медико-санитарной помощи.

*Ключевые слова:* профилактическое консультирование, факторы риска, нерациональное питание, повышенное артериальное давление, нарушения липидного обмена, гипергликемия, низкая физическая активность.

The paper deals with the problem of enhancing the efficiency of prophylactic counseling in the system of medical prevention of chronic noncommunicable diseases, the basis for whose development is a set of behavioral risk factors (unbalanced nutrition, tobacco and alcohol use, physical inactivity, etc.), to which particular importance is recently attached since counseling technologies are included as essential components in the new schemes of follow-up and prophylactic medical examination of the adult population. The importance and benefits of address prophylactic counseling are emphasized and the main variants of prophylactic counseling: brief, in-depth individual, and in-depth group ones (schools for patients) are presented. The paper gives algorithms for brief and in-depth prophylactic counseling and the content of non-pharmacological recommendations for the major risk factors of chronic noncommunicable diseases (hypertension, unbalanced nutrition, overweight, lipid and carbohydrate metabolic disturbances, smoking, physical inactivity), their detection and modification are one of the goals of follow-ups and prophylactic medical examinations. There are data on the efficiency of the main variants of prophylactic counseling with emphasis on the fact that the latter on behavioral risk factors (behavioral counseling) must be a routine technology particularly in primary health care facilities.

*Key words:* prophylactic counseling, risk factors, unbalanced nutrition, hypertension, lipid metabolic disturbances, hyperglycemia, low physical activity.

В настоящее время проблеме эффективного профилактического консультирования в системе медицинской профилактики придается особо важное значение, так как технологии консультирования включены в качестве обязательных компонентов в новые Порядки диспансериза-

ции и профилактических медицинских осмотров взрослого населения [1, 2].

### Контактная информация:

Калинина Анна Михайловна — д.м.н., проф., руководитель отд. профилактики в первичном звене здравоохранения ГНИЦ ПМ  
e-mail: akaliniina@gnicpn.ru

© Коллектив авторов, 2013

*Профилактическое консультирование* — это процесс информирования и обучения пациента для повышения его приверженности\* к выполнению врачебных назначений и формированию поведенческих навыков, способствующих снижению риска заболевания (при отсутствии заболеваний) и осложнений заболеваний (при их наличии). Эти особенности принципиально отличают процесс профилактического консультирования от методов санитарного просвещения. Профилактическое консультирование должно носить *адресный характер*.

Факторы риска поведенческого характера (вредные привычки — курение, чрезмерное употребление алкоголя, нерациональное питание, гиподинамия и пр.) обычный человек, как правило, воспринимает как жизненные удовольствия: хорошо и вкусно поесть (избыточная масса тела/ожирение), возможность непринужденного общения (курение, алкоголь), отдых (многочасовое сидение у телевизора), снятие стресса (алкоголь, обильная еда, курение) и т.д. Именно по этой причине традиционно даваемые советы по отказу от вредных привычек чаще всего не приводят к их выполнению, так как направлены на «лишение удовольствия».

Пациент должен понимать и принимать меру ответственности за собственное здоровье, понимать, что его здоровье во многом находится в «его руках». Только в этом случае он начнет внимательно слушать врача и действовать совместно с врачом, выполняя предписанные им рекомендации и назначения. Формирование партнерства между врачом и пациентом для предупреждения заболеваний требует со стороны врача определенных знаний и навыков.

По форме проведения выделяют следующие *варианты профилактического консультирования*:

а) *Краткое профилактическое консультирование* проводится участковым врачом или врачом общей практики (семейным) или фельдшером. Краткое профилактическое консультирование является обязательным компонентом диспансеризации и профилактического медицинского осмотра. Краткое профилактическое консультирование ограничено по времени (не более 10—15 мин), поэтому проведение его рекомендуется по четкой структурированной схеме (алгоритм).

б) *Углубленное индивидуальное профилактическое консультирование* проводится специально обученным медицинским персоналом (врач, фельдшер) в кабинете (отделении) медицинской профилактики. Углубленное профилактическое консультирование также имеет свой алгоритм, более расширенный, чем краткое профилактическое консультирование, по времени более продолжительное, чем краткое (около 20—30 мин), возможно также повторное консультирование для контроля и поддержания выполнения врачебных советов. Углубленное профилактическое консультирование является также обязательным компонентом диспансеризации [1, 2] у лиц II и III групп здоровья, проводится в кабинете (отделении) медицинской профилактики по направлению участкового врача.

в) *Групповое профилактическое консультирование (школа пациента)* — это специальная организационная форма консультирования группы пациентов (цикл обучающих групповых занятий), выполняемая по определенным принципам, при соблюдении которых вероятность достижения стойкого позитивного эффекта в отношении оздоровления и изменения поведенческих факторов риска повышается, что неоднократно доказано при про-

спективных контролируемых наблюдениях [3—8]. Групповое профилактическое консультирование включает несколько визитов (занятий) продолжительностью около 60 мин каждое, проводится обученным медицинским работником по специально разработанным и утвержденным программам обучения [9, 10]. Группы пациентов формируются по относительно однородным признакам (со сходным течением заболеваний и/или с факторами риска их развития).

#### **Алгоритм краткого профилактического консультирования**

При кратком профилактическом консультировании задачи медработника заключаются в следующем:

1) Информировать пациента (о выявленных заболеваниях, имеющихся факторах риска, уровне суммарного сердечно-сосудистого риска, уровнях артериального давления, общего холестерина, глюкозы крови и пр.), а также при необходимости о важности динамического (диспансерного) наблюдения. Информировать о рекомендуемых для соответствующего возраста (пола) целевых уровнях факторов риска, к которым необходимо стремиться (целевых уровнях), о возможности получить в поликлинике углубленное профилактическое консультирование или посетить школу пациента (график работы кабинета медицинской профилактики, центра здоровья, порядок записи на прием желающих бросить курить, снизить избыточную массу тела и др.).

2) Объяснить пациенту с факторами риска их негативное влияние на здоровье и необходимость снижения риска и поддержания здорового образа жизни, повышение ответственности за здоровье, важность постоянного контроля факторов риска, объяснить правила самоконтроля уровня артериального давления (АД), основы самопомощи при острых состояниях и показания к вызову скорой медицинской помощи.

3) Оценить отношение пациента к факторам риска, его желание и готовность к изменению образа жизни (оздоровлению). Если краткое профилактическое консультирование проводится в рамках диспансеризации или профилактических осмотров, рекомендовать всем пациентам со II группой здоровья и по показаниям с III группой здоровья обратиться в отделение (кабинет) медицинской профилактики для углубленного индивидуального или группового профилактического консультирования.

4) Регистрировать в амбулаторных картах факторы риска, рекомендации, сроки повторных контрольных визитов при необходимости.

5) Контролировать выполнение рекомендаций, одобрять позитивные изменения и соблюдение рекомендаций, повторять советы при последующих визитах.

*Содержание рекомендации по факторам риска при кратком профилактическом консультировании* определяется прежде всего имеющимися у конкретного пациента факторами риска, в связи с этим краткое профилактическое консультирование по содержанию формируется врачом индивидуально для каждого пациента.

\*Приверженность — полнота и точность выполнения врачебных назначений медикаментозных и немедикаментозных (Доклад экспертов ВОЗ «Приверженность длительной терапии, доказательство действенности» («Adherence to long-term therapy, evidence of action»). ВОЗ, 2003, www.who.int

Пациентам с *повышенным АД* необходимо объяснить, что это может быть проявлением самостоятельного заболевания и фактором риска сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), обусловленных атеросклерозом, поэтому важно выполнять все рекомендации врача по обследованию, лечению, снижению риска осложнений. Необходимо информировать пациента о важности контроля АД и самоконтроля в домашних условиях; рекомендовать приобрести домашний тонометр, периодически измерять АД вне зависимости от самочувствия и регистрировать результат. Важно обсудить с пациентом факторы риска, способствующие повышению АД, обратить внимание на наследственность, сопутствующие заболевания, поведенческие привычки: дать совет бросить курить, если пациент курит, снизить избыточную массу тела, ограничить потребление соли, исключить алкогольные напитки (ограничить потребление). Рекомендуется при необходимости медикаментозное лечение. При наличии показаний для диспансерного наблюдения необходимо информировать пациента об объеме и частоте его проведения в соответствии с утвержденным Минздравом России Порядком диспансерного наблюдения и мотивировать к его выполнению.

Пациентам с *нерациональным (нездоровым) питанием*, с которым связаны такие биологические алиментарно-зависимые факторы риска, как избыточная масса тела (ожирение), повышенное АД, гиперхолестеринемия (ГХС), дислипидемия (ДЛП), гипергликемия (ГГ), должны быть даны советы по здоровому питанию с соблюдением ключевых принципов:

- сбалансированности пищевого рациона по энергопоступлениям и энергозатратам для поддержания оптимальной массы тела и по основным пищевым веществам (белки, жиры, углеводы, микроэлементы, витамины);

- ограничения потребления соли (не более 5 г в сутки — 1 чайная ложка без верха), «свободных» (добавленных) сахаров;

- ограничения животных жиров с частичной заменой их на растительные жиры;

- потребления 2—3 раза в неделю жирной морской рыбы;

- потребления ежедневно 400—500 грамм фруктов и овощей (не считая картофеля);

- предпочтительного потребления цельнозерновых продуктов (хлеб, крупы, макаронные изделия).

Пациентов с *избыточной массой тела (ожирением)* необходимо информировать о целевых уровнях индекса массы тела для снижения риска заболеваний. Рекомендуется снижение калорийности пищевого рациона и контроль массы тела в домашних условиях, важна самооценка повседневного режима и рациона питания, а также двигательной активности. Нужно объяснить, что снижение избыточной массы тела требует волевых усилий самого пациента, но вполне реалистично объяснить опасность снижения массы тела путем применения различных «модных» диет, особенно голодания. Устные советы желательно сопровождать письменными рекомендациями в виде памяток, брошюр, листовок. Пациенты с избыточной массой тела, выражающие желание ее снизить должны быть направлены в кабинет (отделение) медицинской профилактики, при возможности проконсультированы врачом-диетологом. Пациенты с ожирением, особенно с выраженным, должны быть проконсультированы врачом-диетологом и при необходимости врачом-эндокринологом.

Пациенты с *ГХС/ДЛП* должны быть информированы о целевых уровнях общего холестерина, липидных фракций. Им необходимо объяснить, что важно стремиться к оптимальной массе тела, ограничению потребления жира (включая растительные жиры). Доля жира не должна превышать 30% от суточной калорийности (при значительной избыточной массе тела — 20%). Рекомендуется уменьшать потребление продуктов, богатых насыщенными жирами и холестерином (жирное мясо, птица с кожей, цельные молочные продукты, шоколад, выпечка с содержанием жиров, желтки яиц, сало, масло сливочное, субпродукты, мозги, печень, почки, сердце, а также сыр, сметана, сосиски и колбасы высокой жирности, маргарины, кокосовое масло, пальмовое масло). Насыщенные (животные) жиры должны составлять не более половины суточной потребности жиров — около 25—30 г/сут. Предпочтение необходимо отдавать продуктам, богатым полиненасыщенными и мононенасыщенными жирными кислотами, которые содержатся в растительных маслах и жирных сортах рыб. Рекомендуется потребление морской рыбы 2—3 раза в неделю по 100—150 г в виде различных блюд. Полезны растворимые пищевые волокна из фруктов и овощей — пектины, которые связывают в кишечнике часть холестерина и выводят его из организма.

Пациенты с *гипергликемией* должны быть информированы о целевых уровнях глюкозы крови натощак и после приема пищи. Рекомендуется ограничить простые углеводы и животные жиры, снизить избыточную массу тела, контролировать АД. При наличии в анамнезе повышенного уровня глюкозы крови необходимо провести полное обследование пациента в соответствии со стандартами медицинской помощи, при показаниях направить пациента на консультацию к эндокринологу. Важно объяснить необходимость контроля уровня глюкозы крови (рекомендовать контролировать уровень глюкозы в центре здоровья, кабинете медицинской профилактики или в домашних условиях — приобрести бытовой глюкометр при необходимости).

Краткое профилактическое консультирование *куращего* человека — хорошо известный метод помощи в отказе от потребления табака и профилактики заболеваний, связанных с курением, с доказанной эффективностью. Исследования показывают, что вероятность отказа от курения у лиц, получивших краткое консультирование в 1,7 раза выше, по сравнению с теми, кто не получал консультации по отказу от курения [11].

Куращим пациентам необходимо не столько объяснить вред курения для здоровья и вред пассивного курения, сколько стремиться к формированию мотивации к отказу от курения, аргументируя конкретными, адресными фактами по результатам медицинского обследования пациента. Такой подход — «раскрытие» пациенту риска развития болезней, связанных с курением конкретно у него, помогает увеличить вероятность отказа у таких пациентов еще в 1,7 раза [11]. Курение табака — один из наиболее опасных факторов риска сердечно-сосудистых, бронхолегочных, онкологических и других хронических заболеваний. Пассивное курение так же вредно, как и активное. Нет безопасных доз и безвредных форм потребления табака. Так называемые «легкие» и тонкие сигареты также вредны для здоровья. Отказ от курения будет полезен для здоровья в любом возрасте вне зависимости от «стажа» курения.

Изучение эффективности краткого консультирования как единственного вида вмешательства на уровень

смертности в 20-летнем рандомизированном контролируемом исследовании курильщиков-мужчин с повышенным риском кардиореспираторных болезней показало, что по сравнению с контрольной группой в группе лиц, получивших краткое консультирование по отказу от курения, уровень общей смертности был ниже на 7%, уровень смертности от инфаркта миокарда — на 13%, и уровень смертности от рака легкого — на 11% [12].

В беседе с пациентом рекомендуется уточнить, когда он (она) выкуривает первую утреннюю сигарету, если в течение первых 30 мин после подъема, то необходимо его информировать о высоком риске никотиновой зависимости, что расценивается как заболевание и требует медицинской помощи, объяснить необходимость обратиться в кабинет по оказанию помощи в отказе от курения (кабинет медицинской профилактики). При нежелании пациента бросить курить, повторить совет, дать памятку и рекомендовать при появлении такого желания обратиться за медицинской помощью по отказу от курения. Дать информацию о режиме работы кабинета медицинской профилактики или кабинета медицинской помощи по отказу от курения.

Пациентам с *низкой физической активностью* необходимо объяснить, что физическая активность, минимально необходимая для поддержания здоровья, — это ходьба в умеренном темпе не менее 30 мин в день большинство дней в неделю. Практически здоровым людям при отсутствии противопоказаний целесообразно рекомендовать занятия активными видами тренировок. Важно предупредить пациентов от чрезмерных нагрузок, вредных для здоровья, пациентам старше 40 лет даже при отсутствии клинических проявлений заболеваний прежде чем начать активные двигательные режимы, особенно при сидячем образе жизни, следует рекомендовать пройти предварительно определение толерантности к физическим нагрузкам, чтобы снизить риск опасных осложнений.

Пациентам с заболеваниями советы даются строго индивидуально после предварительного обследования. Пациенты с ССЗ и с высоким и очень высоким суммарным сердечно-сосудистым риском и их близкие должны знать основы и правила доврачебной помощи при неотложных состояниях, желательно в виде памятки (памятка пациенту при таких состояниях включена в паспорт здоровья, приведенный в Методических рекомендациях по организации и проведению диспансеризации и профилактических осмотров взрослого населения [13].

#### **Алгоритм углубленного профилактического консультирования**

Углубленное профилактическое консультирование — это не просто совет и объяснение, это алгоритм последовательных действий врача, направленных на реализацию цели консультирования, чему способствует унификация технологии профилактического консультирования, которая может быть представлена в виде алгоритма последовательных действий с условным названием «Десять действий». Эти действия предполагают, что необходимо:

1) Спросить пациента о факторах риска (курение, употребление алкоголя, питание, физическая активность и др.) и информировать его о выявленных факторах риска. Оценить суммарный сердечно-сосудистый риск. Дать пациенту объяснение риска.

2) Объяснить пациенту с факторами риска необходимость снижения риска и поддержания здорового образа

жизни, повышения ответственности за здоровье, важность контроля факторов риска и снижения их повышенных уровней.

3) Оценить отношение пациента к факторам риска, его желание и готовность к изменению образа жизни (оздоровлению), оценить индивидуальные особенности (наследственность, привычки питания, физической активности, степень никотиновой зависимости у курящих и пр.). Если пациент мотивирован на снижение факторов риска, то необходимо отметить важность снижения риска и динамического наблюдения в отделении (кабинете) медицинской профилактики.

4) Обсудить с пациентом план действий и составить совместно с ним согласованный, конкретный и реалистичный план профилактики, оздоровления, график повторных визитов и контроля факторов риска.

5) Уточнить, насколько пациент понял советы и рекомендации (активная беседа по принципу «обратной связи»). Желательно предоставить пациенту письменные рекомендации (памятки, листовки и пр.).

6) Повторять рекомендации и акцентировать внимание пациента на важности снижения риска заболеваний при каждом посещении медицинского учреждения.

7) Научить пациента конкретным умениям по самоконтролю и основам оздоровления поведенческих привычек, дать конкретные советы и рекомендации. Дать советы по правилам доврачебной помощи при острых состояниях и основам самопомощи, желательно дать памятку.

8) Регистрировать в амбулаторных картах и учетных формах диспансеризации, паспорте здоровья факторы риска, рекомендации по снижению риска, сроки повторных контрольных визитов, а также, по возможности, соблюдение рекомендаций (приверженность) и полученный результат.

9) Вносить необходимые изменения в тактику ведения пациента при каждом визите, повторять рекомендации и уточнять график повторных визитов. Одобрять позитивные изменения.

10) Контролировать выполнение рекомендаций, соблюдение рекомендаций, преодоление барьеров, изменение поведенческих привычек, отношение к здоровью, результат.

Углубленное профилактическое консультирование, безусловно, более развернуто и детализировано, чем краткое, содержание советов и примеры консультирования приводятся в Методических рекомендациях [13]. Углубленное профилактическое консультирование относится к индивидуальному консультированию, поэтому важен индивидуальный подход, и прежде всего учет отношения пациента к изменению поведенческих стереотипов (привычек). Известно, что процесс изменения поведения любого человека не всегда поступательный. Особые сложности возникают, когда встает вопрос о необходимости изменить жизненные привычки и поведение, которые пациентом не ощущаются как дискомфорт или неудобство. Напротив, нередко вредные для здоровья привычки воспринимаются пациентом как удовольствие (покурить — расслабиться, пообщаться, поесть — снять стресс и пр.).

При углубленном профилактическом консультировании важно оценить каждого пациента с позиции его отношения и готовности к изменениям поведенческих привычек и установок. Согласно теории J. Prochaska [14, 15] условно выделяют несколько стадий формирования мо-

тивации и изменений поведения для установления новых привычек.

*Непонимание проблемы.* Пациент не знает, почему именно ему надо изменить привычки, почему врач советует регулярно принимать лекарственные средства при хорошем самочувствии и, особенно, если надо изменить такой привычный и удобный, с точки зрения пациента, образ жизни и привычки. *Тактика:* при такой ситуации врач должен сконцентрироваться на информировании пациента, разъяснении проблемы без глубокой детализации конкретных советов (как и что делать).

*Принятие решения.* Пациент осознал, что его повседневные привычки наносят вред здоровью, но испытывает колебания в принятии решения. В этой ситуации совет врача (фельдшера), подкрепленный конкретной помощью, будет более успешным. *Тактика:* при консультировании важны не только беседа, но и одобрение, поддержка, а также предоставление конкретной помощи и обучение навыкам (как бросить курить, питаться и пр.).

*Начало действий.* Пациент решил изменить привычки, отказаться от нездорового образа жизни, регулярно принимать лекарства и пр. *Тактика:* при профилактическом консультировании уже не требуется объяснять и аргументировать, важны не столько информация, сколько психологическая поддержка, обсуждение положительных примеров из жизни («все в наших руках» и пр.).

*Срыв действий.* Пациенту не удалось придерживаться длительное время новых более здоровых привычек и/или сохранить регулярность лечения (вновь начал курить и др.). Срыв возможен, но не обязателен при любых установках и любом отношении к проблеме. *Тактика:* при консультировании требуются навыки, терпение и повторное неосуждающее и недирижерское объяснение, поддержка пациента, так как этот этап (стадия) непрост для консультирования.

Обеспечить эффективную реализацию этих концептуальных основ профилактического консультирования на практике в полной мере позволяет обучение пациентов в школе здоровья как форме группового профилактического консультирования [5–10], основанного на принципах эффективного обучения.

*Основные отличительные принципы школ для пациентов (школ здоровья)* как формы эффективного профилактического консультирования:

1) Формирование «тематической» целевой группы пациентов с относительно сходными характеристиками, численностью не более 10–12 человек: например, больные артериальной гипертонией неосложненного течения; больные ишемической болезнью сердца неосложненного течения; больные ишемической болезнью сердца, перенесшие инфаркт миокарда, острый коронарный синдром, интервенционное вмешательство и др.; пациенты с высоким риском ССЗ без клинических симптомов болезни и т.п. Такое формирование групп создает атмосферу *социальной поддержки*, что немаловажно для эффективного консультирования и получения долгосрочного результата.

2) Проведение цикла занятий для избранной целевой группы по заранее составленному плану и по согласованному графику; одно из основных требований — посещение всего цикла занятий;

3) Организация группового консультирования в специально оборудованном помещении (стол, стулья, демонстрационный материал, раздаточный материал, блокноты и пр.).

Необходимо избегать наиболее частой ошибки при организации школы. Школа здоровья, к сожалению, нередко подменяется «лекторием», когда темы объявляются заранее в определенные дни и часы и на эти лекции приходят пациенты с самыми разными заболеваниями. Такая форма работы, хотя и весьма трудоемкая для медицинских специалистов, практически неэффективна, так как нарушаются главные принципы группового консультирования.

Школы здоровья организуются в медицинских учреждениях системы здравоохранения разного уровня (поликлиники, амбулатории, стационары, дневные стационары, санатории, профилактории и др.). Для организации школ необходимо наличие обученного персонала и обеспечение условий для эффективного функционирования школы.

Школы здоровья проводятся медицинскими работниками кабинетов (отделений) медицинской профилактики (врач, фельдшер медицинской профилактики), врачами центров здоровья. При необходимости для проведения отдельных занятий могут привлекаться профильные специалисты (при наличии их в учреждении — психологи, диетологи, эндокринологи и др. Пациенты направляются на занятия в школе участковым врачом, врачами-специалистами или обращаются самостоятельно. В случае, если формирование группы пациентов для обучения и занятия в школе проводит участковый (семейный) врач, он, зная своих пациентов, подбирает сходных по течению заболевания пациентов.

Программа обучения строится из цикла структурированных занятий, продолжительностью по 60–90 мин каждое. Всего в цикле оптимально 3–4 занятия в зависимости от целевой группы.

Каждое занятие включает информационный материал и активные формы обучения, направленные на развитие умений и практических навыков у пациентов. Все занятия должны быть заранее хронометрированы, иметь четкие инструкции по ведению [9, 10, 13].

*Информационная часть* занятий проводится в течение каждого занятия подробно, по блокам не более 10–20 мин, чтобы избежать лекционной формы работы с пациентами. Содержание обучения изложено в специальной методической литературе [16, 17] и частично в базовом информационном материале по углубленному профилактическому консультированию.

*Активная часть занятий* содержит активную работу с пациентами, которая может проводиться в разных формах и простых действиях:

— вопросы—ответы;

— заполнение вопросников, имеющих отношение к теме занятия, и обсуждение их результатов — по ходу обсуждения могут даваться целевые советы, что имеет более эффективную результативность, чем безадресные советы;

— проведение расчетов и оценок, например расчет индекса массы тела, суточной калорийности и пр.;

— обучение практическим навыкам — измерению массы тела, окружности талии, артериального давления, подсчета пульса и др.

— знакомство со справочными таблицами, построение рациона и пр.

Групповое консультирование в школе здоровья обязательно должно быть направлено на решение проблем, наиболее значимых для конкретной целевой группы и обязательно должно быть направлено на конкретный, ви-

димый результат за достаточно небольшой отрезок времени. Поэтому очень важно, чтобы первые шаги дали ощутимый результат, что послужит стимулом для дальнейших шагов к здоровому образу жизни.

Вся наглядная продукция, используемая в школе, должна быть красочной, демонстративной, запоминающейся, понятной, заинтересовывающей, доступной.

*Тематические школы для пациентов* с отдельными заболеваниями организуются в отделении (кабинете) медицинской профилактики и проводятся по направлениям участковых врачей, врачей общей практики (семейных), фельдшеров и рамках деятельности отделений (кабинетов) медицинской профилактики с участием соответствующих специалистов. Эта школа для больных с сахарным диабетом; с неосложненной ишемической болезнью сердца; с ишемической болезнью сердца, перенесших инфаркт миокарда, острый коронарный синдром, интервен-

ционные вмешательства на коронарных артериях; с нарушениями ритма и проводимости; с хронической сердечной недостаточностью; школа для пациентов (и родственников), перенесших острое нарушение мозгового кровообращения и др.

Применение групповых занятий (школы здоровья), например для преодоления табакокурения, способно увеличить вероятность отказа от курения в 1,9 раза по сравнению с программами самопомощи [11]. Вместе с тем по сравнению с индивидуальным профилактическим консультированием преимущества групповых занятий по преодолению табакокурения не доказаны [18], что подчеркивает важность профилактического консультирования по поведенческим факторам риска (поведенческого консультирования) в повседневной практике на всех уровнях оказания медицинской помощи.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Приказ Министерства здравоохранения РФ №1006н от 03.12.12 «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп населения». [Электронный ресурс]. <http://medspecial.ru/forum/forum88/topic843>
2. Приказ Министерства здравоохранения РФ №1011н от 06.12.12 «Об утверждении порядка проведения профилактических медицинских осмотров». [Электронный ресурс]. <http://mzsrf.consultant.ru/page.aspx?1029514>
3. Калинина А.М., Поздняков Ю.М., Ощепкова Е.В., Еганян Р.А. Школа здоровья. Артериальная гипертония. Руководство для врачей. М: ГЭОТАР-Медиа 2008; 188.
4. Шекотов В.В., Зиньковская Т.М., Голубев А.Д., Хасанова Р.Б. Обучение больных гипертонической болезнью, сахарным диабетом и бронхиальной астмой (теория, методика, результаты). Пермь: ПГМА 2003; 229.
5. Олейникова Н.В. Многофакторная профилактика артериальной гипертонии в коллективе педагогов средних общеобразовательных школ: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М 2006; 26.
6. Григорян Ц.А. Изучение приоритетов и результативности профилактики факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний в коллективе медицинских работников первичного звена здравоохранения: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М 2009; 24.
7. Петричко Т.А. Эффективность структурированной обучающей программы в профилактике осложнений артериальной гипертонии путем модификации факторов риска: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Хабаровск 2002; 28.
8. Концевая А.В. Клиническая эффективность и клинико-экономическое обоснование обучения больных с артериальной гипертонией: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Иваново 2005; 24.
9. Организация школы здоровья для пациентов с артериальной гипертонией в первичном звене здравоохранения. Информационно-методическое письмо МЗ РФ с приложениями. Под ред. Р.Г. Оганова. М 2002; 147.
10. Организация школы здоровья для пациентов с ишемической болезнью сердца в первичном звене здравоохранения. Информационно-методическое письмо МЗ РФ с приложениями. Под ред. Р.Г. Оганова. М 2003; 123.
11. Stead L.F., Bergson G., Lancaster T. Physician advice for smoking cessation (Review). Cochrane Library 2008; Issue 4.
12. Rose G., Colwell L. Randomised controlled trial of anti-smoking advice: final (20 year) results. J Epidemiol Commun Health 1992; 46: 75–77.
13. Методические рекомендации по организации и проведению диспансеризации профилактических медицинских осмотров. [Электронный ресурс]. [http://www.gnicpm.ru/var/cache/347238-458f9fbabff4f07f134fa88b914f9381/MethodRek\\_po\\_D\\_s\\_Prilozh\\_6.pdf](http://www.gnicpm.ru/var/cache/347238-458f9fbabff4f07f134fa88b914f9381/MethodRek_po_D_s_Prilozh_6.pdf)
14. Прохоров А.В., Велисер У.Ф., Прочаска Дж.О. Транстеоретическая модель изменения поведения и ее применение. Вopr психол 1994; 2: 113–122.
15. Prochaska J.O., DiClemente C.C. Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. Psychotherapy. Theory Res Pract 1982; 19: 276–288.
16. Калинина А.М., Поздняков Ю.М., Еганян Р.А. Школа здоровья. Стабильная стенокардия. Руководство для врачей. М: ГЭОТАР-Медиа 2010; 176.
17. Еганян Р.А., Калинина А.М. Избыточная масса тела и ожирение. Руководство для врачей. М: ГЭОТАР-Медиа 2010; 176.
18. Ramos M., Ripoll J., Estrades T., Socias I., Fe A., Duro R., González M.J., Servera M. Effectiveness of intensive group and individual interventions for smoking cessation in primary health care settings: a randomized trial. BMC Public Health 2010; 10: 89.