

Профилактическое консультирование пациентов с факторами риска хронических неинфекционных заболеваний в клинической практике. Аналитический обзор

Драпкина О. М.^{1,2}, Демко В. В.¹, Калинина А. М.¹, Шепель Р. Н.^{1,2}

¹ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины" Минздрава России. Москва; ²ФГБОУ ВО "Российский университет медицины" Минздрава России. Москва, Россия

Цель. На основе обобщения отечественного и международного опыта сформулировать основные виды и компоненты профилактического консультирования (ПК) пациентов с факторами риска хронических неинфекционных заболеваний, проанализировать существующие программы и инициативы, направленные на разработку методов и технологий ПК, в т.ч. новых, с последующим внедрением при оказании первичной медико-санитарной помощи (ПМСП); выявить и структурировать основные проблемы и барьеры, существующие при внедрении технологий индивидуального ПК в реальную практику. **Материал и методы.** Систематический поиск и анализ публикаций по проблеме, систематизация полученной информации по применению мотивационных и клинико-экономических стимулов ПК, направленных на изменение поведения населения в отношении собственного здоровья.

Результаты. Определены основные варианты/виды и формы ПК. Приведены примеры успешного внедрения технологий краткого ПК и углубленного ПК в реальную практику ПМСП. Выявлены основные проблемы и барьеры, препятствующие внедрению углубленного ПК при оказании ПМСП, такие как недостаточный уровень подготовки медицинских работников в области коммуникативных навыков и методов мотивационного консультирования, ограниченное время, выделяемое на консультации в условиях ПМСП, недостаточная мотивация самих пациентов к изменению образа жизни и соблюдению рекомендаций, а также организационные барьеры, связанные с ограниченными ресурсами, уровнем цифровой зрелости медицинской организации и поддержкой со стороны системы здравоохранения для внедрения технологий многофакторной медицинской профилактики.

Заключение. Обобщенные фактические данные подтверждают значимость и необходимость внедрения ПК как эффективного метода снижения модифицируемых факторов риска хронических неинфекционных заболеваний. Наиболее перспективным направлением является углубленное ПК, которое, благодаря своей адресности и комплексному подходу, позволяет достичь результатов в изменении поведения пациентов и снижении факторов риска.

Ключевые слова: профилактическое консультирование, углубленное профилактическое консультирование, мотивационное консультирование, хронические неинфекционные заболевания, модифицируемые факторы риска, первичная медико-санитарная помощь.

Отношения и деятельность: нет.

Поступила 19/08-2024

Рецензия получена 19/09-2024

Принята к публикации 30/09-2024



Для цитирования: Драпкина О. М., Демко В. В., Калинина А. М., Шепель Р. Н. Профилактическое консультирование пациентов с факторами риска хронических неинфекционных заболеваний в клинической практике. Аналитический обзор. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2024;23(12):4154. doi: 10.15829/1728-8800-2024-4154. EDN RNDDQO

Preventive counseling of patients with risk factors for noncommunicable diseases in clinical practice. Analytical review

Drapkina O. M.^{1,2}, Demko V. V.¹, Kalinina A. M.¹, Shepel R. N.^{1,2}

¹National Medical Research Center for Therapy and Preventive Medicine. Moscow; ²Russian University of Medicine. Moscow, Russia

Aim. Based on the generalization of Russian and international experience, to formulate the main types and components of preventive counseling (PC) of patients with risk factors for noncommunicable diseases, analyze existing programs and initiatives aimed at developing PC methods and technologies, including new ones, with subsequent

implementation in primary health care (PHC). To identify and structure the main problems and barriers of the implementation of individual PC technologies in practice.

Material and methods. Systematic search and analysis of publications on the problem, systematization of the obtained information on

*Автор, ответственный за переписку (Corresponding author):

e-mail: skirni@inbox.ru

[Драпкина О. М. — д.м.н., профессор, академик РАН, директор, зав. кафедрой терапии и профилактической медицины, ORCID: 0000-0002-4453-8430, Демко В. В.* — с.н.с., врач-методист, аспирант кафедры общественного здоровья и организации здравоохранения, ORCID: 0000-0002-0282-1983, Калинина А. М. — д.м.н., профессор, руководитель отдела первичной профилактики хронических неинфекционных заболеваний в системе здравоохранения, ORCID: 0000-0003-2458-3629, Шепель Р. Н. — к.м.н., в.н.с., зам. директора по перспективному развитию медицинской деятельности, руководитель отдела научно-стратегического развития первичной медико-санитарной помощи, доцент кафедры общественного здоровья и организации здравоохранения, доцент кафедры терапии и профилактической медицины, ORCID: 0000-0002-8984-9056].

the use of motivational, clinical and economic incentives for PC aimed at changing the population behavior on their own health.

Results. The main options/types and forms of PC are defined. Examples of successful implementation of short PC and in-depth PC technologies in primary health care practice are given. The following problems and barriers hindering the implementation of in-depth PC in primary health care were identified: insufficient training of health workers regarding communication skills and methods of motivational counseling; limited time for consultations; insufficient motivation of the patients themselves to change their lifestyle and comply with recommendations; management barriers associated with limited resources, the level of digital maturity of the medical organization and support from the healthcare system for the implementation of multifactorial medical prevention technologies.

Conclusion. The summarized factual data confirm the importance and necessity of introducing PC as an effective method for reducing modifiable risk factors for noncommunicable diseases. The most promising direction is in-depth PC, which, due to its targeted nature and comprehensive approach, allows achieving results in changing patients' behavior and reducing risk factors.

Keywords: preventive counseling, in-depth preventive counseling, motivational counseling, noncommunicable diseases, modifiable risk factors, primary health care.

Relationships and Activities: none.

Drapkina O. M. ORCID: 0000-0002-4453-8430, Demko V. V.* ORCID: 0000-0002-0282-1983, Kalinina A. M. ORCID: 0000-0003-2458-3629, Shepel R. N. ORCID: 0000-0002-8984-9056.

*Corresponding author:
skirnir@inbox.ru

Received: 19/08-2024

Revision Received: 19/09-2024

Accepted: 30/09-2024

For citation: Drapkina O. M., Demko V. V., Kalinina A. M., Shepel R. N. Preventive counseling of patients with risk factors for noncommunicable diseases in clinical practice. Analytical review. *Cardiovascular Therapy and Prevention*. 2024;23(12):4154. doi: 10.15829/1728-8800-2024-4154. EDN RNDDQO

АГ — артериальная гипертензия, АД — артериальное давление, ВОЗ — Всемирная организация здравоохранения, ВВП — внутренний валовый продукт, ДК — дистанционный контроль, ЗОЖ — здоровый образ жизни, ИБС — ишемическая болезнь сердца, КК — коммуникативные компетенции, МК — мотивационное консультирование, МО — медицинская организация, МТ — масса тела, МФР — модифицируемый фактор риска, НП — нерациональное питание, НФА — недостаточная физическая активность, Ож — ожирение, ПМСР — первичная медико-санитарная помощь, ПК — профилактическое консультирование, ПМО — периодический медицинский осмотр, ПФР — поведенческий фактор риска, РКИ — рандомизированное(ые) клиническое(ие) исследование(я), ССЗ — сердечно-сосудистые заболевания, УПК — углубленное ПК, ФА — физическая активность, ФР — фактор(ы) риска, ХНИЗ — хронические неинфекционные заболевания, ИЗОЖ — индекс ЗОЖ (количество (доля) граждан, ведущих здоровый образ жизни).

Ключевые моменты

Что известно о предмете исследования?

- В здравоохранении профилактическое направление в первую очередь связано с деятельностью первичной медико-санитарной помощи, включая мероприятия по раннему выявлению заболеваний и факторов риска их развития, своевременные лечебные мероприятия, динамический контроль.
- Поиск и внедрение оптимальных профилактических решений при разработке программ укрепления общественного здоровья должен быть основан на стратегиях многофакторной профилактики с применением когнитивно-поведенческих методов профилактического консультирования (ПК).

Что добавляют результаты исследования?

- Результаты исследования расширяют представление о роли видов и типов ПК в системе первичной медико-санитарной помощи, их применении для улучшения показателей здоровья пациентов, и позволяют систематизировать условия, при которых различные виды консультирования могут быть эффективно внедрены в реальную практику, в т.ч. в рамках повышения результативности комплекса профилактических мероприятий, таких как диспансеризация и диспансерное наблюдение.

Key messages

What is already known about the subject?

- In healthcare, the preventive direction is primarily associated with primary health care, including measures for the early detection of diseases and their risk factors, timely treatment measures, and monitoring.
- The search for and implementation of optimal preventive solutions in the development of public health promotion programs should be based on multifactorial prevention strategies using cognitive-behavioral methods of preventive counseling (PC).

What might this study add?

- The study results expand the understanding of the role of PC types and kinds in primary health care system, their use to improve patients' health indicators, and allow us to systematize the conditions under which various types of counseling can be effectively introduced into practice, including within the framework of increasing the prevention effectiveness, such as medical screening and outpatient follow-up.

Введение

Контроль хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ) важен для достижения целей устойчивого развития общества в связи с их значительным бременем вследствие социально-экономических последствий. Более 80% всех случаев преждевременной смерти от ХНИЗ приходится на четыре основные группы заболеваний с общими управляемыми/модифицируемыми (МФР) факторами риска (ФР), негативное развитие которых непосредственно влияет на течение заболеваний и дальнейший прогноз, а также на качество жизни пациентов [1]. К этим четырем группам относятся: сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ), прежде всего обусловленные атеросклеротическим заболеванием сердечно-сосудистой системы/атеросклерозом, артериальная гипертензия (АГ), ишемическая болезнь сердца (ИБС), цереброваскулярные болезни, от которых умирает 17,9 млн человек в мире ежегодно; злокачественные новообразования (9,3 млн смертей); хронические респираторные заболевания (ХРЗ), прежде всего хроническая обструктивная болезнь легких и бронхиальная астма — 4,1 млн смертей; сахарный диабет — 1,5 млн смертей¹.

ХНИЗ оказывают высокую нагрузку на системы здравоохранения и социального обеспечения. В отношении пациентов с коморбидностью, имеющих несколько сочетанных ХНИЗ, резко возрастают расходы на медицинскую помощь, повышается риск внеплановой и экстренной госпитализации, потенциально предотвратимой при эффективном и своевременном оказании медицинской помощи на этапе первичной медико-санитарной помощи (ПМСП), включающей профилактическую работу с МФР [2].

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ), формулируя глобальную стратегическую задачу сокращения к 2030г случаев преждевременной смерти от четырех основных групп ХНИЗ на одну треть, акцентирует внимание на ключевом значении управляемых/модифицируемых ФР указанных заболеваний для достижения этой цели. Ежегодно в мире >7,2 млн случаев смерти обусловлены табакокурением, включая воздействие вторичного табачного дыма, 4,1 млн смертельных случаев — избыточным потреблением соли/натрия. Более половины из 3 млн смертельных случаев ежегодно, связанных с употреблением алкоголя, также вызваны четырьмя группами ХНИЗ, 830 тыс. случаев смерти связаны с недостаточным уровнем физической активности (ФА). Ведущим управляемым

метаболическим ФР в мире является повышенное артериальное давление (АД) (19% всех смертей в мире), за которым следует избыточная масса тела (МТ)/ожирение (Ож), повышенный уровень глюкозы крови².

В Российской Федерации (РФ) также отмечается негативное воздействие указанных ФР (прежде всего поведенческих) на состояние здоровья почти половины (44,5%) населения страны. Для оценки влияния этого воздействия в рамках Национального проекта "Демография", реализующегося в период 2019-2024гг, был разработан унифицированный интегральный показатель — "Количество (доля) граждан, ведущих здоровый образ жизни" (Индекс ЗОЖ/ИЗОЖ), представляющий собой сочетание поведенческих ФР (ПФР) и включающий следующие индикаторы/компоненты³:

- отсутствие курения;
- потребление овощей и фруктов ежедневно не <400 г;
- адекватная ФА (не <150 мин умеренной или 75 мин интенсивной физической нагрузки/нед.);
- нормальное (не >5,0 г NaCl/сут.) потребление соли;
- употребление алкоголя не >168 г чистого этанола/нед. для мужчин и не 84 г для женщин.

При расчетах учитывается распространенность ФР в популяции, которая определяется на выборке населения в возрасте >15 лет с использованием итогов опроса, проводимого с помощью опросника выборочного наблюдения состояния здоровья населения (STEPS), предложенного ВОЗ.

Публикуемые на официальном сайте Единой межведомственной информационно-статистической системы (ЕМИСС) данные в отношении показателя ИЗОЖ отражают преимущественно негативную тенденцию снижения доли граждан, ведущих ЗОЖ (среднегодовой темп снижения за период наблюдения — -6,68%) (рисунок 1)⁴.

После 3-летнего сокращения численность россиян без вредных привычек вернулась на уровень пандемийного 2020г, в 2023г принципов ЗОЖ придерживались 9,1% всех россиян в возрасте ≥15 лет (11 млн человек). Тем не менее, доля граждан, игнорирующих основные принципы ЗОЖ (несоблюдение ≥2 условий в соответствии с индикаторами

¹ Информационный бюллетень ВОЗ. Неинфекционные заболевания. WHO Fact Sheets. Noncommunicable Diseases. (2023). <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>.

² ВОЗ использует данные исследования ГГБ-2020-2021: Глобальное бремя болезней, травм и факторов риска. Global Burden of Disease Collaborative Network, Global Burden of Disease Study 2019 (GBD 2019) Results (2020, Institute for Health Metrics and Evaluation — IHME) <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/>.

³ Приказ Росстата от 29.03.2019 № 181 "Об утверждении методики расчета показателя "Доля граждан, ведущих здоровый образ жизни (процент)" <https://normativ.kontur.ru/document?moduleId=1&documentId=333307>. Дата обращения: 22.07.2024.

⁴ Росстат. ЕМИС. Доля граждан, ведущих здоровый образ жизни. <https://www.fedstat.ru/indicator/59457>.

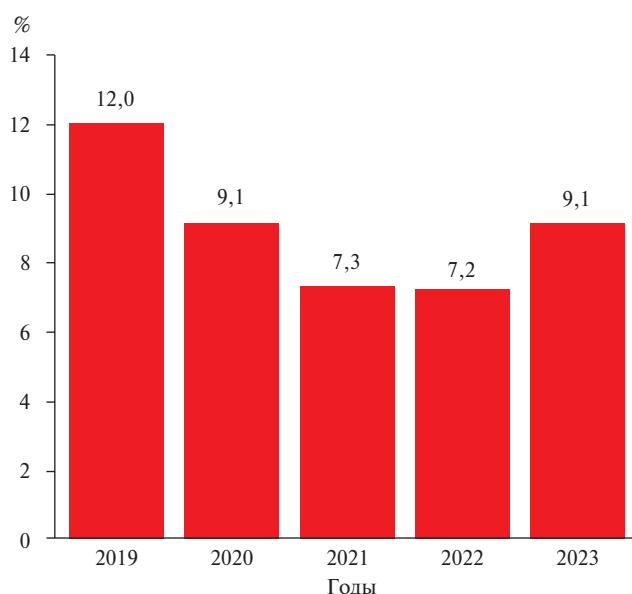


Рис. 1 Динамика показателя Индекс ЗОЖ/ИЗОЖ в РФ в период 2019–2022гг⁴.

Примечание: ЗОЖ — здоровый образ жизни, ИЗОЖ — индекс ЗОЖ ("Количество (доля) граждан, ведущих здоровый образ жизни").

ИЗОЖ) составила 37,8%, или 45,7 млн человек, что подтверждает исключительную важность и актуальность активизации профилактических мер на всех уровнях, особенно с учетом последствий влияния новой коронавирусной инфекции (COVID-19 — COrona VIrus Disease 2019) на состояние здоровья населения.

Данные Росстата согласуются с результатами эпидемиологического исследования ЭССЕ-РФ (Эпидемиология сердечно-сосудистых заболеваний в регионах Российской Федерации), согласно которому избыточное потребление соли отмечается у 49,9% взрослого населения России (54,2% среди мужчин и 47,1% среди женщин), при этом распространена привычка досаливать готовые блюда у 40,5%. Практически половина взрослого населения ежедневно употребляют изделия с добавлением сахара — 47,6%, при этом рекомендуемый уровень потребления красного мяса соблюдают только 40,2%. Что касается недостаточного потребления продуктов здорового питания, то дефицит овощей и фруктов в рационе россиян отмечается у 40,3%, рыбы и морепродуктов — 34,9%. Приверженность здоровому питанию в целом демонстрируют всего 7% населения РФ [3–5]. Полученные данные указывают на высокую актуальность и необходимость расширения охвата взрослого населения мероприятиями по оценке подверженности ПФР.

При поиске оптимальных профилактических решений, являющихся приоритетными профессиональными задачами как для медицинских работников, так и органов законодательной и исполнительной власти, необходимо применять комплексный

межсекторальный и междисциплинарный подход, поскольку здоровье людей определяется как социальными, так и экономическими факторами [6]. Это также подтверждается эпидемиологическими данными и результатами зарубежных метаанализов, применяемых при расчетах экономического ущерба и эффекта ХНИЗ и ФР, и обобщенных в исследовании ФГБУ "НМИЦ ТПМ" Минздрава России в 2021г [7].

Смертность от ССЗ в значительной степени обусловлена АГ, которая составляет 35% и вносит наибольший вклад в экономический ущерб — 869,9 млрд руб., что соответствует 1,01% внутреннего валового продукта (ВВП) РФ. Следующими по величине экономического ущерба от ХНИЗ являются Ож — 605,8 млрд руб. (0,7% ВВП), курение — >421,4 млрд руб. (0,49% ВВП), и низкая ФА — 273,0 млрд руб. (0,32% ВВП). Нерациональное питание, связанное с избыточным потреблением соли, переработанного красного мяса и недостаточным потреблением свежих овощей и фруктов, составляет 0,46% ВВП. Эти данные подчеркивают экономическую обоснованность внедрения профилактических мер как на популяционном, так и на индивидуальном уровнях, направленных на снижение ФР ХНИЗ. Также обоснована разработка программ укрепления общественного здоровья и внедрение технологий многофакторной профилактики заболеваний в РФ.

В здравоохранении профилактическое направление в первую очередь связано с деятельностью ПМСП, включая мероприятия по раннему выявлению заболеваний и ФР их развития, своевременные лечебные мероприятия, динамический контроль.

В связи с вышеизложенным, представляется целесообразным обзор стратегий индивидуальной профилактики и основанного на когнитивно-поведенческих методах воздействия профилактического консультирования (ПК), доказавшего эффективность согласно международным рекомендациям (класс рекомендаций I, уровень доказательности А)⁵.

Цели исследования — на основе отечественного и зарубежного опыта сформулировать основные виды и компоненты ПК пациентов с ФР ХНИЗ. Проанализировать существующие программы и инициативы, направленные на разработку методов и технологий ПК, включая инновационные подходы, с последующим внедрением в первичное звено здравоохранения. Выявить и систематизировать основные проблемы и барьеры, препятствующие

⁵ Класс рекомендаций 1 — доказательства и/или общее согласие о том, что данная рекомендация, вмешательство или процедура полезны, эффективны, имеют преимущества. Уровень доказательности А — доказательства основаны на данных многих рандомизированных клинических исследований или метаанализов. Профилактика хронических неинфекционных заболеваний в Российской Федерации. Национальное руководство 2022, таблицы 1 и 2.

щие эффективному внедрению технологий индивидуального ПК в практику здравоохранения.

Материал и методы

Основными методами исследования являлись систематический поиск и анализ публикаций по проблеме ПК, систематизация полученной информации по отдельным направлениям, таким как классификация видов и основных вариантов ПК. Проведен поиск полнотекстовых статей на русском и английском языках в 6 отечественных и зарубежных электронных библиографических баз данных: PubMed, Web of Science Master Journal List (WoS MJL), Medline, Google Scholar, Elibrary, базах данных ВОЗ, опубликованных в период с 1 января 2014г по 1 января 2024г (глубина поиска — 10 лет), нормативно-правовых актов РФ, регулирующих профилактические мероприятия и формирующих приоритет профилактики в сфере охраны здоровья.

Результаты и обсуждение

Концептуальная основа профилактического консультирования

Сущность ПК как технологии многофакторной медицинской профилактики заключается в процессе информирования и обучения пациента. От того, как врач-консультант владеет этой технологией, в итоге будет зависеть полнота и точность выполнения врачебных назначений, как медикаментозных, так и немедикаментозных. ПФР, с которыми придется иметь дело врачу в процессе консультирования, зачастую воспринимаются пациентом не как вред здоровью, а как способ снижения стресса и источник удовольствия; вкусно поесть и отдохнуть, лежа на диване с телефоном (нерациональное питание и гиподинамия, и, как следствие, избыточная МТ/Ож), "хорошо провести время"; пообщаться в непринужденной обстановке, снять стресс (курение, алкоголь). Советы врача по отказу от вредных привычек чаще всего не дают желаемого результата, т.к. изначально отторгаются, поскольку воспринимаются пациентом как "лишение удовольствий". В этом отношении значимую роль играют психологические и личностные характеристики самого врача, поскольку могут как повышать результативность ПК, так и создавать барьеры для восприятия поведенческих рекомендаций пациентом [8].

ПК принципиально отличается от традиционного санитарного просвещения тем, что включает в себя значимый психологический компонент и персонализированную направленность [9]. В отличие от простого предоставления информации о вреде тех или иных привычек, ПК направлено на глубокое понимание мотивации пациента и разработку индивидуальных стратегий изменения поведения. В этом контексте врач-консультант не только информирует пациента, но и помогает ему осознать причины своего поведения, установить личные цели и найти внутренние ресурсы для их достижения.

Авторы современных исследований в РФ [10, 11] выделяют три основных компонента ПК:

- **Информирование** пациента об имеющихся у него ФР ХНИЗ, существующих способах самоконтроля, пользе выполнения рекомендаций по оздоровлению поведенческих привычек, непосредственно влияющих на риск заболевания, и необходимости соблюдения врачебных назначений. Также информирование включает предоставление информации о реализации неотложных мер само- и взаимопомощи, вызове служб неотложной медицинской помощи при возникновении жизнеугрожающих состояний;

- **Обучение** пациента практическим навыкам, необходимым для изменения поведенческих привычек. Обучение также направлено на существующие у пациента стереотипы в отношении здорового питания, ФА, отказа от вредных поведенческих привычек и др.

- **Мотивирование** пациента начать активные действия по отказу от вредных привычек, изменить образ жизни и соблюдать врачебные рекомендации.

Виды ПК и основные барьеры, препятствующие их эффективности в первичном звене здравоохранения

Основная цель ПК детерминирована процессами, реализующимися в рамках самой технологии. Если ПК представляет собой процесс информирования, мотивирования и обучения пациента для повышения приверженности в отношении выполнения врачебных назначений и формирования поведенческих навыков по снижению риска ХНИЗ (при отсутствии заболеваний) и развития осложнений (при наличии ХНИЗ), то главной целью этой технологии является бесконфликтное побуждение пациента задуматься об изменении поведения и развитие мотивации к планированию конкретных шагов.

Зарубежные исследователи акцентируют внимание на компоненте мотивирования, поскольку без создания личной мотивации в атмосфере сопереживания и принятия, а также без последующей готовности к достижению конкретной цели путем определения и исследования причин, лежащих в основе качественных изменений, становится невозможным обучение и теряет эффективность информирование. Одним из фундаментальных концептуальных подходов, основанном на принципах внедрения когнитивно-поведенческой терапии лечения и профилактики зависимостей при оказании ПМСП для работы с ПФР, является мотивационное консультирование (МК), (Motivational interviewing (MI)). В центре концепции метода находятся четыре процесса: терапевтическое вовлечение, фокусирование, побуждение, планирование [12]. Применение метода в отношении коррекции ФР у пациентов с ХНИЗ описано в >1900 рандомизированных клинических исследованиях (РКИ) и >200 метаанализах и систематических обзорах (по

состоянию на 2022г). Так, в систематическом обзоре Китайской академии медицинских наук и Пекинского союза медицинских колледжей (CAMS & PUMC) от 2023г было показано, что МК эффективно способствует улучшению контроля АД у пациентов с АГ. В метаанализ были включены 11 РКИ с общим числом участников 2121 человек. В сравнении с отсутствием или минимальным дополнительным вмешательством, МК приводило к более значительному снижению систолического АД (средняя разница: -6,56 мм рт.ст., 95% доверительный интервал: от -10,51 до -2,62, $p=0,001$) и диастолическое АД: (средняя разница: -3,75 мм рт.ст., 95% доверительный интервал: от -4,92 до -2,58, $p<0,001$). Кроме того, у пациентов, получавших МК, отмечалось значительное улучшение приверженности к медикаментозной терапии [13].

Согласно вышедшей в 2023г публикации одного из авторов и ключевых создателей метода Уильяма Р. Миллера, эффективность МК от "средней" до "высокой" отмечена в 2/3-3/4 РКИ и во многом зависела от развития коммуникативных навыков у работников первичного звена [14].

Обученные медицинские работники дают более последовательные и четкие рекомендации, чтобы помочь своим пациентам изменить подверженность ПФР. Данные систематических обзоров, многострановых исследований и метаанализов показали, что обучение может повысить эффективность действий медицинских работников по расширению охвата взрослого населения мероприятиями по оценке подверженности ПФР, в частности, при предоставлении соответствующих рекомендаций по отказу от табака [15], сокращению употребления алкоголя [16, 17], оздоровлению пищевого поведения и повышению уровня ФА [18].

Проблема эффективного обучения и развития коммуникативных навыков у работников ПМСП является одним из системных барьеров внедрения технологии ПК, обусловленных такими факторами как опасения медработников по поводу нехватки времени или возможности обидеть или оскорбить пациентов, отсутствие возможности привлечь профильных специалистов (например, при аддиктивных типах поведения пациентов) и уверенности в долгосрочном воздействии профилактических мер. Зарубежные исследования также отмечают отсутствие целостной оценки индивидуальных потребностей в отношении здоровья как характерную черту существующих моделей ПМСП в ряде стран Европейского региона⁶. При реализации программ, направленных на комплексную борьбу с ПФР, важ-

но подчеркивать необходимость применения медицинскими работниками первичного звена более ориентированных на пациента подходов, учитывать индивидуальные предпочтения пациентов и их готовность к изменениям⁷, руководствуясь предварительными установками и ценностями пациента при выборе стратегии коррекции ПФР. Активная роль пациента должна быть основана на грамотности в вопросах здоровья, что является важным фактором эффективности предоставления медицинских услуг, основанных на технологии ПК, и должна помогать пациенту самостоятельно принимать обоснованные решения, обсуждать свои конкретные цели и проблемы в отношении здоровья в учреждениях ПМСП⁸. Принципы грамотности в вопросах здоровья помогают пациентам строить отношения с медработниками и брать на себя ответственность за свое здоровье и благополучие [19] (рисунок 2)⁹.

Эти системные барьеры можно отнести ко всем трем основным вариантам/видам ПК:

- **Краткое ПК**
- **Углубленное индивидуальное ПК**
- **Групповое ПК (школа пациента)**

Краткое ПК (краткие вмешательства) проводится врачом-терапевтом участковым или врачом общей практики (семейным) или фельдшером. В РФ краткое ПК является обязательным компонентом диспансеризации, периодических медицинских осмотров (ПМО), а также осуществляется в рамках диспансерного наблюдения (при проведении первого в текущем году диспансерного приема (осмотра, консультации). Краткое ПК наряду с групповым ПК и углубленным ПК (УПК), фигурирует в Приказах Минздрава России^{10,11,12}. При проведении краткого ПК целесообразно

⁶ Langins M, Borgermans L. Strengthening a competent health workforce for the provision of coordinated/integrated health service. Working document. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/362099>).

⁷ Skarphedinsdottir M, Mantingh F, Jurgutis A, et al. Better noncommunicable disease outcomes: challenges and opportunities for health systems. Belarus country assessment. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/363342>).

⁸ World Health Organization, United Nations Children's Fund. A vision for primary health care in the 21st century: towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals. Geneva: World Health Organization; 2018 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/328065>).

⁹ Источник (с изменениями): Sørensen, et al. [11]. Воспроизведено с изменениями в соответствии с лицензией Creative Commons Attribution 4.0 (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.en>).

¹⁰ Приказ Минздрава России от 27 апреля 2021г № 404н "Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения".

¹¹ Приказ Минздрава России от 15 марта 2022г № 168н "Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми" (в ред. Приказа Минздрава РФ от 28.02.2024 № 91н).

¹² Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 15 мая 2012г № 543н "Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению" (с изменениями на 21 февраля 2020г).



Рис. 2 Интегрированная модель грамотности в вопросах здоровья⁹.
Примечание: ЗОЖ — здоровый образ жизни.

придерживаться четкой структуры, поскольку сам процесс врачебного приема ограничен по времени. В рамках обозначенной системной проблемы, эксперты ФГБУ "НМИЦ ТПМ" Минздрава России отмечают отсутствие научно-обоснованной организации учебных занятий по формированию коммуникативной компетенции (КК) врачей-терапевтов в проведении краткого ПК при растущей потребности преподавателей терапевтических кафедр в методике формирования данной компетенции. В исследовании Астаниной С. Ю. и др. представлены результаты экспериментального внедрения методики формирования КК, которые показали достижимость высокого уровня развития умений медицинских работников для проведения всех этапов краткого ПК и понимания необходимости владения врачом КК при взаимодействии "врач-пациент" при реализации технологий ПК [20].

ВОЗ в рамках проекта BRIEF, реализующего комплексный подход к кратким вмешательствам в отношении ФР ХНИЗ на уровне ПМСП, предлагает использовать алгоритм, представленный в виде блок-схемы (рисунок 3)¹³ с предложением разных подходов в зависимости от времени, которым располагает пациент. При наличии 5-10 мин на проведение консультации ВОЗ рекомендует использовать интегрированный подход "Пять А": спросите, посоветуйте, оцените, помогите, организуйте (ask, advise, assess, assist, arrange); при наличии >10 мин также добавляется модель "Пять R": актуаль-

ность, риски, выгоды, препятствия, повторение (relevance, risks, rewards, roadblocks, repetition). Модель "Пять R" применяется, если пациент не готов к изменениям и помогает врачу определять степень актуальности изменений поведения, потенциальные риски сохранения поведения без изменений, потенциальные преимущества и выгоды от изменения поведения, барьеры и препятствия на пути к изменению поведения и, через повторение, оценивать готовность к изменению.

Углубленное индивидуальное ПК в нашей стране, в отличие от краткого ПК, которое должно проводиться в рамках 1-го этапа диспансеризации и ПМО врачом-терапевтом участковым, а также в рамках рутинного приема пациентов врачом любого профиля, осуществляется на 2-м этапе диспансеризации врачом по медицинской профилактике или специально обученным средним медицинским персоналом (фельдшером) в структурных подразделениях ПМСП — отделении/кабинете медицинской профилактики, либо в центрах общественного здоровья и медицинской профилактики. В Номенклатуре медицинских услуг к УПК относятся следующие наименования и коды: В04.070.003 "Индивидуальное углубленное профилактическое консультирование по коррекции факторов риска развития неинфекционных заболеваний первичное" и В04.070.004 — "Индивидуальное углубленное профилактическое консультирование по коррекции ФР развития неинфекционных заболеваний повторное".

УПК В России в рамках 2 этапа диспансеризации предусмотрено для граждан с выявленными ПФР, и, в отличие от краткого ПК, позволяет наиболее точно установить характер их выраженности (риск пагубного потребления табака (>20 сигарет

¹³ Оригинал: Комплексный подход к кратким вмешательствам в отношении факторов риска неинфекционных заболеваний на уровне первичной медико-санитарной помощи: руководство по применению: проект BRIEF. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2023, Рис. A1.2.

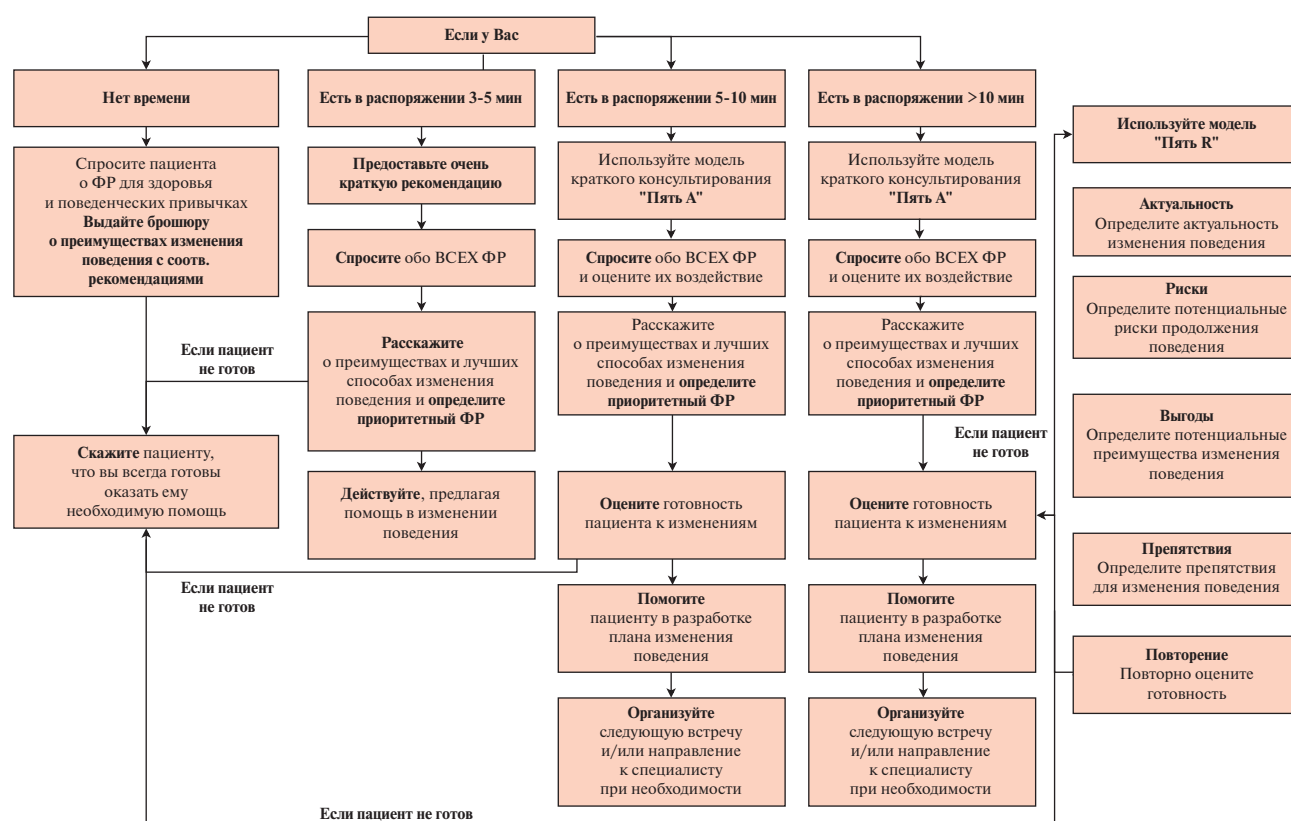


Рис. 3 Блок-схема помощи в изменении подверженности ФР — комплексный подход. (адаптировано из ¹³).

Примечание: ФР — фактор риска.

в день), алкоголя, наркотических и/или психотропных веществ, Ож I-й и II-й ст.: индекс МТ $\geq 25,0-39,9$ кг/м² и/или гиперхолестеринемия с уровнем общего холестерина >8 ммоль/л. Также УПК показан пациентам, у которых помимо ФР были выявлены болезни, характеризующиеся повышенным АД, хроническая ИБС, цереброваскулярные заболевания. Среднее рекомендуемое время консультирования составляет 30-40 мин и именно в рамках этой профилактической технологии наиболее полно раскрываются преимущество и комплексность метода, направленного на достижение цели консультирования и включающего как информационно-образовательную, так и мотивационную и стратегическую составляющие.

Инновационным подходом алгоритма действий и маршрутизации пациентов при УПК (на примере контроля повышенной МТ), расширяющим и персонифицирующим действия врача в отношении всех трех основных компонентов ПК, является добавление этапа динамического контроля, что отражено в последних отечественных запатентованных схемах, разработанных для повышения эффективности коррекции ПФР (рисунок 4)¹⁴.

¹⁴ Патент на промышленный образец № 142501 https://gnicpm.ru/wp-content/uploads/2024/07/142501.eod_.pdf

В рамках УПК специалист по медицинской профилактике отмечает ФР в амбулаторных картах пациента, отслеживает рекомендации по снижению риска, оценивает приверженность и результат выполнения/невыполнения рекомендаций, определяет график повторных контрольных визитов, а также, при необходимости, корректирует тактику ведения пациента. Расширенный алгоритм позволяет при использовании технологии УПК выходить за рамки диспансеризации и осуществлять дистанционный контроль с применением технологий цифрового (eHealth) и мобильного (mHealth) здравоохранения. В обзоре Куликовой М. С. и др. [21] отмечено, что подходы с использованием информационно-коммуникативных технологий являются результативными, масштабируемыми и приемлемыми для индивидуальной и групповой профилактики с целью коррекции ПФР.

Универсальность УПК позволяет использовать заложенные в него алгоритмы в качестве основы для разработки и внедрения отечественных цифровых решений и мобильных приложений с поддерживающими текстовыми сообщениями, что согласуется с целями федерального проекта "Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи" в рамках нацпроекта "Здравоохранение", а также с многими правительственными иници-

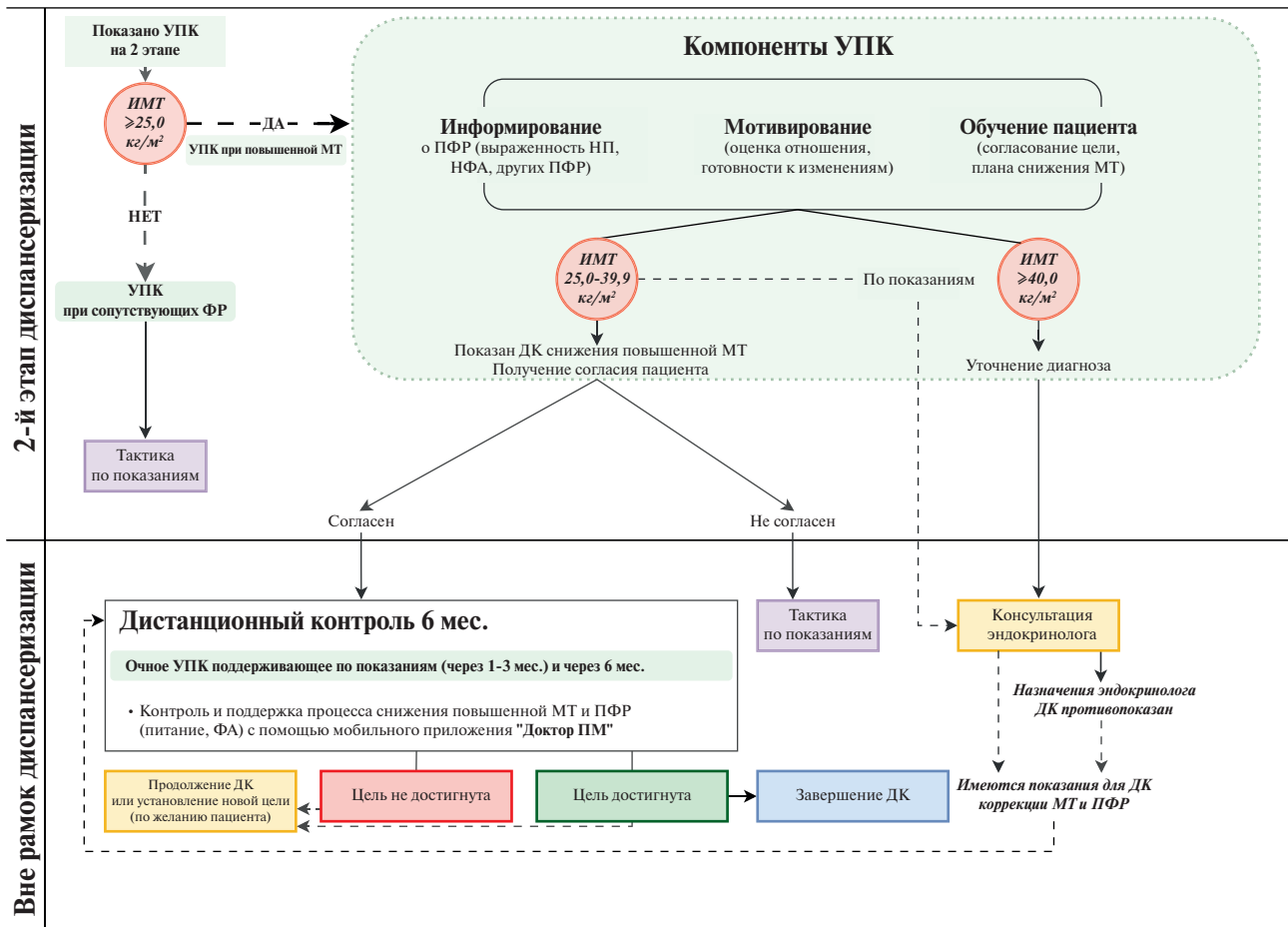


Рис. 4 Алгоритм УПК пациентов в рамках диспансеризации и дистанционного контроля процесса снижения повышенной МТ¹⁴.

Примечание: ДК — дистанционный контроль, ИМТ — индекс массы тела, МТ — масса тела, НП — нерациональное питание, НФА — недостаточная физическая активность, ПК — профилактическое консультирование, ПФР — поведенческие факторы риска, УПК — углубленное ПК, ФА — физическая активность.

циативами^{15,16,17}. Технологии многофакторной профилактики, реализуемые с применением цифровых решений, могут применяться без ограничений, связанных с местными организационными условиями, от которых зачастую зависит возможность проведения повторного (поддерживающего) индивидуального УПК. Помимо реализации самой технологии УПК, способствующей внедрению адресных и персонализированных подходов, направленных на поддержку пациента, интегрирование таких решений в медицинскую информационную систему на уровне МО позволит решить проблему несвоевременной и некорректной передачи ин-

формации из структур медицинской профилактики врачу-терапевту участковому о лицах, прошедших диспансеризацию, и наоборот, повысит эффективность внедрения и соблюдения регламентирующих работу медицинской профилактики методических рекомендаций и стандартных операционных процедур.

Тем не менее, при разработке решений с использованием eHealth и mHealth необходимо оценивать конкретные цифровые продукты не только на основе клинических результатов, но и с позиции отношения и готовности медработников и пациентов использовать их в реальной практике [22]. Также важно учитывать многомодульный характер разрабатываемых систем, поскольку для эффективной реализации технологии консультирования важна возможность проведения контроля и замеров соответствующих показателей для их последующей передачи и формирования аналитики. Недостаточный уровень цифровой зрелости МО может стать существенным барьером при внедрении цифровых решений с применением технологии УПК. При разработке также необходимо учитывать создание

¹⁵ Перечень поручений по итогам пленарного заседания форума "Сильные идеи для нового времени" (утв. Президентом РФ 06.04.2024 № Пр-676) <http://kremlin.ru/acts/assignments/orders/73831>.

¹⁶ Распоряжение Правительства РФ от 17.04.2024 № 959-р "Об утверждении стратегического направления в области цифровой трансформации здравоохранения".

¹⁷ Указ Президента РФ от 07.05.2024 № 309 "О национальных целях развития Российской Федерации на период до 2030 года и на перспективу до 2036 года".

надежных алгоритмов сбора данных и отчетности, которые будут отслеживать и предоставлять обратную связь по вопросам эффективности ключевых процессов и результатов. Системы регулярного сбора и анализа данных, как неотъемлемый компонент цифрового решения, должны быть точными, полными и своевременными [23]. Ключевые процессы и результаты отслеживания данных, на которые направлено консультирование, могут регулярно передаваться персоналу, работающему непосредственно с пациентами, и руководителям — для информирования о текущих улучшениях.

Одним из примеров комплексного подхода к созданию многомодульных информационных систем с использованием технологии УПК в России является цифровая платформа "Доктор профилактической медицины" ("Доктор ПМ"), основанная на системе поддержки принятия решений при проведении УПК по ПФР. Эффективность цифровой платформы была апробирована в многоцентровом рандомизированном исследовании с участием 583 пациентов в 5 субъектах РФ (г. Оренбург, Свердловская область, г. Ульяновск, г. Тюмень, ЯНАО) [24]. Исследование выполнено в условиях практического здравоохранения (центры здоровья, кабинеты медицинской профилактики, фельдшерско-акушерские пункты). Исследователи отмечают снижение у 82% пациентов МТ в течение 6 мес. наблюдения, у 42% достигнут индивидуальный целевой уровень снижения МТ на фоне оздоровления привычек питания и повышения уровня ФА. Высокая приверженность пациентов к использованию мобильного приложения "Доктор ПМ" для динамического контроля повышенной МТ (93% завершили полный период наблюдения) свидетельствует об эффективности расширенного алгоритма УПК и комплексности технологии в целом.

Групповое ПК предполагает особую форму реализации алгоритмов консультирования в виде занятий (школ пациентов), направленных на определенный круг лиц, подверженных ПФР. Отдельные исследования отмечают высокую эффективность групповых занятий при отказе от курения за счет более интенсивной и специализированной поддержки в кругу единомышленников [25]. Атмосфера коллектива, нивелирование чувства одиночества, постоянный эмоциональный контакт с людьми, объединенными одной целью, — основные преимущества группового УПК. В рамках ПМСР экспертное сообщество рекомендует проводить групповое УПК в условиях дневных стационаров для пациентов с подтвержденными ПФР (например, лица с высоким риском ССЗ без клинических симптомов, с Ож и др.).

В рамках диспансеризации групповое консультирование может быть эффективным при возможности формирования однородной группы пациентов. "Тематическая" целевая группа может быть

сформирована, например, среди пациентов с неосложненным течением АГ, либо наоборот, среди пациентов с осложнениями: пациентов с ИБС, перенесших инфаркт миокарда, острый коронарный синдром и др. и/или перенесших интервенционные вмешательства. Алгоритм и структура группового УПК зависят от характеристик целевой группы и должны соответствовать заранее утвержденному плану и графику. Цикл обучающих занятий должен выполняться по определенным принципам, соблюдение которых повышает вероятность достижения стойкого позитивного эффекта. Помимо однородности целевой группы важно обеспечить контроль посещения занятий всеми участниками группового УПК, в связи с чем целесообразно чтобы количество участников не превышало 10–12 человек. Стоит уделить внимание месту проведения УПК, оно должно вмещать всех участников и предусматривать наличие минимально необходимого инвентаря и оборудования (мебель, демонстрационный и раздаточный материал и т.п.). При организации групповых занятий следует применять активные формы обучения, направленные на развитие умений и практических навыков у пациентов, избегать "лекционной" подачи материала. Целесообразно привлечение профильных специалистов (при их наличии в МО ПМСР), психологов, реабилитологов и др.

Несмотря на очевидные организационные барьеры, групповое УПК обладает потенциалом для внедрения на индивидуальном и популяционном уровнях. В исследовании Национального исследовательского университета "Высшая школа экономики" [26] представлены примеры международного опыта внедрения экономических механизмов мотивации граждан к следованию ЗОЖ. В частности, алгоритмы группового УПК широко используются при создании корпоративных программ, финансируемых работодателями и направленных на достижение целевых показателей здоровья у работников с выявленными ПФР. Социальные сети играют важную роль в обеспечении поддержки определенного поведения и могут служить вспомогательным инструментом успешной реализации школ пациента, поскольку могут способствовать посещаемости групповых занятий и расширять социальные возможности участников, а также формировать ответственность за свое участие в занятиях перед другими членами группы [27].

Заключение

Обобщенные фактические данные подтверждают значимость и целесообразность внедрения ПК как эффективного метода снижения МФР ХНИЗ. Наиболее перспективным направлением является УПК, которое благодаря своей адресности и комплексному подходу позволяет достичь результатов в изменении поведения пациентов и коррекции ФР.

Создание организационно-функциональных моделей ПМСП, включающих цифровые решения с интегрированной технологией УПК, позволит отработать и реализовать четкие механизмы взаимодействия между участковой службой и структурами медицинской профилактики. Это, в свою очередь, даст возможность разработать и внедрить критерии оценки их эффективности в рамках индивидуального УПК. Такие модели будут учитывать междисциплинарность и позволят более эффективно задействовать средний медицинский персонал. Это приведет к снижению нагрузки на врачей-терапевтов участковых и врачей по медицинской профилактике, что особенно актуально в условиях кадрового дефицита [28], и увеличит охват пациентов медицинскими услугами, в т.ч. посредством дистанционного динамического контроля.

Выявлены системные барьеры, препятствующие эффективному внедрению технологий ПК в реальную практику и оказывающие негативное воздействие на возможность применения междисциплинарного подхода в коррекции МФР. Среди них можно выделить:

- недостаточный уровень подготовки медицинских работников в области коммуникативных навыков и методов МК;
- ограниченное время, выделяемое на консультации в условиях ПМСП;
- недостаточную мотивацию самих пациентов к изменению образа жизни и соблюдению рекомендаций;

— ограниченные ресурсы и поддержку со стороны системы здравоохранения для внедрения медицинской многофакторной профилактики;

— организационные барьеры, связанные с взаимодействием структур ПМСП;

— кадровый дефицит.

Для преодоления этих барьеров важно не только развивать и внедрять новые технологии, но и обеспечивать организационную и системную поддержку. Это включает обучение медицинских работников, развитие их коммуникативных компетенций, создание эффективных алгоритмов взаимодействия и интеграцию цифровых решений, основанных на технологии УПК, в медицинскую информационную систему МО ПМСП.

Актуальным представляется проведение будущих исследований для получения научно обоснованных данных и аналитических оценок для формирования практических предложений по совершенствованию технологий ПК. Внедрение таких технологий в рамках организационно-функциональных моделей ПМСП с применением eHealth и mHealth является перспективным направлением для улучшения качества медицинской помощи и снижения бремени ХНИЗ в условиях реальной практики отечественного здравоохранения.

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

Литература/References

1. Integrated brief interventions for noncommunicable disease risk factors in primary care: the manual: BRIEF project. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2022. ISBN: 978-92-890-5855-1.
2. 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 FRKOH0.
3. Karamnova NS, Shalnova SA, Deev AD, et al. On behalf of the participants of the ESSE-RF study. The nature of nutrition of the adult population according to the epidemiological study of the ESSE-RF. Cardiovascular Therapy and Prevention. 2018;17(4):61-6. (In Russ.) 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.
4. Balanova YuA, Kontseva AV, Shalnova SA, et al. On behalf of the participants of the ESSE-RF study. Prevalence of behavioral risk factors for cardiovascular diseases in the Russian population according to the results of the ESSE-RF study. Preventive medicine. 2014;5:42-52. (In Russ.) Баланова Ю.А. Концевая А.В., Шальнова С.А. и др. от имени участников исследования ЭССЕ-РФ. Распространенность поведенческих факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний в российской популяции по результатам исследования ЭССЕ-РФ. Профилактическая медицина. 2014;5:42-52.
5. Karamnova NS, Maksimov SA, Shalnova SA, et al. Cardioprotective type of nutrition: prevalence, associations and reserves of prevention. Russian Journal of Cardiology. 2020;25(6):3769. (In Russ.) Карамнова Н.С., Максимов С.А., Шальнова С.А. и др. Кардиопротективный тип питания: распространенность, ассоциации и резервы профилактики. Российский кардиологический журнал. 2020;25(6):3769. doi:10.15829/1560-4071-2020-3769.
6. Drapkina OM, Kontsevaya AV, Kalinina AM, et al. 2022. Prevention of chronic non-communicable 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. EDN DNBVAT.
7. Kontsevaya AV, Shalnova SA, Drapkina OM. ESSE-RF study: epidemiology and public health promotion. Cardiovascular Therapy and Prevention. 2021;20(5):2987. (In Russ.) Концевая А.В., Шальнова С.А., Драпкина О.М. Исследование ЭССЕ-РФ: эпидемиология и укрепление общественного здоровья. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2021;20(5):2987. doi:10.15829/1728-8800-2021-2987.

8. Maslow AG. Motivation and personality. 3-ed. trans. from the English St. Petersburg: St. Petersburg, 2019. 400 p. (In Russ.) Маслоу А.Г. Мотивация и личность. 3-изд. пер. с англ. СПб: Питер, 2019. 400 с. ISBN: 978-5-4461-1309-5.
9. Kalinina AM, Boitsov SA. Effective prophylactic counseling in patients with chronic noncommunicable diseases and risk factors: Basic principles. Part 1. Russian Journal of Preventive Medicine. 2013;16(4):8-12. (In Russ.) Калинина А.М., Бойцов С.А. Эффективное профилактическое консультирование пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями и факторами риска: основные принципы. Часть 1. Профилактическая медицина. 2013; 16(4):8-12.
10. Drapkina OM, Drozdova LYu, Kalinina AM, et al. Organization of preventive medical examination and medical examination of certain groups of the adult population. Methodological recommendations. Edition 2-E. M.: FSBI "NMIC TPM" of the Ministry of Health of Russia. 2020. 232 p. (In Russ.) 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. ISBN: 978-5-6043991-1-8.
11. Kalinina AM, Eganian RA, Gambarian MG, et al. Effective prophylactic counseling in patients with chronic noncommunicable diseases and risk factors: counseling algorithms. part 2. Russian Journal of Preventive Medicine. 2013;16(4):13-8. (In Russ.) Калинина А.М., Еганян Р.А., Гамбарян М.Г. и др. Эффективное профилактическое консультирование пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями и факторами риска: алгоритмы консультирования. часть 2. Профилактическая медицина. 2013;16(4):13-8. EDN RBMGQH.
12. Cole SA, Sannidhi D, Jadotte YT, et al. Using motivational interviewing and brief action planning for adopting and maintaining positive health behaviors. Prog Cardiovasc Dis. 2023;77:86-94. doi:10.1016/j.pcad.2023.02.003.
13. Huang X, Xu N, Wang Y, et al. The effects of motivational interviewing on hypertension management: A systematic review and meta-analysis. Patient Educ Couns. 2023;112:107760. doi:10.1016/j.pec.2023.107760.
14. Miller WR. The evolution of motivational interviewing. Behav Cogn Psychother. 2023;51(6):616-32. doi:10.1017/S1352465822000431.
15. Reid RD, McDonnell LA, Riley DL, et al. Effect of an intervention to improve the cardiovascular health of family members of patients with coronary artery disease: a randomized trial. CMAJ. 2014;186(1): 23-30. doi:10.1503/cmaj.1305501.
16. Anderson P, Manthey J, Llopis EJ, et al. Impact of training and municipal support on primary health care-based measurement of alcohol consumption in three Latin American countries: 5-month outcome results of the quasi-experimental randomized SCALA trial. J Gen Intern Med. 2021;36(9):2663-71. doi:10.1007/s11606-020-06503-9.
17. Ramôa Castro A, Oliveira NL, Ribeiro F, et al. Impact of educational interventions on primary prevention of cardiovascular disease: a systematic review with a focus on physical activity. Eur J Gen Pract. 2017;23(1):59-68. doi:10.1080/13814788.2017.1284791.
18. Brannan M, Bernardotto M, Clarke N, et al. Moving healthcare professionals — a whole system approach to embed physical activity in clinical practice BMC Med Educ. 2019;19(1):84. doi:10.1186/s12909-019-1517-y.
19. Sørensen K, Pelikan JM, Röthlin F, et al. Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). Eur J Public Health. 2015;25(6):1053-8. doi:10.1093/eurpub/ckv043.
20. Astanina SYu, Kalinina AM, Shepel RN, et al. Methodological features of the development of the communicative competence of local general practitioner in preventive counseling. Cardiovascular Therapy and Prevention. 2023;22(2S):3648. (In Russ.) Астанина С.Ю., Калинина А.М., Шепель Р.Н., Драпкина О.М. Методические особенности формирования коммуникативной компетенции врача-терапевта участкового в проведении профилактического консультирования. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2023;22(2S):3648. doi:10.15829/1728-8800-2023-3648. EDN ADLGF.
21. Kulikova MS, Kalinina AM. Physician-patient interaction in overweight management in the era of digital health. Russian Journal of Preventive Medicine. 2022;25(9):97-102. (In Russ.) Куликова М.С., Калинина А.М. Взаимодействие врача и пациента при контроле избыточной массы тела в эпоху цифрового здравоохранения. Профилактическая медицина. 2022;25(9):97-102. doi:10.17116/profmed2022509197.
22. Kulikova MS, Kalinina AM, Kontsevaya AV, et al. Remote control of weight loss using the Doctor PM mobile app: the views of patients and healthcare professionals. Russian Journal of Preventive Medicine. 2022;25(10):35-43. (In Russ.) Куликова М.С., Калинина А.М., Концевая А.В., Драпкина О.М. Дистанционный контроль процесса снижения избыточной массы тела с помощью мобильного приложения "Доктор ПМ": мнение пациентов и медицинских работников. Профилактическая медицина. 2022;25(10):35-43. doi:10.17116/profmed2022510135.
23. Voshev DV. Review of Methodologies and Models for Assessing Digital Maturity in Medical Organizations Providing Primary Healthcare: International and Russian Experience. Science of the young (Eruditio Juvenium). 2023;11(4):615-27. (In Russ.) Вошев Д.В. Обзор методологий и моделей оценки цифровой зрелости в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь: международный и российский опыт. Наука молодых (Eruditio Juvenium). 2023;11(4):615-27. doi:10.23888/HMJ2023114615-627.
24. Kulikova MS, Gornyy BE, Kontsevaya AV, et al. The performance of remote technologies in management and self-management of overweight and obesity in primary care. Russian Journal of Preventive Medicine. 2021;24(10):24-31. (In Russ.) Куликова М.С., Горный Б.Э., Концевая А.В. и др. Результативность дистанционных технологий при контроле и самоконтроле избыточной массы тела и ожирения у пациентов первичного звена здравоохранения. Профилактическая медицина. 2021;24(10):24-31. doi:10.17116/profmed20212410124.
25. Stead LF, Carroll AJ, Lancaster T. Group behaviour therapy programmes for smoking cessation. CDSR. 2017;3(3):CD001007. doi:10.1002/14651858.CD001007.pub3.
26. Potapchik EG. Economic mechanisms for motivating citizens to a healthy lifestyle: international experience. Russian Journal of Preventive Medicine. 2019;22(2):32-7. (In Russ.) Потапчик Е.Г. Экономические механизмы мотивации граждан к следованию здоровому образу жизни: международный опыт. Профилактическая медицина. 2019;22(2):32-7. doi:10.17116/profmed20192202132.
27. Wiltshire GW, Stevinson CS. Exploring the role of social capital in community-based physical activity: qualitative insights from parkrun. Qual Res Sport Exerc Health. 2017;10(1):47-62. doi:10.1080/2159676X.2017.1376347.
28. Starodubov VI, Kupeeve IA, Senenko Ash, et al. Organization model of primary healthcare for adult population with areas of responsibility expansion of nursing staff. Methodological recommendations. "Russian Research Institute of Health" of the Ministry of Health of Russia, 2021. 68 p. (In Russ.) Стародубов В.И., Купеева И.А., Сененко А.Ш. и др. Модели организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению с расширением зон ответственности среднего медицинского персонала: Методические рекомендации. Москва: ФГБУ ЦНИИОИЗ МЗ РФ, 2021. 68 с. ISBN: 978-5-94116-065-5. doi:10.21045/978-5-94116-065-5-2021-1-68. EDN DQQUNA.